



**Experiência de
Ser Mãe de Criança
com Estomia**

**Conhecimento de Pessoas
com Úlceras Vasculogênicas
acerca da Prevenção e dos
Cuidados com as Lesões**

**Características dos Pacientes
com Úlcera Venosa Atendidos
nas Unidades de Atenção Primária
de Nova Lima, Minas Gerais**

**Terapia Tópica para Ferida Crônica:
Recomendações para a Prática
Baseada em Evidências**



Keynote

Steen Buntzen - DK
Elizabeth English - AUS
Christina Lindholm - SWE
Calum Lyon - GB
Christine Norton - GB
Nicola Ohlson RSA
Bertil Philipson S WE - AUS



20th WCET Biennial Congress

15-19 June 2014, Gothenburg, Sweden

OSTOMY, WOUND AND CONTINENCE CARE

Peristomal skin complications/ Ostomy related complications/ Fistulas, loopileostomy
a big problem/ Complex abdominal wounds/ Complementary wound treatment/ Pressure
ulcers/ Necrotizing fasciitis/ Fourniers gangrene/ SNS/ Incontinence and radiation/
Pediatrics/ General and upper gastrointestinal surgery/ Quality of life/
Patient's education and follow up



www.wcet2014.com

Conselho Editorial

Editores

Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

Maria Angela Boccara de Paula

Afonso Henrique da Silva e Sousa Jr
Médico PhD – HCFMUSP (SP)

Beatriz Farias Alves Yamada
ET TISOBEST, PhD – Enfmedic Saúde (SP)

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

Diba Maria Sebba Tosta de Souza
ET TISOBEST PhD – UNIVAS (MG)

Eline Lima Borges
ET TISOBEST PhD – UFMG (MG)

Federico Palomar Llatas
Enfermeiro em Dermatologia PhD – Universidad Católica de Valencia

Flávio Trigo da Rocha
Médico PhD – FMUSP (SP)

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

Heidi Hevia Campos
Enfermeira ET – Universidad Andrés Bello (Chile)

José Márcio Neves Jorge
Médico PhD – FMUSP (SP)

José Contreras Ruiz
Médico PhD – Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez (México)

Kazuko Uchikawa Graziano
Enfermeira, PhD – EEUSP (SP)

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

Leila Blanes
ET TISOBEST, PhD – Hospital São Paulo (SP)

Letícia Faria Serpa
Enfermeira, PhD – Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP)

Lydia Massako Ferreira
Médica PhD – UNIFESP (SP)

Manlio Basilio Speranzini
Médico PhD – FMUSP (SP)

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

Maria Euridéa de Castro
ET TISOBEST, PhD – UECE (CE)

Maria Helena Baena de Moraes Lopes
ET TISOBEST, PhD – UNICAMP (SP)

Maria Helena Barros de Araújo Luz
Enfermeira ET, PhD – Universidade Federal do Piauí

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

Mônica Antar Gamba
Enfermeira, PhD – UNIFESP (SP)

Nancy Faller
CWOCN, PhD (USA)

Noemi Marisa Brunet Rogenski
ET TISOBEST, PhD – HUUSP (SP)

Paulo Roberto Teixeira Rodrigues
Médico PhD – Hospital Beneficência Portuguesa (SP)

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

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

Rita de Cássia Domansky
ET TISOBEST, PhD – UEL (PR)

Roseanne Montargil Rocha
ET TISOBEST, PhD – UESC (BA)

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

Sidney José Galego
Médico PhD – Universidade do ABC (SP)

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

Tânia das Graças de Souza Lima
ET TISOBEST, PhD – HU-UFRJ (RJ)

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

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

3M Cavilon™ Limpador de Pele sem Enxágue



Higienização mais Rápida,
Adequada e Barata.

O 3M Cavilon™ Limpador de Pele sem Enxágue é uma solução que remove urina, fezes e outras sujidades de forma gentil e suave sem irritar, além de ser formulado seguindo as recomendações nacionais e internacionais para a Prevenção de Dermatite Associada à Incontinência (DAI).

- ✓ Possui pH ácido, como a pele
- ✓ Combina agentes hidratantes e surfactantes
- ✓ Sem fragrância e hipoalergênico

Elimina a necessidade de várias etapas da higienização, diminuindo seu tempo e custo. Pronto para usar, basta apenas um pano macio para remover as sujidades. Tudo isso enquanto promove a integridade da pele.

Água



Bacias



Fricção



Secagem



Expediente

Gestão da SOBEST - 2012 - 2014

Diretoria

Presidente: Suely Rodrigues Thuler

Vice-Presidente: Maria Angela Boccara

Tesoureiro: Alciony Bueno Prado

Primeiro Secretário: Néria Invernizzi da Silveira

Secretário Adjunto: Fernanda Mateus Queiroz Schmidt

Conselho Científico

Maria Angela Boccara de Paula - Diretora

Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos

Sonia Regina Evangelista Dantas

Vilma Madalosso Petuco

Gisele Azevedo

Conselho Fiscal

Silvia Angélica Jorge

Kelly Camarozzano Machado

Geraldo Magela Salomé

Delegado Internacional

Suzana Aron

Diretoria da Seção Bahia:

Presidente - Roseane Montargil

Secretária - Leda Borges

Conselho Científico - Roseane Montargil, Moelisa

Queiroz, Milena Coutinho

Diretoria da Seção Paraná:

Presidente - Danielle Sellmer

Secretaria - Ana Paula Hey

Conselho Científico - Danielle Sellmer, Antonio

Rangel, Jurinã Oroni Lopes.

Diretoria da Seção Ceará:

Presidente - Mioko Saito Sakuraba

Secretaria - Telma Dourado lopes

Conselho Científico - Mioko Saito Sakuraba, Yara

Lanna Santiago Gildino, Maria Euridéia de Castro

Diretoria da Seção Rio de Janeiro:

Presidente - Tânia das Graças de Souza Lima

Secretaria - Camila Cantarino Nascentes

Conselho Científico - Tânia das Graças de Souza

Lima, Norma Valéria Dantas Souza, Maristela Lopes

Gonçalves

Revista Estima

ISSN 1806-3144

Indexação

CUIDEN - Base de datos bibliografica de la Fundación Index

REHIC - Catalogo electronico de periódicos

LATINDEX

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

ULRICH

CLASE

1ª edição lançada em: 15/06/2003

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

Revista Oficial da Associação Brasileira de Estomatoterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST

Tiragem: 2.000 exemplares

Periodicidade: Trimestral

Produção Editorial: Associação Brasileira de Estomatoterapia

Diagramação: Fabio Henrique das Neves

Impressão: NorthGraph Gráfica e Editora

Capa: "Les Amour de Centauros" - 55cm x 75 cm - 2003. Técnica mista sobre papel. Luiz Carlos Rufo.

Distribuição: Gratuita para membros ativos da SOBEST - Associação Brasileira de Estomatoterapia

Rua Antonio de Godoi, 35 cj 102 – Centro

CEP 01034-001 – São Paulo – SP (11) 3081-0659

www.sobest.org.br sobest@sobest.org.br

Edições anteriores:

v.11 n.3 jul/ago/set de 2013

v.11 n.4 out/nov/dez de 2013



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

SALTS

HEALTHCARE

Chega ao Brasil

Revolucionando Conceitos

A Salts é uma empresa familiar e possui mais de 300 anos de experiência na fabricação de produtos da área médica. Em 1948, Edward Salt iniciou as atividades no mercado de bolsas e acessórios para estomia.

A qualidade dos produtos é reconhecida pelo seu rigoroso controle de qualidade:



British Skin Foundation:

As pesquisas da Salts são reconhecidas pela Fundação Britânica de Pele.



Skin Health Alliance:

Certificação mundial de qualidade de cuidados com a pele, reconhecida por dermatologistas.



Aston University:

A Salts promove estudos juntamente com a Universidade de Aston.



THE SALTS HEALTHCARE
GREEN PROMISE

Green Promise:

Compromisso com o Meio Ambiente

A empresa britânica Salts desenvolve bolsas e acessórios para estomia de alta tecnologia e chega ao mercado brasileiro com a EXCLUSIVA resina de ALOE VERA.

Essa inovação proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes estomizados, trazendo mais conforto e segurança.

**DISTRIBUIDOR
EXCLUSIVO**



LIFE SUL

Tecnologia Médica

www.lifesul.com | email:lifesul@lifesul.com
Telefones: +55 (51) 3475-1087 | (48) 3224-1470

Sumário

Artigos Científicos

Artigo Original

Experiência de Ser Mãe de Criança com Estomia.....12

The Experience of Being a Mother of a Child with a Stoma

Experiencia de Ser Madre del Niño con Ostomía

*Sara Rodrigues Rosado, Eliza Maria Rezende Dázio, Silvana Maria Coelho Leite Fava,
Paulo Henrique Maia, Cibelle Barcelos Filipini, Zélia Marilda Rodrigues Resck*

Conhecimento de Pessoas com Úlceras Vasculogênicas
acerca da Prevenção e dos Cuidados com as Lesões.....22

.Patient's Knowledge of Vascular Ulcer Prevention and Care

Conocimiento de Personas con Úlceras Vasculares a cerca de la Prevención y de los Cuidados con las Lesiones

Lindinalva Vitoriano de Lima, Alana Tamar Oliveira de Sousa, Isabelle Cristinne Pinto Costa, Viña-Del-Mar da Silva

Características dos Pacientes com Úlcera Venosa Atendidos
nas Unidades de Atenção Primária de Nova Lima, Minas Gerais.....31

Characteristics of Patients with Venous Ulcer Treated in Units of Primary Health Care in Nova Lima, Minas Gerais

Características de los Pacientes con Úlcera Venosa Atendidos en las Unidades de Atención Primaria de la
Municipalidad de Nova Lima, Minas Gerais

Eline Lima Borges, Itala Poliana Guimarães Amorim, Daclé Vilma Carvalho

Revisão

Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências.....42

Topical Therapy for Chronic Wounds: Recommendations for Evidence-Based Practice

Terapia Tópica para Herida Crónica: Recomendaciones para la Práctica Basada en Evidencias

Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves, Soraia Assad Nasbine Rabeb, Paula Cristina Nogueira

Conselho Editorial..... 3

Mensagem do Presidente..... 9

Editorial.....10

Instruções aos Autores.....12

Adapt - Adjuvantes

As opções que
você precisa.

A experiência
que você quer.

Adapt - A mais completa linha de Adjuvantes

Por quase 50 anos, a Hollister tem o compromisso de fornecer um atendimento de alta qualidade em estomia.

Décadas de experiência nos ajudaram a desenvolver uma compreensão profunda das necessidades individuais daqueles que precisam de nossos produtos e serviços.

Isso é o que fundamenta a nossa capacidade de criar soluções inovadoras e personalizadas para dar suporte aos profissionais.

A Hollister está comprometida com a satisfação de todos que utilizam nossos produtos e serviços.

Além disso, oferecemos a maior linha de adjuvantes para estomia, com o objetivo de ajudar na escolha certa para cada usuário.

A experiência Hollister, somada a esta ampla gama de opções, ajuda a promover resultados positivos para os usuários.



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

0800 778 1000

Ligação gratuita
Horário comercial
qualidade@hollister.com.br

Estomia Hollister.
Os Detalhes Importam.

 **Hollister**

Mensagem do Presidente



Prezado colega,

Início de um novo ano, muitos projetos e a certeza de que este, mais do que os anteriores, passará rapidíssimo.

Ano de copa do mundo de futebol, de eleições, do Congresso Mundial de Estomaterapia e de dois excelentes eventos da SOBEST.

A primeira proposta refere-se ao **SIMPÓSIO SUL SUDESTE DE ESTOMATERAPIA** Falemos um pouco desse evento.

Inovador em seu formato e inspirado no perfil da maior cidade do país, trará à discussão o posicionamento do enfermeiro, especialista ou generalista, diante dos desafios que exigem uma verdadeira mudança de paradigmas e de perfil profissional. O mercado exige, cada vez mais, profissionais competentes, ousados e empreendedores que, por outro lado, carecem de valorização e de melhores condições de trabalho. Para conduzir estes momentos de reflexão, através de conferências e workshops, buscamos autoridades em gerenciamento de carreira, *coaching* e de marketing pessoal, sem deixar faltar os temas de atualização nas três áreas da especialidade, a serem desenvolvidos por renomados palestrantes. Pensamos em tudo: você vai chegar e já teremos um café à sua espera. Nos intervalos das palestras, você encontrará *lounges* acolhedores com serviço de alimentação, inclusive para o almoço. Traga consigo a vontade de aprender, de ensinar, de conviver, de conhecer o novo, de se surpreender com sua profissão, com as possibilidades de empreender na estomaterapia e de ser uma pessoa mais feliz e um profissional com uma carreira promissora e bem gerenciada. Traga a vontade de se entender e de se respeitar como profissional e, acima de tudo, como pessoa. O convite está feito: confirme sua presença o mais breve possível, pois serão apenas 400 convidados!

Em junho, estamos certos de que a estomaterapia brasileira, mais uma vez, será bem representada no WCET Biennial Congress, por uma significativa delegação e por trabalhos em sessões oral e de pôster. Participe do congresso e das decisões mundiais a respeito da nossa especialidade! Contacte nossa Delegada Internacional, Suzana Aron (suzana.aron@smith-nephew.com) para maiores detalhes sobre o congresso e a viagem a Gotemburgo, na Suécia!

Em setembro, teremos o nosso segundo importante evento do ano: **III SIMPÓSIO NORTE NORDESTE DE ESTOMATERAPIA**. Já tradicional, realizaremos mais um concurso para obtenção ou renovação do título de especialista em estomaterapia - TiSOBEST. Os títulos serão entregues durante a cerimônia de encerramento do evento. Se você ainda não é titulado ou está no prazo para renovação, inscreva-se, prepare-se! Não perca essa importante oportunidade de valorização profissional!

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

(Sócrates)

Um grande abraço,

Suely Rodrigues Thuler
Presidente

Editorial



2014!!!!!! Mais um ano se inicia e mais uma edição da Revista Estima está pronta!!!!!!

Coragem!!!!!! Este é o tema deste editorial de boas vindas a mais um ano repleto de desafios para a estomaterapia brasileira, ano em que o tempo passará rapidamente, pois serão diversos os eventos importantes que acontecerão no país e, também na história da especialidade. São muitos eventos, alguns com propostas diferentes das já tradicionais, prova de titulação e retitulação de especialistas, eleição de nova diretoria da SOBEST, enfim, ano de renovação em que a coragem nos conduzirá a buscar o “sentido do sentido” (Pineau, 2000).

A coragem que nos ajuda a mantermos a direção dos nossos passos, nos conduzindo ao encontro de caminhos possíveis para a estomaterapia, para a Revista Estima, para tornar reais projetos e muitos outros desafios, tendo como base o passado e o presente, para que possamos juntos, construir o futuro, a partir da avaliação vivida como proposto por Freire (1997), em um processo contínuo de reflexão cotidiana. Esse processo configura-se numa investigação constante de sentido, buscando avaliar o que já foi realizado no campo da enfermagem em estomaterapia e o que ainda é necessário projetar, fazer e construir, num processo autoavaliativo que, presente e constante no grupo de enfermeiros estomaterapeutas participantes da Associação Brasileira de Estomaterapia, nos mantém determinados nos propósitos de contribuir para fortalecer a especialidade, impulsionando à ação, gerando novos conhecimentos e escrevendo a história.

Assim é possível fazer e também olhar. Olhar como se deu esse processo de construção... para o qual é preciso coragem, coragem de autoavaliar, de rever os percursos e buscar a evolução, mesmo que para isso seja preciso olhar para dentro e ver as sombras, pois essas só existem porque há a luz (Biguetti, 2014). Ao investigar com coragem, essa busca pode levar ao encontro.

Encontro desencadeador de muitos... muitos outros encontros, com estudantes de enfermagem, medicina, nutrição, etc..., com outros profissionais da saúde e áreas afins... são tantas.... com representantes de entidades de classe profissionais, ABEn, COFEn/CORENs, Sindicatos....com representantes das diferentes esferas do governo municipal, estadual, federal....., com fundamentos, princípios, valores, conosco mesmo, encontros estes que vêm sustentado nosso fazer, nosso compromisso e desejo de ampliar os horizontes da prática profissional do especialista em estomaterapia mas, sobretudo, do profissional enfermeiro.

A coragem da mudança faz-nos encerrar um ciclo e adentrar novos horizontes. É neste momento que agradecemos todo o apoio recebido dos autores e revisores, científicos e de idiomas, além dos serviços de diagramação e impressão. Finda-se uma parceria na editoria da Revista Estima para dar lugar a novos editores. Profa Maria Angela continuará como uma das editoras chefes ao lado da Dra Sônia Dantas e Profa Gisele Azevedo.

Que 2014 seja um ano de renovação e de muita coragem!!!!!!

***Maria Angela Boccara de Paula
Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos
Editoras***

Instruções aos Autores

A Revista Estima (RE), de periodicidade trimestral, é o veículo oficial de publicação da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências – SOBEST. Destina-se à publicação de artigos elaborados por enfermeiros, especialistas ou não, outros profissionais e acadêmicos da área da saúde. Com ênfase na prática clínica, gerenciamento, ensino e pesquisa, são aceitos artigos que possam contribuir para a ampliação do conhecimento e para o desenvolvimento da Estomaterapia como especialidade em todas as áreas de abrangência (estomias, feridas e incontinências, fístulas, cateteres e drenos).

Aspectos Éticos

■ Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente, no país de origem da pesquisa. Nas pesquisas desenvolvidas no Brasil, o número do processo/projeto deverá constar na Seção de Métodos do artigo.

■ Todos os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e dos membros do Conselho Editorial.

■ Quando houver a utilização de produtos farmacêuticos, estes deverão ser citados genericamente no corpo do texto. Havendo necessidade de citar a marca, esta deverá ser efetuada no final do texto como observação.

A Revista Estima apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

Seleção e Revisão dos Manuscritos

■ Os manuscritos poderão ser enviados em forma de artigo original, reflexão teórico-filosófica, revisão de literatura, artigo de atualização - incluindo temas de interesse para a Estomaterapia - estudo clínico (caso) e resumos de dissertação ou tese.

■ Cada manuscrito submetido à RE é inicialmente analisado pelos editores quanto ao cumprimento das normas. Em caso de não atendimento às mesmas, pode ser recusado ou devolvido para revisão. Quando aprovado pelos editores, o manuscrito é encaminhado à apreciação de, pelo menos, dois membros do Conselho Editorial, eleitos pelos editores, os quais dispõem de plena autoridade para decidir sobre a sua aceitação, recusa ou sugestão de alterações necessárias. Essas notificações serão feitas ao autor exclusivamente por e-mail.

■ O manuscrito e a declaração de responsabilidade, cessão de direitos autorais e esclarecimento das relações que podem estabelecer conflitos de interesse deverão ser enviados para a REVISTA ESTIMA, exclusivamente por e-mail (revistaestima@sobest.org.br). Carta disponível em www.sobest.org.br.

■ Quando há mais de um autor, somente um deverá ser identificado para a troca de correspondência, fornecendo o nome da instituição e o endereço completo (incluindo endereço eletrônico).

Apresentação dos manuscritos

■ Os manuscritos deverão ser inéditos. Não serão aceitos manuscritos encaminhados simultaneamente a outros periódicos ou previamente publicados. Exceções são feitas àqueles publicados/apresentados em anais de reuniões científicas (congressos, simpósios etc.) ou àqueles que os editores da RE julgarem ser de grande relevância para a estomaterapia. Nessa segunda exceção, o manuscrito somente será

republicado mediante autorização escrita dos editores do periódico onde foi originalmente publicado.

■ Os manuscritos deverão ser digitados em Programa Word for Windows, em português, inglês ou espanhol, em formato A4, letra Times New Roman, tamanho 11, com espaço 1,5, mantendo margens laterais de 2,5 cm, superior de 3 cm e inferior de 2 cm. deverão ser colocados após as referências bibliográficas.

Forma de apresentação

- **Página de rosto:** deve conter título do manuscrito em português, inglês e espanhol; autores com respectivas titulações, instituição de trabalho e endereço para correspondência.

- **Título:** deve estar em português, inglês e espanhol sem abreviações, em tamanho 18. O título deve ser conciso e explicativo e representar o conteúdo do trabalho. Deve conter, no máximo, 18 palavras.

- **Texto:** Esta parte deverá conter novamente o título do manuscrito (em português, inglês e espanhol), seguido de resumo, abstract e resumen além dos descritores. O resumo com no máximo 250 palavras, deverá ser apresentado em português, inglês e espanhol, tamanho 11 e espaçamento simples. Os descritores são no máximo de 3 a 6, separados por ponto devendo, também, ser apresentados em português, inglês e espanhol. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em espanhol, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e inglês. Caso o manuscrito seja escrito originalmente em inglês, deve conter ainda título, resumo e descritores em português e espanhol. Os descritores devem estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) ou MeSH (Medical Subject Headings) e devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/> e <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> respectivamente.

O texto do manuscrito deve ser estruturado na seguinte seqüência: Introdução (que deve conter justificativa), Hipóteses (quando cabível), Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão (contendo limitações e recomendações), Conclusão e Referências. Anexos somente serão aceitos quando necessários/indispensáveis para o estudo. Ao ser baseado em monografia, dissertação ou tese, o manuscrito deve indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada e defendida em nota de rodapé. O manuscrito deve estar paginado.

- **Figuras e tabelas:** devem vir ao final do texto, estarem devidamente numeradas e terem as posições indicadas no texto. Quando houver fotografias, estas devem estar em resolução acima de 300dpi. Não serão aceitas fotos ou figuras originárias de outros estudos, sem a autorização dos autores originais. As citações e referências devem ser elaboradas de acordo com as normas Vancouver (www.icmje.org).

1) **Artigo Original** - os manuscritos de pesquisa sobre estomias, feridas e incontinências e outros temas relacionados à estomaterapia devem ter, no máximo, 15 páginas, incluindo figuras, tabelas, referências e anexos.

2) **Reflexão teórico-filosófica** - artigos descritivos e interpretativos, com base em literatura recente acerca da situação geral e de reflexão sobre temas de enfoque da revista. Devem ter, no máximo, 7 páginas.

3) **Revisão de literatura (Sistemática ou Integrativa)** - estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Estomaterapia, respeitando a estrutura estabelecida anteriormente para o texto. Limitado a 10 páginas.

4) **Atualização** - estudos que relatam informações atuais sobre tema de interesse para a estomaterapia, por exemplo, uma nova técnica, e que tem características distintas de um artigo de revisão. Limita-se a 5 páginas.

5) **Relato de caso** - refere-se à divulgação de relatos de experiência da prática clínica em Estomaterapia. Sua extensão limita-se a 4 páginas.

6) **Resumo de dissertação ou tese** - os resumos devem conter introdução, objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Normas revisadas em março de 2010.

Experiência de Ser Mãe de Criança com Estomia

The Experience of Being a Mother of a Child with a Stoma

Experiencia de Ser Madre del Niño con Ostomía

Rev Estima - vol 12 (1) 2014 p. 12 - 21

Sara Rodrigues Rosado¹, Eliza Maria Rezende Dázio², Silvana Maria Coelho Leite Fava³, Paulo Henrique Maia⁴, Cibelle Barcelos Filipini⁵, Zélia Marilda Rodrigues Resck⁶

Resumo

O cuidado com a criança com estomia intestinal exige da sua família e, especialmente, da mãe a adoção de novas atitudes cotidianas que envolvem as dimensões biológica, emocional e social. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, fundamentado nos referenciais da Antropologia Interpretativa e do método etnográfico, que objetivou compreender o significado de ser mãe de criança com estomia. Participaram do estudo três mães de crianças com estomia do sul de Minas Gerais. A coleta de dados foi realizada no período de março a outubro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas, diário de campo e observação participante. Análise das falas das mães resultou na construção de dois núcleos de significados: “A desilusão do sonho” e “Resignação diante do adoecimento”. As mães têm seus sonhos interrompidos, passam pela experiência do sofrimento nos períodos pré, intra e pós-operatórios, e ajustam a vida com resiliência. A inclusão social da criança sob tecnologia assistiva ainda é incipiente em nossa sociedade. Os princípios da integralidade do cuidar envolvem o estabelecimento de relações, a escuta qualificada e as ações que propiciam resolutividade às demandas existentes, sem se restringirem aos cuidados com o equipamento coletor da criança com estomia.

Descritores: Relações Mãe-Filho. Ostomía. Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Caring for a child with an intestinal stoma requires the development of new routines by the family, especially the mother, involving the biological, emotional and social dimensions. This was a qualitative study based on the premises of Interpretative Anthropology and Ethnographic methods that sought to understand the experience of being a mother of a child with a stoma. Three mothers of children with ostomies from Southern Minas Gerais (Brazil) participated in the study. Data were collected between March and October 2011 using a semi-structured interview, field notes, and participant observation. Thematic discourse analysis was used to identify two themes: “Disillusionment of dreams” and “Resignation to the illness”. Mothers have their dreams shattered, suffer during the pre-, intra- and postoperative periods, and adjust their lives with resilience. The social inclusion of a child using assistive technology devices is still limited in our society. The principle of integrality of care involves establishing relationships, quality listening and actions that provide efficient solutions to meet existing demands, and is not restricted to the management of the child’s ostomy appliance.

Descriptors: Mother-Child Relations. Ostomy. Nursing Care.

Resumen

El cuidado del niño con ostomía intestinal exige de su familia y, en especial, de la madre, adoptar nuevas actitudes cotidianas que envuelvan lo biológico, emocional y social. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo basado en las referencias de la Antropología Interpretativa y del método etnográfico que tuvo como objetivo comprender el significado de ser madre del niño con ostomía. Las participantes fueron tres madres de niños con ostomía del sur de Minas Gerais. La recolección de datos se llevó a cabo de marzo a octubre de 2011, por medio de entrevistas semiestructuradas, diario de campo y observación participante. A partir del análisis surgieron dos núcleos significativos: “La decepción del sueño” y “Resignación frente a la enfermedad.” Las madres tienen sus sueños interrumpidos, pasan por la experiencia del sufrimiento en el pre, intra y post-operatorio y se adaptan a la vida con resiliencia. La inclusión social de los niños bajo tecnología asistida es todavía incipiente en nuestra sociedad. Los principios de integralidad del cuidado implican el establecimiento de relaciones, escucha calificada y acciones que permitan resolver las demandas existentes y que no se limiten al cuidado con la bolsa colectora de un niño con ostomía.

Palabras clave: Relaciones Madre-Hijo. Estomía. Atención de Enfermería.

Introdução

A maternidade é um momento cercado de expectativas e imaginações, para a maioria das mulheres¹. Durante a gestação, os pais sonham e almejam que seu filho venha ao mundo sadio e se desenvolva perfeitamente. Entretanto, o fato de uma criança nascer com algum problema de saúde pode gerar sentimentos de impotência, medo, culpa, fracasso e ansiedade, trazendo consequências para o ambiente familiar e, muitas vezes, levando os pais à crise, como é o caso da criança que necessita da construção de uma estomia².

Estomia é uma abertura cirúrgica de um órgão, formando uma boca que fica em contato com o meio externo para alimentação ou para as eliminações de secreções, fezes e/ou urina³. Consiste em uma medida de caráter temporário ou definitivo e recebe denominação de acordo com a parte do corpo em que é realizada⁴. Nas crianças, normalmente são provisórias e decorrem principalmente de obstruções intestinais, malformações congênitas e traumas⁵.

Diante da necessidade de construção de uma estomia, a família pode apresentar dificuldades para aceitar a nova condição da criança, pois se trata de um fator que interfere diretamente na construção da autoimagem da criança. A não aceitação do estoma, aliada ao sentimento de ser diferente, pode gerar comportamentos sociais como a negação de sua nova condição, manuseio incorreto de equipamentos coletores e agressividade².

Para os pais, essa situação pode ser vivida com ambivalência, variando desde o desejo de negar

a condição até o de superproteger a criança. Esses sentimentos podem colaborar para que a criança forme uma imagem fragilizada e inadequada de si, ou para que a mesma se torne o centro de atenções. Por outro lado, existem pais que aceitam melhor a situação do seu filho após a confecção do estoma temporário ou permanente, uma vez que esse é um recurso de sua sobrevivência e, dessa forma, transmitem segurança ao filho que, então, pode desenvolver-se normalmente⁶.

A ausência dos pais cuidadores, nos primeiros meses de vida da criança, pode contribuir para a redução do peso corporal, para as alterações no sono e para a queda de resistência da criança⁶. Assim, os pais devem ser motivados a oferecer à criança gestos de amor, como carícias, toques, abraços, dentre outros, pelos profissionais de saúde.

O papel dos profissionais de saúde, em especial, da Enfermagem - prática social comprometida com o cuidado humano – refere-se à responsabilidade e ao compromisso de intervir planejando a assistência integral à família e à criança nos períodos pré, intra e pós-operatório⁷. Compete a esses profissionais ajudar a família a “ajustar-se” propiciando melhor entendimento e convivência com o adoecimento, e não apenas priorizando os cuidados físicos mais prementes.

Em face dessa realidade, o cuidado com a criança com estomia intestinal exige da sua família e, especialmente, da mãe a adoção de novas atitudes cotidianas que envolvem as dimensões biológica, emocional e social.

Artigo Original

Dada a escassez de estudos relacionados à temática e diante das inquietações profissionais nessa área surgiram os seguintes questionamentos: Como a mãe enfrenta as fases de pré, intra e pós-operatórias da criança com estomia? Quais as dificuldades encontradas pelas mães no processo de cuidar? Como é o relacionamento entre a mãe e o filho com a sua nova condição? Quais são as mudanças no convívio diário entre a mãe e a criança com estomia?

Para dar respostas a essas preocupações e inquietações, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de compreender o significado de ser mãe de criança com estomia.

Métodos

Estudo com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial da Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz⁸ e do método etnográfico.

A Antropologia interpretativa busca interpretar a experiência na perspectiva daqueles que a vivenciam⁸, constituindo-se em um referencial adequado para responder aos objetivos deste estudo.

O método etnográfico coaduna a referencial teórico que foi adotado, uma vez que, se pretende alcançar uma forma próxima de compreender o significado da experiência de ser mãe de criança com estomia. Esse método é entendido como uma ciência interpretativa, pois o homem constrói e reconstrói os sentidos que podem ser interpretados, enquanto criador da cultura⁸. Nessa perspectiva, o papel do pesquisador é o de descrever o discurso social, anotando-o e transformando-o em conhecimento científico.

A situação social escolhida focalizou a experiência de ser mãe de criança com estomia. O estudo foi desenvolvido no período de março a outubro de 2011 e foram levantados os cadastros de crianças com estomias do Centro Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência – CEMAPE, de um município de Minas Gerais. Dentre as seis crianças cujas mães foram selecionadas para o estudo, duas crianças reverteram o estoma e uma criança faleceu.

Ao final, somente três mães constituíram a amostra do estudo. Apresentaram idade entre 22 e 52 anos, casadas ou divorciadas; católicas e evangélicas; ensino fundamental incompleto; do lar; renda familiar entre R\$ 600,00 e R\$800,00*. Quanto ao número de filhos, Maria possuía quatro filhos, dos quais a filha com colostomia (6 anos). Aparecida tinha um único filho, com idade de um ano e quatro meses, com colostomia; e Tereza possuía três filhos, sendo uma filha de nove anos com urostomia. Quanto aos diagnósticos médicos, foram: malformação congênita do sistema geniturinário, enterocolite e ânus imperfurado, este último resultando em estomia definitiva. Em pediatria, a maioria das estomias é de caráter transitório, podendo ser parte do tratamento de doenças malignas, benignas, inflamatórias, traumáticas abdominais decorrentes de acidentes e malformações congênitas⁹.

O estudo cumpriu os princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer nº 087/2011. As informantes assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, para respeitar o anonimato, foram-lhes atribuídos nomes fictícios.

Os dados foram coletados em visita domiciliária pré-agendada, utilizando-se como técnicas, a observação participante, anotações em um diário de campo e entrevista com questões que abordavam as características do perfil socioeconômico das informantes e a seguinte questão norteadora: Fale como foi para você antes, durante e depois da cirurgia que resultou na construção da estomia de seu filho(a). Mediante permissão das informantes, as entrevistas foram gravadas com gravador digital, sendo transcritas imediatamente após a coleta.

Ressalta-se que a etnografia não se trata de um espaço empírico no qual se aplica ou avalia uma teoria antropológica, ou seja, a partir dela vai sendo construído o saber teórico conjuntamente à coleta dos dados¹⁰. Dessa maneira, a análise de dados foi realizada concomitantemente à coleta e constituída de três fases: Ordenação, Classificação e Análise

*Na época da coleta de dados, o salário mínimo vigente era de R\$ 545,00.

final¹¹. A Classificação dos dados foi subcategorizada em codificação, categorias empíricas, identificação das categorias analíticas e análise final¹¹.

Resultados e Discussão

A partir da análise dos dados, foram identificados dois núcleos de sentido: Impacto da constatação do problema e providências tomadas e Necessidade de dar continuidade à vida que, após interpretados originaram os seguintes núcleos de significados: *A desilusão do sonho* e *Resignação diante do adoecimento*, apresentados a seguir.

• *A desilusão do sonho*

No imaginário popular, a notícia da gravidez e a espera pelo nascimento da criança são cercadas de muitas expectativas e comemorações, bem como dúvidas e ansiedades em relação à saúde, à vida e ao futuro do bebê¹². As mães, em especial, sofrem um grande impacto ao nascimento de um filho com problemas de saúde.

Ao lembrar como a criança nasceu e como receberam a notícia, as mães se emocionaram, revelando em suas faces um semblante de tristeza, olhar longínquo e choro (diário de campo, 03/06/2011).

“[...] eu tive começo de pré-eclâmpsia... ai teve que tirar... nasceu com 1,100kg, só que assim, perfeitoinbo... nasceu de 6 meses e pouquinho. Ai quando vê, 11 horas da noite me ligou e falou que estava descendo pro centro cirúrgico para operar” (Aparecida).

“Depois de três dias que ela nasceu que eles [médicos] falaram pra mim que minha filha tinha esse problema... que a minha filha não tinha o ânus, que ela tinha duas vaginas, que ela começou a obrar pela vagina” (Maria).

“Então, quando eu descobri foi uma tragédia né!? Eu, minha outra filha, todo mundo, ninguém esperava [...]” (Tereza).

A experiência do sofrimento pelo qual a mãe passa, deixa-lhe lembranças marcantes. Assim, a Enfermagem precisa estar atenta às questões relacionadas à revelação do diagnóstico de um

problema de saúde do filho à mãe. É de fundamental importância a elaboração de um plano assistencial que contemple ações nas diferentes dimensões, com sensibilidade humana e ética, desde o período pré-operatório até o seguimento no domicílio.

O contato inicial com a doença gera ansiedade nos pais e o principal temor é a morte da criança¹³.

“O médico explicou que tinha mais chances de perder ele do que ele sobreviver, porque o caso dele era muito grave, que ele só tinha 1.100g, pegou infecção, enterocolite, ele explicou e tal. Ai, na hora meu marido quase desmaiou, pensou que ele não ia sobreviver” (Aparecida).

Culturalmente, a morte é algo desconhecido e temido; sendo muito sentida pelas pessoas quando se trata de uma criança, uma vez que, no senso comum, a morte é um processo natural apenas para o idoso.

Diante deste momento difícil e angustiante dos pais, o enfermeiro deve oferecer aporte emocional e acionar uma rede de apoio que inclui a família, psicólogo e líder religioso, dentre outros.

Dentre as crianças no estudo, apenas uma delas não foi diagnosticada quando ainda era bebê. A mãe foi a primeira a observar que algo com sua filha não estava certo e que ela precisava de cuidados.

“Ela ia ao banheiro, e fazia força. Para mim era para fazer coco, mas não, era para fazer xixi ela fazia força” (Tereza).

Os pais, e em especial as mães, são os primeiros a observarem alterações na saúde dos filhos. Os profissionais de saúde devem ser perspicazes ao avaliarem o bebê e devem valorizar as informações da mãe para o diagnóstico precoce das anormalidades. A partir daí, algumas mães percorrem os serviços de saúde em busca do tratamento ideal para essas crianças.

A seguir, o relato de Maria revela uma peregrinação pelos serviços de saúde e alguns equívocos profissionais:

“Ela (filha) ficou 20 dias lá [internada], depois eu fui embora com minha menina. Ai depois de 20

Artigo Original

dias ela voltou... ficou mais dois meses por causa de problema de respiração. [...] eu levei, num médico de outra cidade, ele olhou e falou que ela podia fazer a cirurgia depois de grandinha. Que isso era uma coisa à toa. [...] quando a menina tinha 6 meses deu septicemia...ai eu corri com ela pro pronto socorro... ela ficou mais 35 dias internada. Ai, um dia eu fui levar ela nesta cidade, porque minha filha tava obrando muito. Conteí ao Pediatra que minha filha não tinha o ânus, que ela tinha duas vaginas, que ela começou a obrar pela vagina... ele pegou e chamou esse outro médico... e marcou a cirurgia pra menina em novembro. Fez a primeira cirurgia [...] cheguei em casa, passou uma semana e tinha perdido a cirurgia, parece que tudo arrebentou. Voltou pro Dr., ele fez os exames e levou pra outra cidade maior...ficou lá mais uns 25 dias, internada, fazendo exames...depois voltei... e ela fez a cirurgia da bolsa”(Maria).

Um dos fatores que contribui para postergar o diagnóstico da doença pelos profissionais de saúde é o seu equívoco ao serem procurados pelos pais, quando as crianças apresentam os primeiros sintomas.

Para as peregrinações em busca de tratamento, Aparecida e Maria realizaram os procedimentos prescritos, consultas, cirurgias, exames e transportes fornecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS. De certa maneira, esse fato demonstra o respeito pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde e pelos direitos do cidadão¹⁴. Mas, nem sempre isso acontece:

“Fez tudo no particular. Tudo pago, tudo pago. Foi o pai dela que levou [transporte], tudo no particular. Então o pai dela ajudou a pagar, não foi nada pelo SUS. O Dr. não deu desconto nenhum... As consultas dele tudo paga. Na época, eu pagava 70 reais cada consulta e tinha o retorno. Mas era isso todo mês, todo mês” (Tereza).

No relato, constata-se que a família passou por dificuldades financeiras e por privações, ao direcionarem todos os esforços e recursos para o restabelecimento da saúde do filho. O adoecimento leva as pessoas a acionarem a rede de apoio não apenas para o tratamento e cura, mas,

sobretudo, para amenizar o seu sofrimento.

Por meio dos relatos pode-se perceber que a espiritualidade constitui uma importante rede de apoio e enfrentamento:

“[...] Fez a cirurgia, no lado esquerdo não conseguiu passar [sonda]. O médico falou: mãe vai ter que fazer bemediálise. Eu sozinha, não tinha ninguém lá. Eu rezando a noite inteira e só chorando.[...] Aqui Dr., eu tenho certeza que do lado que você fez a tal da bolsinha está entupindo, algum sangue talhou. [...] o Dr. pegou um caninho, tipo uma sonda, só que é mais grossa, passou nela ai o xixi dela foi só saindo. Foi a maior alegria da minha vida!” (Tereza).

A enfermagem deve respeitar as crenças religiosas da mãe, pois essas constituem um dos recursos acessados como estratégia para amenizar a incerteza diante da enfermidade de seu filho¹⁵. Passar pela experiência de receber um filho no pós-operatório é marcante:

“[...] ele [médico] chamou e disse: agora nós vamos fazer a cirurgia nela, ai fez [...], só que foi um horror a cirurgia dela, ela foi para quarto toda cheia de aparelhos” (Tereza).

Cabe destacar o papel primordial que os profissionais de saúde desempenham nas orientações à família com vistas a minimizar os impactos decorrentes do tratamento, neste caso, principalmente, pelo uso da tecnologia assistiva.

No decorrer das entrevistas, Maria ressaltou que durante a fase pós-cirúrgica, recebeu apoio da equipe de enfermagem e dos médicos explicando sobre o procedimento realizado, a função dos aparelhos e os cuidados com sua filha, fato que a tranquilizou.

“[...] Eles [médicos] mesmos me explicaram o que seria feito. Explicou qual era o problema dela. Explicou tudo. É porque, explicou que a menina ia colocar a bolsa, as vezes conforme o tempo ela ia tirar, as vezes não. Então me explicou direitinho sim” (Maria).

“[...] falou [médicos] que ia tirar, que era a mesma coisa que uma parede, que estava sobrando na bexiga dela, que ia tirar esse pedaço que estava sobrando na parede e que ia jogar fora, entendeu?” (Tereza).

Através dos relatos é possível perceber a importância das orientações como uma maneira de tranquilizar as adversidades decorrentes do tratamento. Contudo, a visão mecanicista do corpo permeia a visão biomédica.

No presente estudo, constatou-se que o cuidado centraliza-se na figura materna, uma vez que culturalmente na nossa sociedade o cuidado do filho é de competência da mãe. Duas mães foram informadas sobre a doença e a cirurgia a ser realizada, enquanto outra não teve orientação sobre o procedimento, uma vez que para os profissionais de saúde a situação de emergência justificou a ação.

“[...] ligou [funcionário do hospital] pra nós e falou que já estava descendo pro bloco cirúrgico. Que ia demorar um tempão. Estava aqui na minha cidade, aí nós fomos. Chegou lá ele já estava sendo operando. Não explicaram sobre o estomia, só depois que eu vi que estava com a bolsinha” (Aparecida).

Os sentimentos de medo, angústia e insegurança surgem diante a hospitalização, aflorando quando a mãe enfrenta a situação de que seu filho será submetido a uma cirurgia. Ela sofre por não saber o que pode acontecer ao filho, pelas incertezas quanto à sua melhora e por temer a possibilidade de alguma coisa dar errado¹⁶.

“Nossa senhora, fala a verdade, parecia que o mundo ia acabar” (Maria).

“Nossa foi horrível! Credo! Acho que ele entrou 11 horas e saiu 1 hora. Ele pequenininho lá... Todo mundo rezando... Nossa foi horrível” (Aparecida).

“Foi horrível, porque nunca aconteceu isso com filho meu, e acontece isso com ela” (Tereza).

É possível evidenciar que a mãe sente esperança e alegria ao ver seu filho sair do centro cirúrgico com vida, relatando que, mesmo com a nova condição de seu filho, o importante é que ele está vivo.

“[...] na hora que saiu pra levar ele pra UTI [...] falou que nós podia entrar pra ver ele. Aí chegou lá, ele sedado mexendo assim os braçinhos, as perninhas...tipo assim, nós sentiu que ele tava dizendo assim, “ai eu to vivo”, tipo assim aí nós ficou com esperança [...] ele falou que o quadro dele dava pra reverter aí fiquei tranquila. Só de saber

que ele tava com vida, que ele tava bem, que tinha curado a infecção, nós aceitou” (Aparecida).

Entende-se o sofrimento da mãe diante da estomia do filho, sentimento também mostrado em estudo de Leite e Cunha¹⁷. Os depoimentos a seguir revelam o sofrimento ao ter o primeiro contato com o filho com estomia.

“Eu não queria ficar perto e não quis lavar e não queria ver” (Maria).

“Foi horrível né? [ver o estomia] Inacreditável [...] eu não queria colocar a mão, nem depois que fui embora. Aí eu tinha uma sobrinha que é enfermeira, ela que vinha fazer pra mim” (Tereza).

As mães relatam que, após o primeiro impacto, foram se “acostumando” com a ideia de ter seu filho com a estomia. O convívio possibilitou um melhor entendimento das necessidades da criança, permitindo-lhes ver e tocar a estomia de seu filho, mesmo sem acreditar no que estava acontecendo.

“Depois passou a ser normal, aí eu mesma fazia” (Tereza).

“Aí no segundo dia eu quis ver, vi. Mas, mesmo assim, pra mim aquilo era um absurdo” (Maria).

A equipe de saúde deve orientar a mãe sobre os cuidados específicos com o estoma, como a higienização e troca dos equipamentos coletores e sua aquisição gratuita bem como os aspectos psicológicos da criança. Deve ainda contribuir para a desconstrução de imagem “imperfeita” da criança, facilitando e colaborando para a aceitação pela família, através do amor, da educação e inclusão social¹⁷.

Em relação às orientações, as mães relataram:

“[...] a enfermeira explicou. Foi depois da cirurgia. Só me ensinaram, depois eu ensinei meu marido” (Maria).

“[...] a enfermeira ensinou tudo, lá é muito bom! E sobre a sonda, eu tive aula dois dias, de passar sonda, a higiene né como que é, tive tudo” (Tereza).

A partir das orientações, os pais se sentem mais seguros para o retorno ao lar o que implica atravessar mais uma etapa da caminhada, exigindo

Artigo Original

adaptações no cotidiano domiciliar e social¹⁷.

A experiência bem sucedida após a primeira cirurgia acarreta maior segurança para o enfrentamento de intervenções posteriores que se fazem necessárias:

“[...] Então a primeira cirurgia que ela fez pra mim era entrar e sair morta. Eu não acreditava que ia sair viva. Ai a segunda cirurgia, eu já tive mais confiança... sabe eu já fiquei mais assim...mas mesmo assim a gente ainda chora. Mesmo assim eu chorava” (Maria).

“[...] quanto a isso você sabe que eu fiquei feliz, você sabe porque? sabe o médico falou que não tinha perigo” (Tereza).

O impacto é vivenciado de forma peculiar pela mãe de idade mais avançada. Tal forma de agir pode se justificar pela maturidade e pelos percalços da vida, uma vez que as pessoas mais velhas têm estratégias acumuladas para lidar com as vicissitudes da trajetória da vida, o que propicia melhor enfrentamento das adversidades¹⁸.

Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel de fundamental importância e responsabilidade, planejando intervenções que minimizam o sofrimento perioperatório.

• **Resignação diante do adoecimento**

Os cuidados com a criança com estomia exigem dos pais e, principalmente das mães (as maiores responsáveis pelo cuidado), um tempo maior do que aquele dispensado às outras atividades. Assim, muitas mães optam em deixar o trabalho para último plano, ao se defrontarem com a necessidade de cuidar de um filho com doença crônica¹³.

A exigência de atenção integral ao cuidado dificulta o desenvolvimento concomitante de outra atividade que não a do lar. Durante as visitas, todas as mães relataram que mudaram de vida, abandonaram o trabalho para cuidarem da família e, em especial, da criança, deixando muitas vezes o convívio social de lado. É o que se constata nos relatos a seguir:

“[...] Antes de fazer a cirurgia a minha vida era assim, tranquila sabe, eu não esquentava muito... eu era alegre [...] hoje eu já não sou mais, sabe assim... depois que ela começou com essa doença [...] É a mesma coisa que dar uma facada na gente, eu não estava esperando nada” (Tereza).

“[...] Porque eu sou separada, eu podia sair, sabe, ficar a noite inteira com as amigas, tomar uma cervejinha, comer alguma coisa, mas eu não vou por causa dela, porque tem que passar a sonda nela, então evito muita coisa por causa da minha filha” (Tereza).

Todas as mães referiram que o relacionamento com seus filhos era ótimo. Observa-se que elas tratavam seus filhos de forma carinhosa e com superproteção:

“[...] ele não dá amolação, é o meu xodozinho” (Aparecida).

“Eu sempre faço as vontades dela demais, mimo ela” (Maria).

“O pai dela comprou uma moto pra ela e pagou 700 reais, mas antes da moto ele comprou um bicicleta, pagou 400 reais, agora ele nem terminou de pagar a moto e ela já tá querendo um Patati-patata [...] mas eu sempre faço as vontades dela” (Maria).

É comum as mães superprotegerem os filhos com algum problema de saúde, o que pode trazer como consequência a perda do controle dos impulsos da criança, devido à dificuldade em impor limites¹⁹.

A mãe de uma das crianças tenta explicar o seu comportamento, argumentando que este ocorre devido a todos os problemas e dificuldades que sua filha enfrentou durante o percurso de sua doença.

“Mimada ela é! Os médicos falam que ela é uma guerreira, depois de tudo que ela já passou, todo mês levando agulha” (Tereza).

A nova condição impõe modificações nas relações da família, a qual não pode ser negligenciada, já que a criança estabelece com os irmãos um convívio de parceria e aprendizagem¹³. É possível observar que a relação entre os irmãos

é expressa sempre como normal, comum, pelas mães entrevistadas, mas essa normalidade pode desequilibrar-se quando a atenção da mãe ao filho doente é maior comparativamente àquela dispensada aos demais.

“Os irmãos não tem ciúmes porque eles já sabem”
(Maria).

Durante as visitas, eram frequentes as queixas dos irmãos em relação ao modo particular das mães oferecerem atenção ao filho com estomia (diário de campo, 03/08/2011). É preciso que essa mãe torne sua relação mais próxima do normal com seus filhos e entre eles.

As mães revelaram a participação dos pais em momentos difíceis, como a hospitalização do filho, e em atividades de rotina da criança, como banho e troca da bolsa de estomia. Apenas em uma família, não se verificou a participação da figura paterna nos cuidados diários da criança, por se tratar de um casal divorciado. Nesse caso, o pai participa contribuindo apenas financeiramente.

“[...] eu aprendi a troca de bolsa e depois eu ensinei meu marido” (Maria).

Nas divisões das tarefas diárias da criança com a mãe, a participação paterna deve ser estimulada, pois o companheiro é identificado como a maior figura de apoio das mães de crianças com doença crônica¹⁹.

O convívio com as outras crianças também é fundamental para o seu desenvolvimento psíquico e social. As mães de duas crianças relataram que seus filhos possuem um convívio normal e saudável com outras crianças da escola e vizinhança e que estas sabem da estomia de seu filho.

“Brinca, adora brincar. Tem um menininho aqui do lado que ele vai pra lá” (Aparecida).

“Normal, eles sabem que ela tem. As amigas dela vê, vê eu fazendo, não escondo” (Tereza).

No entanto, uma mãe relatou o sofrimento de seu filho perante a rejeição dos colegas.

“Só que os amiguinhos, os coleguinhas não brincam com ela. As vezes ta brincando, ela entra no meio e eles param, e falam pra ela que ela não pode porque ta fedendo [...] as vezes fala que ela ta fedendo né!?”

Que a minha filha fede cocô. Perguntam porque você usa isso? E ela se sente [...] Ela (minha filha) fala: Nossa mãe, o povo fala que eu to fedendo”
(Maria).

Perante o comportamento dos colegas escolares, a criança com estomia começa a questionar se ela é a única que se encontra nessa situação.

“Ela acha que só ela que tem. Ela acha que não existe mais criança que nem ela” (Maria).

Diante de tal situação, surge um questionamento: ela é excluída pelos colegas ou ela se exclui por se sentir diferente? Cabe contextualizar a questão do *bullying* nesse relacionamento. A criança que enfrenta o *bullying* passa a ser insegura, com deterioração da autoestima e do autoconceito além do isolamento social²⁰.

O preconceito sofrido pela criança na escola gera conflitos e favorece o atraso em seu desenvolvimento, devido ao número de faltas.

“Por isso que ela não quer ir para a escola. Minha filha não é uma criança feliz” (Maria).

A equipe de saúde tem como objetivo facilitar a adaptação da criança à sua condição, às internações e (re)internações, além de esclarecer sobre seu tratamento, por meio de uma interação pautada na comunicação que consiste em ouvi-la individualmente²¹. O diálogo objetiva esclarecer pontos obscuros, desmistificar fantasias, dar novas explicações que podem funcionar como mecanismos adaptativos, em momentos de estresse.

Durante a fase escolar, uma das mães informou apresentar dificuldades na aceitação da sua filha nas escolas, devido à sua condição. A procura por uma vaga tornou-se um obstáculo para essa mãe, obrigando-a, muitas vezes, a pagar pelos estudos do filho e até mesmo a procurar recurso judicial para obter uma vaga na escola.

“[...] eu comecei a pagar escola pra ela, paguei por um bom tempo. Eu paguei porque ninguém aceitava ela [...] eu comecei a pagar escola pra ela, paguei por um bom tempo. Eu paguei porque ninguém aceitava ela. Ai me falaram assim, que tinha que esperar minha filha tirar a bolsa pra depois ir. Outro falava assim que não tinha vaga, só que, passava dois ou

Artigo Original

três dias o vizinho conseguia por lá e eu não conseguia. Ai entrei na justiça, levei os papéis dela lá, conversei, ai em três dias eles conseguiram uma vaga pra ela” (Maria).

Conforme o Art. 53 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): “Toda criança têm direito à educação”. Logo, fica evidente que a instituição de ensino carece dessa informação, pois tentou privar a criança de ter oportunidade de se desenvolver e socializar¹⁴. A escola desconhece o ECA? Ou estaria evitando uma criança com estomia?

Para outra mãe, o laço entre ela, seu filho e a creche ainda se encontra fragilizado. Além de não confiar no serviço, o medo de ter seu filho novamente doente fez com que ela restringisse a sua educação.

“[...] às vezes é perigoso, assim de deixar na creche, às vezes não cuida direito, pega infecção. Tipo morro de medo dele pegar infecção!” (Aparecida).

A interferência na frequência às aulas por crianças com doenças crônicas é um fato esperado, devido à doença em si, ao tratamento e ainda como consequência do preconceito vivenciado pela criança, desmotivando-as e dificultando sua adaptação escolar²². Ao questionar as mães sobre o rendimento dessas crianças, as mesmas informaram que seus filhos possuem uma grande quantidade de faltas, sendo a principal causa: o afastamento por motivos de saúde, devido às recorrentes internações e retornos médicos para dar continuidade aos tratamentos.

“[...] Você acredita que agora que ela está aprendendo a ler. Só que ela falta muito.” [...] “Só sei que minha vida não foi fácil. Até hoje né, porque tem mês que tenho que ir pra Universidade. Igual esse mês, eu vou 3 vezes lá na Universidade. Que é fácil não é não” (Tereza).

“[...] Ela está indo [retorno ao médico] uma vez por mês. Logo depois que ela colocou a bolsa, ela estava indo toda terça, uma vez por semana” (Maria).

As mães dessas crianças enfrentam a vida com resiliência, ou seja, a capacidade de responder às demandas da vida diária de forma positiva, apesar das adversidades enfrentadas ao longo do desenvolvimento. Trata-se de um resultado da combinação dos atributos do indivíduo, de seu

ambiente familiar, social e cultural²³. As mães ajudam os seus filhos a superar seus problemas e tentam levar a vida da forma mais normal possível. As crianças brincam, vão à escola e participam de festas, realizam todas as atividades que cada faixa etária proporciona a elas.

“Ah! Pra mim assim, não tem diferença não, acostumei com a ideia de ter bolsinha... não tenho preconceito, me lido bem com a situação. Não tenho problema não [...] tá com a fralda tampadinho, deixo ele brincar, deixo ele ir pro chão, engatinha” (Aparecida).

“Brinca a vontade, eu falo pra ela pra ter uma vida normal, andar de bicicleta, nadar [...] vai pra festa, pra aniversário, roça [...] é normal a vida dela. Hoje ela usa calça apertadinha... Era só vestido largo sabe, hoje não” (Tereza).

Considerações finais

O impacto do diagnóstico da doença do filho e as etapas sucessivas necessárias ao tratamento caracterizam-se como importantes momentos na vida da mãe de uma criança com estomia. Os achados do presente estudo levam à reflexão sobre a importância de uma assistência de enfermagem de boa qualidade não apenas no período pré-operatório, mas no acompanhamento contínuo da criança e da mãe, pautada no atendimento das necessidades nas dimensões biológica, social, psicológica, cultural e espiritual.

A sistematização da assistência de enfermagem deve ser realizada de maneira integral, buscando amenizar o sofrimento das mães, reduzindo suas ansiedades, medos e preocupações, potencializando sua confiança para o cuidado da criança diante da nova situação vivenciada.

Este estudo revelou que ter uma criança com estomia afeta toda a família, no entanto, a responsabilidade recai principalmente sobre a figura materna, pois esta, além de realizar os cuidados, está constantemente presente na evolução de seu filho. Constatou-se que a mãe abre mão de várias atividades para atender seu filho, com mudanças expressivas em seu dia a dia. Sua vida particular acaba sendo prejudicada assim como a vida profissional, ao abandonarem seus projetos e trabalhos para se dedicarem aos cuidados de seus filhos de forma integral.

A inclusão social da criança sob tecnologia assistiva ainda é incipiente em nossa sociedade. São imprescindíveis as orientações que envolvem não apenas a criança e a família, mas, a sociedade, tornando-a menos preconceituosa.

Ao desenvolver este estudo foi possível perceber que os princípios da integralidade da assistência estão na capacidade do profissional de saúde em estabelecer relações, escuta qualificada e ações que propiciam resolutividade às demandas globais e amplas existentes, sem o reducionismo do cuidado centrado no equipamento coletor da criança com estomia.

Referências

1. Smeha LN, Cezar PK. A vivência da maternidade de mães de criança com autismo. *Psicol Estud.* 2011;16(1):43-50.
2. Seccani LME, Ribeiro PA, Gravalos S, Paula MAB, Vasconcelos ACLP. Estomias intestinais em crianças: dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar. *Rev Estima* 2007; 5(3):16-21.
3. Souza JL, Gomes GC, Barros EJJL. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. *Rev Enferm UERJ* 2009;17(4):550-555.
4. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica* 2008;18(1):26-30.
5. Guerrero SG, Tobos LS. Caracterización de las familias como agentes de cuidado a niños ostomizados. *Av Enferm.* 2007;25(1):101-114.
6. Carvalho WAF. Estomias em pediatria: como cuidar? In: Santos VLCC, Cesaretti IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
7. Costa CEC, Santos RS. *Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais*. [monografia]. Batatais (SP): Faculdade de Enfermagem, Centro Universitário Claretiano de Batatais; 2006.
8. Geertz C. *A interpretação das culturas*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
9. Cruz AC, Angelo M. Estomias em neonatologia: um resgate da memória materna. *Rev Esc Enferm USP* 2010;46(1):1306-1312.
10. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2008;12(25):363-76.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Lemes LC, Barbosa MAM. Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):441-5.
13. Furtado MCC, Lima RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003;11(1):66-73.
14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet] [acesso em 01 out 2011]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
15. Spadacio C, Barros NF. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2009;13(30):45-52.
16. Oliveira I, Ângelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. *Rev Esc Enferm USP* 2000;34(2):202-8.
17. Leite NSL, Cunha SR. A família da criança dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para a prática de enfermagem no ambiente hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2007;11(1):92-97.
18. Higginbottom GMA. 'Pressure of life': ethnicity as a mediating factor in mid-life and older peoples' experience of high blood pressure. *Sociol Health Illn.* 2006;28(5):583-610.
19. Castro EK, Piccinini CA. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estud Psicol.* 2004;9(1):89-99.
20. Francisco MV, Libório RMC. Um estudo sobre *Bullying* entre escolares do ensino fundamental. *Psicol Reflex Crit.* 2006;22(2):200-207.
21. Perosa GB, Gabarra LM. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface - Comunic Saude Educ.* 2004;8(14):135-47.
22. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002;10(4):552-560.
23. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(2):497-506.

Artigo recebido em: 24/07/2013

Aceito para publicação em: 12/12/2013

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: sara.rrosado@botmail.com. Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 443. Bairro: Centro.

Alfenas (MG), Brasil. CEP: 37.130-000. Telefone: (35) 8859-2089. Email: sara.rrosado@botmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem e do PPGENF da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: elizadazio@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem e do PPGENF da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: silvanaf2005@yahoo.com.br

⁴Graduando da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: paulo_b_garcia@botmail.com

⁵Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: cibellebarcelos@botmail.com

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem e do PPGENF da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. E-mail: zmrrresck57@gmail.com

Conhecimento de Pessoas com Úlceras Vasculogênicas acerca da Prevenção e dos Cuidados com as Lesões*

Patient's Knowledge of Vascular Ulcer Prevention and Care

Conocimiento de Personas con Úlceras Vasculares a cerca de la Prevención y de los Cuidados con las Lesiones

Rev Estima - vol 12 (1) 2014 p. 22 - 30

Líndinalva Vitoriano de Lima¹, Alana Tamar Oliveira de Sousa²,
Isabelle Cristinne Pinto Costa³, Viãna-Del-Mar da Silva⁴

Resumo

Este estudo objetivou investigar o conhecimento de pessoas com lesões vasculogênicas acerca da prevenção e dos cuidados com as lesões. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em um ambulatório de curativos pertencente a uma instituição de ensino superior, no município de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por oito sujeitos atendidos diariamente no serviço. A coleta de dados foi realizada por meio do sistema de gravação de voz, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos e analisados qualitativamente, por meio da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, descrita por Lefèvre e Lefèvre. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados mostram que os respondentes utilizam produtos não convencionais, de uso caseiro para o manuseio da ferida, antes do tratamento realizado no ambulatório; havendo, porém, modificações dessas práticas, após o processo educativo diário e contínuo, passando a dotar o tratamento proposto pela enfermeira do ambulatório. Informam ainda que seguem a terapêutica proposta mesmo fora dos dias de atendimento no serviço, tornando-se pessoas independentes e conhecedoras dos cuidados necessários para a cicatrização e para a prevenção de recidivas.

Descritores: Educação em Saúde. Úlcera da perna. Enfermagem.

Abstract

The purpose of this study was to assess the patient's knowledge of vascular ulcer prevention and care. This was a qualitative, exploratory, field research conducted in a university-based outpatient wound care clinic in the city of João Pessoa (PB, Brazil). The sample was composed of eight patients with vascular ulcers who were receiving daily treatment in the clinic. Data were collected through a semi-structured interview, which was audio-recorded and transcribed verbatim. The transcription was evaluated using collective subject discourse analysis described by Lefèvre and Lefèvre. The study was approved by the Institutional Research Ethics Committee. Results showed that the participants used unconventional household items for wound management before beginning treatment in the outpatient clinic. However, the patients stopped using their methods after continually receiving daily educational interventions at the clinic and adhered to the treatment regimen proposed by the practitioner nurse. Patients also reported been adherent to therapy on days without intervention. These patients became more independent and had a better understanding of the care necessary for the healing of vascular ulcers and prevention of relapses.

Descriptors: Health Education. Leg Ulcer. Nursing.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar el conocimiento de las personas con lesiones vasculares a cerca de la prevención y de los cuidados con las lesiones. Se trata de un estudio de campo, exploratorio, con abordaje cualitativo, realizada en un consultorio externo donde se realiza curación de heridas perteneciente a una institución de enseñanza superior, en el municipio de João Pessoa-PB. La muestra fue constituida por ocho usuarios atendidos diariamente en el servicio. La recolección de datos fue realizada por medio del sistema de grabación de audio, utilizando un guión de entrevista semiestructurada. Los datos obtenidos en las entrevistas fueron transcritos y analizados cualitativamente, a través de la técnica de análisis del discurso del sujeto colectivo, descrita por Lefèvre e Lefèvre. La investigación fue aprobada por un Comité de Ética en Investigación. Los resultados muestran la utilización de productos no convencionales de uso casero durante la manipulación de la herida, antes del tratamiento realizado en el ambulatorio, pero con el proceso educativo continuo realizado en servicio, los participantes en la investigación relatan la adopción del tratamiento propuesto por la enfermera, siguiendo la terapia, incluso fuera de los días de atención en el servicio, lo que torna a las personas independientes y conocedoras de los cuidados necesarios para la cicatrización y para la prevención de recidivas.

Palabras clave: Educación en Salud. Úlcera de la Pierna. Enfermería.

Introdução

No Brasil, as feridas representam um sério problema de saúde pública e atingem diversas faixas etárias, etnias, ambos os sexos, com reflexos nos gastos públicos e interferência na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares. Apesar dos altos índices de pessoas com lesões, os registros estatísticos são escassos, o que dificulta saber a magnitude dessa problemática.

Nesse sentido, mesmo com a subnotificação dos casos, o aumento da incidência de feridas crônicas na população é um fato conhecido pelos profissionais da área de Saúde e tem proporcionado várias discussões sobre o assunto, por se tratar de um problema social grave, que está relacionado ao aumento da morbimortalidade de pessoas idosas e com doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão.¹

Com esse entendimento, é muito difícil saber o número exato de pessoas com úlceras vasculogênicas, por ser comum na população brasileira, já que representa 80% das ulcerações vasculares, com prevalência global que pode variar de 0,06 a 3,6%.² A causa mais comum das úlceras dos membros inferiores é a insuficiência venosa crônica, seguida da doença arterial, que representa de 10 a 25% de todas as úlceras e pode coexistir com a doença venosa.² Nesse caso, as informações sobre a incidência das doenças crônicas para o desenvolvimento de programas preventivos e a formulação de práticas educativas que reduzem o seu impacto no país são sobremaneira importantes.²

As úlceras vasculogênicas apresentam-se com alto índice de recidiva, o que gera sofrimento para a pessoa e seus familiares, causa um grande impacto no estilo de vida da população acometida por elas, refletindo diretamente na qualidade de vida.³

Essas informações reforçam o quanto é importante se considerar essa problemática como um aspecto fundamental na abordagem de pessoas com feridas crônicas, para que elas recebam uma assistência sistematizada, baseada na avaliação clínica, no diagnóstico precoce, no planejamento do tratamento adequado, na implementação dos cuidados, na evolução e na reavaliação das condutas e no tratamento, além de trabalho educativo permanente para o autocuidado.

A dificuldade que essas pessoas encontram quando procuram o serviço na atenção primária, secundária e terciária contribui para que não aconteça um diagnóstico precoce ou até mesmo prevenção, orientação e tratamento da ferida. Essa deficiência na busca por esse serviço envolve a falta de informação e de conhecimento do autocuidado.⁴ Além do desconhecimento dos profissionais no cuidado de pessoas com feridas, alia-se a falta de recursos materiais e humanos especializados para a implantação de condutas mais adequadas. Além disso, destaca-se a falta de sistematização do atendimento, porquanto, a cada retorno, a pessoa recebe orientação de um profissional diferente, amparado pelos próprios conhecimentos,⁵ principalmente em instituições públicas. Dentre os profissionais, os enfermeiros encontram muitas

Artigo Original

dificuldades para avaliar e classificar as lesões vasculares e diferenciá-las, venosas e arteriais, mesmo apresentando características essencialmente distintas, o que resultará em distintas condutas. Desse medo, são fundamentais os conhecimentos específicos que possibilitem ao enfermeiro estabelecer um diagnóstico preciso com vistas à implementação de um tratamento tópico também eficaz e preciso.⁶

No que concerne às úlceras de origem venosa, localizam-se no terço inferior da perna, um pouco acima do maléolo interno, ou no dorso do pé ou terço médio da perna, menos frequentemente. É importante destacar que esse tipo de úlcera se desenvolve lentamente e se transforma em lesão com borda irregular, superficial no início, mas que pode se tornar profunda; o leito geralmente é formado por tecido de granulação, podendo conter esfacelos, com exsudato copioso, amarelado e odor, decorrente da infecção local que acontece com frequência. Na área adjacente, nota-se uma hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, atrofia branca, presença de veias tortuosas e dilatadas e, em alguns casos, cicatrizes visíveis de úlceras anteriores. A dor manifestada é moderada.⁷

O surgimento da úlcera venosa está relacionado, geralmente, a uma combinação de obstrução no segmento venoso e refluxo. Este pode ser causado por anomalia congênita no desenvolvimento das válvulas venosas, conduzido sem essas estruturas, alongamento do folheto da válvula ou fraqueza da parede venosa. A obstrução pode ocorrer por trombose venosa profunda ou traumas.⁸

As úlceras arteriais ocorrem devido à dificuldade de fornecimento de sangue arterial para o membro inferior, sendo a aterosclerose a causa mais comum, porém a trombose ou embolia podem contribuir para a insuficiência arterial. São lesões que exibem características próprias, tais como: bordas pálidas, bem definidas, com leito necrótico, pouco tecido de granulação, odor característico, exsudato escasso. Localizam-se, frequentemente, nas polpas digitais e na região metatarsiana, no tendão dos calcâneos e em pontos de atrito. Quando tratadas, tornam-se estacionárias ou progressivas, de extensões pequenas e arredondadas, de difícil cicatrização e extremamente dolorosas. A pele circundante tem coloração avermelhada ou

cianótica, aparência brilhante, seca, escamosa e com alopecia. As unhas dos pés podem ser opacas e espessas.⁹

A qualidade do atendimento às pessoas com úlceras vasculogênicas é um desafio que compreende o pouco entendimento da fisiopatologia de tais lesões por parte dos profissionais, a escassez de serviços que atendem pessoas com esses tipos de lesões, a resolutividade diminuída pelo nível de atenção à saúde e a falta de articulação entre os diferentes níveis de assistência o que, tem contribuído para o grande índice de abandono do tratamento.^{4,10} Nesse sentido, quando a assistência ao usuário é mal conduzida ou dificultada, a cicatrização da lesão pode se prolongar e ocasionar um alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho e isso agrava as condições socioeconômicas.¹¹

Pessoas com lesões crônicas podem evitar complicações que conduzem à internação hospitalar e à recidiva das feridas, por meio do aumento de serviços de assistência especializada, de recursos materiais adequados e, principalmente, de profissionais capacitados e comprometidos na educação do indivíduo e de sua família, em um processo de atenção integral, que inclui a promoção da Saúde, a prevenção de lesões, de agravos e de complicações, a recuperação saudável e a reabilitação do indivíduo.

Portanto, por considerar a assistência a esses indivíduos um processo complexo e de alta relevância, este estudo objetivou investigar o conhecimento de pessoas com úlceras vasculogênicas acerca da prevenção e dos cuidados com as lesões. Espera-se que seus resultados possam contribuir para a sensibilização de profissionais e gestores de serviços de saúde sobre os problemas e as dificuldades detectados na assistência a pessoas com lesões de pele e motivar/incentivar a implementação de políticas, de práticas educativas e de intervenções nessa área específica com vistas à melhoria da atenção à saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em um ambulatório de curativos pertencente a uma instituição de ensino superior do município de João

Pessoa-PB. O referido ambulatório atende a pessoas com lesões crônicas de origem diabética, vasculogênica (venosa e arterial) e neuropática. O setor funciona durante quatro dias na semana e é constituído de uma sala de acolhimento, uma sala para a realização dos curativos e um arsenal, além de um ambiente amplo, com cadeiras, para a espera do atendimento. O serviço funciona sob a responsabilidade da enfermeira/docente, que realiza a consulta de enfermagem, avalia as lesões, escolhe a cobertura e, quando necessário realiza, o curativo, e conta com o apoio de duas técnicas de enfermagem que realizam o curativo sob a supervisão da enfermeira, aferem a pressão arterial e a glicemia capilar.

Neste momento, o serviço atende diariamente a nove usuários, encaminhados pelas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário IV. Esses nove indivíduos representaram a população do estudo. A amostra foi composta de oito desses sujeitos, de ambos os sexos, que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos e apresentar úlcera vasculogênica. Desse modo, caracterizaram-se por serem quatro mulheres e quatro homens, com idades entre quarenta e setenta anos; cinco participantes consideraram-se pardos, dois negros e um branco; cinco eram casados e três viúvos; dois dos participantes eram analfabetos, cinco cursaram parte do ensino fundamental e um cursou o ensino médio incompleto. A renda foi de um a quatro salários mínimos, sendo que cinco deles eram aposentados; sete dos participantes moravam com mais de sete pessoas na casa e ninguém morava sozinho. Constatou-se que a ocorrência das úlceras aumentou com a progressão da idade.

A pesquisa seguiu as observâncias éticas contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹², vigente na época, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, sob protocolo nº 079/11.

Dentre as lesões dos participantes da pesquisa, seis eram de etiologia venosa e duas arteriais. Vale ressaltar que na abordagem do curativo, a limpeza dos membros afetados era realizada com clorexidina a 2% e as lesões com solução salina a 0,9%, em ambos os tipos de úlceras. No entanto, a escolha da cobertura primária

dependia do parecer da enfermeira, com base nas características do tipo de tecido, exsudato e colonização crítica/infecção; enquanto a cobertura secundária, dependia da etiologia da ferida.

A coleta de dados, ocorrida em janeiro de 2012, foi realizada por meio do sistema de gravação de voz, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturada. O roteiro incluiu questões objetivas de identificação da amostra e subjetivas pertinentes ao objetivo do estudo. A sala de acolhimento foi o lugar selecionado para a coleta porque é um ambiente fechado, climatizado, permitindo que o participante respondesse às perguntas sem constrangimento. A entrevista ocorreu antes da realização do curativo, enquanto o paciente aguardava o procedimento, ou depois do mesmo, enquanto esperava os familiares, a depender da preferência de cada participante, não havendo, portanto, alteração de sua rotina.

Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos e analisados qualitativamente, utilizando-se a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, descrita por Lefèvre e Lefèvre¹³. Esta consiste em um conjunto de falas individuais, de onde são retiradas as ideias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo.

Resultados

A seguir, são apresentadas as ideias centrais e os cinco discursos do sujeito coletivo (DSC) referentes às questões subjetivas, de acordo com o objetivo do estudo.

- *Questão 1 – Como o(a) senhor(a) realiza o curativo em casa e o que já utilizou na ferida?*

Ideia central: Já usei muita coisa. Hoje lavo com soro, sabão neutro e uso os produtos daqui.

DSC: *Eu lavava com soro fisiológico, sabão neutro, enxaguava bem direitinho e usava água do cajueiro roxo aí depois colocava muita coisa, babatenon, babosa ou colagenase, era o que eu usava. Hoje eu tiro todo o curativo anterior com água corrente, lavo bem direitinho com sabão neutro, faço espuma e jogo soro fisiológico em cima, lavando bem limpinho. Aí depois eu coloco os remédios que a doutora dá e passo a faixa. Agora não deixo mais aberto.*

Artigo Original

- Questão 2 – “Em qual local de sua casa o (a) senhor(a) realiza a troca de curativo?”

Ideia central: No quarto ou quintal.

DSC - *Não tinha canto certo, às vezes fazia no quarto, porque acho mais estéril, às vezes no quintal mesmo lá na puxada, por causa do mau cheiro, também para não contaminar dentro de casa.*

- Questão 3 - “Quem realiza o seu curativo em casa?”

Ideia central: Eu que faço.

DSC: *Eu mesmo, só quem faz em casa sou eu mesmo, não deixo ninguém pegar não.*

- Questão 4 - “Quais os cuidados que o senhor tem com a sua perna?”

Ideia central: Cuidado para não bater, repouso e não comer comida carregada.

DSC: *Tenho muito cuidado para não bater em canto nenhum, dou repouso de vez em quando, não todas às vezes. Eu me deito no sofá e estiro as pernas. Depois que eu almoço deito um tempo estiro as pernas, eu fico de repouso mesmo e não como nada carregado, macaxeira, fava, carne.*

- Questão 5 - “O que o(a) senhor(a) deverá fazer para evitar outras feridas quando esta cicatrizar?”

Ideia central: Vou fazer repouso, evitar comida carregada e procurar o médico.

DSC: *Eu não tenho paciência de ficar parada, mas tenho que me comportar. Eu não vou fazer esforço, assim não pego peso, para não inchar. Também não fazer extravagância com comida carregada. Vou passar no médico para ele receitar meia compressiva, passar um remédio de circulação e olbar as minhas varizes, ver com ele se tem alguma veia obstruída, se vou fazer cirurgia.*

Discussão

Desde a ideia central presente no DSC relacionada à Questão 1, constata-se que, no passado, as pessoas pesquisadas usaram vários produtos, alguns adequados, outros não. Porém, com o cuidado contínuo e assistido, atualmente, eles utilizam apenas o que é prescrito para a lesão.

Nesse sentido, a literatura aponta que o uso de alguns produtos pode ocorrer pela facilidade de sua aquisição, praticamente, sem ônus para o tratamento da ferida, já que o acesso aos serviços especializados é restrito a alguns locais. Outro fator é a indicação de terceiros (vizinhos, amigos), que desconhecem que o uso inadvertido de algumas substâncias pode acarretar prejuízo à saúde e interferir na cicatrização. Outra possibilidade é a credibilidade no conhecimento popular, que passa de uma geração a outra, já que a maioria utilizava plantas medicinais.⁵ As mais citadas foram o cajueiro roxo (*Anacardium occidentale* L.), o barbatimão (*Pithecelobium avaremotemo* Mart.) e a babosa (*Aloe vera* (L.) Burm.f.).

O uso do cajueiro roxo para a lavagem de feridas também foi encontrado em alguns estudos,^{14,15} nos quais são utilizadas a casca e as folhas, em forma de infusão, chás, pomada, tintura e sabonete íntimo. O cajueiro roxo é rico em taninos, que lhe confere atividade anti-inflamatória,¹⁶ antidiabética,¹⁷ adstringente, usada popularmente em loções e gargarejos contra aftas e infecções da garganta.¹⁸ Em pesquisa *in vitro*, essa planta mostrou significativa atividade antimicrobiana sobre as linhagens de *Staphylococcus aureus* de origem humana hospitalar resistentes (MRSA) e sensíveis a metilina (MSSA).¹⁹

O barbatimão, também conhecido popularmente como barbatimão verdadeiro, ibatimão, barba-de-timão, uabatimô, babatenon, *ybatimo* (indígena), é utilizado para o tratamento de gastrite, úlcera, dor de garganta, tratamento de feridas, hemorroidas, gonorreia, gengivites, leucorreia, candidíase e infecções vaginais, por suas propriedades adstringente e cicatrizante e bactericida, em inflamações e úlceras, que se devem aos taninos presentes na casca. Pesquisas revelam resultados satisfatórios com o uso dessa planta no tratamento de lesões.^{14,15}

Quanto à babosa, contém inúmeras substâncias, entre elas, as vitaminas A, B1, B2, B6, C, E, ácido fólico, sais minerais, aminoácidos essenciais e polissacarídeos. É amplamente utilizada nas indústrias cosmética e farmacêutica, devido às suas propriedades emolientes, antimicrobianas, cicatrizantes, anestésicas e anti-inflamatórias.^{20,21} Essa planta também tem sua ação comprovada na

cicatrização de feridas,^{22,23} com diminuição progressiva da dor e ação analgésica.¹⁹

Dentre os produtos industriais, a colagenase foi a cobertura mais utilizada pelos participantes, conforme o DSC. Essa pomada, que deriva da bactéria *Clostridium histolyticum*, serve para promover o desbridamento enzimático do tecido necrosado da lesão. Vale ressaltar que, se utilizada de modo indevido, ou seja, sobre o tecido de granulação, pode interferir na produção de fibras de colágeno e, com isso, atrasar o processo de cicatrização.²⁴

Alguns participantes relataram isoladamente o uso de produtos sem indicação para feridas, como, por exemplo, adubo, resto de pomada que, muitas vezes, não sabiam para que era indicada, pomada de uso ginecológico, pedra hume e polivinilpirrolidona (PVPI). Esses discursos, mesmo que isolados, corroboram o quanto a população ainda recorre, de maneira indevida, ao uso de produtos que irritam, atrasam o processo cicatricial e colaboram para a infecção da ferida.

Quanto ao modo de realização do curativo, o DSC mostra uma preocupação com a limpeza adequada da ferida, porém não cita o uso de luvas de procedimento, artefato recomendado para a limpeza de lesões. Com esse mesmo procedimento, os participantes realizam a retirada do curativo anterior com água corrente. Não há evidências de que o uso de água da torneira para limpar feridas reduz ou aumenta o risco de infecção e que, na ausência de água potável, a água fervida e fria bem como água destilada podem ser usadas como agentes de limpeza de lesões.²⁵

Considerando-se que foi predominante a utilização de solução fisiológica e sabão neutro no período da troca do curativo, para lavar e retirar bactérias, resíduos, exsudatos, fibrina, resquícios de agentes tópicos e outras substâncias do leito da ferida, a limpeza com irrigação suave com solução fisiológica ou salina de cloreto de sódio a 0,9% é recomendada, porque não prejudica os tecidos e limpa a ferida, sem traumatizar as células do seu leito, acelerando o processo de cicatrização.^{7,26}

Outro elemento importante observado no DSC foi a oclusão da ferida. Os participantes relatam que a ferida permanecia descoberta, porém hoje se preocupam em cobri-la. O desconhecimento sobre a manutenção do meio úmido favorece o

ressecamento do leito da ferida.²⁷ Sabe-se que o meio úmido favorece a cicatrização assim como reduz a dor, devido às terminações nervosas estarem imersas em soluções para umedecer a ferida, o que causa menos danos aos tecidos na remoção do curativo e promove o desbridamento autolítico eficaz.²⁷

Na segunda questão, a respeito do local onde se realiza o curativo, emerge a ideia central – No quarto ou quintal - o que revela a falta de lugar específico para a realização do curativo em domicílio, devido ao odor e ao medo de se contaminar a casa. Esses sujeitos, que são usuários de um ambulatório que funciona de segunda a sexta-feira, devem realizar a troca do curativo em domicílio durante os finais de semana e feriados. Assim, têm total autonomia no cuidado e na prática do curativo. Deve-se observar, no entanto, que lugares abertos, a exemplo do quintal, são mais suscetíveis a sujidades externas e expõem a lesão a microorganismos capazes de acarretar infecções que podem retardar a cicatrização, o que compromete a recuperação da integridade da pele.²⁸

Alguns participantes relataram também que realizavam a troca do curativo dentro do banheiro, logo após o banho, por acreditar que, por ser um local fechado, é mais “higiénico” ou “esterilizado”, segundo suas palavras. Outros disseram que se sentiam constrangidos em expor a lesão em um ambiente mais aberto (terraço ou sala), por conta do fluxo de pessoas no local. Nesse sentido, o cuidador deve ajudar o ser cuidado, dependendo de sua realidade, a escolher o local mais propício em seu domicílio, para trocar o curativo. Para isso, deve observar se o local tem boa iluminação e condições adequadas de higiene, além de procurar manter a área física livre de circulação de pessoas, durante a higienização da ferida, e oferecer condições para lavagem das mãos. Vale salientar que o local ideal é aquele que seja confortável para o doente no momento do manuseio da ferida.

Em relação a quem realiza a troca do curativo em domicílio, o DSC revela a ideia central – Eu que faço - haja vista que os próprios sujeitos participantes do estudo não querem que o procedimento seja feito por um membro da família. A não aceitação do cuidado por outra pessoa dificulta o tratamento, visto que a maioria dos sujeitos tem dificuldade de visualizar toda a ferida,

seja pela limitação de mobilidade ou pela extensão da úlcera, o que pode gerar uma dificuldade na limpeza correta e na aplicação da cobertura, incluindo a colocação da atadura, a observação da evolução da ferida e a detecção precoce do surgimento de outras lesões na pele peri-lesão.

A autonomia no cuidado da lesão é extremamente eficaz, porém o apoio da família é fundamental. Pesquisa realizada com pessoas que têm feridas crônicas corrobora que essa participação é importante no processo de cura e na capacidade de enfrentamento da situação. Um dos sujeitos dessa investigação expressa a necessidade desse apoio, dizendo: “eu sinto mais uma força para viver”.²⁹

Dessa forma, os cuidados com a ferida se consolidam mediante a participação efetiva do ator principal, ou seja, o indivíduo que tem a lesão e os coadjuvantes nesse processo de enfrentamento, a família. Outrossim, a equipe cuidadora deve ser capaz de estimular a participação de pessoas com lesões e seus familiares, numa perspectiva holística e de educação em saúde,³⁰ com o fim de promover autonomia para os sujeitos, mostrando-lhes a importância do conhecimento no momento da realização da higienização e da troca do curativo, o que favorece o autocuidado.

Quando indagado acerca dos cuidados com a perna, o DSC foi unânime na ideia central – Cuidado para não bater a perna, repouso e não comer comida carregada. Sabe-se que a etiologia das úlceras venosas está relacionada a qualquer agente que interfere no retorno venoso e desenvolve a hipertensão venosa, secundária à incompetência valvular, à obstrução venosa ou a uma combinação desses fatores, entre os quais se destaca o traumatismo nos membros inferiores, que acarreta o desenvolvimento de todo o processo inflamatório local.^{7,31} Daí a importância de proteger a lesão de algum trauma, visando à progressão satisfatória do processo cicatricial e à prevenção de outra úlcera. Por isso, os sujeitos estão corretos ao protegerem a área lesionada.

Além disso, um dos principais cuidados que a pessoa com úlcera venosa deve ter com a sua perna é o controle da hipertensão deambulatoria, cujo tratamento pode ser cirúrgico ou clínico e repouso relativo, com elevação das pernas acima do nível

do coração, alternando com deambulação e com os membros sob contenção elástica.³² É importante que o repouso seja realizado corretamente, elevando-se o membro 30cm acima do quadril, para auxiliar o retorno venoso⁷, desde que o paciente tenha condições cardiocirculatórias para esse procedimento.

No que concerne à alimentação, os sujeitos destacaram que evitam comer macaxeira, fava e carne, porque acham que são irritativas e podem interferir diretamente na cicatrização. A pessoa com úlcera venosa deve se alimentar de forma mais balanceada. Para isso, deve incluir em sua dieta frutas, verduras, legumes, carnes magras, evitar o consumo de alimentos gordurosos, diminuir a ingestão de salgados e doces, não fumar nem ingerir bebidas alcoólicas.^{24,33}

Quando abordados sobre como fariam para evitar outras feridas quando a atual cicatrizasse, na última ideia central – Vou fazer repouso, evitar comida carregada e procurar o médico – o DSC revela, mais uma vez, a preocupação com o repouso e com a alimentação saudável, além da importância de procurar um médico para prescrever a meia compressiva, medicação para a circulação e, se necessário, realizar alguma cirurgia.

A abordagem terapêutica da úlcera venosa inclui o controle da doença de base, tratamento local da ferida, orientações ao cliente para elevar os membros, parar com o tabagismo, realizar a terapia de compressão e, às vezes, medicação e/ou cirurgia.⁷ Para evitar a recidiva, é preciso controlar a hipertensão venosa, com o uso da meia elástica própria, de acordo com o biotipo da pessoa.⁷ A realização de caminhadas leves, redução do peso corporal e avaliação clínica periódica também são imprescindíveis após a cura da lesão.^{4,5}

O principal motivo das recidivas das lesões é a negligência da pessoa em relação às medidas preventivas, por isso é de extrema importância o repouso, que consiste na elevação dos membros inferiores, várias vezes durante o dia, para reduzir o edema de tornozelo e/ou perna, característico da insuficiência venosa crônica, e amenizar a dor nos membros inferiores.²⁴

Algumas medicações são usadas para o controle circulatório, destacando-se a pentoxifilina,

que estimula a fibrinólise e facilita a perfusão capilar, porque reduz a viscosidade sanguínea. Quanto às medicações flebotônicas, agem na macrocirculação, melhorando o tônus venoso e a permeabilidade capilar, com redução da inflamação e do edema.³⁴

Para pessoas com úlcera venosa e com incapacidade de manter a terapia compressiva e/ou experiência de varizes recorrentes, indica-se o tratamento cirúrgico. Entre as técnicas, está o enxerto cutâneo, indicado para úlceras extensas que não cicatrizam e são dolorosas. Há também a ligadura de veias comunicantes, a ligadura endoscópica subfacial de perfurantes insuficientes e a valvuloplastia para casos mais graves de úlceras venosas refratárias.³⁴

Quando a úlcera for de origem arterial, o cuidado deve incluir elevação da cabeceira da cama em 20 cm, proteção contra traumatismos térmicos, mecânicos e químicos no membro afetado, prevenção ou reabilitação de atrofia muscular, cuidado com as unhas, redução e manutenção dos níveis adequados de triglicérides e colesterol, controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus e redução do uso de tabaco.³⁵

Porém, visto que quase todos os sujeitos deste estudo têm úlcera de origem venosa, destacaram-se os cuidados com esse tipo de lesão.

Considerações finais

Os resultados do estudo revelam que, apesar do baixo nível de escolaridade, os sujeitos da pesquisa conhecem, de modo geral, os cuidados preventivos, terapêuticos e do procedimento de curativos que envolvem a saúde e a lesão, no entanto, percebe-se a falta da participação da família nesse processo. Isso reflete o quanto é importante a educação para a promoção da saúde, atividade contínua realizada diariamente, em uma relação dialógico-reflexiva, entre os usuários do ambulatório, no papel de discentes, e os facilitadores dessa dinâmica, os profissionais como docentes.

No contexto do indivíduo com úlcera vasculogênica, a autonomia é muito importante, mas a participação familiar é fundamental para as trocas dos curativos, a observância das orientações recebidas quanto à medicação, ao repouso e às restrições nutricionais para o alcance da cura.

Assim, esses atores se tornam integrantes essenciais desse compromisso, que resulta em melhorias significativas para a qualidade de vida dos familiares/cuidadores e de pessoas com tais lesões. Dessa forma, aumentam as chances de cura ou controle da doença, reduzindo-se os casos de recidivas.

Referências

1. Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. *Cienc enferm.* [serial on the Internet]. 2008 Jun [Cited 2011 Nov 27]; 14(1):43-52. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000100006&script=sci_arttext
2. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):131-135.
3. Costa IKF, Nobrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. *Rev Gaúch Enferm.* [serial on the Internet]. 2011 Sept [Cited 2011 Nov 30];32(3):561-568. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300018&script=sci_arttext
4. Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no Programa Saúde da Família do município de Natal/RN. [dissertação]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN; 2006.
5. Silva FAA. Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com úlcera de venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de Enfermagem em Estomatoterapia. [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UECE; 2009.
6. Bersusa AAS, Lages JS. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. *Cienc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2004. [acesso 2011 Dez 02]; 1(3): 81-92. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&scr=google&base=LII.ACS&lang=&nextAction=Ink&exprSearch=428954&indexSearch=ID>
7. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de paciente com úlcera de perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):509-522.
8. Guarnera G. Combined superficial and deep vein reflux in venous ulcers: operative strategy. *EWMA Journal* 2009;9(1):40-42.
9. Irving G, Hargreaves S. Venous and arterial leg ulceration. *InnovAiT* 2009;2(7):415-422.
10. Santos LM, Ros MA da, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):346-352.
11. Deodato OON. Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. [dissertação]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN; 2007.
12. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS; 2003.

Artigo Original

14. Carneiro DB, Barboza MSL, Menezes MP. Plantas nativas úteis na Vila dos Pescadores da Reserva Extrativista Marinha Caeté-Taperaçu, Pará, Brasil. *Acta Bot Bras.* 2010;24(4):1027-1033.
15. Alcoforado CLGC. Entre o científico e o popular: saberes e práticas da equipe de enfermagem e clientes com feridas: um estudo de caso no município de cruzeiro do sul- Acre. [dissertação]. Niterói (RJ): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFF; 2007.
16. Falcão HS, Lima IO, Santos VL, Dantas HF, Diniz MFFM, Barbosa-Filho JM, Batista LM. Review of the plants with anti-inflammatory activity studied in Brazil. *Rev Bras Farmacogn* 2005; 15(4): 381-391.
17. Barbosa-Filho JM, Medeiros KCP, Diniz MFFM, Batista LM, Athayde-Filho PF, Silva MS, Cunha EVL, Almeida JRGS, Quintans-Júnior LJ. Natural products inhibitors of the enzyme acetylcholinesterase. *Rev Bras Farmacogn.* 2006;16(2):258-285.
18. Agra MF, França PF, Barbosa-Filho JM. Synopsis of the plants known as medicinal and poisonous in Northeast of Brazil. *Rev Bras Farmacogn.* 2007;17:114-140.
19. SILVA, Jackeline G. da et al. Atividade antimicrobiana do extrato de *Anacardium occidentale* Linn. em amostras multiresistentes de *Staphylococcus aureus*. *Rev Bras Farmacogn.* 2007;17(4):572-577.
20. Domínguez IR, Gutiérrez OS, López OR, Naranjo MF. Benefícios del *Aloe Vera l.* (sábila) en las afecciones de la piel. *Rev Cubana Enferm.* [serial on the Internet]. 2010. [Cited 2012 Jan 27]; 22(33), 1-5. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf04306.html
21. Semenoff segundo A, Bosco FA, Maia D, Ribeiro RV, Aguiar EBH, Rocatto GEGD. Influência do *Aloe vera* e própolis na contração de feridas em dorso de ratos. *Periodontia* 2005;17(1):5-10.
22. Oliveira SHS, Soares MJGO, Rocha PS. Uso de cobertura com colágeno e *Aloe vera* no tratamento de ferida isquêmica: estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):346-51.
23. Silva MSML, Oliveira SOSH, Soares MJGO, Paulo MQ, Rocha PS. Uso de cobertura não convencional no tratamento de ferida isquêmica em paciente portador de anemia falciforme: estudo de caso. *Online Braz J Nurs*, [serial on the Internet]. 2009. [Cited 2012 Apr 15]; 08(3). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2466/html_33
24. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Rev Eletrônica Enferm* [serial on the Internet]. 2007. [Cited 2011 Nov 27]; 9(2): 506-17. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>
25. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. *Cochrane Database Systematic Review* [serial on the Internet]. 2008. [Cited 2012 Mar 27];23(1). Available from: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC>
26. Sousa ATO. Comparação do uso de solução à base de *C. cytratus* com solução salina a 0,9% no processo de limpeza de úlceras vasculogênicas: ensaio clínico. [dissertação]. João Pessoa (PB): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB; 2011.
27. White R, Cutting KF. Modern exudate management: a review of wound treatments. *World Wide Wounds*, Sep. 2006. Available from: <http://www.worldwidewounds.com/2006/september/White/Modern-Exudate-Mgt.html>
28. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de enfermagem em ortopedia. Curativos: orientações básicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
29. Sousa FAMR. O “Corpo” que não cura: vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna. [Dissertação]. Porto (Portugal): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto; 2009.
30. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Dias TYAF, Nunes JP, Deodato OON. Idosos com úlceras venosas atendidos nos níveis primário e terciário: caracterização sócio demográfica, de saúde e assistência. *Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2009. [Cited 2012 Feb 13]; 3(4): 222-30. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/index/search/authors/view?firstName=Jussara&middleName=de%20Paiva&lastName=Nunes&affiliation=UFRN&country=BR>
31. Saliba Júnior AO, Gianini M, Rollo HA. Métodos de diagnóstico não-invasivos para avaliação da insuficiência venosa dos membros inferiores. *J Vasc Bras.* [serial on the Internet]. 2007. [Cited 2012 Feb 13]; 6(3): 680-7. Available from: <http://www.jvascbr.com.br/07-06-03/pdf/v6n3a10.pdf>
32. Anjos ET; Teixeira AL, Rodrigues MA, Paula MAB de, Vasconcelos ACLP. O Que os Enfermeiros de Saúde Coletiva Sabem Sobre o Tratamento das Úlceras Venosas? *Rev Estima* 2007; 5(4):37- 41.
33. Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Social-cultural and historical causes of popular prevention and diseases care practice of a cultural group. *Texto Contexto-Enferm.* 2006;15(1):89-97.
34. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. *Circulation* 2005; 10: 2397-409.
35. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes F.G. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007; 33 (Supplement 1): S5A-67A.

Artigo recebido em: 28/06/2012

Aceito para publicação em: 10/10/2013

*Pesquisa originada de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado *Conhecimento de Portadores de Lesões Vasculogênicas acerca da Prevenção e dos Cuidados com as Lesões*, defendida em junho de 2012, na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM).

¹Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. João Pessoa-PB. E-mail: lindy.vitoriano@hotmail.com

²Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), Coordenadora do Ambulatório de Curativo da Fundação Ocaílto Gama, João Pessoa-PB. E-mail: alanatamar@gmail.com

³Enfermeira. Fonoaudióloga. Doutoranda e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba (FCM). João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: belle_costa@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestranda em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ciências Médicas da Paraíba (FCM), João Pessoa-PB. E-mail: virnajps@yahoo.com.br

Características dos Pacientes com Úlcera Venosa Atendidos nas Unidades de Atenção Primária de Nova Lima, Minas Gerais

Characteristics of Patients with Venous Ulcer Treated in Units of Primary Health Care in Nova Lima, Minas Gerais

Características de los Pacientes con Úlcera Venosa Atendidos en las Unidades de Atención Primaria de la Municipalidad de Nova Lima, Minas Gerais

Rev Estima - vol 12 (1) 2014 p. 31 - 41

Eline Lima Borges¹, Itala Poliana Guimarães Amorim², Daclé Vilma Carvalho³

Resumo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal com objetivos de traçar as características epidemiológicas, demográficas e clínicas, dos pacientes com úlcera venosa atendidos nas unidades de atenção primária à saúde do Município de Nova Lima-MG e identificar a colonização bacteriana das úlceras venosas desses pacientes. A amostra foi composta de 12 pacientes. A maioria tinha idade entre 46 e 56 anos. A hipertensão arterial e obesidade foram as morbidades mais prevalentes. A metade dos pacientes tinha mais de uma ferida. O tempo de existência dessas feridas variou de 2 meses a 3 anos, sendo que a maioria as tinha há mais de um ano. A região mais acometida foi o maléolo medial. Todos os pacientes apresentavam hiperpigmentação, edema, lipodermatoesclerose, índice tornozelo-braço maior que 0,9 e úlceras exsudativas. Todas as feridas biopsiadas mostraram número de colônias inferior a 10^5 UFC/g de tecido. As bactérias isoladas foram *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenes* e *Escherichia coli*, com destaque para as três primeiras. Tais espécies foram sensíveis à maioria dos antibióticos testados e a maioria apresentou resistência a, pelo menos, um antibiótico inibidor de parede celular bacteriana. A maioria dos pacientes não usava terapia compressiva ou fazia repouso, a metade das úlceras era tratada sem cobertura interativa. Esses fatores, demográficos ou clínicos, associados à presença da úlcera venosa podem influenciar negativamente na evolução dessa morbidade. Sendo assim, tais pacientes necessitam que os profissionais responsáveis pelo seu cuidado tenham um olhar holístico e condutas fundamentadas em evidências científicas.

Descritores: Insuficiência venosa. Úlcera da perna. Úlcera varicosa. Crescimento Bacteriano.

Abstract

The aims of this descriptive cross-sectional study were to assess the epidemiological, demographic and clinical characteristics of patients with venous ulcers treated in primary care units in the city of Nova Lima, MG, and to identify the bacterial colonization of venous ulcers. The sample was composed of 12 patients, most of them aged between 46 and 56 years. Arterial hypertension and obesity were the most prevalent morbidities. Half of the patients had more than one ulcer. Age of the wound ranged from 2 months to 3 years, but most patients had the ulcer for more than one year. The majority of venous ulcers were located over the medial malleolus. All patients had hyperpigmentation, edema, lipodermatosclerosis, ankle-brachial index greater than 0.9, and exuding ulcers. The number of colonies in all biopsied lesions was less than 10^5 CFU/g of tissue. The bacteria isolated from the lesions were predominantly *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, and

Artigo Original

Enterobacter aerogenes followed by *Escherichia coli*. These species were sensitive to most antibiotics tested and most showed resistance to at least one antibiotic inhibitor of the bacterial cell wall. The majority of patients were not receiving compression therapy or bed rest, and half of the ulcers were not treated with interactive dressings. These factors, whether demographic or clinical, associated with the presence of venous ulcers may negatively affect the evolution of this condition. Therefore, such patients need health professionals able to deliver evidence-based care with a holistic approach.

Descriptors: Venous insufficiency. Leg ulcer. Varicose ulcer. Bacterial Growth.

Resumen

Se trata de una investigación descriptiva y transversal desarrollada con el objetivo de determinar el perfil epidemiológico, demográfico y clínico de los pacientes con úlcera venosa atendidos en las unidades de atención primaria de la salud de la Municipalidad de Nova Lima-MG e identificar la colonización bacteriana de las úlceras venosas de esos pacientes. La muestra fue constituida por 12 pacientes. La mayoría tenía edades entre 46 y 56 años. La hipertensión arterial y la obesidad fueron las enfermedades más frecuentes. La mitad de los pacientes tenía más de una herida. El tiempo de existencia de esas heridas varió de 2 meses a 3 años, siendo que la mayoría las tenía hace más de un año. La región más afectada fue el maléolo medial. Todos los pacientes presentaban hiperpigmentación, edema, lipodermato-esclerosis, índice tobillo-brazo mayor que 0,9 y úlceras exudativas. Todas las heridas con biopsias mostraron un número de colonias inferior a 10^5 UFC/g de tejido. Las bacterias aisladas fueron *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenes* y *Escherichia coli*, destacándose especialmente las tres primeras. Tales especies fueron sensibles a la mayoría de los antibióticos probados y la mayoría presentó resistencia a, por lo menos, un antibiótico inhibidor de la pared celular bacteriana. La mayoría de los pacientes no usaba terapia compresiva o hacía reposo. La mitad de las úlceras eran tratadas sin vendaje interactivo. Esos factores, sean demográficos o clínicos, asociados a la presencia de la úlcera venosa pueden influenciar negativamente en la evolución de esa enfermedad. Siendo así, tales pacientes necesitan que los profesionales responsables por su cuidado tengan una mirada holística y conductas basadas en evidencias científicas.

Palabras clave: Insuficiencia venosa. Úlcera da perna. Úlcera varicosa. Crecimiento Bacteriano.

Introdução

As úlceras de perna devem ser entendidas como uma síndrome, já que constituem um quadro clínico comum a várias doenças.¹ Apresentam uma incidência mundial em torno de 2,7%.² São classificadas de acordo com a sua etiologia, sendo as de origem venosa as mais comuns, com uma frequência de 80% a 90%. Torna-se importante destacar a insuficiência venosa crônica (IVC) como a principal causa dessas afecções.³

Embora a base para tratamento de úlceras venosas seja o uso de terapia de compressão, são frequentemente prescritos antibióticos sistêmicos e tópicos para esses pacientes, contrariando as recomendações científicas mais recentes.^{3,4} Essas defendem o uso de antibióticos somente na presença de sinais ou sintomas clínicos de infecção, já que a natureza polimicrobiana dessas lesões pode proporcionar um ambiente adequado para troca de material genético entre as bactérias, levando ao aparecimento de microrganismos multirresistentes.⁵

O impacto de microrganismos em feridas crônicas e a antibioticoterapia no tratamento dessas lesões têm sido amplamente discutidos. Sua relação com a resistência aos antibióticos é um importante problema de saúde pública que merece ser investigado, já que a combinação do crescente número de pessoas que estão em risco de desenvolver feridas crônicas com a elevação da prevalência da resistência aos antibióticos torna esse problema muito pertinente.⁵

Apesar da importância epidemiológica e do impacto da úlcera venosa na vida do paciente⁶ e nos cofres públicos, ela é frequentemente negligenciada e abordada de maneira inadequada.⁷ Na prática clínica brasileira, percebe-se que, apesar dos avanços em pesquisas, ainda persistem dúvidas quanto ao melhor tratamento para a úlcera venosa, gerando assim uma prática fundamentada na associação de experiência pessoal e senso comum.

Em Nova Lima, cidade pertencente à grande Belo Horizonte, a realidade também não é diferente,

já que alguns profissionais de saúde ainda realizam condutas já proscritas, o que pode contribuir para complicações futuras, uma vez que a morbidade, a mortalidade e os custos associados a infecções em pacientes hospitalares provocadas por organismos resistentes a antibióticos podem ser 1,3 a 2 vezes superiores às infecções causadas por patógenos sensíveis.⁵

Alguns avanços têm sido observados no referido município, como a elaboração do protocolo de tratamento de feridas e atuação da comissão de curativos. Essa comissão é formada por sete enfermeiros e tem como função orientar os profissionais do município envolvidos no cuidado ao paciente com feridas por meio de consultorias, discussão de casos e atividades de educação permanente. Este estudo se justifica, pois os profissionais da cidade não conhecem as características demográficas e epidemiológicas dos pacientes com úlcera venosa, bem como o uso de antibióticos no tratamento dessas úlceras, a microbiota e sua resistência aos antibióticos usados. Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa visam a amparar a revisão do protocolo do município e subsidiar os membros da comissão de curativos na organização de capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes com úlcera venosa.

Frente ao exposto, os objetivos deste estudo foram traçar as características epidemiológicas, demográficas e clínicas, dos pacientes com úlcera venosa atendidos nas unidades de atenção primária à saúde do Município de Nova Lima-MG e identificar a colonização bacteriana das úlceras venosas desses pacientes.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. O cenário deste estudo é o município de Nova Lima, localizado na Macrorregião Metalúrgica de Minas Gerais, a aproximadamente 22 km de Belo Horizonte. Foram coletados dados referentes aos pacientes com úlcera venosa assistidos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) desse município.

Os aspectos éticos seguiram a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional

de Saúde, vigente à época da coleta de dados, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 25/09/2009, processo n. 40/09 e faz parte do projeto intitulado: “*Eficácia antimicrobiana de limpeza com solução surfactante na lesão cutânea*”.

Considerando que a úlcera de perna tem prevalência de 1 a 3%⁸ e que a população adulta cadastrada nas UAPS do município em questão é de aproximadamente 50.453 pessoas, calculou-se o tamanho da amostra considerando um erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Portanto, deveriam existir, aproximadamente, 504 pessoas com essa morbidade. Para uma amostragem representativa, seriam necessários 45 pacientes com tal afecção. Por meio da busca realizada nas UAPS foram identificados 90 pacientes com úlcera de perna, o que sugere um possível subdiagnóstico do agravo no município. Desse total, 50 pacientes eram acompanhados regularmente pelo serviço. O prontuário desses pacientes foi consultado e, em apenas 25 deles, havia o registro do diagnóstico médico de úlcera venosa.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pacientes adultos, com úlcera de perna de etiologia venosa com, no mínimo, oito semanas de existência, sem sinais clínicos de infecção local, cuja ferida apresentasse área igual ou superior a 2 cm², para permitir a biópsia da lesão para identificação da microbiota e que concordassem em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes com restrição de movimentação ao leito (acamados), com tratamento com antibiótico na semana anterior à coleta de dados e com úlceras submetidas à limpeza com antisséptico tópico. Dos 25 pacientes identificados, 12 atenderam aos critérios de inclusão.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário contendo questões abertas e fechadas sobre as condições demográficas, socioeconômicas e clínicas do paciente, incluindo a identificação de alterações tróficas decorrentes da IVC (edema, hiperpigmentação e lipodermatoesclerose) e o valor

do ITB. Para o cálculo do índice de pressão tornozelo/braço (ITB), realizou-se exame físico para avaliação arterial, com palpação dos pulsos arteriais pedioso, tibial posterior e dos pulsos arteriais dos dois braços para identificação do pulso mais forte à palpação. A seguir, colocou-se o gel nos locais onde foram identificados os pulsos e, com o auxílio do ultrassom doppler manual e de um esfigmomanômetro, foram medidas as respectivas pressões, tanto no braço como no tornozelo, para a obtenção do ITB.

O formulário também incluiu questões referentes à úlcera venosa e à sua microbiota. Para tanto, seguiram-se as normas da Deliberação n. 65, de 22 de maio de 2000, do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais ⁹ e as orientações propostas por Borges et al ¹⁰. Para a identificação dos microrganismos presentes nas lesões cutâneas, foram obtidos fragmentos dessas lesões por meio de um instrumental cortante, *punch* 3 mm, colhidos sob técnica asséptica. Sendo assim, um fragmento foi extraído da lesão cutânea para avaliação microbiológica, incluindo quantidade, padrão de resistência e sensibilidade aos antibióticos. Destaca-se que a biópsia foi realizada somente em uma úlcera de cada paciente, por um médico dermatologista, após a retirada do curativo utilizado e antes da limpeza. A avaliação microbiológica foi realizada mediante cultura quantitativa e qualitativa em meio aeróbico e anaeróbico com identificação de gênero e espécie. Realizou-se também o antibiograma.

Após a coleta de dados, utilizou-se a estatística descritiva para análise, utilizando-se o programa Microsoft Excel para Windows.

Resultados

Como se pode observar na Tabela 1, dos 12 pacientes da amostra, sete (58%) eram mulheres, seis (50%) tinham idade entre 46 e 56 anos e quatro (33%) tinham mais de 60 anos. A religião católica era praticada por seis (50%) pacientes. Conforme nomenclatura adotada pelo IBGE, oito (67%) pacientes eram pardos; nove (75%) tinham ensino fundamental incompleto. No que se refere a ocupação e renda, oito (68%) pacientes eram

aposentados e sete (58%) recebiam renda mensal de um a dois salários mínimos. Todos os pacientes negavam uso de tabaco e dez (83%) negavam a ingestão de bebida alcoólica; os dois pacientes que ingeriam bebidas alcoólicas afirmaram que o faziam esporadicamente, sendo a cerveja o tipo de bebida consumida.

Quanto ao diagnóstico nutricional, três (25%) encontravam-se eutróficos e nove (75%) com o índice de massa corporal (IMC) alterado: dois estavam com sobrepeso (IMC entre 25 a 29,9Kg/m²) e sete com obesidade (IMC maior ou igual a 30Kg/m²). Quatro pacientes tinham obesidade classe I (IMC entre 30 e 34,9Kg/m²), dois pacientes classe II (35,0 a 39,9Kg/m²) e um paciente em classe III (maior ou igual a 40Kg/m²).

No presente estudo, dois (17%) pacientes não apresentavam afecção além da ferida, oito (67%) tinham diagnóstico de hipertensão arterial, dois (17%) eram diabéticos, dois (17%) apresentavam depressão e um (8%) esquizofrenia. Para o controle dos agravos, sete (58%) pacientes usavam anti-hipertensivos e três (25%) hipoglicemiantes. Para o controle da depressão, dois pacientes (17%) faziam uso de antidepressivo tricíclico e o paciente com esquizofrenia não soube informar o nome do medicamento utilizado. O controle da dor foi citado por três pacientes: dois faziam uso irregular de analgésicos, incluindo o opióide, e um paciente medicava-se com antiinflamatório não esteroide.

As alterações tróficas decorrentes da IVC estavam presentes em todos os pacientes e o ITB variou de 0,9 a 1,21, sendo que sete (58%) pacientes apresentaram ITB de 0,9 a 1,0 e cinco (42%), ITB de 1,01 a 1,21. A média de ITB para os hipertensos foi de 1,04 e para os não hipertensos de 1,05. Cinco (42%) pacientes faziam uso de terapia compressiva, quatro dos quais usavam bota de Unna e um meia de média de compressão (mesma meia usada há mais um ano). Cinco (42%) pacientes faziam repouso diário, mas quatro utilizavam técnicas inadequadas como: a não elevação das pernas em um nível acima do coração ou em tempo insuficiente (inferior a 30 minutos por dia).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo características demográficas. Nova Lima MG; 2009.

Variável	Frequência	
	n (12)	%
Sexo		
Feminino	7	58,0
Masculino	5	42,0
Total	12	100,0
Idade		
Adultos (46-56 anos)	6	50,0
Adultos (57-59 anos)	2	17,0
Idoso (>60 anos)	4	33,0
Total	12	100,0
Estado civil		
Solteiro	2	17,0
Casado	5	42,0
Viúvo	4	33,0
Divorciado	1	8,0
Total	12	100,0
Religião		
Católico	6	50,0
Evangélico	5	42,0
Outros	1	8,0
Total	12	100,0
Raça		
Branco	1	8,0
Pardo	8	67,0
Negro	3	25,0
Total	12	100,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	9	75,0
Ensino médio incompleto	1	8,0
Ensino médio completo	2	17,0
Total	12	100,0

Quatro pacientes (33%) não souberam informar o último episódio de infecção na ferida, quatro (33%) relataram que ocorreu entre os últimos 2 a 6 meses, dois (17%) responderam que ocorreu há um ano e dois (17%) há mais de dois anos. Dentre os oito pacientes que relataram infecção, quatro (50%) foram tratados com penicilina benzatina, sendo que um paciente

recebeu uma ampola de 1.200.000 UI em dose única, dois receberam duas ampolas com intervalo de uma semana entre uma dose e outra, e um recebeu três ampolas, com intervalos de 21 dias. Os outros quatro (50%) pacientes não souberam informar o tipo de antibiótico usado para tratar a infecção.

Artigo Original

Quanto ao número de úlceras, seis (50%) pacientes apresentavam uma lesão e seis (50%) duas, totalizando 18 úlceras, localizadas na perna direita ou esquerda, em pontos diversos: região circular do terço inferior da perna (1), maléolo medial (10), maléolo lateral (2), região anterior (2) e região lateral da perna (3). O tempo de existência das úlceras variou de 2 meses a mais de 3 anos, sendo que cinco (28%) existiam há menos de um ano, seis (33%) de um a dois anos e sete (39%) úlceras existiam há mais de três anos. Treze (72%) úlceras eram profundas superficiais e cinco (28%) superficiais. Já em relação à área total, seis (33%) úlceras tinham área inferior a 6 cm²; seis (33%) apresentavam área entre 6,1 e 16 cm²; duas (11%) área entre 22,1 e 28 cm²; uma (6%) tinha área entre 44,1 e 54 cm²; duas (11%) área entre 54,1 e 64 cm² e uma (6%) úlcera tinha área de 897 cm². Todas as úlceras apresentaram tecido necrótico e a quantidade variou de 30 a 90% da área, do tipo esfacelo e de coloração amarela.

Quanto à técnica de limpeza, todas as úlceras foram submetidas ao procedimento com solução fisiológica a 0,9% em jato. Nove (50%) úlceras foram tratadas com alginato de cálcio em placa como cobertura primária e gaze como cobertura secundária; quatro úlceras (22%) receberam hidrogel amorfo com ácidos graxos essenciais e gaze e as cinco (28%) úlceras restantes, receberam gaze.

Cada paciente da amostra teve uma úlcera submetida ao procedimento de biópsia. Das 12 úlceras biopsiadas, sete (58%) apresentaram crescimento de microrganismos. Vale ressaltar que uma mesma úlcera apresentou duas espécies

diferentes de microrganismos. A quantidade de microrganismos nas úlceras variou de 250 a >20.000 UFC/g de tecido, com média de 7.721,371 UFC/g de tecido. Analisando a Tabela 2, constata-se que, dentre as bactérias isoladas, destaca-se a presença das espécies *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Proteus mirabilis*.

A Tabela 3 mostra o padrão de sensibilidade e resistência dos microrganismos isolados na cultura a partir das biópsias realizadas. Dentre os sete pacientes que apresentaram crescimento bacteriano, um havia usado penicilina benzatina no último episódio de infecção (3 ampolas de 1200000 UI com intervalo de 21 dias entre as doses). Na úlcera desse paciente isolou-se *Proteus mirabilis*, que se mostrou resistente à cefalotina e ampicilina. Dois pacientes não souberam informar sobre o último episódio de infecção e o antibiótico usado. Nas feridas desses pacientes isolaram-se *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenes* e *Pseudomonas aeruginosa*. A primeira apresentou resistência somente à ampicilina. A segunda mostrou-se resistente a sulfametoxazol + trimetoprim, amoxicilina + ácido clavulânico, ceftriaxone, cefalotina e cefotaxima e ampicilina. A última não apresentou resistência aos antibióticos testados. Em quatro pacientes que apresentaram episódio de infecção prévia (casos 2, 4, 6 e 7) e não foram tratados com penicilina, porém não souberam relatar o antibiótico usado, isolaram-se: *E. coli* (caso 7), *Pseudomonas aeruginosa* (caso 6), *Staphylococcus aureus* (casos 2 e 4). A primeira mostrou-se resistente a sulfametoxazol + trimetoprim; já a segunda apresentou resistência

Tabela 2 - Frequência das espécies de bactérias isoladas nas úlceras venosas. Nova Lima - MG; 2009.

Tipo de bactéria	Número de lesões	
	n (07)	%
<i>Enterobacter aerogenes</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	14,28
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	14,28
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	28,58
<i>Escherichia coli</i>	1	14,28
<i>Proteus mirabilis</i>	2	28,58
Total	7	100,00

à tobramicina (aminoglicosídeos). Em relação ao *Staphylococcus aureus*, uma das colônias (caso 2) apresentou resistência a eritromicina, claritomicina (macrolídeos), clindamicina e penicilina; já a outra colônia (caso 4) apresentou resistência somente à penicilina. Destaca-se que todos esses microrganismos mencionados mostraram-se sensíveis à maioria dos antibióticos testados. Dentre os microrganismos testados, cinco apresentaram resistência a, pelo menos, um antibiótico inibidor da parede celular.

Discussão

No presente estudo, além das características demográficas e clínicas habitualmente analisadas em estudos epidemiológicos sobre pessoas com feridas crônicas, identificou-se a microbiota das lesões, quantitativa e qualitativamente, bem como sua sensibilidade aos antibióticos usuais.

A idade mínima dos pacientes foi de 46 anos e a maioria tinha idade entre 46 e 56 anos. Os pacientes se distribuíram de forma equitativa quanto ao sexo, ao estado civil (entre casados e viúvos), à religião (entre católicos e evangélicos). No estudo realizado com 55 pacientes com úlcera venosa no Município de Maracanaú-CE, encontrou-se equiparação entre os sexos, predominância de pessoas acima de 60 anos (67,3%) e da religião católica (78,2%).¹¹ Observa-se que, com exceção do sexo, houve discrepância entre os resultados da presente pesquisa com os do estudo citado. Resultados diferentes foram encontrados em outra pesquisa realizada também em Maracanaú (CE) com amostra de 87 pessoas. A média de idade entre os participantes foi de 66,7 anos e a maioria vivia

com companheiro.² No estudo realizado no departamento de dermatologia da Universidade de Essen, na Alemanha, com 100 pacientes o total de 107 de úlceras de perna, constatou-se predominância de pessoas do sexo feminino e a média de idade de 65 anos.¹²

A maioria dos pacientes era parda e não havia completado o ensino fundamental. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo brasileiro já mencionado, cuja maioria das pessoas tinha apenas o ensino fundamental completo.¹¹ A baixa renda familiar verificada no presente estudo também foi semelhante ao estudo nacional,¹¹ cuja maioria dos participantes tinha renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos. Constatou-se a ocorrência de úlceras venosas em pessoas com menor poder aquisitivo, fato corroborado por outro autor¹³ ao afirmar a existência de incidência mais alta de úlcera venosa nas classes menos favorecidas.

A maioria dos pacientes apresentou diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, dado semelhante a outro estudo¹⁴ no qual se identificou associação entre insuficiência venosa crônica e hipertensão arterial sistêmica ($p < 0.01$), constituindo-se dado importante em meio aos fatores que predisõem ao aparecimento das úlceras de perna. Outros autores¹⁵ destacam que tal associação sugere a importância do controle e/ou tratamento da insuficiência venosa crônica, além do tratamento da hipertensão arterial, diabetes e da obesidade. Em outro estudo² feito com 87 pacientes, as doenças frequentemente associadas à úlcera venosa foram hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes mellitus, além de associação entre a insuficiência venosa crônica e a hipertensão arterial sistêmica ($p < 0.01$).

Tabela 3 - Padrão de sensibilidade e resistência dos microrganismos isolados na cultura a partir da biópsia de úlceras venosas de pacientes do município de Nova Lima MG; 2009.

Microrganismos Isolados	Caso	Azt	Cipro	Imi	Cefta	Gent	Clor	Rifa	Clind	Erit	Oxa	Sulfa+T ri	Amox +Ac. Clav	Cefot	Ceftri	Cefalo	Amic	Cefe	Amp	Clar	Pen	Tob
<i>Enterobacter aerogenes</i>	11	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	R	R	R	R	R	NT	NT	R	NT	NT	NT
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	S	NT	NT	S	S	NT	NT	NT	R
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	S	NT	S	S	S	NT	NT	NT	S
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	NT	S	NT	NT	S	S	R	R	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	R	R	NT
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	NT	S	NT	NT	S	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	S	R	NT
<i>Escherichia coli</i>	7	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	R	S	S	S	S	NT	NT	S	NT	NT	NT
<i>Proteus Mirabilis</i>	1	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	S	S	S	S	R	NT	NT	R	NT	NT	NT
<i>Proteus Mirabilis</i>	3	S	S	S	S	S	NT	NT	NT	NT	NT	S	S	S	S	S	NT	NT	R	NT	NT	NT
Total de Micro. Sensíveis	(n%)	5 (62,5)	8(100)	6(75)	6 (75)	8 (100)	2(25)	2(25)	1(12,5)	1(12,5)	2(25)	4 (50)	3 (37,5)	4 (50)	4 (50)	2 (25)	2 (25)	2 (25)	1(12,5)	1(12,5)		1(12,5)
Total de Micro. Resistentes	(n%)								1(12,5)	1(12,5)		2(25)	1(12,5)	1(12,5)	1(12,5)	2(25)			3 (37,5)	1(12,5)	2(25)	1(12,5)

Legenda: S= Sensibilidade; R= Resistência; NT= Não testado

Quanto ao diagnóstico nutricional, a maioria apresentou sobrepeso ou obesidade. Essa última também foi identificada em outro estudo,¹⁴ no qual se constatou que, dos 55 pacientes avaliados, 27,3% apresentaram IMC entre 30 e 40 configurando obesidade, e 1,8% apresentou IMC acima de 40, caracterizando obesidade grau III. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a ocorrência da obesidade reflete a interação entre fatores dietéticos, ambientais e predisposição genética. Tem-se tornado uma epidemia afetando os indivíduos em, praticamente, todas as faixas etárias. Está associada com várias doenças, destacando-se o infarto agudo do miocárdio, o diabetes tipo 2, a hipertensão arterial sistêmica, alguns tipos de câncer, as doenças degenerativas osteoarticulares, as doenças venosas e suas sequelas (como a úlcera).¹⁶

A úlcera venosa tem sido cada vez mais associada à presença da obesidade, uma vez que as alterações orgânicas que ocorrem na sua presença têm repercussões na circulação venosa, especialmente na disfunção endotelial. Em indivíduos obesos, a IVC é mais grave, sendo que 50 a 75% dos pacientes com úlceras venosas apresentam obesidade.¹³

Em relação às alterações tróficas causadas pela IVC, presentes em todos os pacientes da amostra, dados semelhantes foram identificados em outros estudos.^{2,15}

Todos os pacientes da pesquisa apresentaram ITB superior a 0,9 indicando ausência de obstrução no fluxo sanguíneo arterial que impeça o uso de terapia compressiva.³ Ressalta-se que a média do ITB foi de 1,04 para os hipertensos e 1,05 para os não hipertensos. Em estudo¹⁴ em que se avaliou essa mesma variável, também encontrou-se ITB = 1 para a maioria dos hipertensos (84%) e não hipertensos (87,5%).

O número de pacientes que desenvolvem feridas crônicas está aumentando com a elevação mundial de doenças relacionadas ao estilo de vida, tais como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Nos países desenvolvidos, estima-se que 1 a 2% da população irá experimentar uma ferida crônica durante a vida.¹⁷ O impacto social e econômico inclui consequências como o

sofrimento do paciente, perda de emprego e redução da qualidade de vida.

No quesito tratamento tópico da úlcera venosa, identificaram-se algumas não conformidades com a literatura, já que a maioria dos pacientes não usava terapia compressiva e não fazia repouso. Destaca-se que a bota de Unna foi usada como cobertura primária, além da meia de compressão já com a perda da elasticidade devido ao tempo de uso ou a cuidados inadequados de conservação.

Resultados de estudos sugerem o uso de uma cobertura simples, não aderente, de baixo custo e aceitável pelo paciente e, como opções de tratamento são apresentadas as coberturas de espumas de poliuretano, hidrocolóide e alginato de cálcio.¹⁹ As coberturas devem estar associadas à terapia compressiva para o tratamento de úlcera venosa.²⁰

O tratamento da úlcera venosa com terapia compressiva aumenta a taxa de cicatrização, comparativamente ao tratamento sem compressão e resulta em cicatrização confiável, custo efetivo na maioria dos pacientes. Destaca-se que a alta compressão só deve ser usada em pacientes sem comprometimento arterial, isto é, ITB maior que 0,8. Um ITB de 0,9 é 95% sensível em detectar doença arterial. No entanto, uma razão de = 0,8 pode ser considerada para excluir doença arterial periférica significativa.³

A metade dos pacientes apresentava duas úlceras e a região mais acometida foi o maléolo medial. Resultado diferente foi obtido em outra pesquisa,² na qual 17,2% dos pacientes apresentaram duas úlceras e somente um indivíduo tinha três lesões. Mas a localização predominante foi confirmada em outros estudos. No primeiro¹⁴, a localização das lesões era predominantemente na região maleolar: 40% no maléolo medial e 49% no maléolo lateral e, no segundo estudo,² das 43 lesões avaliadas, 90,7% localizavam-se nas pernas, sendo 49% na face lateral e 42% na face medial. A maioria das úlceras dos pacientes existia há mais de um ano. Dado diferente de outros estudos, cuja média de tempo foi de 5,5 anos² e 55% da amostra tinham lesão há menos de um ano.¹⁸

Todas as lesões tinham tecido necrótico. Torna-se importante ressaltar que a presença desse tecido aumenta o tempo de cicatrização e predispõe ao aparecimento de infecção. O tecido necrótico transforma-se em meio de cultura e, caso a infecção seja causada por *Streptococcus sp.* hemolíticos e *Pseudomonas aeruginosa*, poderá haver bacteremia.²¹ As bactérias se distribuem desigualmente no leito da ferida, o que pode justificar áreas sem a presença de microrganismos e, conseqüentemente, culturas negativas, como ocorreu no presente trabalho e na pesquisa desenvolvida em um ambulatório de dermatologia na Alemanha.¹²

A colonização refere-se a uma população estável de bactérias residentes em número reduzido, sendo que estas bactérias não invadem os tecidos adjacentes da superfície enquanto o ambiente permanecer estável. Nesse caso, a cicatrização da ferida não fica prejudicada. A colonização crítica é um nível intermediário entre a colonização e a infecção. Nessa situação, a quantidade de bactérias chega a prejudicar a capacidade de cura da ferida. A infecção ocorre quando o tecido é invadido por bactérias que proliferam e lesam o tecido da ferida. Sob o ponto de vista microbiológico, é constatada uma infecção quando se têm 10^5 (100.000) unidades formadoras de colônias por grama de tecido (UFC/g) e contendo espécies virulentas.²²

Nenhum paciente avaliado no presente estudo apresentou quantidade de microrganismos compatível com infecção, já que todas as culturas mostraram número de colônias inferior a 10^5 UFC/g de tecido.

Resultados de estudo sugerem que, em uma ferida crônica, a cura e processos destrutivos estão fora de equilíbrio e a presença de bactérias é o fator mais provável de influenciar esse desequilíbrio.²³

A identificação das espécies *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Proteus mirabilis* nas úlceras não foi surpresa na presente pesquisa, uma vez que os microrganismos residentes comuns que colonizam a pele incluem *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. Dentre as bactérias transitórias, podem ser incluídas diversas espécies de *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiela* e *Lactobacillus*. As infecções em feridas são geralmente causadas pelo *Staphylococcus aureus*, mas também podem ser infectadas por bactérias gram- e gram+ facultativas como *E. coli*, *Proteus*, *Enterobacter* e *Klebsiela* em decorrência de

contaminação fecal das feridas. Ressalta-se ainda que feridas profundas, geralmente, são infectadas por anaeróbios, como espécies de *Bacterioides*, *Actinomyces* e *Clostridium*.²⁴

Em uma pesquisa realizada em um ambulatório com pacientes com úlceras venosas, usuários de bota de Unna, observou-se que os gêneros isolados com maior prevalência nas culturas foram: *Pseudomonas* (34%), *Staphylococcus* (28,09%) e *Enterococcus* (23,14%), seguidos dos demais gêneros: *Serratia* (4,12%), *Morganella* (3,30%), *Proteus* (2,47%), *Escherichia* (1,65%), *Citrobacter* (1,65), *Enterobacter* (0,82%) e *Providencia* (0,82%).²⁵ Já no presente estudo, dos quatro pacientes que usavam bota de Unna, dois apresentaram feridas colonizadas, sendo que em um deles isolou-se *Staphylococcus aureus* e, no outro, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter aerogenes*.

A presença de duas ou mais espécies de bactérias na úlcera venosa com diferente padrão de resistência, como o identificado nessa pesquisa são resultados semelhantes aos descritos na literatura. A partir da cultura qualitativa em 12 pacientes com úlceras em membros inferiores, observaram-se como gêneros mais frequentes: *Staphylococcus*, *Proteus* e *Pseudomonas* em uma primeira coleta. Já em uma segunda coleta, identificaram-se: *Staphylococcus*, *Sstreptococcus* e *Proteus*. A primeira coleta ocorreu na primeira avaliação do paciente no serviço e a segunda, após aproximadamente 12 trocas de curativos realizados com coberturas oclusivas. Nenhum participante apresentou sinais clínicos de infecção no momento da coleta. Nesse mesmo estudo, os autores encontraram *Proteus mirabilis* que apresentou resistência aos antibióticos ampicilina, cefalotina e cefazolina, cefuroxima, sulfametoxazol associado ao trimetoprim. *Pseudomonas aeruginosa* apresentou resistência ao sulfametoxazol associado ao trimetoprim, cefepime, gentamicina.²⁶

Em um estudo realizado em unidades básicas de saúde de Goiânia, com 46 pacientes com úlceras de perna e total de 60 feridas, observou-se que entre as bactérias gram-positivas predominou, em 65% dos casos, *Staphylococcus aureus* sensível à maioria dos antibióticos testados. Já entre as gram-negativas, as mais frequentes foram: *Pseudomonas aeruginosa* (23,3%), resistente a amoxicilina+ácido clavulânico, cefalexina e cefotaxima; *Proteus mirabilis* (16,6%) e *Proteus vulgaris* (15,0%) sensíveis à gentamicina, ao aztreonam, ao ciprofloxacino e à ampicacina.²⁷

Artigo Original

Na Alemanha, em uma pesquisa realizada com 100 pacientes com úlceras de perna, foram isoladas 191 bactérias e identificadas 25 diferentes espécies, sendo que as espécies mais frequentes foram: *Staphylococcus aureus*, seguida por *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis*. Os autores compararam tais resultados com estudos realizados cinco anos antes no mesmo ambulatório e esses demonstraram um deslocamento das espécies bacterianas detectadas a partir de bactérias gram-positivas, em direção aos germes gram-negativos, especialmente *Pseudomonas aeruginosa* e *Proteus mirabilis*. Esses estudiosos sugerem que o uso de água de torneira tem um efeito menos efetivo em *Pseudomonas* e que práticas de higiene inadequadas em ambulatórios especializados estão relacionadas com essa mudança no espectro bacteriano.¹²

Destaca-se que a área lesada foi maior em presença de *E. coli* (61,91 cm²) e *Proteus mirabilis* (60 cm²), o que difere de outro estudo¹⁷ no qual se constatou que feridas infectadas por *Pseudomonas aeruginosa* eram significativamente maiores (em termos de área) do que feridas que não continham essa bactéria.

Algumas espécies de bactérias isoladas nas úlceras apresentaram resistência a, pelo menos, um antibiótico inibidor da parede celular. Ressalta-se que tanto as penicilinas quanto as cefalosporinas são inibidores da parede celular bacteriana, ou seja, têm o mesmo mecanismo de ação e podem ser afetadas pelo mesmo mecanismo de resistência.²⁸ Tal constatação pode ser explicada pelo uso de antibióticos de forma indiscriminada na prática clínica, sendo as penicilinas e cefalosporinas as classes de antimicrobianos mais utilizados em nível ambulatorial para tratamento e/ou profilaxia de infecções de pele, como erisipela.

Conclusão

Os resultados deste estudo revelam que foi identificado um número menor de pacientes com úlcera venosa do que o esperado, talvez pela subnotificação do dado no município. A maioria era parda, não idosa, com baixo poder aquisitivo, tinha outros agravos de saúde associados, principalmente hipertensão arterial, e fazia uso de vários medicamentos. Todos os pacientes apresentavam sinais clínicos de insuficiência venosa

e valor de ITB que descartava o comprometimento do sistema arterial. A úlcera existia há mais de um ano e estava localizada predominantemente na região do maléolo.

As úlceras apresentaram quantidade de microrganismos compatível com colonização, já que todas as culturas mostraram número de colônias inferior a 10⁵ UFC/g de tecido. As bactérias isoladas foram *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenes* e *E. coli*. Dentre os microrganismos testados, cinco apresentaram resistência a, pelo menos, um antibiótico inibidor da parede celular. A espécie *Enterobacter aerogenes* foi a que apresentou resistência a um número maior de antibióticos.

Algumas não conformidades foram identificadas em relação ao tratamento, por exemplo, muitos pacientes não faziam uso de terapia compressiva para a melhoria do retorno venoso e não recebiam tratamento tópico com coberturas.

Os resultados obtidos reforçam a importância de o profissional realizar avaliação que extrapola o enfoque somente na úlcera venosa, já que vários fatores podem influenciar negativamente a evolução dessa morbidade. Além disso, os profissionais devem subsidiar sua prática clínica em evidências científicas confiáveis para evitar surgimento de efeitos adversos.

Uma das limitações do estudo é sua amostra reduzida, não permitindo generalizações a partir dos resultados apresentados. Mas, ressalta-se que a pesquisa irá auxiliar a implementação de ações de saúde pública em Nova Lima-MG, além de fornecer dados para amparar a revisão do protocolo do município e dar suporte aos membros da comissão de curativos na organização de capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes com úlcera venosa.

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais por ter financiado com recursos do Edital Universal a realização deste estudo, como parte do projeto intitulado “Eficácia antimicrobiana de soluções de limpeza nas lesões cutâneas crônicas”.

Referências

- 1- Chagas CAA, Silva JG, Leite TFO, Cardoso R, Pinto WC, Goke K, Vieira AFM, Cordeiro CP. Úlcera de estase venosa baseada em fisiopatologia. *Acta Sci Med.* 2010; 3(2):51-57.
- 2- Silva FAA, MoreiraTMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. *Rev Enferm. UERJ* 2011;19(3):468-472.
- 3- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010. p.39.
- 4- Duff L, Loftus-Hills A, Morrell C. Clinical guidelines for the management of venous leg ulcers. London: Royal College of Nursing, 2000.
- 5- Howell-Jones RS, Wilson MJ, Hill KE, Howard AJ, PE, Thomas DW. A review of the microbiology, antibiotic usage and resistance in chronic skin wounds. *J Antimicrob Chemother.* 2005;55(2):143-149.
- 6- Iglesias CP, Birks Y, Nelson EA., Scanlon E, Cullum NA. Quality of life of people with venous leg ulcers: a comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Qual Life Res.* 2005;14: 1705-1718.
- 7- Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):509-522.
- 8- Graham ID, Harrison, MB, Nelson EA, Lorimer K, Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care* 2003;16(6):305-316.
- 9- Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. COREN-MG. Deliberação n. 65, de 22 de maio de 2000. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Disponível em: <http://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/legislacoes/docs/doc_legis_5.pdf>. Acesso em: 22 set. 2012.
- 10- Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- 11- Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomatoterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(6):889-893.
- 12- Körber A, Schmid EN, Buer J, Klode J, Schadendorf D, Dissemmond J. Bacterial colonization of chronic leg ulcers: current results compared with data 5 years ago in a specialized dermatology department. *J Eur Acad Dermatol. Venereol.* 2010;24(9):1017-1025.
- 13- Thomaz JB. Úlceras dos membros: diagnósticos e terapêuticas. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Rúbio, 2011.
- 14- Silva FAA. Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com úlcera de venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de Enfermagem em estomatoterapia. [dissertação] Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará; 2009.
- 15- Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV, Foss NT. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol.* 2005;80(1):41-6.
- 16- World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, 1990.
- 17- Kirketerp-Møller K, Jensen Peter Ø, Fazli Mustafa, Madsen KG, Pedersen J, Moser C, Tolker-Nielsen T, Hoiby N, Givskov M, Bjarnsholt T. Distribution, organization, and ecology of bacteria in chronic wounds. *J Clin Microbiol.* 2008;46(8):2717-2722.
- 18- Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. *Q J M* 2004;97(7):431-437.
- 19- Palfreyman SSJ, Nelson EA, Lochiel R, Michaels JA. Dressings for healing venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, 6. 2012. p.36.
- 20- Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Systematic review of topic treatment for venous ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2007;15(6):1163-1170.
- 21- Fine NA, Mustoe TA. Wound healing. In: Mulholland MW, Fischer RFR, Federle MP. Greenfield's surgery: scientific principles and practice. 4.ed. Philadelphia, USA: Copyright, 2006. Cap. 4, p. 77-85.
- 22- Lipsky BA, Hoey C. Topical antimicrobial therapy for treating chronic wounds. *Clin Infect Dis.* 2009;49(10):1541-1549.
- 23- Green B. Understanding infection in wound care. *Prof Nurs Today* 2012;16(2):48-55.
- 24- Jones ME, Karlowky JA., Draghi DC, Thornsberry C, Sahn DF, Nathwani D. Epidemiology and antibiotic susceptibility of bacteria causing skin and soft tissue infections in the USA and Europe: a guide to appropriate antimicrobial therapy. *Int J Antimicrob Agents* 2003; 22(4):406-419.
- 25- Vicentim AL, Gatti MAN, Weckwerth PH, Carvalho RCO. Etiologia da microbiota presente em úlceras venosas de usuários de bota de Unna. *Salusvita* 2009;28(1):65-72.
- 26- Gomes FSL, Carvalho DV, Lima EDRP. Tratamento de feridas crônicas com coberturas oclusivas. *REME rev min enferm.* 2009;13(1):19-27.
- 27- Martins MA, Tipple AFV, Reis C, Santiago SB, Bachion MM. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. *Ciênc Cuid saúde* 2010;9(3):464-470.
- 28- Finkel R, Cubeddu LX, Clark MA. Farmacologia ilustrada. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Artigo recebido em: 01/11/2012

Aceito para publicação em: 23/09/2013

* Parte da Monografia intitulada "Perfil demográfico e epidemiológico de pacientes com úlcera venosa no município de Nova Lima-MG" apresentada em 2012 pela aluna Itala Poliana Guimarães ao Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Estomatoterapia.

¹Enfermeira Estomatoterapeuta (Ti-SOBEEST). Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Básica – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço: Rua Pedro Barbosa Silva, 313. Cariocas II. Nova Lima. Minas Gerais. CEP: 34.000-000. E-mail: eborges@ufmg.br

²Enfermeira Estomatoterapeuta. Enfermeira da Unidade de Atenção Primária à Saúde do Município de Nova Lima-MG.

³Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências

Topical Therapy for Chronic Wounds: Recommendations for Evidence-Based Practice

Terapia Tópica para Herida Crônica: Recomendaciones para la Práctica Basada en Evidencias

Rev Estima - vol 12 (1) 2014 p. 42 - 49

Márcia Beatriz Berzoti Gonçalves¹, Soraia Assad Nasbine Rabel², Paula Cristina Nogueira³

Resumo

A transição demográfica e o aumento da expectativa de vida da população brasileira, aliadas ao aumento do número de pessoas com condições crônicas, predis põem essa população a complicações, dentre elas, a presença de feridas crônicas. Este estudo, revisão de literatura, teve como objetivo identificar as recomendações para a prática clínica referentes à terapia tópica para feridas crônicas, em diretrizes internacionais. Foi realizada a tradução, análise e síntese do conhecimento internacional quanto à terapia tópica para feridas crônicas, divulgado nas diretrizes da Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Destacaram-se quatro etapas nas recomendações: limpeza da ferida, debridamento, escolha e aplicação da cobertura adequada e controle da infecção. O controle e manejo da ferida crônica não se limitam à terapia tópica, mas abrange também o controle da etiologia da lesão, bem como das comorbidades e do equilíbrio sistêmico.

Descritores: Úlcera por pressão. Úlcera venosa. Pé diabético.

Abstract

Demographic transition and increasing life expectancy in Brazil associated with a growing number of people with chronic conditions render the population susceptible to complications, including chronic wounds. The aim of this literature review was to identify the recommendations for clinical practice regarding topical therapy for chronic wounds in international guidelines. The Wound, Ostomy and Continence Nursing (WOCN) Society guidelines for topical therapy of chronic wounds were translated into Brazilian Portuguese, evaluated, and the main points were summarized. The four most important recommended procedures were: wound cleansing, debridement, appropriate choice and use of the wound dressing, and infection control. Control and management of chronic wounds are not limited to topical therapy, but also involves controlling etiological factors of the lesion, as well as comorbidities and systemic balance.

Descriptors: Pressure Ulcer. Venous Ulcer. Diabetic Foot.

Resumen

La transición demográfica y el aumento de la expectativa de vida de la población brasileña, sumado al aumento de personas con enfermedades crónicas, predisponen a dicha población a complicaciones, entre ellas, la presencia de heridas crónicas. Este estudio

de revisión de la literatura, tuvo como objetivo identificar en las normativas internacionales las recomendaciones para la práctica clínica referentes a la terapia tópica para heridas crónicas. Se realizó la traducción, análisis y resumen del conocimiento internacional referente a la terapia tópica para heridas crónicas, difundido en las normativas de la Wound, Ostomy and Continence Nursing Society (WOCN). Entre las recomendaciones, se destacaron cuatro etapas: limpieza de la herida, desbridamiento, elección y aplicación de cobertura adecuada y control de la infección. El control y la atención de la herida crónica no se limitan a la terapia tópica, incluyen también el control de la etiología de la lesión, así como de la comorbilidad y del equilibrio sistémico.

Palabras Clave: Úlcera por Presión. Úlcera venosa. Pie Diabético.

Introdução

O quadro de transição demográfica apresentado no Brasil, com o aumento da expectativa de vida da população, aliado ao aumento do número de pessoas com condições crônicas, predispõem essa população às complicações, dentre elas, a presença de feridas crônicas. Tais feridas apresentam o processo de cicatrização deficitário e prolongado, geram impacto econômico e social aos serviços de saúde, bem como trazem implicações na vida da pessoa que apresenta tal problema e sua família^{1,2}.

Epidemiologicamente, a úlcera por pressão, o pé diabético e a úlcera venosa são lesões crônicas com significativa relevância. A ocorrência da úlcera por pressão é usada como indicador para avaliar a qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde, com foco para a assistência de enfermagem³. Em estudos procedidos em hospitais do país, observou-se a prevalência de 18,52% de úlceras por pressão nos pacientes internados⁴, e a incidência global de 39,8% nos pacientes que apresentavam risco para desenvolvimento dessa ferida, de acordo com a escala de Braden⁵. A úlcera venosa é a ferida de perna com maior relevância epidemiológica e representa cerca de 70% a 90% dos casos⁶. Em relação às úlceras diabéticas, estas levam frequentemente à amputação, consequência séria, que acarreta mortalidade em 50% dos pacientes, em três anos⁷.

O avanço científico e tecnológico trouxe transformações na área da assistência à pessoa com ferida crônica. Em nível internacional evidenciou-se uma maior compreensão acerca da etiologia das lesões e desenvolvimento de alternativas para a terapia tópica de feridas. Por meio de políticas públicas, os altos custos com o tratamento desencadearam pesquisas na Europa e Estados Unidos da América resultando na produção de diretrizes que objetivam assegurar a melhor assistência às pessoas com feridas crônicas⁸⁻¹¹.

A assistência de enfermagem para as pessoas com tais feridas vai além da realização do

procedimento técnico do curativo. Devem ser consideradas as etapas que incluem desde a avaliação clínica ou sistêmica do paciente à avaliação da ferida. Considerações acerca da etiologia da lesão, controle das co-morbidades e dos fatores causais, seleção criteriosa da terapia tópica são aspectos recomendados pela literatura, visando ao alcance dos resultados esperados. Ressalta-se que o tratamento deve ser subsidiado pelas práticas de prevenção, assim como, educação do paciente, família e cuidador.

Implementar as etapas do processo de enfermagem favorece a identificação de fatores de risco que predispõem à injúria. Com a coleta de dados e a partir do diagnóstico de enfermagem “risco para[...]” ou “integridade da pele prejudicada” e/ou “integridade tissular prejudicada”, o enfermeiro pode decidir as estratégias para a assistência que visam à adoção de medidas de prevenção ou redução de risco, bem como a melhor terapêutica para a ferida. O enfermeiro desempenha papel importante no atendimento das Necessidades Humanas Básicas. A manutenção da integridade tecidual é uma das metas das intervenções de enfermagem que visam à segurança do paciente¹².

Uma estratégia recomendada para o planejamento da assistência de enfermagem é a Prática Baseada em Evidência, processo que combina a pesquisa com a experiência clínica e preferências do cliente/paciente, na decisão do profissional acerca do que será desenvolvido¹³. Tal abordagem contraria a prática clínica com ênfase em rituais, tradição, experiências clínicas isoladas, não sistemáticas e opiniões infundadas e reforça a utilização de resultados de pesquisas e de dados que possam gerar melhoria da qualidade da assistência¹⁴. Em âmbito internacional, encontram-se várias diretrizes, abordagens interdisciplinares e programas educacionais para a prática clínica que orientam a prevenção e tratamento das feridas crônicas, visando assim à implementação da prática baseada em evidências.

Revisão

A *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN)* é líder no estabelecimento de diretrizes para a prática clínica no cuidado de pacientes com feridas, derivações fecais e urinárias e distúrbios de continência. Essa sociedade desenvolveu diretrizes baseadas em evidências para o gerenciamento de pacientes com feridas, decorrentes de doenças venosas e arteriais de membros inferiores, neuropatia periférica e úlceras por pressão⁸⁻¹⁰. São as seguintes as diretrizes da WOCN respectivamente para as úlceras por pressão (UP), úlcera neuropática (UN) ou pé diabético e úlceras venosas (UV): *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*⁸; *Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity neuropathic disease*⁹ e *Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease*¹⁰.

Frente à importância do conhecimento para a assistência de enfermagem às pessoas com feridas crônicas, presentes em todos os contextos do cuidar, este estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre as práticas clínicas recomendadas para o tratamento de feridas crônicas, tendo como objeto as diretrizes da WOCN.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão das diretrizes internacionais da *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, de 2003 a 2005. Após a aquisição da versão original em inglês, por meio do endereço eletrônico www.wocn.org, procedeu-se à tradução livre das mesmas, com o propósito de facilitar a leitura e entendimento das recomendações indicadas pelas diretrizes. As versões em português foram validadas por estudiosos da área temática e por um profissional nativo da língua inglesa, especialista em idioma e cultura latino-americana. Em seguida, realizou-se a síntese das recomendações comuns às três diretrizes estudadas, para a terapia tópica das feridas crônicas mencionadas.

Resultados

As diretrizes da WOCN abordam a avaliação e controle das condições clínicas das pessoas com feridas crônicas, bem como a prevenção de fatores de riscos que podem desencadear agravos e sua recorrência.

Identificaram-se como recomendações para a terapia tópica as seguintes etapas: avaliação sistêmica do paciente, seguida do planejamento da intervenção para a terapia tópica, que consiste na avaliação da

ferida, limpeza, desbridamento de tecidos desvitalizados, aplicação da cobertura tópica e controle e gerenciamento de infecção (Figura 1).



Figura 1. Componentes da avaliação da pessoa com ferida crônica e etapas da terapia tópica.

Para a avaliação sistêmica da pessoa com ferida crônica, as diretrizes apontam para a necessidade de proceder à avaliação clínica direcionada à etiologia da lesão, ao estado nutricional e aos fatores que interferem no processo de cicatrização⁸⁻¹⁰.

A avaliação com foco na etiologia da ferida objetiva identificar fatores causais e comorbidades que possam ser controlados ou eliminados. A mobilidade, a presença de fricção e/ ou cisalhamento, incontinência urinária e intestinal são aspectos considerados na avaliação da pessoa com UP⁸. Para pessoas com úlceras venosas, a avaliação de membros inferiores destina-se a identificar sinais e sintomas típicos, como a presença de edema, hemossiderose, veias varicosas, alterações na temperatura da pele e estado perfusional¹⁰. Na avaliação da pessoa com úlcera neuropática, o exame dos pés e extremidades inclui inspeção da pele, presença de calos e calosidades, avaliação da sensibilidade tátil e vibratória, perfusão periférica, e estado biomecânico e musculoesquelético⁹.

As diretrizes apontam ainda a importância da avaliação nutricional para a cicatrização das feridas crônicas, incluindo a identificação de dados referentes aos hábitos alimentares, exame físico e parâmetros bioquímicos, com ênfase para o aporte de nutrientes favoráveis à cicatrização⁸⁻¹⁰.

Os Quadros 1, 2, 3 e 4 mostram as recomendações segundo as diretrizes da WOCN para as demais etapas da terapia tópica: limpeza,

desbridamento de tecidos desvitalizados, aplicação da cobertura, controle e gerenciamento de infecção das feridas crônicas.

Discussão

O tratamento de feridas crônicas é específico, uma vez que o processo de cicatrização se prolonga e resulta de diversos fatores correlacionados, dentre os quais as doenças de base, as complicações locais como isquemia, presença de tecido necrótico e altas cargas bacterianas, que dificultam o processo de cicatrização e mantêm a fase inflamatória prolongada¹⁶.

A avaliação completa não se restringe à ferida, mas, devido à sua complexidade engloba também o estado de saúde geral do paciente. Cada ferida, contudo, apresenta aspectos específicos a serem observados no decorrer da avaliação⁸⁻¹⁰. Esta deve responder as seguintes questões:

- Qual é a etiologia?
- Quais fatores presentes podem retardar a cicatrização?
- Qual é a terapia mais adequada?
- Há algum fator de risco corrigível?

Além disso, é necessário avaliar e monitorar a condição geral do paciente e da ferida sistematicamente. Reavaliar e mensurar a ferida, no

mínimo, semanalmente, considerando-se o local, tipo de tecido, tamanho, presença de túneis, exsudato, presença/ausência de infecção, bordas da ferida, classificação, pele peri-ferida, dor e adesão ao tratamento e prevenção⁸⁻¹⁰.

A diretriz para o gerenciamento de UP⁸ apresenta duas ferramentas de avaliação da cicatrização da ferida: *Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)* e *Pressure Sore Status Tool (PSST)*. Esses instrumentos de avaliação são apresentados também, na edição mais recente da diretriz para a prevenção e tratamento de UP¹⁵. Ressalta-se que o PUSH já se encontra adaptado e validado para o Brasil, tanto para UP¹⁷ como para úlceras de perna¹⁸. As diretrizes que abordam a UN e UV não apresentam instrumentos de avaliação, apesar de ressaltarem a importância da avaliação sistematizada^{9,10}.

A limpeza permite a inspeção do leito da ferida, de forma a avaliar o tecido presente. Essa etapa da intervenção tópica tem o objetivo de prevenir o desenvolvimento de infecção. As bactérias não são capazes de invadir um tecido saudável, a menos que possam aderir a ele, o que favorece a infecção. A técnica de limpeza deve remover as bactérias do leito da lesão, de forma a não requerer o uso de antisséptico. Solução salina ou água de torneira, aplicada com pressão adequada sobre o leito da ferida, é suficiente para remover detritos e tecido desvitalizado soltos no leito da ferida¹⁵. De acordo com as diretrizes da WOCN⁸⁻¹⁰, o método de limpeza

Quadro 1. Recomendações para a limpeza de feridas crônicas, segundo as diretrizes da WOCN.

LIMPEZA		
Úlcera por pressão ^(8,15)	Úlcera Neuropática ⁽⁹⁾	Úlcera venosa ⁽¹⁰⁾
<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpar a ferida a cada troca de curativos com solução não-citotóxica. 2. Usar água ou solução salina para limpeza do tecido de granulação ou proliferativo; 3. Usar tecido ou esponja de modo a aumentar a eficácia da solução higienizante, manusear cuidadosamente, para evitar traumas no leito da ferida. 4. Usar irrigação de alta pressão 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpar a ferida com solução não-citotóxica. 2. Usar água ou solução salina para limpeza do tecido de granulação ou proliferativo; Evitar o uso de irritantes na pele, especialmente em pacientes com dermatite. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpar a ferida a cada troca de curativo. Evitar o uso de alérgenos e irritantes para a pele, que sejam conhecidos, especialmente em pacientes com dermatite.

Revisão

Quadro 2. Recomendações para o desbridamento de feridas crônicas, segundo as diretrizes da WOCN.

DESBRIDAMENTO		
Úlcera por pressão ^(8,15)	Úlcera Neuropática ⁽⁹⁾	Úlcera venosa ⁽¹⁰⁾
<ol style="list-style-type: none">1. Usar irrigação de alta pressão para remover esfacelo ou tecido necrótico.2. Desbridar tecido desvitalizado.3. Não desbridar escaras escuras e secas em calcanhares que são insensíveis, endurecidas, não-eritematosa e não-supurativa. Escara seca deve ser perfurada, escarificada transversalmente, para proceder ao desbridamento enzimático. se necessário, na presença de esfacelo.	<ol style="list-style-type: none">1. Não remover a escara estável e seca em feridas não infectadas, isquêmicas e neuropáticas.2. É recomendado desbridamento de feridas neuropáticas e calos, conforme necessário, durante o processo de cicatrização. O desbridamento de tecido necrótico reduz a carga bacteriana. Desbridar úlceras com celulite extensa e/ou osteomielite e associar à intervenção farmacológica (intravenosa).	<ol style="list-style-type: none">1. Nenhum método de desbridamento provou sua eficácia. Utilizar cremes para alívio da dor e para desbridamento agudo de úlceras venosas.

deve prover pressão suficiente para remover detritos, sem causar trauma no leito da ferida. A pressão ótima para limpeza varia de 4 a 15 psi. No Brasil, uma seringa de 20 ml acoplada a uma agulha 18 Gauge (G) ou calibre 18 (que corresponde à agulha 40x12) gera pressão de irrigação de 9 psi, suficiente para remover material aderente ao leito da ferida¹⁹.

O desbridamento trata da remoção de tecido inviável presente na ferida, e faz parte do processo autolítico e fisiológico do processo cicatricial da lesão, em condições normais e adequadas. Os neutrófilos e macrófagos agem na fase inflamatória, digerem e removem detritos celulares. O processo natural de desbridamento, entretanto, torna-se insuficiente diante do acúmulo de tecido desvitalizado. A demanda aumentada de células fagocitárias retarda o processo de cicatrização. Portanto, o desbridamento é um componente essencial para que a terapia tópica seja bem-sucedida e o manejo da ferida desenvolva seu potencial¹⁶. Essa etapa da terapia tópica reduz a carga bacteriana da ferida, de forma a prevenir as infecções, facilitar a visualização e avaliação da ferida. Em nível molecular, o desbridamento interrompe o ciclo da ferida crônica.

A seleção dos vários métodos descritos nas diretrizes – autolítico, mecânico, químico ou enzimático, cirúrgico – depende de alguns fatores como: a quantidade de tecido desvitalizado, o tempo necessário para o desbridamento, as habilidades do profissional para a realização do procedimento, a necessidade de analgesia e custos. Para o manejo da úlcera neuropática, o desbridamento criterioso de calos e calosidades é fundamental, uma vez que agravam e retardam a cicatrização⁹.

A escolha da cobertura está relacionada à capacidade do produto em manter a ferida em um ambiente fisiológico, propício ao processo de cicatrização. Segundo as recomendações das diretrizes da WOCN^{8-10,15}, o leito da ferida deve ser mantido úmido. A umidade da borda deve ser controlada, a fim de evitar maceração do tecido. Essa condição é fisiológica ao favorecer a migração das células no leito da lesão, através do que ocorre a formação de tecido de reparação e a reepitelização¹⁶.

O manejo da terapia tópica requer uma prática reflexiva e sistematizada da assistência de enfermagem. A literatura revisada apresenta vários

Quadro 3. Recomendações para a cobertura de feridas crônicas, segundo as diretrizes da WOCN.

COBERTURA		
Úlcera por pressão ^(8,15)	Úlcera Neuropática ⁽⁹⁾	Úlcera venosa ⁽¹⁰⁾
<ol style="list-style-type: none">1. Escolher cobertura tópica adequada à ferida após avaliar as necessidades do paciente, custo, tempo do cuidado e disponibilidade.2. Escolher cobertura que promova: ambiente úmido para ferida, mantenha a pele periférica livre de excesso de umidade, controle exsudato e elimine o espaço morto.3. Reavaliar a ferida a cada troca de curativo para determinar quaisquer modificações necessárias para que a ferida cicatrize. A utilização tópica de fatores de crescimento evidenciou redução no tamanho da ferida.	<ol style="list-style-type: none">1. Escolher a cobertura que promova um ambiente úmido para a ferida.2. Reavaliar a cobertura da ferida periodicamente ao longo do processo de tratamento.3. Aplicação de fatores de crescimento apresentou alta incidência de cicatrização.	<ol style="list-style-type: none">1. Escolher Hidrocolóide ou coberturas de espuma, estes podem ser benéficos para reduzir dor associada às úlceras.2. Nenhum estudo específico demonstrou influência do tipo de cobertura ou frequência de troca quando sob faixas de compressão. Coberturas de hidrocolóide ou curativos simples sob compressão não interferem na cicatrização.

instrumentos para avaliação da ferida crônica, que devem ser conhecidos e utilizados pela equipe de enfermagem, frequentemente responsável pela terapia tópica, ao favorecerem assistência mais segura à pessoa com lesão de pele. Esses instrumentos favorecem uma observação mais objetiva das características das áreas examinadas, facilitam o registro das características da lesão e podem assegurar o monitoramento da evolução da ferida e avaliação dos resultados da terapia tópica^{8-10,15}.

Uma vez que toda ferida crônica contém microbiota bacteriana, torna-se fundamental a diferenciação entre contaminação, colonização e infecção. A contaminação da ferida é a presença de microorganismos não replicantes da microbiota normal; a colonização é a presença de microorganismos replicantes dentro da ferida com ausência de dano ao hospedeiro; e infecção é a presença de microorganismos replicantes dentro da ferida com dano subsequente ao hospedeiro⁶. Em caso de suspeita de alta carga bacteriana na ferida, com presença de sinais clínicos de infecção, as diretrizes recomendam a realização de cultura quantitativa com biópsia tecidual como padrão ouro,

entretanto, culturas qualitativas têm demonstrado ser uma alternativa sensata na prática clínica.

A aplicação de antissépticos e antibióticos tópicos no leito das feridas infectadas é controversa⁸⁻¹⁰. As diretrizes para UP e UV apontam para evidências insuficientes quanto a duração, eficácia e segurança no emprego de antibioticoterapia tópica^{8,10} e todas salientam a possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana, ao longo do tempo⁸⁻¹⁰. Além disso, os produtos tópicos contendo antimicrobianos podem causar reações de sensibilidade⁸⁻¹⁰. Em prazos curtos, os antimicrobianos tópicos podem ser utilizados em úlceras neuropáticas com sinais de infecção, desde que o monitoramento diário da evolução da ferida seja possível⁹.

A prata é citada como agente com propriedades antimicrobianas para feridas com perda parcial de tecido⁸⁻¹⁰. A utilização tópica de sulfadiazina de prata por, aproximadamente, duas semanas tem evidência B para o tratamento de UV com alta carga bacteriana¹⁰. O cadexômero iodo demonstrou agir no desbridamento de esfacelo e na diminuição da carga bacteriana de feridas, em estudos com nível de evidência A, incluídos nas diretrizes para UM e UV¹⁰.

Quadro 4. Recomendações para o controle de infecção de feridas crônicas, segundo as diretrizes da WOCN.

COBERTURA		
Úlcera por pressão ^(8,15)	Úlcera Neuropática ⁽⁹⁾	Úlcera venosa ⁽¹⁰⁾
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gerenciar sinais e sintomas de infecção da ferida. 2. Realizar uma cultura quantitativa ou biópsia do tecido lesionado. Altos níveis de contagem de bactérias (>105) são suspeitos em feridas que exibem sinais clínicos de infecção, tais como, ausência de cicatrização. Usar antibióticos tópicos criteriosamente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar manifestações clínicas de infecção, que podem ser sutis, devido ao fluxo sanguíneo reduzido ou ausência de sensibilidade no pé neuropático. 2. Avaliar a perfusão vascular. Feridas neuropáticas infectadas podem apresentar ameaça para o membro, de forma a requerer encaminhamento imediato. 3. Realizar Biópsia tissular - padrão ouro. 4. Antibióticos sistêmicos são justificados no manejo de úlceras quando ocorrer bacteremia, sepse, celulite avançada ou osteomielite. Encaminhar o paciente para avaliação adicional quando houver suspeita de infecção. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não há nenhuma evidência indicando a duração, segurança e eficácia de antibióticos tópicos.

Estudos^{20,21} defendem a utilização de iodóforos tópicos em concentrações de liberação lenta, como agentes antimicrobianos com amplo espectro de atividade incluindo cepas multirresistentes, de forma segura, sem danos ao processo de cicatrização.

Em consonância com a literatura, as diretrizes enfatizam que a antibioticoterapia tópica deve ser criteriosa^{8-10,22}. A terapia farmacológica sistêmica deve ser empregada no tratamento de UN com celulite avançada, em conjunto com agentes antimicrobianos tópicos⁹. A indicação também se aplica para o tratamento de UP com bacteremia, sepse, celulite ou osteomielite⁸. Apesar da baixa penetração nos tecidos de UV, os antibióticos sistêmicos devem ser utilizados em casos de celulite ou infecção sistêmica¹⁰.

A literatura consultada destaca que o uso limitado de diretrizes é um problema real, visto que os profissionais da equipe de saúde encontram barreiras para acessar tais conhecimentos. A utilização de diretrizes baseadas em evidências para assistência

à pessoa com ferida crônica e a terapia tópica favorecem o alcance de melhores resultados na assistência e contribuem para a adesão à prática clínica segura^{23,24}.

Conclusões

A análise das recomendações contidas nas diretrizes consultadas permitiu concluir que as diretrizes para a terapia tópica – limpeza, desbridamento e indicação de produtos tópicos e coberturas – se equivalem para os três tipos de feridas crônicas, abordadas no presente estudo. Todavia, a assistência à pessoa com ferida crônica não se limita somente a essas etapas. As diretrizes ressaltam a importância em considerar as especificidades de cada ferida. O controle dos fatores contribuintes para o desenvolvimento da lesão favorece a cicatrização ou restauração da integridade da pele prejudicada, que deve ser a meta do planejamento da assistência de enfermagem;

O estudo das diretrizes permitiu ampliar, de modo abrangente e integrado, os conhecimentos acerca da temática. A adoção da prática baseada em evidência na assistência de enfermagem à pessoa com ferida crônica é uma estratégia que promove a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Referências

- 1- Rezende KF, Nunes MAP, Melo NH, Malerbi D, Chacra AR, Ferraz MB. Interações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(3):523-30.
- 2- Carvalho ESdeS, Sadigursky D, Viana R. O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam. *Rev Estima [Periódico na Internet].* 2006 [Acesso em 10 Mar 2012]; 4(2):26-32. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=224%3aartigo-original-2&catid=31%3aedicao42&itemid=70&lang=pt
- 3- Rabeah SAN, Caliri MHL. Úlcera de pressão: estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. *Rev Paul Enferm.* 2003; 22(3):307-14.
- 4- Camargo AS, Blanes L, Cavalcante NJF. Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de infectologia. *Rev Estima [Periódico na Internet].* 2007 [Acesso em 10 Mar 2012]; 5(2):32-6. Disponível em: http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=68%3aartigo-original-4&catid=3%3aedicao52&itemid=74&lang=pt
- 5- Rogenski NMB, Santos VLCC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem [Periódico na Internet].* 2005 [Acesso em 09 Abr 2012]; 13 (4): 474-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692005000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692005000400003>.
- 6- Borges EL. Tratamento de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 7- McPhee SJ, Ganong WF. Fisiopatologia da doença: uma introdução à medicina clínica. Tradução da 5ª ed: McGraw-Hill; 2008.
- 8- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview (IL): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN) 2003. 52 p. WOCN clinical practice guideline.
- 9- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity neuropathic disease. Glenview (IL): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2004. 57 p. (WOCN clinical practice guideline; n°. 3).
- 10- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. Glenview (IL): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2005. 42 p. (WOCN clinical practice guideline; n°. 4).
- 11- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 (www.npuap.org) (www.epuap.org).
- 12- Potter PA. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby/Elsevier; 2009.
- 13- Galvão CM., Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002; 10(5): 690-5.
- 14- Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2003; 11(1): 115-8.
- 15- Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2010 Jun 1. 96 p. (WOCN clinical practice guideline; n° 2).
- 16- Bryant RA, Nix DP. Acute & chronic wounds: current management concepts. Mosby Elsevier: St. Louis; 2007.
- 17- Santos VLCC, Azevedo MAJ, Silva TS, Justo VM, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005;13(3):305-313.
- 18- Santos VLCC, Sellmer D, Massulo MME. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) em pacientes com úlceras crônicas de perna. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007;15:391-396.
- 19- Martins EAP, Meneghin, P. Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico. *Cienc Cuid Saúde* 2012;11(suplem):204-10.
- 20- Sibbald RG, Leaoer DJ, Queen D. Iodine made easy. *Wounds international.* 2008; 2(2):1-6.
- 21- Murdoch, R, Lagan, K M. The role of povidone and cadexomer iodine in the management of acute and chronic wounds. *Physical Therapy Reviews* 2013;18(3):207-216.
- 22- Lipsky BA, Hoey C. Topical antimicrobial therapy for treating chronic wounds. *Clin Infect Dis.* 2009; 49(10):1541-9.
- 23- Rangel EML, Caliri, MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Rev Eletr Enf. [Periódico na Internet].* 2009 [acesso em 15 Abr 2012]; 11(1):70-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>.
- 24- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP [Periódico na Internet].* 2009 [acesso em 15 Abr 2012]; 43(1): 223-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029&lng=en.

Artigo recebido em: 20/08/2012

Aceito para publicação em: 10/12/2013

¹Enfermeira. Mestranda. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada (DeGE). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (EERP-USP). Email: marcia.goncalves@usp.br

²Enfermeira. Professor Doutor do DeGE, EERP-USP. Email: soraia@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus universitário, bairro Monte Alegre. CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP. Brasil. Telefone: (16) 3602-0710; (16) 9158-1227

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Pós-doutoranda da EERP-USP. Bolsista CNPq. Email: paullacn@yahoo.com.br

Enfermeira (o) venha se atualizar nas três áreas de abrangência da estomaterapia e faça a diferença!

Inscrições e Informações:

www.none14.com.br

secretaria@tribecaeventos.com.br
55 51 3076-7002

10 DE JULHO:
Prazo final para o envio dos trabalhos.

III Simpósio Internacional NORTE/NORDESTE DE ESTOMATERAPIA

20 - 23 setembro 2014 | RITZ LAGOA DA ANTA | MACEIÓ | BRASIL



SIMPÓSIO SUL/SUDESTE DE ESTOMATERAPIA

25 - 27 maio 2014 | HOTEL PESTANA | SÃO PAULO | BRASIL

WWW.SULSUDESTE14.COM.BR

Promoção:

Organização:



Sul/Sudeste: sotaques e estilos que levam conhecimento e progresso para o mundo.

A sua marca de sucesso

FRANQUIA

StayCare

A EXCELÊNCIA DO CUIDAR COM CIÊNCIA E TECNOLOGIA

*A sua franquia
especialista no cuidado de*

**Pés, Feridas,
Estomias e
Incontinências**

www.staycare.com.br

Unidade Americana:

Rua Luiz Adami, 54 - Americana SP
(19) 3462-2038 contato@staycare.com.br

Unidade Itanhaém:

Av. Rui Barbosa, 564 - Centro - Itanhaem-SP
(13) 3427-4672 itanhaem@staycare.com.br

Em breve **MAIS 4** unidades em SP e BA



SOBEST

Melhoria da Qualidade de Vida

A SOBEST ESTÁ ALICERÇADA NOS PRECEITOS
ESTABELECIDOS E ACEITOS MUNDIALMENTE
PARA A ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA.