

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CHRISTIANE BORGES EVANGELISTA**

**ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA EM UM  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS.**

Belo Horizonte  
2019

**CHRISTIANE BORGES EVANGELISTA**

**ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA EM UM  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS.**

Monografia apresentada à  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como parte das exigências do Curso de  
Pós-Graduação *Lato Sensu* em  
Assistência de Enfermagem de Média e  
Alta Complexidade, para a obtenção do  
título de Especialista em  
Estomaterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eline Lima  
Borges

Belo Horizonte  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Evangelista, Christiane

ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS. [manuscrito] / Christiane Evangelista. - 2019.

59 p.

Orientador: Eline Borges.

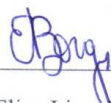
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ESTOMATERAPIA.

1.Ferimentos e lesões. 2.Perfil epidemiológico. 3.Cicatrização de feridas. 4.Assistência ambulatorial. I.Borges, Eline .  
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.  
III.Título.

**CHRISTIANE BORGES EVANGELISTA**

**ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA EM UM  
SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS**

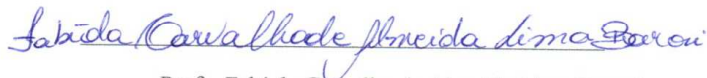
BANCA EXAMINADORA :



\_\_\_\_\_  
Profa. Eline Lima Borges



\_\_\_\_\_  
Profa. Aidê Ferreira Ferraz



\_\_\_\_\_  
Profa. Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni

Aprovada em 28 de fevereiro de 2019.

**Belo Horizonte**

**2019**

---

## DEDICATÓRIA

A Deus, por me mostrar o caminho, ser meu guia.

A meu filho Francisco, luz da minha vida, meu bem mais precioso.

Ao meu esposo Adriano, amigo, companheiro que Deus me presenteou.

Em especial, à minha mãe Geralda, à sogra Leny e à comadre Lenísia, que me proporcionaram tranquilidade para ausentar-me para os estudos, cuidando e zelando do meu bem mais precioso.

À minha "tia Dô" (*in memoriam*), pelo exemplo de luta, determinação e amor.

À minha família que amo.

## **AGRADECIMENTO**

À professora Dr<sup>a</sup> Eline Lima Borges, uma verdadeira líder, suas ações me inspiraram a sonhar mais, aprender mais, fazer mais e ser mais...

Às amigas Erika Santos Oliveira e Karine Suene, pelo apoio e palavras de incentivo e pelo exemplo de dedicação e profissionalismo.

*Nada no mundo consegue tomar o lugar da persistência. O talento não consegue; nada é mais comum que homens fracassados com talento. A genialidade não consegue; gênios não recompensados é quase um provérbio. A persistência e determinação sozinhas são onipotentes.*

*Calvin Coolidge*

## RESUMO

No Brasil, os registros estatísticos sobre pacientes com ferida crônica são incipientes. Sabe-se pouco sobre a epidemiologia desse agravo e a assistência prestada. Objetivos: analisar a assistência prestada a pacientes com ferida crônica atendidos em ambulatório de referência. Método: estudo transversal, descritivo, realizado em um ambulatório de referência em feridas da região do norte de Minas Gerais, com amostra de 503 pacientes atendidos nos anos de 2015 a 2018. Os dados foram extraídos dos prontuários e planilhas do serviço. O estudo foi cadastrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE - 01581612.0.0000.5149. Resultados: a média de idade foi de 67 anos, 53,1% eram mulheres, 60,8% tinham hipertensão arterial e 41,1% *Diabetes mellitus*, 44,1% utilizaram antibióticos e 35,0% corticóides. Em relação às feridas, 25,0% eram úlceras mistas, 18,7% pés diabéticos e 17,7% úlceras venosas. O médico foi o responsável pela prescrição de 91,3% dos tratamentos, que consistiram de 73,9% de hidrogel com alginato, 54,9% foram atendidos apenas uma vez e a forma de saída não havia sido registrada em 74,1% dos pacientes. Alguns dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes foram encontrados em uma quantidade ínfima ou estavam ausentes. Conclusão: o estudo permitiu conhecer aspectos relevantes do perfil dos pacientes com ferida crônica e fragilidade nos registros dos atendimentos, assinalando para a necessidade da criação de mecanismos de padronização dos atendimentos e a criação de indicadores da qualidade da assistência que possibilitem a avaliação da efetividade da assistência oferecida.

**Palavras - chave:** Ferimentos e lesões. Perfil epidemiológico. Cicatrização de feridas. Assistência ambulatorial.



## ABSTRACT

In Brazil, the statistical records on patients with chronic wound are incipient. Little is known about the epidemiology of this aggravation and the assistance provided. Objectives: to analyze the assistance given to patients with chronic wound care attended at an outpatient clinic. Method: a descriptive, cross-sectional study carried out in a reference outpatient clinic on wounds in the northern region of Minas Gerais, with a sample of 503 patients seen in the years from 2015 to 2018. The data were extracted from the charts and worksheets of the service. The study was registered and approved by the Research Ethics Committee under CAAE - 01581612.0.0000.5149. Results: the mean age was 67 years, 53.1% were women, 60.8% had arterial hypertension and 41.1% *Diabetes mellitus*, 44.1% used antibiotics and 35.0% steroids. Regarding the wounds, 25.0% were mixed ulcers, 18.7% were diabetic feet and 17.7% were venous ulcers. The physician was responsible for the prescription of 91.3% of the treatments, which consisted of 73.9% of hydrogel with alginate, 54.9% were attended only once and the out form had not been registered in 74.1% of the patients. Some sociodemographic and clinical data of the patients were found in a small amount or were absent. Conclusion: the study allowed us to know the relevant aspects of the profile of patients with chronic wound and fragility in the records of the visits, noting the need to create mechanisms for standardization of care and the creation of indicators of the quality of care that allow the evaluation of the effectiveness of the offered.

**Keywords:** Wounds and injuries. Epidemiological profile. Wound healing. Ambulatory care.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	OBJETIVOS	7
2.1	Objetivo geral	7
2.2	Objetivos específicos	7
3.	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1	Fisiopatologia do processo de cicatricial	8
3.2	Avaliação, classificação e manejo da pessoa com ferida crônica	9
4.	MÉTODO	15
4.1	Caracterização do estudo	15
4.2	Local do estudo	15
4.3	População e amostra	15
4.4	Coleta de dados	16
4.5	Riscos e benefícios	17
4.6	Análise dos dados	17
4.7	Aspectos Éticos	19
5.	RESULTADOS	19
6.	DISCUSSÃO	24
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXO	45
	APÊNDICE	49

## 1 INTRODUÇÃO

A pele é a principal barreira de proteção do organismo e tem como funções básicas impedir a perda excessiva de líquidos, proteger da ação de agentes externos, manter a temperatura corpórea, sintetizar vitamina D com a exposição aos raios solares, agir como órgão do sentido e participar da termorregulação (NOGUEIRA et al. 2005).

O conhecimento sobre sua constituição e função é essencial para diagnosticar e prognosticar injúrias acometidas na pele, como as feridas, além de ser essencial para avaliar o processo cicatricial e subsidiar informações importantes para o planejamento da assistência ao indivíduo com lesão cutânea (OLIVEIRA; DIAS, 2012).

O termo “ferida” é designado para definir a perda da solução de continuidade do tegumento, evidenciada pela ruptura das camadas da pele ou de estruturas mais profundas, como fâscias, músculos, aponeuroses, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários ou qualquer outra estrutura corpórea. Essas lesões podem ser causadas por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque (SMANIOTTO *et al.*, 2010; GEOVANINI, 2014).

Culturalmente, a palavra "ferida" traz consigo um significado que sobrepuja a lesão tecidual, pois carrega consigo a causa desta lesão: um acidente, queimadura, agressão, doença crônica, complicação após procedimento cirúrgico, dentre outras tantas. O cuidar vai além de cuidados gerais ou da realização de um curativo, pois, uma vez instalada, a ferida causa um importante impacto físico, psicológico e social à pessoa, aos seus familiares e à sociedade, necessitando de uma abordagem holística e humanizada (DIAS; SILVA 2006; ).

As feridas, sendo uma epidemia encoberta, afetam milhões de pessoas em todo o mundo, têm um elevado impacto, tanto a nível individual como econômico, o que tornam esta problemática relevante para a comunidade científica (WHO, 2008).

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de idade, sexo ou etnia, sendo responsável por um alto índice de casos relacionados às alterações na integridade cutânea, constituindo-se, portanto, um importante problema na saúde pública. Entretanto, não existem dados estatísticos que comprovem o fato, visto que os registros relacionados ao atendimento de indivíduos com feridas são escassos. Contudo, sabe-se que quanto maior a incidência de feridas na população, maiores são os gastos públicos, ao mesmo tempo em que a qualidade de vida diminui (BRASIL, 2002).

Entre os fatores envolvidos no desenvolvimento de feridas, destaca-se o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento de doenças crônicas, decorrentes de transformações sociais, econômicas, demográficas e nutricionais, ocorridos no país durante o século XX, que ocasionou modificações intensas no padrão de ocorrência das doenças na população, determinando um perfil de risco para doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares e o diabetes. Doenças estas relacionadas ao desenvolvimento de feridas (BRASIL, 2006; VIEIRA, 2017)

As feridas podem ser classificadas de várias formas. De acordo com o tempo de reparação tissular, classificam-se em agudas e crônicas. As feridas agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações. As feridas crônicas são aquelas que permanecem abertas por longa duração e comumente são associadas a complicações advindas de doenças degenerativas, a exemplo, pé diabético, úlceras venosas, arteriais e aquelas decorrentes de processos neoplásicos (EVANGELISTA *et al.*, 2012; ROCHA *et al.*, 2013).

As feridas crônicas podem originar de um longo processo agudo, com perda de tecido, ou evoluir devagar com quadros diferentes de inflamação aguda, não seguem o processo cicatricial normal, prolongando-se por período superior a quatro semanas (BLANES; FERREIRA, 2014).

As características socioeconômicas podem estar implícitas no surgimento das lesões, pois fatores nutricionais, higiênicos e ambientais estão diretamente relacionados e podem levar ao desenvolvimento e/ ou facilitar o surgimento de uma ferida aguda ou crônica (ROCHA *et al.*, 2013).

A cicatrização da ferida envolve um processo complexo de eventos celulares e bioquímicos, e qualquer falha pode resultar no retardo do fechamento da lesão. Independente da etiologia da ferida, a cicatrização segue um curso previsível e contínuo, sendo dividido em fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação (BORGES, 2007).

O tratamento clínico direcionado às feridas consiste, primeiramente, na limpeza da lesão e no uso de soluções e/ou coberturas específicas para o tipo de ferida. A escolha do material adequado obedece a uma série de critérios relacionados à ferida: etiologia, tipo de tecido, odor, características do exsudato, presença de infecção. Outros critérios considerados são a acessibilidade e melhor aplicabilidade do produto (SMANIOTTO *et al.*, 2012).

A reparação do tecido lesado necessita de um ambiente que propicie a formação de colágeno, a angiogênese, a epitelização e a contração da ferida. Atendida essas necessidades,

a reparação é obtida com mais sucesso em ambiente local, onde existam ótimas condições de temperatura, hidratação e oxigenação, sendo esse processo influenciado pela técnica de limpeza empregada e a cobertura utilizada (SHAW; MARTIN, 2009).

Sendo assim, embora a reparação tecidual, tanto por regeneração quanto por cicatrização, seja sistêmica, é absolutamente necessário favorecer condições locais por meio de terapia tópica adequada para dar suporte e viabilizar o processo fisiológico (BORGES *et al.*, 2011).

Favorecer o processo de cicatrização das feridas, propiciando todas essas condições necessárias, exige um cuidado integral e um acompanhamento longitudinal de uma equipe de saúde. Por conseguinte, um dos principais profissionais da equipe responsável pelo cuidado a feridas é o enfermeiro. De acordo com a lei do exercício profissional nº 7498/86, é privativo do enfermeiro a organização e direção dos serviços e unidades de enfermagem, a assistência direta ao paciente que necessita de cuidados, a execução de atividades de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões. Desse modo, o enfermeiro deve estar preparado para orientar a equipe de enfermagem para prestar uma assistência aos clientes que necessitam de cuidados em relação às feridas (BRASIL, 1986; FONTES, 2011).

A organização dessa assistência é instituída, geralmente, por meio de protocolos institucionais. O protocolo de tratamento e prevenção de feridas visa a instrumentalizar as ações dos profissionais e sistematizar a assistência a ser prestada ao portador de ferida, além de fornecer subsídios para a implementação deste tratamento, em prol de minimizar os problemas decorrentes de uma técnica inadequada; suas diretrizes devem estar baseadas em evidências para o respaldo legal e compromisso com a assistência de qualidade e segura, e, principalmente, com ações centradas no usuário (BELO HORIZONTE, 2011; STAMBASSI, 2015).

Em Montes Claros, desde 2006, foi instituído o protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - Atenção básica, que visava a normatizar as ações dos profissionais inseridos nas Unidades de Saúde, desenvolvidas através de programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, visando também a viabilizar a integração multiprofissional e o trabalho em equipe. Protocolo este que, posteriormente, foi atualizado em 2017, sendo inserido capítulo referente ao tratamento de feridas (MONTES CLAROS, 2006, 2017).

Nesta atualização direcionada ao cuidado com pacientes com feridas, o protocolo tem como objetivo normatizar as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar aos profissionais, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Pessoa com Lesão cutânea, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada (MONTES CLAROS, 2017).

Em Montes Claros, os pacientes são encaminhados ao ambulatório de referência em feridas pelo médico ou enfermeiro da equipe, naqueles casos em que a equipe julgue necessitar de um apoio de um tratamento mais especializado (MONTES CLAROS, 2017). O paciente então é avaliado no ambulatório e faz o acompanhamento periódico. A equipe da APS recebe as coberturas e fica responsável pela troca, conforme orientação do serviço especializado. Porém, observa-se que o ambulatório possui uma capacidade reduzida, onde 12 pacientes são acompanhados até a alta, o que não atende a demanda da cidade, pois há demanda reprimida confirmada por meio de uma lista de espera.

Portanto, para que o tratamento das feridas se torne efetivo, ou seja, proporcione a cicatrização total das úlceras e previna as recidivas, é necessário que o serviço de atenção aos pacientes com feridas seja estruturado, ou seja faça uso efetivo de protocolos multiprofissionais no cuidado a lesões, com a padronização da avaliação e registros, incluindo também o uso de indicadores de qualidade da assistência. Dessa forma, possibilitar a realização do diagnóstico, considerando as características socioeconômicas do paciente, suas condições clínicas, a etiologia da lesão e as diferentes formas de tratamento, faz-se necessário para o conhecimento da problemática na população assistida, servindo, assim, de subsídio para o planejamento das ações de cuidado.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Analisar a assistência prestada a pacientes com ferida crônica atendidos em ambulatório de referência de uma cidade do norte de Minas Gerais.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas, atendidos em um ambulatório.
- Verificar a qualidade dos registros encontrados nos prontuários dos pacientes com feridas crônicas atendidos no ambulatório.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Fisiopatologia do processo de cicatricial

Uma ferida pode ser criada por uma variedade de estímulos internos ou externos que quebram a continuidade física dos tecidos funcionais. Após o início da lesão tecidual, imediatamente ocorrem os processos de regeneração e reparação de tecidos, que irão desencadear diversas vias biológicas que tentarão restaurar as funções perdidas, iniciando-se o mecanismo de cicatrização, seja essa lesão decorrente de trauma ou resultante de uma condição patológica específica (GONZALEZ, 2016).

O mecanismo de cicatrização não é um simples processo linear no qual fatores de crescimento disparam a proliferação celular, mas um complexo processo biológico que envolve uma cascata perfeita e coordenada de células e eventos moleculares para a reconstituição de tecidos lesionados, com uma integração de processos interativos dinâmicos, envolvendo mediadores solúveis, elementos figurados do sangue, produção de matriz extracelular e células parenquimatosas (SHAW; MARTIN, 2009).

O processo de cicatrização que se segue com a finalidade de cura das feridas pode ser dividido didaticamente em três fases que se sobrepõem e apresentam características específicas: a fase inflamatória, também conhecida como fase exudativa, reativa ou defensiva; a fase proliferativa ou de regeneração, reconstrutiva ou fibroblástica; e a fase de remodelação ou reparadora, maturação ou também conhecida como reparação tecidual (MENEHIN; VATTIMO, 2003; ARAÚJO; PEREIRA, 2014).

A primeira fase, a inflamatória, começa no momento da lesão e será tanto mais intensa e duradoura, quanto maior a lesão tecidual. Ela se subdivide em etapas distintas: a etapa trombocítica, a granulocítica e a macrófágica. Manifesta-se clinicamente pelo aparecimento dos sinais e sintomas inflamatórios localizados, como edema, hiperemia, calor moderado e dor. Esta fase dura, em média, de três a quatro dias (BORGES, 2007).

Nesta fase, o organismo é estimulado a utilizar complexos mecanismos, tais como: a formação de trombos por meio da agregação plaquetária, a ativação do sistema de coagulação, o desbridamento da ferida e a defesa contra infecções, visando à restauração tecidual (ARAÚJO; PEREIRA, 2014; BORGES, 2007). Essa inflamação visa a minimizar os efeitos das bactérias patogênicas ou do traumatismo, destruindo ou neutralizando germes e limitando sua disseminação por todo organismo, ocorrendo hemostasia, migração de leucócitos e início da cascata de reparação tecidual (GONZALEZ, 2016).



Na fase proliferativa, ocorrem os seguintes fenômenos: processo de deposição de colágeno, angiogênese, formação do tecido de granulação, contração da ferida e reepitelização. O tecido de granulação formado é composto por novos vasos sanguíneos a partir de brotos endoteliais, fibroblastos e macrófagos, um arcabouço de colágeno que ainda está em formação, ácido hialurônico e fibronectina. Esta fase se inicia cerca de 72 horas após a lesão e se prolonga por até 2 a 3 semanas (ARAÚJO; PEREIRA, 2014; BORGES, 2007).

A fase de remodelação, que corresponde à última, é onde ocorre o aumento da resistência do tecido, que é por volta da terceira semana do processo de cicatrização e pode continuar por vários meses, podendo levar até um ano nas feridas fechadas, ou vários anos nas abertas. Nesta fase, o colágeno, principal componente da derme, sofre *turnover*, ocorrendo mudança do tipo de colágeno que compõe a matriz extracelular: o colágeno tipo III é, inicialmente, mais abundante que o tipo I e, ao longo deste processo, este vai sendo degradado ativamente, enquanto que o colágeno I tem sua produção aumentada pelos fibroblastos. Caso ocorra um desequilíbrio nessa fase, formam-se cicatrizes queloidianas ou hipertróficas (ISAAC *et al.*, 2010; ARAÚJO; PEREIRA, 2014).

A cicatrização de feridas é dependente de vários fatores, entre eles, a extensão da lesão. Na ferida considerada superficial, a lesão limita-se à epiderme, ou à porção mais alta da derme, sem ocorrer perda de sua função, neste caso, as camadas cicatrizam-se por regeneração, com proliferação epitelial e migração. Na lesão grave, há perda da espessura total, envolvendo vasos sanguíneos mais calibrosos, músculos, nervos, fâscias, tendões, ligamentos ou osso, com a destruição completa ou perda da epiderme, derme, assim como subcutâneo e o processo de cicatrização envolve granulação, contração e epitelização. No caso das feridas crônicas, o processo celular é interrompido e funções anormais ocorrem devido a fatores sistêmicos, locais ou ambos, dessa forma, frequentemente, ocorre um retardo no processo de cicatrização (BORGES, 2007; GAMBA, 2009).

### **3.2 Avaliação, classificação e manejo da pessoa com ferida crônica**

Ao avaliar a pessoa com ferida, recomenda-se que a avaliação seja feita pautada no conhecimento científico e não no senso comum, buscando explicações para o que se vê de forma objetiva e criteriosa. Para tal, o avaliador necessita conhecer a fisiologia da cicatrização, os fatores que intervêm nesse processo, retardando-o ou favorecendo-o, e ter em mente que a avaliação não se restringe apenas ao exame da lesão (BORGES, 2007).

O manejo da ferida começa com a avaliação e documentação dos achados, que deve ocorrer antes do planejamento e implementação das intervenções terapêuticas, pois o estabelecimento do

plano terapêutico e a habilidade em determinar sua eficácia dependem da anamnese completa do indivíduo e do exame físico, assim como das avaliações regulares de fatores sistêmicos e locais da ferida (RIJSWIJK, 2001; GAMBA, 2009). Para isso, torna-se importante que sejam consideradas as condições gerais de saúde, como o padrão de oxigenação, perfusão tissular, mobilidade física, estado nutricional, doenças crônicas associadas, uso de drogas, medicamentos e as condições emocionais e psicológicas dessa pessoa (CAMPOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2016).

Uma parte essencial do manejo da pessoa com ferida, sobretudo as crônicas, como as úlceras venosas, é entender que não se tratam de um agravo isolado, mas a manifestação de um problema subjacente. Sendo assim, a história de doenças associadas, como: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, asma, doença obstrutiva das vias aéreas, doença inflamatória intestinal, história atual ou pregressa de câncer, anemia, desnutrição, além da falta de mobilidade, deve ser observada (SINHA; SREEDHARAN, 2014). Portanto, visando a fornecer subsídios para aprofundar a avaliação, o profissional deve considerar também os resultados de exames de auxílio diagnóstico, tais como: raio X, exames laboratoriais, como albumina sérica, proteínas totais e fracionadas, hemograma e glicemia, que irão fornecer elementos importantes para a indicação do manejo mais adequado (BORGES, 2007).

Alguns critérios clínicos devem ser utilizados para auxiliar no processo de avaliação, como a investigação do membro onde a ferida se encontra como, por exemplo, o edema, a presença ou ausência de pulso, características da pele, além da complexidade da ferida, considerando a localização anatômica, a etiologia, o tamanho, a profundidade, o exudato, o grau de contaminação, a classificação da perda tecidual, o tecido presente no leito da ferida, as margens e pele perilesional (BORGES, 2007; CAMPOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2016).

Outro fator que deve ser levado em consideração pelo profissional na anamnese realizada é o relato de dor. Conforme resultados de estudos, 28% a 65% das pessoas com úlcera de perna têm queixa de dor, devendo ser verificada não apenas a sua existência, mas a sua dimensão, que deve ser medida por meio de instrumentos próprios, além de investigar os momentos nos quais a dor se manifesta. Um exemplo clássico da importância dessa investigação é quando a dor apresenta-se em repouso, que indica um sintoma grave de um avançado grau de isquemia, geralmente, decorrente de neurite isquêmica e necrose tecidual que evolui para gangrena e a amputação do membro, caso não seja realizada a reconstrução arterial. Entender a existência da dor de forma mais ampla pode, além de ajudar no

diagnóstico, interferir no tratamento e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessa população e das pessoas com quem convivem (PARK; FERREIRA; SANTOS; 2008; BORGES, 2007).

O manejo efetivo da dor depende da sua natureza, sendo nociceptiva (que ocorre na ferida de forma intermitente, especialmente durante a troca de curativo) ou neuropática (decorrente da isquemia dos nervos sensoriais). O aumento da dor em uma ferida crônica tem sido sugerido como um indicador clínico mais útil e confiável de infecção. Sendo assim, existem vários instrumentos que permitem a avaliação desse importante indicador, como a escala de Categoria Numérica, que quantifica de 0 a 10 a dor, e a escala de categoria verbal, em que o paciente classifica a sua dor em leve, moderada, forte ou muito forte (WOO; PRICE; SIBBALD, 2008; BORGES, 2012).

Outro aspecto importante a ser considerado é o edema, que é de inquestionável importância para a opção terapêutica e o diagnóstico diferencial das feridas de membros inferiores. Para graduá-lo, costuma-se utilizar o sistema de cruces, variando do menor grau de comprometimento para o maior ou mensurando a circunferência da perna em dois locais, 10 centímetros acima do maléolo medial e na região mais desenvolvida da panturrilha. Nas úlceras venosas, ele é muito comum e se resolve, geralmente, com a elevação das pernas (BORGES, 2007; CAMPOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2016).

Além do edema, a verificação do pulso auxilia o profissional no diagnóstico diferencial das lesões de membros inferiores. Nas úlceras venosas, os pulsos pediosos são perceptíveis à palpação, enquanto nas arteriais eles são reduzidos ou ausentes. Além da palpação dos pulsos arteriais, um método simples para identificar perfusão diminuída dos membros inferiores é medida do índice de pressão tornozelo braço (ITB). As medições da pressão são realizadas do pulso da artéria pediosa ou tibial posterior e da artéria braquial (braço), por meio de um aparelho de ultra-som Doppler. O valor da pressão da artéria do tornozelo (pediosa ou tibial posterior) é dividido pelo valor da pressão do braço. Um ITB menor que 0,9 indica comprometimento arterial (SINGER, TASSIOPOULOS, KIRSNER, 2017).

O diagnóstico etiológico é importante por predizer ao profissional que está avaliando as características e manifestações clínicas tópicas e sistêmicas esperadas para cada lesão. Para algumas feridas, é possível determinar a etiologia, considerando apenas o conhecimento sobre a patogenia e as características das manifestações clínicas, como, por exemplo, a lesão por pressão. No entanto, há feridas de difícil diagnóstico etiológico e que necessitam de uma investigação mais aprofundada (CAMPOS, SOUZA; VASCONCELOS, 2016).

Um dos muitos aspectos que interferem na cicatrização é a complexidade da ferida. As feridas podem ser classificadas em simples e complexas. As simples são lesões que seguem o curso fisiológico da cicatrização, passando todas as fases do processo cicatricial. As complexas são de difícil resolução, podendo ser agudas ou crônicas, e estão associadas a uma ou mais das seguintes situações: perda cutânea extensa, viabilidade dos tecidos comprometida (concomitante com isquemia e/ou necrose local), infecções agressivas e associação com doenças sistêmicas que causam prejuízo para os processos normais de cicatrização (FERREIRA; TUMA; CARVALHO; KAMAMOTO, 2006).

Entre as feridas complexas, as úlceras venosas representam a forma mais prevalente e requerem uma quantidade significativa de recursos para o seu tratamento. Normalmente, é uma condição crônica e recidivante e pode ser definida como uma lesão aberta, na perna ou no pé, decorrente da hipertensão venosa persistente no local. Ocorre devido à insuficiência venosa crônica, que se caracteriza por hipertensão venosa persistente nos membros inferiores, devido ao refluxo nas veias superficiais, perforantes ou profundas ou à oclusão venosa (SINHA; SREEDHARAN, 2014; CAMPOS, SOUZA; VASCONCELOS, 2016).

As definições para esse tipo de ferida são várias, podendo ser conhecidas como úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou úlcera varicosa. Ela representa a forma mais prevalente das úlceras vasculogênicas e das úlceras de perna, sendo responsáveis por 70 a 90% do total de úlceras de perna (JOHNSON; PAUSTIAN, 2005).

Geralmente, as úlceras venosas apresentam as seguintes alterações cutâneas causadas pela hipertensão venosa crônica: edema, capilares visíveis ao redor do tornozelo (corona phlebectatica), alterações tróficas da pele, como hiperpigmentação causada por depósitos de hemossiderina, atrofia branca, endurecimento da pele e tecido subjacente (dermatoliposclerose) e estase eczema (FRANKS et al., 2016; BORGES, 2011).

As úlceras arteriais são causadas pela insuficiência arterial, majoritariamente pela aterosclerose, doença inflamatória e degenerativa dos grandes vasos causada pelo acúmulo de placas de colesterol, células e tecidos degradados que estreitam progressivamente o lúmen dos vasos. São mais comuns entre os fumantes e entre os pacientes com *diabetes mellitus*, aqueles com hiperlipidemia e aqueles com hipertensão arterial sistêmica (SINGER; TASSIOPOULOS; KIRSNER, 2017).

Os pacientes podem ter um histórico de claudicação ou dor enquanto em repouso, que piora quando a perna está elevada e diminui quando a perna está em uma posição dependente. As úlceras localizam-se, geralmente, na parte distal do pé, em áreas de trauma, por exemplo, dedos e calcanhares, e face dorsal do pé. Têm bordas, geralmente, regulares e pele ao redor

pálida, fria, cianótica, sem pelos. Existe também a possibilidade da úlcera ser mista, com componente venoso e arterial (SINGER; TASSIOPOULOS; KIRSNER, 2017).

As úlceras decorrentes do *diabetes mellitus* localizadas nas regiões dos pés, popularmente conhecidas por pé diabético, podem ser resultantes da polineuropatia diabética e são nomeadas de pé diabético neuropático e surgem devido à insensibilidade. Também podem ser causadas por oclusão, reconhecidas por pé diabético neuro-isquêmico. Esta última, na maioria dos casos, está associada à neuropatia causada por neuropatia sensorial/ motora e/ ou isquemia causada por lesões ateroscleróticas no membro inferior. Conforme o comprometimento, seja de nervos ou vasos sanguíneos, este condicionará o aparecimento de uma neuropatia ou pé neuro-isquêmico (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017; SERRA, 2008).

São muitas as etiologias possíveis de úlceras de membros inferiores, onde pode-se citar também as associadas a algumas anemias, como a talassemia, anemia falciforme, esferocitose, entre outras, que podem causar úlceras de evolução crônica, localizadas, geralmente, na face inferior e anterior da tíbia. Há também uma série de doenças infecciosas que provocam ulcerações nas pernas, como a leishmaniose, sífilis, esporotricose, hanseníase, entre outras (OPROMOLLA, 2003).

Outra ferida de etiologia bastante comum é a lesão por pressão. Ela consiste em um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP, 2016).

As lesões por pressão compreendem uma categoria de lesões, na maioria das vezes, evitáveis, cuja ocorrência implica altos custos para o sistema de saúde e impacto na qualidade de vida do indivíduo e de sua família. A denominação desse tipo de lesão tem passado por mudanças ao longo do tempo. Inicialmente, eram chamadas de úlceras de pressão, úlceras de acamado, escaras, entre outras (CAMPOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2016). No dia 13 de abril de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) anunciou a mudança da terminologia úlcera por pressão para lesão por pressão e atualizou a nomenclatura dos estágios. De acordo com os especialistas participantes do Consenso do NPUAP, a adoção do termo lesão por pressão foi justificada por descrever de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta quanto na ulcerada. No que diz respeito às alterações nas definições dos

estágios da lesão, viriam contemplar as necessidades de se distinguirem as lesões de pele íntegra das lesões abertas (NPUAP, 2016).

Ainda conforme este mesmo órgão, a lesão por pressão pode ser classificada da seguinte forma: lesão por pressão estágio 1, que corresponde à pele íntegra com eritema não branqueável; lesão por pressão estágio 2, caracterizada por perda de espessura parcial da pele com exposição da derme; lesão por pressão estágio 3, que apresenta perda total da espessura da pele; lesão por pressão estágio 4, que tem perda total da espessura da pele e perda tissular; lesão por pressão não estádiável, em que há perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível devido à presença de tecido necrótico; e a lesão por pressão tissular profunda, que exibe descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Além dessas, ainda existem algumas definições adicionais, como a lesão por pressão relacionada ao dispositivo médico e a lesão por pressão em membrana mucosa (NPUAP, 2016).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de estudo transversal, descritivo e de natureza quantitativa.

### **4.2 Local do estudo**

A pesquisa foi realizada em um ambulatório de referência em feridas da cidade de Montes Claros, que se situa na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto, ao Norte do Estado de Minas Gerais. Está integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm<sup>3</sup> e sua temperatura média anual é de 24,2°C, variando de 16,3 a 29,4°C (MONTES CLAROS, 2017).

O ambulatório onde foi feito o estudo é o serviço especializado no atendimento de pacientes com feridas da cidade. Surgiu no ano de 2015 e possui uma equipe composta por médico angiologista, enfermeiro e técnico de enfermagem. É campo de estágio de alunos de um curso de medicina de uma faculdade particular do município. Os pacientes são encaminhados pelas equipes de atenção primária, sendo avaliados no ambulatório, que fornece suporte técnico e materiais e, posteriormente, contra referenciados para as equipes, conforme protocolo de tratamento de feridas do município.

### **4.3 População e amostra**

A população total de pacientes atendidos no ambulatório de feridas no período de janeiro 2015 a julho de 2018 foi de 559 pessoas, sendo a amostra do estudo composta por 503 prontuários que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, ocorrendo uma perda de 54 prontuários.

Os critérios de inclusão foram: apresentar ferida de qualquer etiologia com mais de quatro semanas de existência (lesão crônica), ter idade  $\geq 18$  anos, ter sido atendido no ambulatório no período do estudo e apresentar registro no prontuário de, no mínimo, cinquenta por cento das variáveis estudadas.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: pacientes com idade inferior a 18 anos, quando foram tratados no serviço ou que foram atendidos no ambulatório, mas não possuíam feridas ou com feridas não categorizadas como crônicas.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados de fontes secundárias, após prévia autorização da instituição onde o estudo foi realizado, sendo obtidos através dos registros disponíveis dos atendimentos realizados no ambulatório em questão.

Os dados foram extraídos dos registros nos prontuários físicos dos pacientes atendidos no ambulatório no período de 2015 a julho de 2018. Outra fonte pesquisada foi a base de dados em planilha do Excel mantida pelo serviço com informações sobre a identificação dos pacientes, a etiologia da lesão e a forma de saída do serviço. Estes dados também foram utilizados quando os registros nos prontuários não continham a informação.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por dois acadêmicos de enfermagem e ocorreu no período de agosto a dezembro de 2018.

Para facilitar o registro dos dados, foi elaborado um formulário (APÊNDICE B), constituído de variáveis sociodemográficas e características clínicas dos pacientes, assim como variável a respeito da forma de saída dos pacientes do ambulatório e as datas de atendimentos registradas no prontuário. O instrumento continha as seguintes variáveis:

##### **Variáveis sociodemográficas**

- Sexo
- Idade
- Raça/etnia
- Estado civil
- Ocupação
- Número de anos estudados
- Renda individual

##### **Variáveis clínicas**

- Etilismo e tabagismo
- Doenças associadas
- Medicamentos
- Índice de Massa corporal (IMC)
- Etiologia da ferida
- Localização da ferida
- Número de lesões
- Tempo de existência da ferida

##### **Variáveis relacionadas à assistência prestada**



- Data da primeira avaliação no ambulatório
- Tratamento tópico da ferida
- Outros tratamentos
- Profissional responsável pela indicação do tratamento
- Forma de saída do serviço
  - ✓ Alta por cura
  - ✓ Alta administrativa (a pedido)
  - ✓ Transferência
  - ✓ Abandono
  - ✓ Óbito
  - ✓ Outros
- Atendimentos registrados.

#### **4.5 Riscos e Benefícios**

Os riscos da pesquisa são relacionados à divulgação de informações sigilosas e invasão de privacidade, porém, estes foram minimizados, uma vez que foram coletados pela própria pesquisadora e equipe treinada de maneira sigilosa.

Conhecer os diversos aspectos epidemiológicos, como o perfil sociodemográfico e clínico do paciente assistido devido a feridas, assim como a análise do serviço oferecido, permitirá um atendimento mais integral com um manejo mais adequado dessa clientela, o que possibilitará um melhor planejamento da assistência prestada. Além do mais, devido à escassez de estudos relativos à temática na região, o presente estudo forneceu subsídios para outros estudos e para profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com lesão cutânea.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados coletados foram categorizados e processados eletronicamente no *software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 020.0*. Após, os dados foram dispostos em tabelas para melhor visualização dos resultados da pesquisa. Os dados referentes às variáveis foram submetidos à análise estatística descritiva, sendo descritos em números absolutos e porcentagens.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Esta pesquisa faz parte de um projeto intitulado “Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de um serviço ambulatorial”, cadastrada sob o CAAE - 01581612.0.0000.5149 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO A).

O projeto de pesquisa foi elaborado em conformidade com os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foram assinados o Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa (APÊNDICE A) e o Termo de Responsabilidade para Acesso, Manipulação, Coleta e Uso das Informações de Sigilo Profissional para fins Científicos. Foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao Comitê de Ética em Pesquisa uma vez que foram utilizados dados secundários.

## 5 RESULTADOS

Os resultados referentes a 503 pacientes que compuseram a amostra foram estruturados em dois tópicos. Inicialmente, é apresentado o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, incluindo a distribuição dos pacientes de acordo com a etiologia da lesão, localização e quantidade de lesões e, a seguir, as características da assistência prestada, como tratamento oferecido, tempo de permanência e forma de saída do serviço.

### 5.1 Perfil sociodemográfico e clínico

A média de idade foi de 67 anos, com extremos entre 18 e 114 anos, sendo a maioria mulheres (TABELA 1). Os dados referentes ao estado civil e ocupação foram encontrados em menos de 5,0 % dos prontuários verificados. As informações referentes à raça, anos de estudo e renda mensal não foram encontrados nos registros analisados, impossibilitando a apresentação destas.

**Tabela1** - Caracterização sociodemográfica dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência. Montes Claros-MG, 2015 a 2018 (n= 503).

Variável	n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	267 (53,1)
Masculino	236 (46,9)
<b>Faixa etária (em anos)</b>	
18 – 39	34 (6,8)
40 – 59	138 (27,4)
60 – 79	256 (50,9)
≥80	75 (14,9)

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, são apresentados os dados referentes às variáveis clínicas investigadas (TABELA 2). Os dados referentes ao histórico de etilismo constavam em 247 prontuários (49,1%), não constando as informações relativas aos pacientes em abstinência. Sobre o histórico de tabagismo, foram encontradas as informações em 367 prontuários (73%), sendo que 48,1% destes se encontravam em abstinência, ou seja, 65 pacientes de um total 139. Não foi possível identificar quantidade de cigarros/dia devido aos registros insuficientes.

Outra variável investigada nos prontuários foi o Índice de Massa Corpórea (IMC), sendo observada a ausência, em 100% dos registros, das medidas antropométricas como peso e altura, impedindo o cálculo do IMC e a avaliação desse parâmetro.

**Tabela 2** - Caracterização dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência de acordo com o histórico de etilismo/tabagismo, doenças associadas e medicamentos em uso. Montes Claros-MG, 2015 a 2018 (n= 503).

Variáveis	n (%)
<b>Etilismo*</b>	
Sim	84 (16,7)
Não	163 (32,4)
<b>Tabagismo*</b>	
Sim	139 (27,6)
Não	228 (45,3)
<b>Doenças associadas**</b>	
Hipertensão	306 (60,8)
Diabetes Mellitus	207 (41,1)
Hipercolesterolemia	66 (13,1)
Cardiopatía	61 (12,1)
Outras	121 (23,9)
<b>Medicamentos em uso**</b>	
Antibióticos	222 (44,1)
Corticóides	176 (35,0)
Venotônicos (Diosmina/ hesperidina)	163 (32,4)
Analgésicos	155 (30,8)
Anti-inflamatórios	136 (27,0)
Vasodilatadores /Anticoagulante (Cilostazol)	131 (26,0)
Hipoglicemiantes	125 (24,8)
Outros	110 (21,8)

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Nota: \*N inferior a amostra, devido à ausência de registros, etilismo n = 247 e tabagismo n = 367.

\*\*O mesmo paciente poderia apresentar mais de uma doença associada e utilizar mais de um tipo de medicamento.

Sobre as doenças associadas, as mais prevalentes foram as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (60,8%) e diabetes (41,1%), seguidas por doenças associadas a estas, como a hipercolesterolemia (13,1%) e cardiopatía (12,1%). Além dessas, também foram relatadas outras doenças em 23,9%.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes do estudo eram de vários grupos farmacológicos, sendo os antibióticos (44,1%), corticóides (35,0%), seguidos dos venotônicos (32,0%), analgésicos (30,8%) e anti-inflamatórios (27%) os mais utilizados. Também foram mencionados o uso de vasodilatadores/ anticoagulantes (26%), além de medicamentos hipoglicemiantes (24,8%), entre outros.

Dentre os prontuários analisados, 126 (25,0%) pacientes apresentavam como diagnóstico etiológico úlcera com componente venoso e arterial (úlcera mista), seguido de pé diabético (18,7%), úlcera venosa (17,7%), trauma mecânico (12,7%) e lesão por pressão, úlcera arterial, úlcera de outras etiologias e sem diagnóstico, com prevalência de cerca de 6% cada (TABELA 3), sendo que 310 pacientes possuíam uma lesão e 193 mais de uma lesão.

**Tabela 3** - Distribuição dos pacientes atendidos de acordo com a etiologia em um ambulatório de referência. Montes Claros-MG, 2015 a 2018. (n= 503).

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<b>Etiologia da lesão</b>	
Úlcera mista	126 (25,0)
Pé diabético	94 (18,7)
Úlcera venosa	89 (17,7)
Trauma mecânico	64 (12,7)
Lesão por pressão	33 (6,6)
Úlcera arterial	32 (6,4)
Úlcera de outra etiologia	32 (6,4)
Sem diagnóstico etiológico	33 (6,6)
<b>Total</b>	<b>503 100,0</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A maior parte das lesões decorrentes do diabetes (pé diabético) foi encontrada na região plantar e dedos dos pés. Nas úlceras mistas, úlceras venosas e nas decorrentes de trauma mecânico, os locais mais acometidos foram a região dos maléolos e terço inferior da perna. Nas úlceras arteriais, as lesões foram mais frequentemente localizadas nos maléolos e dedos dos pés (TABELA 4).

Todas as lesões por pressão foram encontradas no calcanhar, trocânter ou região sacral. Nas úlceras sem diagnóstico, a maior parte estava localizada no maléolo ou no terço inferior ou médio da perna. Nas úlceras de outras etiologias, a maior parte era localizada no terço inferior da perna.

As lesões com componente venoso (úlceras mistas ou venosas) apresentaram o tempo de existência superior a 11 anos e as classificadas como pé diabético, tempo igual ou inferior a 6 meses (TABELA 4).

**Tabela 4** - Distribuição das lesões de acordo com a etiologia e local acometido e tempo de existência em um ambulatório de referência. Montes Claros-MG, 2015 a 2018. (n= 503).

Variáveis	Etiologia							
	Úlcera mista	Pé diabético	Úlcera Venosa	Trauma Mecânico	Úlcera arterial	Lesão por pressão	Outra etiologia	Sem diagnóstico
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
<b>Localização*</b>								
Maléolo	79(36,6)	20(9,3)	65(30,1)	18(8,3)	13(6,0)	----	7(3,2)	14(6,5)
Terço inferior perna	60(35,0)	10(5,9)	43(25,1)	25(14,6)	8(4,7)	----	16(9,4)	9(5,3)
Terço médio perna	37(40,6)	5(5,5)	18(19,8)	15(16,5)	3(3,3)	----	4(4,4)	9(9,9)
Região plantar	28(23,9)	53(45,3)	10(8,5)	8(6,9)	9(7,7)	----	5(4,3)	4(3,4)
Dedos dos pés	6(8,6)	44(62,8)	3(4,3)	6(8,6)	10(14,3)	----	1(1,43)	----
Calcâneo	15(25,5)	11(19,0)	8(14,0)	3(5,2)	8(14,0)	9(15,5)	2(3,4)	2(3,4)
Trocânter	----	----	----	----	—	6(100,0)	----	----
Sacral	----	----	----	----	—	23(100,0)	----	----
Outras localizações	14(12,6)	11(9,9)	9(8,1)	62(55,9)	4(3,6)	4(3,6)	5(4,5)	2(1,8)
<b>Tempo de existência da lesão (anos)</b>								
≤ 0,5**	42	60	39	49	20	15	19	19
0,58** a 1 ano	20	19	10	8	3	7	8	3
2 a 10 anos	28	12	22	6	8	6	4	9
>10 anos	36	3	18	1	1	5	1	2

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: \*O mesmo paciente poderia apresentar mais de uma localização da lesão.

\*\*0,5 corresponde a 6 meses e 0,58 a 7 meses.

## 5.2 Assistência prestada no ambulatório

Em relação à assistência prestada aos pacientes atendidos no ambulatório de referência em feridas no município de Montes Claros, pode-se observar que, dos 503 prontuários avaliados, os pacientes receberam tratamento tópico diverso, incluindo pomadas, creme e coberturas interativas com e sem prata, indicados pelos profissionais médico e enfermeiro (TABELA 5).

Além do tratamento tópico da lesão, foi verificado que, em 48,9% dos pacientes, foi prescrito o uso de ácidos graxos essenciais (AGE) e creme barreira na área periferida. Outras medidas terapêuticas foram indicadas, como: calçado adaptado para oito pacientes (1,8%) e terapia de compressão (meia elástica e bota de Unna) em 8,9% dos pacientes com etiologia da lesão exclusivamente venosa.

**Tabela 5** - Tratamento tópico da ferida e responsável pela indicação do produto em pacientes atendidos em um ambulatório de referência. Montes Claros-MG, 2015 a 2018. (n= 503).

Variável	n (%)
<b>Tratamento tópico ferida</b>	
Hidrogel com alginato	372 (73,9)
PHMB*	79 (15,7)
Hidrocolóide	48 (9,5)
Filme de poliuretano	47 (9,3)
Coberturas com prata	45 (8,9)
Pomada com antibiótico	25 (4,9)
Colagenase	13 (2,6)
Papaína	8 (1,6)
Outras	15 (3,0)
<b>Profissional responsável pela indicação do produto</b>	
Médico	459 (91,3)
Enfermeiro	15 (3,0)
Ambos	29 (5,8)

Fonte: Dados da pesquisa.

\*PHMB= Hidrocloro-poli-hexametileno-biguanida.

O tempo de tratamento para 276 (54,9%) pacientes limitou-se a um atendimento, inviabilizando o estabelecimento do período de tratamento no serviço. Para o restante, o tempo variou de 11 dias a 34 meses em tratamento no serviço, conforme dados registrados nos prontuários. A saída dos pacientes do serviço não constava em 373 prontuários (74,1%), e, nos demais, o motivo foi outro além da cura da lesão (TABELA 6).

**Tabela 6** - Tempo de permanência e forma de saída do serviço registrado nos prontuários dos pacientes atendidos em um ambulatório de referência. Montes Claros-MG, 2015 a 2018.

Variável	n (%)
<b>Tempo de permanência</b>	
3 meses ou menos	87 (17,3)
4 a 12 meses	86 (17,0)
13 ou mais meses	54 (10,7)
Uma visita registrada	276 (54,9)
<b>Forma de saída do serviço</b>	
Alta por cura	68 (13,6)
Abandono	11 (2,2)
Óbito	4 (0,8)
Encaminhado para outro serviço	47 (9,3)
Não informado	373 (74,1)

Fonte: Dados da pesquisa

## 6 DISCUSSÃO

No presente estudo, além das características sociodemográficas e clínicas habitualmente analisadas em pesquisas sobre pessoas com feridas crônicas, apresenta também a assistência oferecida a essa população. No Brasil, os registros estatísticos sobre feridas na população são incipientes, principalmente sobre as do tipo crônico, sabendo-se pouco sobre a epidemiologia desses agravos e das pessoas com esse tipo de lesão em atendimento nos diversos cenários e regiões brasileiras (CAVALCANTE *et al.*, 2010; EVANGELISTA *et al.*, 2012).

A média da idade de 67 anos dos pacientes do estudo tem consonância com o envelhecimento da população brasileira. Esta realidade é retratada pela média de vida do brasileiro, que tem aumentado concomitantemente com a elevação da carga de doenças crônicas e das lesões secundárias à doença de base. A faixa etária prevalente de 60 a 79 anos confirma as projeções que sinalizam que a proporção de idosos acima de 80 anos é a que mais cresce, haja vista que a mortalidade dos “idosos jovens” diminui progressivamente (IBGE, 2018).

Os enfermeiros têm clareza da existência da associação entre o envelhecimento e as alterações na cicatrização de feridas. A idade avançada está relacionada com atrasos na infiltração de macrófagos e de células T, angiogênese e epitelização, sendo causa das alterações na microcirculação e a vasoregulação, que refletem em mudanças nas respostas inflamatórias, declínio circulatório e regulação da temperatura (GOULD *et al.*, 2015).

Houve predominância do público feminino, ratificando os resultados encontrados em outras pesquisas nacionais relacionadas ao tema (VIEIRA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2016; EVANGELISTA *et al.*, 2012). A população do país se encontra em processo de envelhecimento e a mortalidade masculina é superior à feminina. As mulheres apresentam uma maior expectativa de vida, caracterizando o fenômeno da feminilização da senilidade. Por esse motivo, representam maior porcentagem de pessoas acometidas por feridas, principalmente as crônicas (IBGE, 2010). Porém, observa-se que essa diferença percentual entre sexo feminino e masculino de indivíduos acometidos por feridas vem diminuindo e, em determinados estudos, a porcentagem de homens já superou a de mulheres (LIMA, 2016; OLIVEIRA, 2013; RODRIGUES, 2016).

De acordo com os resultados do estudo, outras informações socioeconômicas, como por exemplo, estado civil, ocupação, raça, anos de estudos e renda foram pouco valorizadas pelos profissionais do serviço onde a pesquisa foi realizada, estando presentes em menos de 5,0% dos prontuários verificados, ou até mesmo ausentes. Entretanto, a vinculação entre a



estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores das desigualdades em saúde, sendo considerados estruturais e os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo (GEIB, 2012). Por isso, para proporcionar mais integralidade ao cuidado prestado, é preciso estar atento às particularidades e condições sociais da pessoa acometida pela doença, possibilitando, assim, um tratamento mais eficaz (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Ao se tratar da pessoa com ferida, é preciso levar em consideração todos os fatores citados, principalmente, a renda familiar, pois deve-se tentar adequar o tratamento às condições financeiras da família e a acessibilidade aos produtos a serem utilizados (ROCHA *et al.*, 2013).

Outro registro ausente nos prontuários de grande parte dos pacientes do estudo foi o histórico de etilismo e tabagismo. Esta fragilidade impediu que estas variáveis clínicas fossem compreendidas em sua totalidade em relação à amostra estudada. Contudo, sabe-se que a bebida alcoólica e o cigarro possuem efeito deletério sobre a saúde em geral e, em especial, na cicatrização de feridas, pois, além de interferirem nas fases da cicatrização, podem alterar a imunidade da pele e aumentar o risco de infecção (ELLIS, 2018; SORENSEN, 2012; PALLET, 2012; COPE, 2014).

Outras informações essenciais na avaliação do paciente com ferida crônica e que não constavam nos prontuários analisados foram as medidas antropométricas, necessárias para o cálculo do IMC. A condição nutricional do paciente com ferida é um fator essencial no processo de cicatrização. Por isso, ao realizar o exame clínico do paciente, deve-se determinar o IMC para caracterizar o estado nutricional. O indivíduo obeso, por exemplo, apresenta a camada de tecido subcutâneo exuberante, e este, por ser pouco vascularizado, recebe aporte insuficiente de oxigênio e nutrientes durante o processo de cicatrização, retardando-o (BORGES, 2007). O manejo adequado de pacientes com feridas depende de diagnóstico e tratamento precoces e, para isso, tais informações não podem ser negligenciadas (TIMMS, 2011).

A ausência de dados inerentes à avaliação do paciente com ferida demonstra falta de conhecimento dos profissionais sobre importância da investigação e documentação de determinados fatores sistêmicos intervenientes no processo de cicatrização, além da falta de padronização dos achados. Ressalta-se que os registros adequados em prontuários são importantes para o acompanhamento do paciente. Resultados de pesquisas confirmam que é preciso melhorar a precisão e a abrangência dos registros (CONFORTH, 2013; THORODDSEN *et al.*, 2013; LI; KORNIEWICZ, 2013)

As doenças mais prevalentes dos pacientes do estudo foram a hipertensão arterial sistêmica (60,8%) e o *diabetes mellitus* (41,1%), seguidas de hipercolesterolemia (13,1%) e cardiopatias (12,1%), corroborando vários estudos nacionais semelhantes que sinalizam a associação dessas doenças com a ferida crônica. Inclusive, o achado constitui dado importante em meio aos fatores que predisõem o aparecimento das úlceras de perna (OLIVEIRA, 2017, LIMA *et al.*, 2016).

A identificação da hipertensão arterial sistêmica e do *diabetes mellitus* como doenças mais prevalentes pode ser resultado do aumento da longevidade da população, em que a senilidade traz a fragilidade das respostas fisiológicas, abrindo espaço para as doenças crônicas degenerativas, que propiciam o surgimento de lesões (LIMA *et al.*, 2016).

O medicamento mais utilizado pelos pacientes acompanhados no ambulatório foi do grupo farmacológico dos antibióticos (44,1%), sinalizando a possibilidade de terem sido demandados para o tratamento de infecção na ferida.

A infecção na ferida é uma complicação comum e está entre os fatores responsáveis pela sua não cicatrização. Ela implica na multiplicação de microrganismos, resultando numa resposta inflamatória prolongada e excessiva, atraso na síntese de colágeno, retardo na epitelização e, finalmente, em dano tecidual. A presença da infecção aumenta o risco de perda de membros e vida, principalmente, quando se trata de pé diabético (INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE, 2016; NAIR, 2014).

A implementação efetiva de estratégias para prevenir, diagnosticar e gerir a infecção da ferida é importante na redução da mortalidade e taxas de morbidade associadas a este agravo. Entretanto, o uso de antibióticos deve ser criterioso. Ressalta-se que os pacientes com diabetes são os mais propensos a apresentarem o processo infeccioso, inclusive, têm risco dez vezes maior de serem hospitalizados devido a esta complicação (INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE, 2016; NAIR, 2014).

Estudo de revisão sobre as publicações relacionadas à infecção em feridas mostrou que a média de prevalência de infecção em pacientes que apresentavam feridas crônicas foi de 53%, sendo mais provável quando há aumento progressivo da dor (REDY, 2012). Este dado é relevante quando se considera que grande parcela dos pacientes do estudo realizado fazia uso de analgésicos (30,8%).

Outros medicamentos que ganharam destaque no estudo foram os corticóides e anti-inflamatórios não esteroidais. Estes são importantes tanto pela frequência de uso como pelas consequências negativas, devendo ser evitados ou usados racionalmente em pacientes com feridas.

O uso de terapêutica anti-inflamatória com esteróides, corticosteróides e hormônios podem comprometer a velocidade de cicatrização, diminuindo esta, além do seu efeito imunossupressor. A ação desses fármacos pode comprometer a fase inflamatória, diminuir ou inibir a fibroplasia, comprometer a síntese proteica, limitar a angiogênese e reduzir a epitelização (TRABASSO, 2002; ANDERSON; HAMM, 2012).

Os anti-inflamatórios não esteroidais são rotineiramente prescritos pelo médico nos casos de lesão traumática dos tecidos moles ou após a cirurgia para auxiliar no controle da dor e para diminuir a inflamação. No entanto, seu uso é controverso devido ao seu efeito deletério na cicatrização de ferida (ANDERSON; HAMM, 2012).

Outra classe de medicamentos utilizada por 32% dos pacientes do ambulatório foi o venotônico, conhecido como flebotrópico ou venoativo. Existe, no mercado nacional, um grupo numeroso desses fármacos. Alguns estudos demonstram que esses medicamentos reforçam o tônus da parede venosa, diminuem a permeabilidade capilar e favorecem a microcirculação por meio do efeito anti-inflamatório, induzindo a ação antiedematosa. Conseqüentemente, melhoram sintomas subjetivos relatados pelos pacientes, como sensação de peso, cansaço, formigamento, câimbras e desconforto nas pernas (MANSILA 2012; MARTINEZ *et al.*, 2005). Entretanto, a utilização desses fármacos não é consenso, devido ao pequeno número de estudos e falhas metodológicas nos existentes (RAMELET *et al.*, 2005).

Observou-se também, no estudo, que boa parte dos pacientes utilizava cilostazol devido ao seu efeito vasodilatador e inibidor plaquetário. Este medicamento ajuda a promover a cicatrização de feridas quando há insuficiência arterial. Ele tem sido indicado para o tratamento da claudicação intermitente, comum nos pacientes com doença arterial periférica. Contudo, até a presente data, não há evidências para recomendar o cilostazol na terapia de rotina da úlcera venosa (NAIR; BRIJESH, 214).

Em torno de 25% dos pacientes do estudo utilizavam hipoglicemiantes. Este dado era esperado, haja vista a quantidade de pacientes com diagnóstico de *Diabetes mellitus*. O manejo adequado da ferida crônica no paciente diabético envolve, entre outras ações, o controle rigoroso dos níveis glicêmicos por meio da medicação apropriada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Sobre os tipos de lesão encontrados nos pacientes do estudo, a maioria era em membros inferiores, conhecidas como úlceras de perna, geralmente de origem vasculogênica, resultantes do comprometimento do sistema vascular que acomete as extremidades dos membros inferiores. Elas podem ser de origem venosa, arterial, mista, ou estar associada a

enfermidades sistêmicas, como neoplasias, hemopatias e infecções (MORAES; GEOVANINI; REZENDE, 2014).

A úlcera de perna mais frequente dos pacientes do estudo foi a mista. Esta foi seguida pela venosa e as de outras etiologias. Este dado foi divergente de outros estudos que tiveram a úlcera venosa como preponderante (VIEIRA *et al.*, 2017; GEOVANINI; REZENDE, 2014; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Contudo, as úlceras vasculogênicas constituem um dos agravos mais frequentes nos cenários ambulatoriais, e na Atenção Primária à Saúde, ocorrendo com mais frequência em populações mais idosas (VIEIRA *et al.*, 2017; GEOVANINI; REZENDE, 2014; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Esta referência foi confirmada pelos resultados do estudo realizado, em que a etiologia mista, juntamente com a venosa, representou quase a metade dos pacientes, seguida dos pacientes com úlceras de etiologia diabética.

A úlcera diabética, também conhecida como pé diabético, foi o segundo tipo de ferida mais encontrado neste estudo. Este dado tem conformidade com a média de idade apresentada pelos pacientes, agregada ao número daqueles com *diabetes mellitus*. Denomina-se pé diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com *diabetes mellitus*. Estas são feridas complexas e crônicas, que geram um grande impacto, a longo prazo, na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos pacientes (GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2015).

Outra etiologia bastante comum, porém encontrada em pequena parcela dos pacientes do estudo, foi a lesão por pressão. Este fato ocorreu, provavelmente, devido ao perfil dos pacientes encaminhados pelas equipes da Atenção Primária, que possuem um certo grau de mobilidade. Os pacientes com lesão por pressão que apresentam comprometimento na deambulação, como, por exemplo, os acamados, são assistidos pelo Programa de Atenção Domiciliar do município.

Os resultados dos estudos revelaram que alguns pacientes (6,6%) tinham as feridas tratadas no serviço sem o diagnóstico de sua etiologia. O achado demanda reflexão por parte dos profissionais de saúde para a busca de sua justificativa: se o ocorrido tem relação com a dificuldade médica em realizar o diagnóstico ou falta de importância dada pelos profissionais em relação ao diagnóstico que ampara as condutas em relação ao tratamento mais assertivo da ferida. A ausência do diagnóstico da ferida também foi identificada pelos estudos realizados

no Reino Unido. Neste país, em cerca de 30% dos pacientes com feridas crônicas, o tipo não é diagnosticado e permanecem sem classificação (NAZARKO, 2018, GUEST *et al.*, 2017).

A respeito dos locais de ocorrência das feridas, os mais frequentes apresentaram concordância com a literatura em relação às etiologias. No estudo, as úlceras vasculogênicas, que incluem as mistas e venosas, além das úlceras decorrentes de trauma mecânico, predominaram nos maléolos e no terço inferior da perna, regiões preferenciais de úlceras de etiologia venosa (VIEIRA *et al.*, 2017; MALAQUIAS *et al.*, 2012; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013; ROCHA *et al.*, 2013) As úlceras arteriais foram mais encontradas nos maléolos e dedos dos pés, contrariando a literatura que explicita como locais mais acometidos, além dos dedos, a região do calcanhar e a face dorsal do pé (BORGES, 2011).

As úlceras diabéticas foram predominantes na região plantar e extremidades dos dedos dos pés, semelhantes aos achados de outros estudos (VIEIRA *et al.*, 2017; ZAINÉ *et al.*, 2014). Estas regiões são mais sujeitas ao trauma comum na vida cotidiana e, anatomicamente, mais susceptíveis ao desenvolvimento de necrose tecidual em virtude da insuficiência arterial, cujo problema fundamental é a isquemia (PEDRAS; CARVALHO; PEREIRA, 2016; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

No caso das lesões por pressão, corroborando com achados de outros estudos, a região mais acometida foi a sacral, o que se associa à posição em que, geralmente, se encontram os pacientes acamados ou cadeirantes quando ficam a maior parte do tempo em decúbito dorsal ou sentados (VIEIRA *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2014; COELHO *et al.*, 2012). Os achados confirmam que a pressão e imobilidade prolongada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. Outra região também relacionada à ocorrência deste tipo de lesão é o calcanhar, localização também encontrada no presente estudo. Não somente devido aos fatores fisiopatológicos, como também porque a pessoa, como foi o caso da maioria dos pacientes do estudo, tinha doenças associadas que afetam ainda mais o fornecimento de oxigênio, sem falar que adotam posições habituais para dormir ou por conta de imobilizações, aumentando a pressão nessa região (BELDON, 2013).

Em relação ao número de lesões, a maioria dos pacientes apresentou lesão única, o que é confirmado por outros estudos sobre feridas crônicas, sendo a maioria úlceras vasculogênicas. Este fato pode ser decorrente dos longos períodos de curso da lesão, que possibilitou a confluência de lesões múltiplas, resultando em apenas uma (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013; MALAQUIAS *et al.*, 2012). Período longo este, que corresponde à maioria dos pacientes do estudo que possuía a lesão há mais de 2 anos.

A maioria das feridas crônicas pode cicatrizar dentro de 24 semanas, desde que o diagnóstico e tratamento sejam adequados, caso contrário, a longa duração aumentará o risco de infecção e outras complicações (DOWSETT; BIELBY; SEARLE, 2014). No caso das úlceras vasculogênicas, 30% destas úlceras não são susceptíveis a cicatrizar dentro de um período de 24 semanas e, portanto, o reconhecimento e a identificação de fatores de risco para o atraso na cicatrização são benéficos para o sucesso do tratamento (PARKER *et al.*, 2015).

O tratamento tópico da ferida da maioria dos pacientes do estudo consistia de gel e pomadas, sendo o hidrogel com alginato o mais utilizado nas lesões, seguido da pomada com antibiótico, colagenase e papaína.

Alguns autores afirmam que não existe o melhor produto para a realização do tratamento da ferida ou o único em todo o processo cicatricial. É necessário o conhecimento científico para identificar e conhecer a melhor indicação e contraindicação, buscando os benefícios do produto, além do uso de instrumentos que possam classificar a ferida quanto ao tipo de tecido existente, o tamanho, a profundidade, as características do exsudato, enfim, todas as condições do leito da ferida (NARZAKO; 2018; DANTAS *et al.*, 2017). Além disso, as coberturas devem ser oclusivas, para garantir a temperatura, umidade e impermeabilidade contra microrganismos, bem como proporcionar hemostasia, amenizar dor e odor, ser confortável e preencher espaço morto (PEREIRA, *et al.*, 2006; FRANCO, GONÇALVES, 2007).

Nesse sentido, as coberturas se classificam em passivas, interativas e bioativas. As passivas protegem e cobrem as feridas; as interativas mantêm o microambiente úmido, facilitando a cicatrização, e as bioativas fornecem elementos necessários à cicatrização, estimulando a cura da ferida (BORGES, 2007).

Conforme estudos, as indicações das coberturas são variadas. O hidrogel é um adjuvante, se apresenta como gel amorfo sozinho ou associado, sendo indicado para o desbridamento autolítico de feridas necróticas, proporcionando o meio úmido e estimulando a produção de tecido de granulação. O alginato de cálcio, na apresentação de placa ou fita, promove a hemostasia (TElichowska, 2013; BOATENG *et al.*, 2007).

As pomadas com antibiótico no tratamento de feridas colonizadas têm sido contraindicadas, não tendo a eficácia comprovada, não sendo possível garantir concentrações apropriadas nos tecidos e plasma durante todo o tempo; além de propiciar o surgimento de alergias, sensibilidade e resistência de microrganismos (BORGES, 2007). Apesar destas limitações, a pomada com antibiótico foi o tratamento tópico utilizado em uma parcela dos pacientes, contradizendo o próprio protocolo de feridas do município que contraindica a

utilização das mesmas. A colagenase e a papaína são substâncias utilizadas no desbridamento enzimático, com o objetivo de uma rápida remoção do tecido desvitalizado pela degradação do colágeno. Não são totalmente seletivas, podendo ser dolorosas (BORGES, 2007).

Outro produto utilizado pelos pacientes do estudo foi o hidrocloreto-poli-hexametileno-biguanida (PHMB) na apresentação de gel. Trata-se de uma substância antibacteriana e seu mecanismo de ação se baseia em propriedades fortemente alcalinas. Seu mecanismo, denominado inespecífico de interação eletrostática, interage com as cargas elétricas negativas e positivas na superfície das moléculas ácidas dos fosfolipídios presentes na parede celular bacteriana. Desta forma, tornam a bactéria incapaz de manter suas funções, pois desequilibram seu sistema biológico (MASHAT, 2016).

O hidrocolóide na apresentação de placa, também citado no estudo em 9,5% dos pacientes, é uma cobertura interativa, oclusiva e estéril. Indicado para feridas superficiais com exudação moderada e baixa e contraindicado em feridas infectadas e com exsudação excessiva (BOATENG, 2015).

A utilização do filme de poliuretano teve percentual semelhante ao do hidrocolóide. Esta é uma cobertura semipermeável, sob forma de película adesiva, elástica e distensível, moldável aos contornos corporais. Adere somente à pele íntegra, permitindo a troca sem agredir o leito da ferida ou os tecidos lesados. Sua transparência permite monitorar o processo de cicatrização sem ter que expor a ferida. Tem o inconveniente de não ser capaz de absorver o exsudato (GUIMARÃES, GIOVANINI, 2014).

Em relação às coberturas com prata, estas foram indicadas para uma parcela menor dos pacientes (8,3%), contradizendo os resultados do próprio estudo em relação ao uso de antibióticos por maior número de pacientes. As coberturas com prata são bastante indicadas para o manejo de feridas crônicas e queimaduras intensamente colonizadas ou com infecção devido à ação antimicrobiana da prata (ELIOT, 2010; BORGES, 2007).

Além dos tratamentos tópicos, foram identificadas outras condutas no manejo das feridas crônicas. Em relação à úlcera venosa, houve indicação de terapia de compressão para ínfima parte dos pacientes. Este achado evidencia uma não conformidade com a literatura, haja vista que, dentre as terapêuticas clínicas, a terapia compressiva é altamente recomendada. O uso da compressão mostra-se eficaz, uma vez que diminui a hipertensão venosa crônica, aumentando a taxa de cicatrização e diminuindo a recidiva da lesão (BORGES 2011).

No que se refere à pele perilesional, também foram identificadas condutas no manejo desses pacientes. Para quase a metade dos pacientes, foi indicado o uso de ácido graxo essencial (AGE) e/ou creme barreira para essa região, corroborando com a indicação desses

produtos de acordo com a literatura. Os AGEs são compostos, principalmente, por ácido linoleico e sua apresentação dá-se na forma oleosa. São registrados somente como cosméticos junto ao Ministério da Saúde e, por esse motivo, devem ser usados na pele íntegra com a função de hidratá-la e servirem de barreira (BORGES, 2007). O creme barreira, como o próprio nome já diz, serve para proteção da pele íntegra, servindo de barreira contra fluídos corpóreos. Apresenta-se como creme hidrófilo estabilizante do pH da pele (GOMES; CAMPOS; LUCENA, 2016).

Outra conduta identificada no serviço onde o estudo foi realizado, porém em parcela pequena dos pacientes com alterações nos pés, foi a indicação de calçado adaptado. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), a indicação de calçados especiais deve ser considerada uma prescrição para pacientes com pé diabético. O calçado deve ser confeccionado de acordo com normas padronizadas para calçados ortopédicos e anatômicos, de forma a reduzir pontos de atrito ou compressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O profissional médico foi o principal prescritor do tratamento das feridas dos pacientes do estudo. O enfermeiro foi responsável pela indicação do tratamento para apenas 3% dos pacientes. Os achados contradizem as recomendações preconizadas em documento oficial do município no que se refere à assistência ao paciente com ferida.

O Protocolo Assistencial de Enfermagem para o acompanhamento da pessoa com lesão cutânea do município de Montes Claros especifica a atribuição dos profissionais na equipe de saúde. De acordo com o documento, o enfermeiro, juntamente com o médico diante de um paciente com ferida, deve proceder a consulta deste e, conjuntamente, definirem a conduta. Preconiza-se ainda que a primeira avaliação seja realizada pelo enfermeiro, que encaminhará o paciente à consulta médica após suas condutas iniciais (MONTES CLAROS, 2017).

O Protocolo apresenta ainda como atribuição do enfermeiro, além da consulta de enfermagem, realizar procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, observadas as disposições legais da profissão (MONTES CLAROS, 2017). Tais recomendações respaldam este profissional na prescrição do tratamento das lesões.

A consulta de Enfermagem, de acordo com a Resolução 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada (COFEN, 1993), o que foi pouco identificado no estudo, pela pequena quantidade de



pacientes com ferida crônica assistidos pelo enfermeiro. Além disso, a Resolução 567/2018 regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com ferida COFEN, 2018). Tais documentos dão amparo legal e autonomia ao enfermeiro para exercer as suas atribuições no cuidado a esse tipo de paciente.

O estudo buscou trazer, ainda, o tempo de permanência dos pacientes no ambulatório, período este medido da primeira consulta até a última registrada, que poderia ser a alta por cura ou outra forma de saída. Porém, apesar do estudo ter sido feito retrospectivamente em um período superior a 3 anos (2015 a 2018), as informações registradas não permitiram a avaliação dessa variável. Em mais da metade dos pacientes, havia o registro de apenas uma consulta, não existindo outros registros ou controle que possibilitassem o acompanhamento desse paciente e da evolução de sua lesão após passar pelo ambulatório, nem mesmo o registro da troca de coberturas pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro.

Essas informações, relacionadas tanto ao acompanhamento do tempo de permanência no serviço como outras como a taxa de cicatrização e a alta por cura, podem ser utilizadas como importantes indicadores da qualidade da assistência prestada. Os indicadores de saúde são medidas sumárias que refletem, indiretamente, informação relevante sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e dos fatores que a determinam, sendo útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes (INSTITUTE MEDICINE, 1988).

Os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes com feridas devem definir prioridades e objetivos específicos relacionados com a prevenção e tratamento de feridas, que devem ser monitorados e ajustados de acordo com os resultados atingidos. Mas, para isso, deve-se definir um conjunto de indicadores, de processo e de resultado, fundamentais para a garantia de segurança e qualidade de vida dos pacientes com ferida (PINTO; FERREIRA, 2017; NONINO; ANSEMI; DALMAS 2009). Isso implica em uma padronização dos atendimentos, uma melhor qualidade dos registros dos atendimentos realizados e, futuramente, a possibilidade de uma melhor avaliação dos serviços prestados.

Além do tempo de permanência, os resultados do estudo permitiram identificar a forma de saída dos pacientes do serviço, onde se observou também a incompletude dos registros. A maioria dos registros encontrados no ambulatório não constava a informação, sendo obtido o registro de alta por cura em quantidade pequena de pacientes, que seria um importante indicador de qualidade da assistência.

Conforme a Resolução Cofen 429/2012, é de responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos

próprios da área, seja em meio tradicional ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012). Deficiência esta apontada pelo estudo no que tange ao registro de alguns aspectos relativos aos atendimentos.

Por esse motivo, os profissionais que prestam assistência ao paciente com ferida devem refletir se a prática é evidenciada no que se documenta, pois envolve questões éticas e legais, uma vez que o registro clínico evidencia a qualidade no processo de cuidar, e a ausência de documentação é um fato relevante que pode, eventualmente, influenciar uma decisão judicial. Ao nível da gestão, os registros permitem obter dados que possibilitam medir e comparar a qualidade dos cuidados prestados, além da relação custo benefício e a implementação de projetos de melhoria contínua (OLIVEIRA *et al*, 2016, MATSUDA *et al* 2016; SETZ.; DÍNNOCENZO, 2009). Sendo assim, cabe questionar se os resultados do estudo em relação aos registros, realmente, refletem a assistência prestada ou um descuido no que se refere aos registros desses cuidados, uma vez que a troca de coberturas era feita mediante uma avaliação do enfermeiro do serviço, fato esse pouco evidenciado nos resultados.

O procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser realizado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações da Resolução COFEN nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente e do Sistema Único de Saúde (SUS) (COFEN, 2015). Essas ações devem ser contínuas, visando ao tratamento adequado com atenção aos demais fatores que interferem no processo cicatricial, orientações e ações educativas (CAVALCANTE *et al.*, 2010). Por isso, cabe aos profissionais terem ciência de tais responsabilidades e efetivamente colocá-las em prática.

O estudo, apesar de ser relevante, por ser o primeiro do município e região a retratar aspectos importantes sobre o perfil da clientela e da assistência oferecida a pacientes com feridas crônicas, possui limitações como: a ausência de informações essenciais sobre essa população e o fato dos pacientes terem sido considerados pertencentes ao serviço, tendo sido avaliados uma única vez.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo permitiu conhecer aspectos relevantes sobre as características de saúde dos pacientes com ferida crônica em um município do norte de Minas Gerais, tais como: a maioria ser composta por população idosa, mulheres, pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial e *diabetes mellitus* e com úlceras vasculogênicas de etiologia mista e lesões únicas. Contudo, não foi possível traçar o perfil completo dessa população no que diz respeito a algumas informações sociodemográficas, haja vista a incompletude dessas nos registros disponíveis no ambulatório.

Em relação à assistência prestada aos pacientes, observou-se que, apesar da equipe ser composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, a maioria dos pacientes não havia sido atendida pelo enfermeiro, o que leva a uma reflexão em relação ao processo de trabalho deste profissional e à necessidade de sua apropriação do cuidado do paciente com ferida crônica.

Ainda sobre a assistência prestada, o estudo constatou fragilidade nos registros dos atendimentos em alguns aspectos, como a incompletude dos dados e a falta de seguimento de grande parte dos casos, com o registro de apenas um atendimento e ausência da forma de saída do ambulatório.

O atendimento às feridas em nível ambulatorial exige uma atenção voltada à integralidade do cuidado, pois, além das necessidades de assistência atreladas às feridas, esse público possui, muitas vezes, doenças de base que demandam um cuidado multiprofissional, que busque exercer o holismo pautado em conhecimentos cientificamente respaldados.

Diante dos resultados apresentados, espera-se que o estudo estimule o debate entre os profissionais e gestores para a formulação de estratégias de integração do trabalho de equipe, com a maior participação e visibilidade do profissional enfermeiro, e sirva de subsídio para novas pesquisas e para estimular a elaboração de protocolos e criação de indicadores de qualidade do serviço que possibilitem sua avaliação e o efetivo manejo e monitoramento dessa clientela que cresce e demanda por serviços qualificados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.G, PEREIRA, T. Princípios de dermatologia na cicatrização de feridas. In: Geovanini T. **Tratado de feridas e curativos: Enfoque multiprofissional**. São Paulo: Editora Rideel, 2014. cap.7 , p. 119-127.

BELDON, P. **Managing heel ulcers in the community**. Br. J. Community Nurs. v.18, n.10, p. 482-484, 2013. Disponível em: <[https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2013.18.10.482?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=bjcn](https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2013.18.10.482?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=bjcn)> . Acesso em : 11 de Jan. 2019.

BEZERRA, S. M. G. *et al.* **Prevalência, fatores associados e classificação de úlcera por pressão em pacientes com imobilidade prolongada assistidos na Estratégia Saúde da Família**. Rev Estima [Internet], v.12, n.3, p.41-49, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95>>. Acesso em: 15Dez. 2018.

BLANES, L; FERREIRA, L.M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. São Paulo: Atheneu, 2014.

BOATENG,J; CATANZANO, O. **Advanced Therapeutic Dressings for Effective Wound Healing - A Review**. JOURNAL OF PHARMACEUTICAL SCIENCES. v.104, Ag 2015, p. 3653-3680.

BORGES, E.L . Evolução da Cicatrização. In; BORGES, E.L et al. **Feridas: como tratar**. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2007. cap. 3, p.31-53.

BORGES, E.L . Avaliação da Pessoa com Ferida. In; BORGES, E.L et al. **Feridas: como tratar**. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2007. cap. 5, p.55-75.

BORGES, E.L; DONOSO MTV; FERREIRA VMF. **Revisão integrativa do uso dos ácidos graxos essenciais no tratamento de lesão cutânea**. R. Enferm. Cent. O. Min. v.1, n.1, p.121-130, jan/mar, 2011. disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/23/58>>. Acesso em: 26/04/18.

BORGES. E.L. **Feridas: Úlceras dos Membros Inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Brasília, DF: MS, 2002

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **lei 7.498** de junho de 1986. seção 1, p. 9275-9279.

CAMPOS, M.G.C.A; SOUZA, A.T.O.S; VASCONCELOS, J.M.B. Fundamentos teóricos e avaliação de feridas. In: CAMPOS et al. **Feridas Complexas e Estomias. Aspectos Preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia; 2016. cap. 3, p.59-99.

CAVALCANTE, A. M. R. Z. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. Eletr.Enferm. [Internet], v.12, n.4, p.727-735, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8425/8496>>. Acesso em

COÊLHO, A. D. A. *et al.* **O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar**. Rev. Rene [Internet], v.13, n.3, p.639-649, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4000>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº: 358/2009** - Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação da assistência de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Legislação e Normas COFEN, Brasília 15 de outubro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº: 429/2012** - Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios de enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. DOU nº 110, 8 de junho de 2012, página 288 - Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº: 567/2018** - Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. DOU nº: 26, 06 de fevereiro de 2018, Seção 1.

CONFORTH, A. **Holistic wound assessment in primary care**. Br. J. Community Nurs. Dec;Suppl:S28, p.S30, S32-4, 2014.

COPE, G . **The effects of smoking on wound healing**. Wounds K, London, v.10, n.2, 2019. Disponível em: <[www.wounds-uk.com/journal-articles/the-effects-of-smoking-on-wound-healing](http://www.wounds-uk.com/journal-articles/the-effects-of-smoking-on-wound-healing)>. Acesso em 05 de Jan. 2019.

DANTAS,R.F.B. *et al.* **Caracterização das lesões crônicas nos idosos atendidos na estratégia de saúde da família**. Rev. enferm. ufpe on line., Recife,v. 11, n.5, p.1835-1841, maio., 2017. Disponível em : <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em 10 de dez. 2019.

SETZ,V.G.; DÍNNOCENZO, M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Acta Paul. Enferm.v.22, n.3, p.313-317. 2009.

ELLIS, P. **The impact of smoking on wound healing: the role of the nurse**. British Journal of Nursing, [s. l.], v. 27, n. 6, p. S10–S14, 2018. Disponível em: <<http://search.ebscohost-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=128607082&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

ELLIOTT, C. **The effects of silver dressings on chronic and burns wound healing.** British Journal of Nursing, [s. l.], v. 19, n. 15, p. S32-6, 2010. Disponível em: <<http://search-ebscohostcom.ez27.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105090357&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 17 jan. 2019

EVANGELISTA, D.G; MAGALHÃES, E.R.M, MORETÃO, D.I.C, STIVAL, M.M, LIMA, L.R. **Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família.** Rev. Enferm. Cent-Oeste Min.;v.2, n.2, p.254-263, 2012.

FERREIRA, M.C, TUMA, JR. P, CARVALHO, V.F, KAMAMOTO, F. **Complex wounds.** Clinics. v.61,n.6, p.571-578, 2006.

FRANCO, D; GONÇALVES, LF. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado.** Rev. Col. Bras. Cirurgia. Rio de Janeiro/RJ, v. 35, n.3. 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912008000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000300013)>. Acesso em 11 de nov 20018.

FRANKS, P; BARKER J; COLLIER M. et al. **Management of Patients with Venous Leg Ulcer: Challenges and Current Best Practice .** J Wound Care, v.25, n.6, Suppl. Jun 2016.

FONTES, M.M.A; GAMA, F.N .**Análise da técnica do curativo no tratamento de feridas em unidades de atenção primária à saúde no município de Coronel Fabriciano - MG.** Rev. Enferm. Integrada. Ipatinga: Unileste-MG.;v.4, n.2, p. 845-855. 2011

GAMBA, M.A; YAMADA, B.F.A. Úlceras vasculogênicas. In: Jorge, SA; DANTAS S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo (SP): Atheneu; 2003.cap.16, p.239-260.

GAMBA, M.A; ARON, S. **Preparo do leito da ferida e a história do TIME.** Rev. Estima.

São Paulo.v.7,n.4,p.20-24, 2009.Disponível em: :

<<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/264> v. 7, n. 4 (2009) > Acesso em 12 de Nov. 2018.

GEIB, L. T. C. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** Ciênc. Saúde Coletiva, v.17, n.1, p.123-133, 2012.

GEOVANINI, T. Tratamentos e cuidados específicos nas úlceras por pressão. In: Geovani T. (Org.). **Tratado de feridas e curativos: enfoque multi-profissional.** São Paulo: Rideel, 2014. Cap. 13, p. 231-42.

GUEST, J.F.; GRAHAM, W.F; VOWDEN, P. **Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes.** Int. Wound J. 2017; v.15, p. 29–37.

GUIMARÃES, M.C.S.S; GEOVANINI, T. Coberturas e novas tecnologias para o cuidado de feridas. In: Geovani T. (Org.). **Tratado de feridas e curativos: enfoque multi-profissional**. São Paulo: Rideel, 2014. Cap. 11, p.191-2015.

GOULD, L. *et al.* **Chronic wound repair and healing in older adults: Current status and future research**. Wound Rep. Reg., v.23, p.1-3, 2015

GOMES, S.K.A; CAMPOS, M.G.C.A; LUCENA, S.A.P. Terapia tópica aplicada a feridas. In: CAMPOS et al. **Feridas Complexas e Estomias. Aspectos Preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia; 2016. cap. 4, p.103-126.

GONZALEZ, A.C; COSTA, T.F; ANDRADE, Z.A, MEDRADO, A.R. **Wound healing - A literature review**. Anais Brasileiros de Dermatologia. ;V. 91, n.5, p. 614-620.Set/Out 2016.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO, 2001.  
PARISI, M. C. R. Úlceras no pé diabético. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo, Atheneu, 2003. p. 279-286.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Tabela 2010-2060 - Projeção da População. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em 17 de janeiro 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse dos resultados do censo 2010 [Internet]**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>. Acesso em: 28 de nov. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.). **Committee for the Study of the Future of Public Health**. The future of public health. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1988. citado por Dias C, Freitas M, Briz T. Ver Port Clin Geral . cap.23, p. 439-50, 2007.

INTERNATIONAL WOUND INFECTION INSTITUTE (IWII). **Wound infection in clinical practice**. Wounds International. 2016. Disponível em : <<http://www.woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/2017/03/IWII-Wound-infection-in-clinical-practice.pdf>>. Acesso em 03 de jan. 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION( IDF). **Diabetes Atlas**. 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017 . Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>. Acesso em 13/11/2018

ISAAC C; LADEIRA, P.R.S; REGO, F.M.P; ALDUNATE, J.C.B, FERREIRA, M.C. **Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica**. Rev. Med. São Paulo, SP, v.89, n.3,p.125-131.Abr. 2010.

JOHNSON, J; PAUSTIAN, C. **Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease**. Glenview: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society(WONC), 2005. 42p.

LI, D., KORNIWICZ, D.M. **Determination of the effectiveness of electronic health records to document pressure ulcers.** Medsurg. Nurs.;v.22, n.1, p.17-25.

LIMA, N.B.A. DE; AGRA, G; SOUSA A.T.O et al. **Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas agudas e crônicas.** Rev. enferm UFPE on line., Recife, v.10, n.6, p. 2005-2017, jun., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110207/22109>> Acesso em 11 de jan. 2019.

LUCENA, S.A.P; CAMPOS, M.J.C.A *et al.* A pele: aspectos anatômicos, funcionais e reparação tecidual. **Feridas complexas e Estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa: Ideia,2016. p.42-55.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022.** Epidemiol Serv Saúde, v.20, n.4, p.425-438, 2011.

MALAQUIAS, S. G. *et al.* **Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas.** Rev. Esc Enferm USP, v.46, n.2, p.302-310, 2012.

MEDEIROS, J; MANSILHA, A. **Estratégia terapêutica na doença venosa crônica. Angiologia e Cirurgia Vascular,** v. 8 , n. 3, p. 110-126. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v8n3/v8n3a01.pdf>>. Acesso em 22 de Dez. 2018.

MATSUDA, L.M.; SILVA, D. M. P; ÈVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J.A.H. **Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 03, p. 415 - 421, 2006. Disponível em : <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm)>

MASHAT, B. H. **Polyhexamethylene biguanide hydrochloride: Features and applications.** British Journal of Environmental Sciences [online], v.4, n.1, p.49-55, 2016. Disponível em: < <http://www.eajournals.org/wpcontent/uploads/Polyhexamethylene-Biguanide-Hydrochloride-Features-andApplications1.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

MARTINEZ, M.J., *et al.*, **Phlebotonics for venous insufficiency.** Cochrane Database Syst. Rev, 2005, n.3: p. CD003229.

MENEGHIN, P.; VATTIMO, M.F.F. Fisiologia do processo cicatricial. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo (SP): Atheneu; 2003. cap.5, p.31-44

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo assistencial de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com lesão cutânea do município de Montes Claros,** 2017.



MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Montes Claros**, 2017.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - Atenção Básica**, 2006.

NAIR, B. **Venous leg ulcer: Systemic therapy**. Indian dermatology online journal. vol. 5, n.3, p.374-377, 2014 Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144246/>>. Acesso em: 13 de nov. 2018.

NOGUEIRA, R.M.B.; KITAMURA E.A. & AGUIAR O.M. **Estudo clínico da reparação tecidual de feridas cutâneas de cães tratados com papaína e colagenase**. *Nos Clín.* 8(43):25-28.2005.

NONINO, E. A.P. M; ANSELMI, M.L; DALMAS, J. C. **Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário**. Rev Latino-am Enfermagem 2008 janeiro-fevereiro; 16(1)

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Pressure Ulcer Stages Revised**. Washington, 2016; Disponível em:< <http://www.npuap.org/about-us>>. Acesso em jun 2018.

NAZARKO, L. **Choosing the correct wound care dressing: an overview**. Journal of Community Nursing, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 42–52, 2018. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com.ez27.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=133397277&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE). **Diabetic foot problems: prevention and management**. NICE guideline (NG19). National Institute for Health and Care Excellence, 2015.

PARK, S.H; FERREIRA, K; SANTOS, V.L.C.G. **Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcers**. Wounds. v.20, n.11, p.309-320. Nov. 2008.

OLIVEIRA, B.G.R.P; CASTRO, J. B. A. C.; GRANJEIRO, J. M. **Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório**. Rev. Enferm. UERJ, v.21, n. esp.1, p.612-617, 2013.

OLIVEIRA, I. V. P. M; R. V. C. **cicatrização de feridas: fases e fatores de influência**. Acta Veterinaria Brasilica, v.6, n.4, p.267-271, 2012.

OPROMOLLA D.V.A. **Úlceras de perna**. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo (SP): Atheneu; 2003. cap.18, p.271-278.

PARLET, R.A.COLEMANA.J.SCHLUETER. **Chronic ethanol (EtOH) feeding induces subset loss and hypo-responsiveness in multiple skin T cell populations**. v. 46, n.2, March 2012, Page 177. Disponível em :<

<https://www.sciencedirect.ez27.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0741832911004770?via%3Dihub>>. Acesso em 11 de Jan 2019.

PEDRAS, S.; CARVALHO, R.; PEREIRA, M. G. **Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer**. Rev. Assoc. Med. Bras., v.62, n.2, p.171-178, 2016.

PINTO, V.R.S, FERREIRA, S.C.M. **Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study**. Online 149 braz j nurs ,v. 16, n.1, p.140-151. 2017. Disponível em: from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5481>. Acesso em: 06 de fev. 2019

RAMELET, A.A. *et al.* **Veno-active drugs in the management of chronic venous disease**. An international consensus statement: Current medical position, prospective views and final resolution. Clin. Hemorheol Microcirc.:p.33:309, 2005

ROCHA, I. C. *et al.* **People with wounds and the characteristics of their mucocutaneous lesions**. J Nurs Health, v.3, n.1, p.3-15, 2013.

RODRIGUES, D.C.; FERNANDES, L.M.; NICOLA, A.L. *et al.* **Ambulatório de feridas: perfil dos usuários, características e evolução das lesões em hospital universitário**. Rev enferm UFPE on line., Recife, v.10, n.8, p.2933-2941, ago., 2016. Disponível em : <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11362>>. Acesso em 20 de dez. 2018

RIJSWIJK L, V. Wound assessment and documentation. In: Krasner, D.L.; Rodeheaver, G.T, Sibbald, R.G. **Chronic wound care: A Clinical source book for healthcare professionals**. 3ed. Wayne, Pa: HMP Communications, p.101–115, 2001.

ROCHA, I.C. *et al.* **Pessoas com feridas e as características de sua lesão cutaneomucosa**. J Nurs Health. v.3. n. 1, p. 3-15, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3507/2892> > Acesso em: 26 de Abr. de 2018.

SINGER,A.J M, TASSIOPOULOS, A; ROBERT S. KIRSNER,R.S. **Evaluation and Management of Lower-Extremity Ulcers**. New Engl. J. Med. v.19,. n.16.p.1559-1576, Oct/2017. Disponível em : <[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1615243?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1615243?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)> Acesso em 02 de Nov. 2019.

SERRA, L. **O pé diabético: manual para a prevenção da catástrofe**. 2.ed. Porto: Lidel, 2008.

SINHA, S; SREEDHARAN, S. **Management of venous leg ulcers in general practice – a practical guideline**.v. 43, n.9, p.594-598, Set. 2014. Disponível em : <[Volume 43, No.9, setembro 2014](https://www.racgp.org.au/afp/2014/september/management-of-venous-leg-ulcers-in-general-practice-%E2%80%93-a-practical-guideline/) Páginas 594-598<https://www.racgp.org.au/afp/2014/september/management-of-venous-leg-ulcers-in-general-practice-%E2%80%93-a-practical-guideline/>. Aust Fam Physician. 2014 Sep;43(9):594-8>. Acesso em: 18 de Nov. 2018

SHAW,T.J, MARTIN,P. **Wound repair at a glance**. J Cell Sci. V.122, n.18, p.3209-3213, Set.2009. Disponível em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736861/6,10>> Acesso em: 10 dez. 2018.

SMANIOTTO, P.H.S; GALLI, R, CARVALHO, V.F, FERREIRA, M.C. **Tratamento clínico das feridas – curativos**. Rev. Med. v.89, n.3/4, p. 137-141, 2010.

SMANIOTTO, P.H. S. *et al.* **Sistematização de curativos para o tratamento clínico sobre cuidados com portadores de feridas**. Esc. Anna Nery, v.17, n. 2, p.211-19, abr/jun., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus**. 2014/2015.Disponível em : <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/001-Diretrizes-SBD-Epidemiologia-pg1.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SORENSEN, L.T.**Wound Healing and Infection in Surgery: The Pathophysiological Impact of Smoking, Smoking Cessation, and Nicotine Replacement Therapy: A Systematic Review** . DIAGNOSTIC UROLOGY, URINARY DIVERSION AND PERIOPERATIVE CARE. Copenhagen Wound Healing Center and Department of Surgery K, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark Ann Surg 2012;V. 255, p.1069-1079. Disponível em:< [https://ac-els-cdn.ez27.periodicos.capes.gov.br/S0022534712045302/1-s2.0-S0022534712045302-main.pdf?\\_tid=27e4916c-63a5-467a-a78d-b9cedaad63df&acdnat=1547213446\\_3ee98a424b152e4e6031ce5ffe4e1462](https://ac-els-cdn.ez27.periodicos.capes.gov.br/S0022534712045302/1-s2.0-S0022534712045302-main.pdf?_tid=27e4916c-63a5-467a-a78d-b9cedaad63df&acdnat=1547213446_3ee98a424b152e4e6031ce5ffe4e1462) >. Acesso em: 11 de jan.2019.

STAMBASSI,G. **Processo de trabalho em enfermagem: cuidado às pessoas com feridas crônicas na atenção primária**. Dissertação. Universidade Federal de Juiz de fora. Faculdade de enfermagem.Programa de pós graduação em enfermagem.2015, 113p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da saúde, 726p., 2004.

TELICHOWSKA,S.; KATARZYN, A. ; CZEMPLIK, M. ; KULMA, A. ; SZOPA , J. **The local treatment and available dressings designed for chronic wounds**. Journal of the American Academy of Dermatology, April 2013, V.68, n.4, p. e117-e126.

TIMMS, L. **Effect of nutrition on wound healing in older people: a case study**. British Journal of Nursing, [s. l.], v. 20, p. S4–S10, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108239811&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>. Acesso em: 11 jan. 2019.

THORODDSEN, A.; SIQURJONSDÓTTIR, G.; EHNFOR, M.; EHREBERG. A. **Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record.** *Scand. J. Caring Sci.* 2013;27(1):84–91

VIEIRA, C.P.B; FURTADO, A.S; ALMEIDA, PCD; LUZ, M.H.B.A; PEREIRA A.F.M. **Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica.** *Rev. baiana enferm.* v.31,n. 3, p.173-197. 2017.Disponível em : <file:///D:/Users/Chris/Downloads/17397-83543-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Best practice recommendations for wound and lymphoedema management.** 2008. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44279/9789241599139\\_eng.pdf;jsessionid=83C6EE2CED185D3FA8BDABCFECE3F971?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44279/9789241599139_eng.pdf;jsessionid=83C6EE2CED185D3FA8BDABCFECE3F971?sequence=1)> Acesso em: 24 Abr. de 2018.

WOO, K.Y.H.K.; PRICE, P.; SIBBALD, R.G. **Minimising wound-related pain at dressing change: evidence-informed practice.** *Int Wound J* ;v.5: p.144–157.

ZAINE, N. H. *et al.* **Characteristics of diabetic foot ulcers in Western Sydney, Australia.** *J Foot Ankle Res.*, v.7, n.1, p.39, sep. 2014.

## ANEXO A - Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de serviço ambulatorial

**Pesquisador:** Eline Lima Borges

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 01581612.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.797.025

**Apresentação do Projeto:**

Esta emenda ao projeto de pesquisa tem como objetivos:

- alterar o nome do projeto para Solicitamos a alteração do nome do projeto para "Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de serviço ambulatorial"
- inclusão de um novo cenário para a coleta de dados - Pronto Atendimento de Saúde Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros, Montes Claros-MG;
- aprovar modificação do cronograma, de maneira a permitir a coleta no novo cenário.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme consta no formulário de informações básicas atual:

**\*Objetivo Primário:**

Avaliar a assistência prestada aos pacientes com lesão crônica atendidos no serviço ambulatorial de hospital de referência.

**Objetivo Secundário:**

\*Caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas, atendidos em um ambulatório.

\*Identificar o tempo de permanência do paciente no serviço de acordo com a etiologia da lesão.

\*Analisar a assistência prestada à pacientes com ferida atendidos em ambulatório de referência".

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 5627 2ª Ad B 3005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.272-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-6932

E-mail: cep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.767.005

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como não há alteração dos procedimentos de coleta de dados, prevalece a avaliação realizada no parecer do projeto originalmente aprovado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Como não há alteração dos procedimentos de coleta de dados, prevalece a avaliação realizada no parecer do projeto originalmente aprovado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos já aprovados em pareceres anteriores permanecem válidos.

Com relação a esta emenda, há autorização da nova instituição incluída para coleta de dados, para realização do estudo.

**Recomendações:**

Sem maiores recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprova-se a emenda ao projeto de pesquisa "Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de serviço ambulatorial", da pesquisadora responsável Elaine Lima Borges, com a alteração do nome do projeto para "Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de serviço ambulatorial"; Inclusão do Pronto Atendimento de Saúde Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros, Montes Claros-MG como campo de coleta de dados; e novo cronograma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_118866_1_E2.pdf	25/07/2018 14:10:06		Acesso

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. B. 3006  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.275-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3408-4652 E-mail: coep@opq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.797.005

Outros	CartaEmendaCEP.pdf	25/07/2018 14:08:07	Elaine Lima Borges	Acelto
Declaração de instituição e infraestrutura	AutorizacaoPesquisaHospitalAlpheuDeQuadros.pdf	25/07/2018 14:04:58	Elaine Lima Borges	Acelto
Outros	ProjetoRevisado2.doc	25/07/2018 14:04:38	Elaine Lima Borges	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/07/2018 13:50:29	Elaine Lima Borges	Acelto
Outros	015816120parecerassinado.pdf	23/02/2017 10:13:17	Vivian Resende	Acelto
Outros	015816120emendaassinada.pdf	23/02/2017 10:13:10	Vivian Resende	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.docx	03/02/2017 17:48:56	Elaine Lima Borges	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisado.doc	03/02/2017 17:48:40	Elaine Lima Borges	Acelto
Outros	CARTA_COEP.docx	03/02/2017 17:10:01	Elaine Lima Borges	Acelto
Outros	Declaração.pdf	20/05/2012 16:54:55		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE B.pdf	20/05/2012 16:20:21		Acelto
Outros	APÊNDICE A.pdf	20/05/2012 16:20:02		Acelto
Outros	Termo de compromisso.pdf	18/05/2012 16:49:23		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Unidade Clínica Médica.pdf	18/05/2012 16:48:13		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Comprovante da DEPE.pdf	18/05/2012 16:45:47		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Aprovação.pdf	18/05/2012 16:44:58		Acelto
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	10/04/2012 14:20:32		Acelto
Outros	015816120emenda3assinada.pdf	02/08/2018 14:12:30	Vivian Resende	Acelto
Outros	015816120pareceremenda3assinado.pdf	02/08/2018 14:12:42	Vivian Resende	Acelto

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 31205  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4922 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Processo: 1.767.025

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Não**

BELO HORIZONTE, 02 de Agosto de 2018

---

Assinado por:  
Vivian Recende  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Adm III 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31) 3406-4500 E-mail: conep@pq.ufmg.br



APÊNDICE A - Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIA E ALTA  
COMPLEXIDADE- ESTOMATERAPIA

Belo Horizonte, 05 de julho de 2018.

Prezada Dra. Maria Socorro de Carvalho Silveira,  
Diretora Administrativa do Pronto Atendimento de Saúde Dr. Alpheu Gonçalves de  
Quadros.

Venho, por meio desta, solicitar autorização para desenvolver pesquisa intitulada  
"ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES COM FERIDA EM UM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA DO NORTE DE MINAS GERAIS", a ser desenvolvida no Ambulatório  
de Feridas de Montes Claros- MG.

Trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), em pós graduação, para  
obtenção do título de especialista em Estomatoterapia, pela Universidade Federal de  
Minas Gerais - UFMG, a ser desenvolvida pela aluna enfermeira Christiane Borges  
Evangelista em parceria com o enfermeiro Hugo Emanuel Santos Pimenta, sob  
orientação da professora Dra. Eline Lima Maia.

Aguardo parecer.

Atenciosamente,

CHRISTIANE BORGES EVANGELISTA  
ENFERMEIRA MATRÍCULA COREN 90.412

Diante do exposto e após autorização do COEP, observando todas as normas  
éticas para realização de pesquisa científica.

AUTORIZO (  )

NÃO AUTORIZO (  )

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

Maria Socorro de Carvalho Silveira  
Diretora Administrativa de  
Hospital Alpheu de Quadros

## APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

Data da coleta: ____/____/____ IDENTIFICAÇÃO		
Nome:	1. ESF referência:	tel. contato:
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS		
2. Sexo: ( 1 ) fem ( 2 ) masc	3. Idade: _____Anos	4. Raça/etnia: ( 1 ) branca ( 2 ) preta ( 3 ) parda ( 4 ) amarela ( 5 ) indígena
5. Estado Civil: ( 1 ) casado ( 2 ) união estável ( 3 ) solteiro ( 4 ) divorciado ( 4 ) separado ( 5 ) viúvo		
6. Ocupação: ( 1 ) Nenhuma ( 2 ) Licença INSS ( 3 ) Aposentado ( 4 ) Do lar ( 5 ) Doméstica ( 6 ) Trabalhador rural ( 7 ) outra: _____	7. Anos de estudo: ( 1 ) Analfabeto ( 2 ) Alfabetizado ( 1 ) Ensino fundamental ( 2 ) Ensino médio ( 3 ) Superior. Anos completos de estudo: _____ (Etapa cumprida por último)	
8. Renda mensal: ( 0 ) sem renda ( 1 ) menos de 01 salário mínimo ( 2 ) 01 salário mínimo ( 3 ) 01-03 salários mínimos ( 4 ) mais de 03 salários mínimos. Salário mínimo vigente: R\$ _____		
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
9. Etilismo: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Abstinência. Tempo de abstinência (anos) _____		
10. Tabagismo: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Abstinência	11. Nº cigarros / dia: _____ (1 maço: 20 cigarros)	
12. Doenças associadas: ( 1 ) HA ( 2 ) cardiopatia ( 3 ) DM ( 4 ) hanseníase ( 5 ) hipercolesterolemia ( 6 ) AVC ( 7 ) insuf. renal crônica ( 8 ) câncer ( 9 ) depressão ( 10 ) DPOC ( 11 ) asma ( 12 ) bronquite ( 13 ) outra _____		
13. Medicamentos: ( 1 ) analgésico (paracetamol, dipirona, codeína, paracetamol+codeína [Tylex®, Codex®, Vicodil®,Paco®] ( 2 ) corticosteróides ( 3 ) anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) ( 4 ) sedativos (diazepan, midazolam) ( 5 ) anti-inflamatórios ( 6 ) Hipoglicemiantes ( 7 ) insulina ( 8 ) Nenhum ( 9 ) Antibiótico ( 10 ) anticoagulante (11) Outro: _____		
14. IMC: _____ _____	Altura (m): _____	Peso (kg): _____
15. Etiologia: ( 1 ) lesão por pressão ( 2 ) ferida cirurg. complexa ( 3 ) queimadura ( 4 ) trauma mecânico (abrasão) ( 5 ) úlcera venosa ( 6 ) úlcera arterial ( 7 ) úlcera mista ( 8 ) úlcera anemia falciforme ( 9 ) úlcera neuropática (hansen) (10)úlcera neuropática (DM) (11) úlcera neuroisquêmica(DM) (12)lesão oncológica (13) úlcera de outra etiologia: _____ (14) sem diagnóstico		
16. Localização: ( 1 ) maléolo medial ( 2 ) maléolo lateral ( 3 ) 1/3 inf. perna ( 4 ) 1/3 médio perna ( 5 ) região plantar ( 6 ) calcâneo ( 7 ) ponta do dedo pé ( 8 ) lateral do pé ( 9 ) trocânter (10) ísquio (11) sacra (12) abdominal (13) outra: _____		
17. Número de lesões: _____ 18. Tempo de existência da ferida: _____ 19. Data da primeira avaliação no ambulatório: ____/____/____ 20. Local do tratamento: ( 1 ) Somente ambulatório ( 2 ) ESF/ Ambulatório ( 3 ) Somente avaliação no ambulatório encaminhado tratamento ESF		
21. Tratamento tópico da ferida: ( 1 ) colagenase ( 2 ) AGE ( 3 ) Hidrocolóide ( 4 ) Hidrogel com alginato ( 5 ) Hidrogel Amorfo ( 6 ) Carvão ativado com prata ( 7 ) Película transparente ( 8 ) Espuma de poliuretano		

( 9 )Espuma de poliuretano com prata ( 10 )Espuma de poliuretano com ibuprofeno ( 11 )Alginato com prata ( 12 )Gel de PHMB ( 13 )Compressa de algodão com PHMB ( 14 )Sulfadiazina de prata ( 15 )Bota de UNNA ( 16 ) outro: \_\_\_\_\_

**22. Responsável pela indicação do produto:** ( 1 ) médico ( 2 ) enfermeiro

**23. Forma de saída do serviço:** ( 1 )Alta por cura ( 2 )Alta administrativa(a pedido) ( 3 )Abandono ( 5 )Óbito ( 6 )Não saiu, ainda em tratamento ( 7 ) Avaliado no ambulatório, seguimento no ESF para instituir tratamento e sem retorno ( 8 ) Avaliado no ambulatório, seguimento no ESF para instituir tratamento, alta por cura ( 9 )Discutido tratamento do caso ambulatório/ESF(via email), encaminhada coberturas, perda de seguimento(sem retorno da evolução) . ( 9)Outro: \_\_\_\_\_

24.Existe encaminhamento do ambulatório (anexado) solicitando acompanhamento do ESF: ( 1 ) Sim ( 2 )Não

25.Datas de avaliação registradas no prontuário( listar todas):