

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

LUCIANO COLARES ARAÚJO

**CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO
DE CAPELINHA-MG**

**Belo Horizonte
2015**

LUCIANO COLARES ARAÚJO

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 Enfermagem em Estomaterapia.

Orientador: Prof. Dr. Eline Lima Borges

**Belo Horizonte
2015**

Ficha catalográfica

Colares Araújo, Luciano

CARACTERIZAÇÃO E PREVALÊNCIA DE LESÕES
CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE CAPELINHA-
MG[manuscrito] / Luciano Colares Araújo. - 2015.

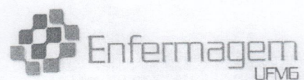
50 f.

Orientadora: Eline Lima Borges.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Assistencia de Enfermagem de Media e Alta Complexidade -
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em
Estomaterapia.

1.Prevalência de Lesão de Pele. 2.Feridas. 3.Cicatrização de
feridas. 4.Úlcera cutânea. I.Lima Borges, Eline .II.Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



LUCIANO COLARES ARAÚJO

TÍTULO DO TRABALHO: "Caracterização e Prevalência de Lesões Crônicas no Município de Capelinha-MG".

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 obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 18 de Dezembro de 2015.

Prof.^a **ELINE LIMA BORGES**

(Orientadora)

(UFMG)

Prof. **JULIANO TEIXEIRA MORAES** (UFMG)Prof. **ALEXANDRE ERNESTO SILVA** (UFMG)

Agradecimentos

Á Deus que me deu a vida em uma grande família.

Á prof.^a mestre Dr^aEline Lima Borges, a que tenho grande admiração pela sua enorme competência, que sempre demonstrou que não devemos ter medo de compartilhar nosso conhecimento, pois ninguém nunca sabe igual, mesmo que saiba a mesma coisa. Com grande paciência sempre se mostrou interessada nesse trabalho, orientando, dando sugestões, acompanhando cada etapa, que possibilitaram que esse chegasse ao fim.

Aos meus queridos pais e irmãos que sempre estiveram ao meu lado em todas as minhas caminhadas, eternamente grato.

Aos colegas do curso, em especial Sebastião e Eros pelo suporte e parceria.

*Meu desejo é que cada um respeite seu semelhante, que faça o melhor para cada um.
Que esse trabalho possa ajudar a melhorar a qualidade de vida de muitos pacientes.*

RESUMO

As lesões crônicas constituem um problema frequente nos serviços de saúde e comprometem a qualidade de vida do indivíduo que convive com essa enfermidade. O objetivo desse estudo foi identificar a prevalência e o perfil das pessoas com lesões crônicas do município de Capelinha-MG. Trata-se de uma pesquisa transversal de prevalência, com abordagem descritiva exploratória, com amostra de 42 pacientes com lesão crônica que residiam em Capelinha-MG. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2015 por meio de entrevista e exame físico. A prevalência de pacientes com lesões crônicas de diversas etiologias foi de 20 por 10.000 habitantes. A maioria era do sexo feminino, idosa, alfabetizada, com poucos anos de estudo e baixa renda familiar. Os pacientes não consumiam bebida alcoólica e não fumavam. A maioria utilizava um ou mais medicamentos como anti-hipertensivos, analgésicos, ansiolíticos. O número de lesões por paciente variou de 1 a 6, perfazendo o total de 66 lesões, sendo 84,9% localizadas nos membros inferiores. O tempo de existência das lesões variou de menos de um ano a 30 anos. A úlcera venosa estava presente em 33,3% dos pacientes, seguida das úlceras sem diagnóstico e por pressão. A maioria das lesões era tratada com pomada, creme e hidrogel a base de antibiótico ou enzimas. O principal responsável pela indicação do produto era o médico e pela troca do curativo era o técnico de enfermagem ou cuidador. Em Capelinha a prevalência de lesão é semelhante a outras regiões e o município requer uma organização dos serviços de saúde para propiciar uma assistência individualizada visando à cicatrização das lesões de forma mais rápida.

Palavras chaves: Cicatrização de feridas; Úlcera cutânea; Enfermagem; Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Chronic injuries constitute a common problem in health services and it affects the life quality of individuals living with this disease. The focus of this study was to identify the profile and prevalence of people with chronic injuries in the city of Chapelinha-MG. This is a cross-sectional prevalence, sampling 42 patients with chronic injury that live in Capelinha MG. Data collection happened from September to November 2015 through interviews and physical examination. The occurrence of patients with chronic injuries of various diseases was 20 per 10,000 inhabitants. Most were women, elderly, illiterate, with few years of study and low family income. Patients did not consume alcoholic drink and did not smoke. Most uses one or more drugs such as antihypertensives, analgesics, anxiolytics. The number of lesions per patient ranged from 1 to 6, comprising a total of 66 lesions, 84.9% located in lower limbs. The time lapse of lesions existence ranges from less than one year up to 30 years. The venous ulcer was present in 33.3% of patients, followed by undiagnosed ulcers and pressure ulcers. The main responsible for indicating the product was the doctor and the dressing change was the technician nurse or the care giver. In Capelinha the prevalence of injury is similar to other region and the municipality requires an organization of health services to provide individualized care aimed at healing of the lesions faster.

Key words: Wound healing; Skin ulcer; Nursing; Health evaluation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 Aspectos históricos no tratamento de feridas	12
3.2 Definições.....	12
3.3 Fatores que impedem a cicatrização de feridas.....	15
3.3.1 Fatores Extrínsecos	15
3.3.2 Fatores Intrínsecos	16
3.4 Planos de tratamento de feridas que favorecem a cicatrização.....	17
3.5 Agentes tópicos para otimizar a cicatrização.....	19
3.6 Os enfermeiros e seu papel no tratamento de feridas.....	21
4 MATERIALE MÉTODO.....	23
4.1 Tipos de estudo.....	23
4.2 Local.....	23
4.3 População e amostra.....	24
4.4 Coleta de dados.....	24
4.5 Instrumentos para coleta de dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos.....	25
4.7 Análise dos dados.....	26
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	26
7 CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	
ANEXO A	
ANEXO B	

1 INTRODUÇÃO

A maioria das pessoas, em algum momento de sua vida, irá apresentar uma lesão cutânea, denominada também de ferida cutânea. Para grande parte dessas pessoas o processo de cicatrização da lesão será simples e rápido. Embora possa deixar uma cicatriz visível, ele não está associado com dor persistente, exsudato excessivo, odor ou aflição. Mas para alguns pacientes, a cura da lesão é um processo prolongado, acompanhado pelos sinais e sintomas, que adversamente afetam sua qualidade de vida. Os enfermeiros, portanto, enfrentam o duplo desafio de atender às expectativas de paciente quanto à cicatrização da lesão de forma imediata sem problemas e reconhecer e agir adequadamente para aqueles pacientes em que a cura da lesão pode ser prolongada, nesta situação são consideradas lesões crônicas (CUNHA, 2006).

A lesão crônica é aquela que não progride ou responde ao tratamento durante o período de tempo esperado para o seu fechamento, que é em torno de quatro semanas. Apresenta um estado de inflamação persistente, o que prolonga ou interrompe o processo de cicatrização. A cronicidade da lesão é atribuída à presença de fatores intrínsecos e extrínsecos, incluindo medicamentos, má nutrição, doenças associadas ou inadequada seleção de curativo (KORTING, SCHOLLMANN, WHITE, 2011).

O paciente que tem essa lesão geralmente apresenta doença subjacente. São exemplos de feridas crônicas, a úlcera venosa, a arterial, por doença falciforme, por diabetes, a úlcera por pressão e a ferida cirúrgica complexa.

A capacidade que o organismo do indivíduo tem para cicatrizar a lesão e o tempo necessário para que isto ocorra são influenciados pela idade e doenças apresentadas pelo paciente, assim como a etiologia, o tempo de duração, o tamanho, a profundidade e localização da lesão (TVS, 2012), além da carga microbiana presente na ferida (WUWHS, 2008).

A razão para a demora na cicatrização pode não estar relacionada exclusivamente a uma anormalidade dentro da própria lesão. Recursos de saúde disponíveis, disponibilidade de produtos e a habilidade e conhecimento dos profissionais de saúde também podem influenciar os resultados e tempo de cura, assim como a complexidade da própria lesão. Em busca de respostas para a demora da cicatrização, o enfermeiro deve pesquisar fatores relacionados ao paciente e a lesão, como por exemplo, doença subjacente e doenças associadas, dor severa, fatores psicológicos, mobilidade reduzida, tamanho, profundidade e tempo de existência da ferida, além de fatores relacionados à competência clínica que envolve habilidades e

conhecimentos do profissional de saúde e fatores relacionados com recursos para disponibilidade e adequação do tratamento (GOMES, *et al*, 2009).

A organização de serviços para o tratamento das pessoas com lesão crônica perpassa pela identificação da prevalência desse acometimento. Estima-se que seja elevado o número de pessoas com lesão crônica no Brasil, considerando os dados de prevalência de outros países, uma vez que não existem dados publicados por órgãos nacionais, porque apenas a existência de úlcera por pressão passou a ser de notificação compulsória a partir de junho de 2013 (SANTOS, *et al*, 2014).

O município de Capelinha-MG, não tem dados estatísticos do número de pessoas acometidas por lesões crônicas, além de ausência de programas voltados para o cuidado e prevenção destas lesões, e ainda não se sabe qual é a etiologia e quais são as principais causas das mesmas. Diante dessa problemática emergiu-se a necessidade de realizar um estudo no qual será feito a identificação da prevalência de lesões crônicas neste Município.

A Equipe de Saúde da Família, bem como a Secretaria de Saúde de um município devem ter conhecimento de quem são e como vivem as pessoas que têm essas lesões, suas causas e os fatores de risco a fim de programar ações efetivas para prevenir e promover o tratamento mais pertinente a cada paciente, isso justifica e explica a necessidade de se realizar o estudo proposto.

Espera-se que ao final deste estudo obtenha-se um panorama geral de como estão sendo cuidadas e tratadas as pessoas com lesões crônicas existentes no município escolhido para realizar a pesquisa, e assim fornecer relevantes dados que irão subsidiar os gestores no planejamento e organização da rede de serviços para atendimento das pessoas com lesão crônica, além da definição de indicadores para avaliação da qualidade da assistência prestada. Os dados também poderão amparar a elaboração da previsão de gastos para o custeio dos programas de prevenção e tratamento de lesões para o município de Capelinha-MG.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

-Identificar a prevalência e o perfil das pessoas com lesões crônicas do município de Capelinha-MG.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as pessoas com lesões crônicas residentes no município de Capelinha-MG.
- Caracterizar as pessoas quanto às variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas.
- Classificar as lesões quanto ao tempo de existência e etiologia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos no tratamento de feridas

O tratamento das feridas vem evoluindo desde 3000 anos a.C., onde as feridas hemorrágicas eram tratadas com cauterização; o uso de torniquete é descrito em 400 a.C.; a sutura é documentada desde o terceiro século a.C. (PEREIRA, BACHION, 2005).

Durante séculos, o tratamento de feridas variou com o objetivo de melhores resultados cicatriciais em menor tempo possível. Em uma revisão de literatura, Andrade descreve que já na pré-história vários agentes como extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas, lama eram utilizados para obter melhor resposta no processo de cicatrização. Com o passar do tempo e evolução das civilizações passou a serem utilizados outros métodos como: emplastos de ervas, mel, cauterização das feridas com óleos ferventes ou ferro quente, cinzas, mirra, desinfecção com álcool, que eram aplicados sobre as feridas com o intuito de estancar a hemorragia e facilitar a cicatrização (CUNHA, 2006).

No tratamento das feridas, os egípcios utilizavam o conceito de ferida limpa e ocluída, com óleos vegetais, cataplasmas e faixas de algodão. Gregos e romanos empregavam emplastos, banhas, óleos minerais, pomadas, vinho etc. Medievais associavam a plantas medicinais, teia de aranha, ovo, cauterização com óleo quente, associado ao auxílio das preces, pois o corpo humano era considerado sagrado, lugar de residência do espírito ou das forças demoníacas. Neste mesmo período (medieval), os monastérios desenvolviam cada vez mais o estudo das plantas - hoje denominado Fitoterapia - acentuando a importância da manutenção da ferida limpa e remoção dos corpos estranhos e tecido necrótico, e a necessidade de controle da hemorragia, por meio de compressões locais, cauterizações e ligaduras dos vasos sangrantes (SECO & PUIG, 2004).

A história da medicina reporta o surgimento da penicilina (I Guerra Mundial) como um grande passo para o controle da infecção, até, finalmente, chegar aos conceitos atuais de manutenção do leito da ferida úmida, pois este procedimento acelera o processo de cicatrização. Segundo Candido (2001), a ferida cutânea nunca foi bem aceita pela sociedade, podendo esta ser motivo, até, de exclusão social do paciente.

3.2 Definições

A cicatrização de lesões depende de replicação celular, da formação de uma nova matriz de suporte e a eliminação de material danificado, necrótico, estranho ou infectado. Estes processos são dependentes de energia e ocorrem efetivamente na presença de suprimento sanguíneo e fornecimento de nutrientes e oxigênio adequados para a área da lesão (VOWDEN, VOWDEN, 2011).

Os pacientes que apresentam lesão crônica apresentam fatores que reduzem a cicatrização, dificultando a cura. Isso ocorre na presença de doença sistêmica (cardíaca e respiratória), isquemia periférica (doença vascular periférica) e isquemia na própria lesão decorrente de pobre angiogênese e neovascularização. Outro fator que é a inflamação crônica que extrapola o fisiológico (GOMES, *et al*, 2009).

A inflamação é um componente necessário para a cura da lesão, mas passa a ser prejudicial quando mantém um nível inadequado e por tempo prolongado, ultrapassando a fase inicial do processo de cicatrização, ou é estimulada por outros eventos, como a infecção em uma ferida. Doenças como a artrite reumatóide e medicações, por exemplo, esteróides, podem alterar o processo inflamatório e ter um efeito prejudicial sobre a cicatrização (VOWDEN, VOWDEN 2011).

Os dois tipos de feridas de maior prevalência na prática clínica são as úlceras de perna, principalmente as de etiologia venosa, e as úlceras por pressão.

De acordo com Furtado (2003) a úlcera de perna trata-se de uma ulceração abaixo do joelho em qualquer parte da perna, incluindo o pé e que demora mais de seis semanas a cicatrizar e Frade, *et al* (2005) traz uma definição mais clara é presença de solução de continuidade na perna que ocorre em pele previamente lesada, atingindo a derme papilar e que deixa cicatriz.

Segundo o American National Pressure Ulcer Panel (NPUAP) úlcera por pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As úlceras por pressão também estão associadas a vários fatores contribuintes ou de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (AUSTRALIA, 2014, p. 13).

A insuficiência venosa crônica é uma doença extremamente relevante, que acomete pessoas de diferentes faixas etárias e que pode causar sérios problemas socioeconômicos, como, por exemplo, ausência ao trabalho e até mesmo aposentadoria de indivíduos em fase produtividade. Essa doença tem elevadas incidência e prevalência, tendo associação com varizes, úlceras e lesões tróficas de membros inferiores. O diagnóstico é clínico, e, quando

necessário, são utilizados exames complementares. O tratamento envolve terapia de compressão, curativos específicos e procedimentos cirúrgicos (SANTOS, *et al*, 2009)

A úlcera Venosa é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso, causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. Além disso, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou pode ser adquirida (ALDUNATE, *et al*, 2010).

De acordo com Cunha (2006) outra úlcera no grupo das úlceras de perna é a proveniente do diabetes *mellitus*, denominada de úlcera do pé diabética. Os pés apresentam extensa ramificação nervosa, que é responsável pela sensibilidade. Porém, quando a doença evolui, especialmente se não for tratada corretamente, pode levar a:

- danificação nervosa ou “neuropatia periférica”, que provoca alterações de sensibilidade. Na prática há relatos de pessoas que deambulam com objeto estranho dentro do sapato devido à perda de sensibilidade dos pés,
- redução do aporte sanguíneo arterial, que leva a má circulação periférica. Quando isso ocorre, qualquer ferimento ou infecção irá demorar mais tempo até a cura, pois o sangue arterial é fonte de nutrientes responsáveis pelo processo de cicatrização dos tecidos danificados.

Conduzir o tratamento e observar o processo de cicatrização com mais exatidão é imprescindível para a obtenção da cura. Uma complicação muito comum e ao mesmo tempo complexa causada pelo *diabetes mellitus* é denominada de “pé diabético”. É caracterizada por um trauma na região do pé que evolui para uma úlcera com ou sem infecção.

A evolução para algo mais grave ocorre quando a circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia não são controlados de forma correta, provocando neuropatia periférica, úlcera, deformação, infecção, limitação da mobilidade das articulações, problemas vasculares, alteração ao caminhar e infelizmente até mesmo a amputação. Por isso, é prudente o paciente ficar atento a qualquer ferimento nos pés e procurar ajuda precoce, evitando assim, o agravamento da situação (FURTADO, 2003).

A úlcera por pressão é uma afecção cutânea ainda constantemente presente na assistência de enfermagem prestada aos pacientes, especialmente àqueles que estão hospitalizados. A úlcera por pressão é denominada de várias formas incorretas, tais como “úlcera de decúbito”, “ferida de pressão” e por alguns profissionais de saúde é conhecida como “escara”. Sabe-se, no entanto, que a escara significa o tecido necrosado seco, que forma uma crosta presente em fases avançadas de uma ferida (COSTA, 2003).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicou no dia 1º de abril de 2013 a Portaria Nº 529 instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse Programa tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, promovendo melhorias relativas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento e internação. Nessa Portaria a úlcera por pressão passa a ser considerado um do evento no Brasil (BRASIL, 2013).

Destaca-se, portanto, a importância de conhecer a nomenclatura correta desta lesão, assim como a sua etiopatogenia, fatores de risco, estadiamento e classificação das lesões e medidas para a sua prevenção e tratamento. A busca por uma melhor conduta no manejo da prevenção dessas úlceras é essencial, uma vez que com as úlceras por pressão, especialmente frequentes em idosos, estimula no enfermeiro a necessidade da procura por novas fontes de informações e conhecimentos. (SANTOS, *et al*, 2009).

3.3 Fatores que impedem a cicatrização de feridas:

De acordo com Brasil (2002) diversos fatores podem atrasar ou impedir a cicatrização. Esses fatores são classificados como fatores internos ou intrínsecos ou sistêmicos e fatores externos ou locais ou extrínsecos.

3.3.1 Fatores Extrínsecos

Os fatores extrínsecos são pressão, ambiente seco da ferida, trauma na pele ou na ferida, presença de necrose, umidade, presença de infecção na ferida (BRASIL, 2002).

- Pressão: Quando um local de ferida sofre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea da rede capilar pode ser prejudicada, atrapalhando o fluxo sanguíneo e retardando a cicatrização. A pressão contínua sobre um tecido pode causar a úlcera de pressão.
- Ambiente seco: A ferida com ambiente seco causa a desidratação de células e sua morte. Isso gera a formação de crostas sobre a ferida que impede a cicatrização. Manter a ferida hidratada com curativos que retêm a umidade potencializa a migração celular e estimula a epitelização.

- Traumas: As feridas cicatrizam lentamente ou, às vezes, nem cicatrizam quando são repetidamente traumatizadas ou quando o edema permanece, pois o edema interfere no transporte de oxigênio e na nutrição celular da ferida.
- Infecção: A infecção local ou sistêmica pode retardar ou prejudicar a cicatrização. A presença de infecção (ferida com exsudato purulento, febre) indica a necessidade de realizar cultura bacteriológica da ferida.
- Necrose: A necrose varia de cor e aspecto, mas existe dois tipos de tecido desvitalizado mais característicos que podem surgir na ferida: Fibrina – cor amarelada, aderente e úmida; e a escara que tem aspecto de tecido seco, endurecido, de cor escura (negro). A necrose impede a cicatrização da ferida, devendo ser retirada através do desbridamento.
- Umidade – A incontinência fecal e urinária pode alterar a integridade cutânea porque promove a umidade e aumento da sensibilidade da pele. Sendo que as fezes podem infectar a ferida.
- Uso incorreto da técnica de curativo e de coberturas – Percebemos na prática que o uso incorreto da técnica de curativo pode lesionar os tecidos, principalmente o de granulação, além de aumentar o risco de infecção. O uso incorreto de coberturas pode aumentar o tamanho da ferida, principalmente se estas forem aplicadas em excesso.

3.3.2 Fatores Intrínsecos

Brasil (2002) descreve também os fatores intrínsecos. São eles: idade, biótipo, doenças crônicas, condição nutricional, insuficiência vascular, imunossupressão e radioterapia/quimioterapia, medicações, edema e outros no caso da úlcera de pressão.

- Idade: As feridas em idosos cicatrizam mais lentamente do que em indivíduos mais jovens devido ao próprio envelhecimento fisiológico. Fatores como deficiência nutricional, comprometimento imunológico, circulatório e respiratório, podem aumentar o risco de lesões na pele e retardar a cicatrização.
- Biótipo: O tecido adiposo tem um suprimento sanguíneo insuficiente. No paciente edemaciado, como já vimos, o suprimento sanguíneo também fica alterado. No paciente obeso a cicatrização pode ser mais lenta e os cuidados de enfermagem são mais difíceis de serem realizados, como por exemplo, a mudança de decúbito.
- Doenças Crônicas: Diabetes, Hipertensão arterial, doença vascular periférica, câncer e doença coronariana são doenças que retardam o processo de cicatrização devido às alterações sistêmicas.

- Nutrição: O paciente com ferida deve ter uma avaliação nutricional permanente. Resultados de exames laboratoriais, observação da alimentação do paciente, exame físico, avaliação do seu apetite, são indicadores da condição nutricional do paciente.
- Insuficiência vascular: A irrigação sanguínea insuficiente está diretamente ligada ao desenvolvimento de feridas, como as úlceras venosas, arteriais e de pressão.
- Medicamentos: Algumas terapias medicamentosas interferem diretamente no processo cicatricial, devendo ser levado em consideração no momento que for instituído o plano de cuidados ao paciente. Os corticoides, por exemplo, inibem a proliferação epitelial e migração de neutrófilos e macrófagos. Os antiinflamatórios reduzem a síntese de colágeno e inibem a contração da ferida diminuindo a velocidade da epitelização.
- Imunossupressão: Aumentam o risco de infecção devido à deficiência do sistema imunológico.

3.4 Planos de tratamento de feridas que favorecem a cicatrização

Vários tipos de elementos devem ser considerados para o plano de tratamento de feridas destacando-se entre eles cuidados de ordem geral: alimentação, nutrição, higiene, deambulação ou mobilização. Cuidados com a ferida: avaliação a cada troca de curativo, por meio de instrumentos e critérios adequados já referidos, e documentação, utilizando escalas de avaliação, também já referidas e o estabelecimento de procedimentos e técnicas, e sua permanente reavaliação e revisão pela equipe multidisciplinar: a equipe deve discutir as diversas etapas do processo de tratamento de lesões, assim como selecionar e indicar o conjunto de recursos que serão utilizados, tanto nos aspectos preventivos como nos de recuperação (MANDELBAUM, *et al*, 2003).

Esse conjunto de recursos e tecnologias deve ser decidido em equipe, por meio do estabelecimento de protocolos básicos, que devem incluir: procedimentos para higienização da ferida, com a utilização de técnicas e recursos atualizados constantemente, com base em evidências da literatura; procedimentos e recursos para remoção de tecido necrótico desvitalizado, de acordo com o tipo de ferida; recursos para proteção da ferida e da área periférica, e prevenção de infecção; coberturas adequadas ao tipo de ferida, selecionadas conforme parâmetros relativos à localização da ferida (saliências ósseas, local anatômico, região de dobras); área (comprimento versus largura) e profundidade da lesão; características e quantidade de exsudato; existência de túneis ou cavidades, vitalidade dos tecidos do leito da ferida e condições das bordas, bem como, presença de edema, odor, coloração do leito e área

próxima. Diagnóstico preciso do tipo de ferida e estágio do processo cicatricial, e estabelecimento de metas e objetivos em função de cada estágio. Treinamento e reciclagem contínuos das equipes. Acompanhamento e documentação para controle e avaliação, e estabelecimento de evidências sobre a eficácia dos diversos recursos e reavaliação contínua (CUNHA, 2006).

As pomadas constituem o tratamento mais utilizado, mas não garantem a oclusão. O uso de pomada com antibiótico para tratamento de lesões cutâneas colonizadas é hoje contraindicado, pois ocasionam dermatites, sensibilidade, bem como o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, não tem eficácia comprovada. A aplicação deste tipo de pomada em feridas infectadas é também contraindicada por não proporcionar o alcance de nível sérico adequado para controlar e combater a infecção. A neomicina, por exemplo, é a que mais frequentemente ocasiona alergia, e o seu uso não erradica os microrganismos da ferida (GOMES; BORGES, 2008).

No caso da pomada com sulfadiazina de prata, esta é vista como padrão para o tratamento de queimaduras. Contudo, tem sido utilizada em feridas crônicas sem evidência de benefícios neste tipo de tratamento. Existem ainda cremes com a associação da sulfadiazina de prata e nitrato de cério (COELHO, *et al*, 2010).

Um artigo que compara a sulfadiazina de prata e a prata nonocristalizada apresentam ainda como efeitos adversos desta substância a leucopenia, toxicidade renal e hepática, e pode ainda retardar o processo de cicatrização de queimaduras de segundo grau, além de já ter sido documentada resistência bacteriana. Este estudo apresenta como vantagens a aplicação fácil que promove a adesão do paciente ao tratamento. Mas destaca que a prata nanocristalina apresenta menos toxicidade, e maior ação bactericida em relação à sulfadiazina de prata (ADHYA, *et al*, 2015).

Outro item citado pelas autoras são os ácidos graxos essenciais (AGE). São constituídos por ácido linoleico e apresentam-se de forma oleosa. Para prevenção de lesões deve ser utilizado para hidratação da pele, entretanto não deve ser aplicado em úlceras por pressão. Seu uso para tratamento de feridas, sendo colocado diretamente no leito da lesão com gazes umedecidas com o produto não é recomendado pelo ministério da saúde, já que se trata de um cosmético (GOMES; BORGES, 2008). Desta forma, não há evidências para que este seja usado no tratamento de feridas.

A diversidade de tratamentos e condutas direcionadas às úlceras por pressão necessita de embasamento e comprovação científicos, por meio de estudos, publicação de artigos, investigação de novos produtos e técnicas, mas, prioritariamente, o interesse por parte dos

profissionais de saúde, em especial a enfermagem, de modificar a realidade dos pacientes, principalmente os idosos em risco de desenvolver lesões.

3.5 Agentes tópicos para otimizar a cicatrização

Embora a reparação tecidual seja um processo sistêmico, é necessário favorecer condições locais através de terapia tópica adequada para viabilizar o processo fisiológico. A terapia tópica de feridas é fundamentada em estudos científicos sobre a fisiologia de reparação tecidual, e norteado pelos seguintes princípios: remover tecidos necróticos e corpos estranhos do leito da ferida, identificar e eliminar processos infecciosos, obliterar espaços mortos, absorver o excesso de exsudato, manter o leito da ferida úmida, promover isolamento térmico e proteger a ferida de traumas e invasão bacteriana. A limpeza e cobertura caracterizam as etapas da terapia tópica (BLANES, 2004).

O agente tópico é uma substância que é aplicada na ferida e o penso é a cobertura que visa provocar a cicatrização e a proteção da lesão. A escolha dos agentes tópicos e dos tipos de pensos pode variar de acordo com a dinâmica das feridas. Normalmente vários fatores devem ser levados em consideração, dentro dos quais a profundidade, o formato, o tamanho, a quantidade de exsudação, o local, a aparência, o ambiente para o tratamento e a classificação da ferida. Alguns fatores devem ser levados em consideração como o conforto do paciente, a facilidade de aplicação, a eficácia e o custo (GODOY; PRADO, 2005).

O uso de tratamentos tópicos para as feridas infectadas continua a ser um assunto polêmico. Os antimicrobianos continuam a ser usados em certos tipos de feridas infectadas, embora, para se atingir um efeito terapêutico sustentado deveriam usar-se como coadjuvantes de antibióticos sistêmicos. Os antissépticos são soluções químicas usadas para reduzir a infecção nos tecidos vivos por vezes estes precisam de ser aplicados em concentrações altas para que possam destruir eficazmente os patógenos invasores (GOMES, *et al*, 2009).

Assim, se conclui que é preciso conhecer a eficiência de cada produto frente à diversidade de situações hoje em dia assistimos ao aparecimento de uma vasta gama de produtos e ferramentas ao dispor dos profissionais de saúde, o que não implica obrigatoriamente melhoria de qualidade de cuidados. Cabe destacar que o sucesso do tratamento depende, dentre outros fatores, da criteriosa escolha, bem como, da adequada utilização dos produtos selecionados (GOUVEIA, 2003).

A seguir descreveremos alguns produtos frequentemente utilizados segundo os autores BELO HORIZONTE, 2003; BORGES; OLIVEIRA; LIMA, 2004; GOMES, *et al*, 2009.

a) Sulfadiazina de prata - anti-séptico eficaz contra uma grande variedade de microrganismos é um agente antimicrobiano tópico na terapia de queimaduras, feridas cirúrgicas, úlceras e escaras infectadas, permitido permanecer até 24 horas.

b) Placa de Hidrocolóide - estimula a angiogênese devido hipóxia no leito da ferida, absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade, proporcionam alívio da dor, mantém a temperatura em torno de 37°C ideal para o crescimento celular, promovem o desbridamento autolítico, feridas com médio exsudato, com ou sem tecido necrótico, queimaduras superficiais, a troca deve ser feita antes de vazar ou no sétimo dia.

c) Grânulos de Hidrocolóide - São indicados na presença de feridas profundas, cavitárias; compostos por partículas de carboximetilcelulose, que, na presença de exsudato, formam um gel na cavidade da ferida, devem ser sempre usados associados à placa de hidrocolóide, pois auxiliam a ação da mesma e devem ser trocados juntamente com as placas.

d) Alginato de cálcio – compostos por fibras de ácido algínicos extraído das algas marinhas marrons contendo íons de cálcio e sódio, através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove a granulação, auxilia o desbridamento autolítico, feridas infectadas com exsudato intenso com ou sem tecido necrótico e sangramento, cobertura primária podendo permanecer até sete dias ou quando saturar e a troca da cobertura secundária ocorrerão quando a gaze dupla ou aberta umedecer.

e) Hidrogel Amorfo - composto de goma de co-polímero que contém grande quantidade de água deve ser usado sempre associado a coberturas oclusivas ou gaze, mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico, não adere ao leito da ferida, indicado por fornecer umidade ao leito da ferida. A troca permitida é entre um intervalo médio de 48 horas.

f) Carvão Ativado - composto por tecido de carvão ativado, impregnado com prata, envolto externamente por uma película de nylon, requer uma cobertura secundária, indicado em feridas fétidas e infectadas e bastante exudativas, elimina odores desagradáveis, absorve exsudato, é microbicida, mantém a temperatura em torno de 37°C e usado para desbridamento autolítico. A troca da cobertura primária é feita até sete dias ou quando saturar e a troca da cobertura secundária ocorrerá quando a gaze dupla ou aberta umedecer.

g) Papaína – é uma enzima proteolítica extraída do látex de caricá papaya, indicado em todo tecido necrótico principalmente naqueles com crosta, ação anti-inflamatória, bactericida e cicatricial, atua como desbridante, a substituição do curativo é indicado, em média, a cada 12 horas.

h) Neomicina - A Neomicina é particularmente eficaz contra germes Gram-Negativos e, também, contra alguns germes Gram-Positivos como os estafilococos, a neomicina não é

absorvida pela pele intacta. É indicado para feridas cirúrgicas ou traumáticas, cortes, abrasões, queimaduras pequenas. As pomadas de neomicina devem ser aplicadas duas ou três vezes ao dia.

3.6 Os enfermeiros e seu papel no tratamento de feridas

Os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar no tratamento de feridas e precisam estar cientes de suas responsabilidades, tanto em relação ao conhecimento técnico para avaliação contínua das lesões, quanto à qualidade e quantidade dos insumos utilizados. É evidente que o tal papel deve ser visto no contexto da equipe multidisciplinar, porque as feridas não podem ser encaradas como algo isolado do resto do corpo. Além de serem profissionalmente responsáveis, as enfermeiras também têm o dever de cuidar de seus pacientes, a falta de prestar os devidos cuidados e causar dano ao paciente é negligência, é imprescindível que se faça uma avaliação holística e integrativa do paciente (COSTA et al, 2012).

A temática das feridas tem vindo a tornar-se cada vez mais freqüente nas práticas do dia a dia dos enfermeiros, o que não significa que seja um assunto esgotado, o tratamento de feridas não é uma questão recente ou inovadora, para poderem oferecer os mais elevados padrões de cuidados, os enfermeiros devem estar sempre cientes dos avanços recentes e suas implicações na prática (MORAIS *et al*, 2008).

Embora possa haver discussão sobre quem avalia uma ferida e planeja o tratamento, não há o menor conflito quanto à implementação do plano. A grande maioria das feridas é tratada por enfermeiros. Aplicar um curativo que seja confortável e permaneça no lugar requer certo grau de destreza manual. A experiência também tem importância considerável. Compreender a ação dos produtos interativos para tratamento de feridas também é necessário no momento de remover o curativo (COSTA et al, 2012)

Os pacientes serão acompanhados por toda equipe de saúde, levando em consideração as atribuições de cada profissional e as particularidades de cada paciente. A primeira avaliação será realizada pelo enfermeiro, que encaminhará ao médico após suas condutas iniciais. Os retornos durante o tratamento com coberturas, cremes e soluções ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e critério do enfermeiro, não podendo extrapolar o máximo preconizado para cada cobertura ou solução (MORAIS *et al*, 2008).

A cada troca de curativo, o enfermeiro deve monitorar o progresso da ferida e a eficácia do curativo. A avaliação é um processo contínuo. Parte da avaliação também envolve

documentação e comunicação com outros membros da equipe. A documentação eficaz registrará o tamanho e a aparência da ferida. Quaisquer mudanças precisam ser comunicadas aos outros membros da equipe, como parte do intercâmbio de informações sobre o progresso do paciente (COSTA et al, 2012).

A definição de uma conduta terapêutica sofre influência direta da "história da ferida", ou seja, causa, tempo de existência, presença ou não de infecção. Além disso, deve ser avaliada a dor, edema, extensão e profundidade da lesão, as características do leito da ferida, características da pele ao redor e exsudato. A avaliação da ferida deve ser periódica, e é de fundamental importância acompanhar a evolução do processo cicatricial e a cobertura utilizada (BLANES, 2004).

Outro aspecto do papel do enfermeiro no tratamento de feridas é proporcionar educação aos outros. A educação do paciente é importante para ampliar seu consentimento e sua compreensão dos diferentes aspectos do tratamento. Também é possível que os enfermeiros precisem de informações sobre alguns aspectos do tratamento de feridas bem como módulos de cuidados (COSTA et al, 2012)

Um importante aspecto do papel do enfermeiro especializado é oferecer aconselhamento, como perito, no tratamento e prevenção de todo tipo de ferida. Além de terem boa compreensão da gama de produtos para tratamento de feridas, muitos desses enfermeiros especializados são capazes de oferecer orientação na escolha de colchões e camas aliviadores da pressão. O enfermeiro especializado poderá ser chamado para negociar com outros membros da equipe sobre os cuidados necessários para cada paciente individual. Grande parte dos cuidados clínicos administrados oferece oportunidades ideais para o ensino numa base individualizada (MORAIS *et al*, 2008).

4 MATERIALE MÉTODO

4.1 Tipos de estudo

Trata-se de uma pesquisatransversal de prevalência, com abordagem descritiva exploratória, envolvendo pacientes com lesão crônica do Município de Capelinha-MG.

Para Moresi (2003) a pesquisa de campo refere-se a uma investigação realizada empiricamente com intuito de pesquisar e explicar determinado fenômeno que ocorreu ou ocorre em um lugar específico. Podendo utilizar-se entrevista, questionário, testes, formulários e observação, para coleta de dados.

De acordo com Gil (2008) uma pesquisa pode ser descritiva de acordo com o procedimento técnico adotado. Esse estudo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com fenômeno ou processo investigado. O pesquisador deve descobrir a frequência com o que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional.

Dalfovo, Lana e Silveira (2008) definem pesquisa quantitativa com sendo aquela que possui mínimas possibilidades de distorções dos dados e garante precisão das informações coletadas. Geralmente trabalha-se com uma amostragem maior e visa apurar opiniões, atitudes e interesses compartilhados por determinada população. Na pesquisa quantitativa os dados são representados por tabelas e gráficos capazes de estimar, potencial, volume, tamanho e importância dos dados coletados (GUNTHER, 2006).

4.2 Local

O estudo foi realizado na cidade de Capelinha, no estado de Minas Gerais, localizada no Vale Jequitinhonha, que de acordo com o Censo demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística (IBGE), esse município possui área territorial de 965.368 km², conta com uma população estimada no ano de 2014 em 37.041 pessoas, sendo 17.145 do sexo masculino e 17.658 do sexo feminino. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,653. O produto interno bruto (PIB) per capita a preços correntes em 2012 foi R\$9.753,81. A religião predominante é católica (IBGE, 2014).

O referido município conta com 17 unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma instituição hospitalar, 10 Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma clínica odontológica, um Núcleo de Assistência Social da Família (NASF), um Centro de

Apoio Psicossocial (CAPS-I), um laboratório de análises clínicas, uma farmácia popular e um Centro Viva Vida (CVV).

4.3 População e amostra

O município de Capelinha não conta com sistema informatizado no qual conste o registro das pessoas que apresentam lesão e são acompanhadas pela rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, a população desse estudo era desconhecida.

As pessoas com lesão foram identificadas por meio da avaliação das fichas de cadastro existente nos 10 ESF, com cobertura inclusive da zona rural. Após identificação do local onde as pessoas com lesão residiam. Os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, da área de abrangência em que as pessoas com lesão pertenciam, foram convidados, em nome do gestor, a participar de uma reunião com um dos pesquisadores desse estudo. Nesse encontro foram confirmados os dados extraídos da ficha de cadastro e nomes de outras pessoas com lesão que ainda não estavam cadastradas foram citadas por esses profissionais.

Para fazer parte da amostra foram estabelecidos os critérios de inclusão: morar na cidade de Capelinha, ter no mínimo 18 anos de idade, ter lesão crônica considerada como aquela com mais de quatro semanas de existência, ser acompanhado pelas Equipes de Saúde da Família.

A amostra desse estudo foi constituída por 42 pessoas com lesões crônicas de várias etiologias e localizadas em diversas regiões do corpo, considerando que não foram identificadas pessoas com menos de 18 anos e que um adulto recusou a participar do estudo.

4.4 Coleta de dados

De acordo com Gil (2008), a coleta de dados nada mais é que o levantamento e armazenamento de informações que irão ajudar o pesquisador no processo captação de informações para construção de sua pesquisa.

Os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família foram convidados a participar da coleta da pesquisa e oito aceitaram o convite. O pesquisador fez a capacitação desses enfermeiros junto com a realização do teste piloto no mês de setembro de 2015. Na primeira etapa os enfermeiros foram informados sobre a proposta e objetivos da pesquisa e receberam capacitação fornecida pelo pesquisador para a coleta dos dados e o preenchimento correto do

questionário. A segunda etapa da capacitação compreendeu a aplicação do instrumento pelos enfermeiros como teste piloto e esclarecimento de dúvidas. As fragilidades do instrumento de coleta identificadas pelo grupo foram corrigidas pelo pesquisador. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2015.

As pessoas com lesões crônicas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.5 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário com questões fechadas o qual foi elaborado de forma a atingir os objetivos deste trabalho. O questionário é um instrumento desenvolvido cientificamente, composto de um conjunto de perguntas ordenadas de acordo com um critério predeterminado, que deve ser preenchidos pelos informantes sem a presença do pesquisador. Os questionários geralmente são utilizados para a obtenção de grandes quantidades de dados, geralmente para análises quantitativas (MOYSÉS; MOORI, 2007).

O instrumento de coleta contemplou questões com a finalidade de conhecer as variáveis sócias demográficas, epidemiológicas e clínicas referentes ao paciente, à lesão e ao tratamento da mesma (APÊNDICE A).

- Variáveis sócias demográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar e unidade de saúde de procedência.
- Variáveis epidemiológicas e clínicas: doenças crônicas, estado nutricional e doença ou condição associada à lesão.
- Variáveis da lesão: tipo de lesão (etiologia); número de lesões; tempo de evolução da lesão, tipo de curativo, tipo de cobertura e localização anatômica da ferida.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos. Inicialmente foi enviada uma carta de apresentação à Secretaria Municipal de Saúde e obtido autorização para realização da pesquisa no município (ANEXO A).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), órgão institucional da UFMG que visa proteger o bem-estar dos indivíduos participantes em pesquisas realizadas no âmbito da Universidade, que foi aprovada sob o parecer CAAE - 48528815.7.0000.5149 (ANEXO B).

As pessoas que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O participante não teve qualquer tipo de ônus decorrente da pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Após a coleta das informações, os dados foram armazenados em planilhas do programa Epidata, versão 3.1, e conferidos para avaliação de consistência. Os cálculos estatísticos foram realizados por meio do programa *StatisticalPackage for Social Sciences Software* (SPSS, *version 22.0*, Chicago, IL, USA).

Para a análise, os dados foram organizados e categorizados de acordo com as variáveis coletadas, organizados por meio de agrupamentos e associações que correspondem ao objetivo do estudo. As variáveis contínuas foram descritas em suas medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão) e variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e porcentagens.

A prevalência (P) de pessoas com lesão crônica do Município foi calculada da seguinte forma:

$$P = \frac{\text{Número de Pessoas com lesão crônica X 10.000}}{\text{Número de pessoas residentes no município no período estudado}}$$

5 RESULTADOS

Foram identificadas 43 pessoas com lesões crônicas residentes em Capelinha/MG e atendidos nos serviços de saúde dessa cidade. A prevalência de pacientes com lesões crônicas de diversas etiologias foi de 20 por 10.000 habitantes. A amostra foi composta por 42 pessoas com lesões. A apresentação das variáveis socioeconômicas e demográficas da amostra encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas dos participantes (n = 42). Belo Horizonte, 2015.

Variáveis	Categorias	N	%	Média (DP)	Mediana
Sexo	Feminino	24	57,1	-	-
	Masculino	18	42,9		
Idade (anos)	20-59	15	35,7	65,2(19,8)	70
	Acima de 60	27	64,3		
Escolaridade (anos de estudo)	0	20	47,6	2,5(3,1)	1,0
	1 a 4	15	35,7		
	5 a 8	05	11,9		
	9 a 12	02	4,8		
Alfabetização	Analfabeto	20	47,6	-	
	Alfabetizado	22	52,4		
Estado civil	Casado	15	35,7	-	
	União estável	01	2,4		
	Solteiro	10	23,8		
	Divorciado	02	4,8		
	Separado	01	2,4		
	Viúvo	13	31,0		
Raça/etnia	Branca	08	19,0	-	
	Preta	08	19,0		
	Parda	26	61,9		
Renda familiar mensal (SM)- R\$ 788,00	1 SM	32	76,2	2,1(2,07)	1
	2 SM	01	2,4		
	Não registrado	09	21,4		
Água tratada	Sim	42	100,0	-	
	Não	00	0,0		
Rede de esgoto	Sim	35	83,3	-	
	Não	07	16,7		
Coleta de lixo	Sim	40	95,2	-	
	Não	02	4,8		
Aposentado	Sim	21	50,0	-	
	Não	21	50,0		
Ocupação atual	Sim	16	38,1		
	Não	26	61,9		

A maioria dos participantes era do sexo feminino, idosa, a idade variou de 20 a 88 anos com média 65,2 (\pm 19,8) anos, alfabetizada (52,4%), com baixa escolaridade, mediana de

um ano de estudo (35,7% menor que 4 anos) e de baixa renda familiar (76,2% de 1 salário mínimo). Os participantes residiam em casa com água tratada (100,0%), rede de esgoto (83,3%) e coleta de lixo (95,2%).

A maioria se declarou de raça parda (61,9%) ou preta (19,0%), era casada (35,7%) ou mantinha união estável (2,4%), estava aposentada (50,0%) ou tinha uma ocupação de trabalho (50,0%), como por exemplo, trabalhador rural (16,7%) e do lar (16,7%). Alguns (11,9%) estavam afastados pelo INSS.

Os participantes negaram o consumo de bebida alcoólica (97,6%) ou estavam em abstinência (2,4%). A maioria dos pacientes negou o uso do cigarro (90,5%) e alguns (9,5%) tinham esse hábito. As características clínicas da amostra são apresentadas na Tabela 2. Dos 31 pacientes da amostra que possuíam doenças associadas, 15 apresentavam mais de uma, sendo que as mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (46,3%), diabetes *mellitus* (18,5%) e cardiopatia (9,2%).

Tabela 2: Distribuição das variáveis clínicas da amostra. Capelinha/MG, 2015.

Variáveis	Categorias	n	%	Média (DP)
Doenças Associadas* (n=54)	Hipertensão arterial sistêmica	25	46,3	-
	Diabetes <i>mellitus</i>	10	18,5	
	Cardiopatia	05	9,2	
	Depressão	04	7,4	
	Dislipidemia	04	7,4	
	Deficiente mental	02	3,7	
	Doença renal crônica	01	1,8	
	Doença de Parkinson	01	1,8	
	Câncer	01	1,8	
	Anemia falciforme	01	1,8	
Glicemia** (n=32)	≤126	25	78,1	113,5(46,9)
	>126	07	21,9	
Hemoglobina** (n=21)	<12,5	12	57,1	15,2(16,4)
	≥12,5	09	42,9	
Locomoção	Deambula	19	45,2	
	Deambula com dificuldade	09	21,4	
	Deambula com ajuda de prótese/órtese	03	7,1	
	Cadeirante	03	7,1	
	Acamado	08	19,0	
IMC** (n=24)	Baixo peso (> 18,5)	01	4,2	26,1(6,6)
	Normal	11	45,8	
	Sobrepeso /obeso	12	50,0	

*Dos 31 pacientes que apresentam doenças associadas, 16 apresentavam uma, nove apresentavam duas, cinco apresentavam três e um paciente apresentava cinco doenças associadas.

**n inferior ao tamanho da amostra (42) devido à falta de registro do dado.

Em relação ao tratamento medicamentoso, 14,3% não faziam uso de medicamentos. Os demais pacientes (85,7%) utilizavam um ou mais medicamentos como: 23 utilizavam anti-hipertensivos, 20 utilizavam analgésicos, 15 utilizavam ansiolíticos, 09 utilizavam antidiabético, 08 utilizavam antiplaquetários, 07 utilizavam hipoglicemiante oral, 06 utilizavam anticonvulsivante, 05 utilizavam antiinflamatórios, 03 faziam reposição de vitaminas e minerais, 01 utilizava protetor gástrico, 01 utilizava insulina e 01 utilizava antibiótico.

A maioria (54,6%) apresentava limitação na deambulação, inclusive 19,0% eram acamados. Muitos pacientes da amostra não apresentavam resultados de exames laboratoriais (glicemia em jejum e hemoglobina) ou informações referentes aos seus dados antropométricos. Dentre os que apresentavam registro, a maioria apresentava alteração no índice de massa corporal (baixo peso ou sobrepeso/ obesidade) e na taxa e hemoglobina sérica (57,1%). Os dados das características das lesões dos pacientes são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Características da lesão e da pele dos participantes. Capelinha/MG, 2015.

Variável	Categoria	n (%)	Média (DP)
Número de lesões por paciente	01	26(61,9)	1,79(1,24)
	02	06(14,3)	
	03	06(14,3)	
	04	02(4,8)	
	05	01(2,4)	
	06	01(2,4)	
Localização* (n=66)	Maléolo medial	06 (9,1)	
	Maléolo lateral	11 (16,7)	
	1/3 inferior	14 (21,3)	
	1/3 médio	07 (10,6)	
	Calcâneo	04(6,0)	
	Plantar	02(3,0)	
	Lateral do pé	06(9,1)	
	Dedo	06(9,1)	
	Trocanter	04(6,0)	
Sacral	06(9,1)		
Pele perilesão	Íntegra	15(35,7)	
	Macerada	01(2,4)	
	Eritematosa	09(21,4)	
	Descamativa	08(19,0)	
	Pruriginosa	05(11,9)	
	Dermatite	04(9,5)	
Odor	Imperceptível	30(71,4)	
	Desagradável	12 (28,6)	
Dor na lesão	Frequentemente	20 (47,6)	
	Às vezes	10 (23,8)	
	Não	12 (28,6)	

*Alguns pacientes apresentavam mais de uma lesão

O número de lesões por paciente variou de 1 a 6, média 1,79 ($\pm 1,24$), perfazendo o total de 66 lesões crônicas. A maioria (61,9%) dos pacientes tinha uma lesão. Quanto à localização das lesões, 84,9% estavam nos membros inferiores, distribuídas na região da perna (57,7%) e do pé (27,2%), as 15,1% das úlceras estavam na região da pelve, localizadas no trocânter (6,0%) ou região sacral (9,1%).

A maioria dos pacientes (64,3%) apresentava alteração na pele ao redor da lesão, sendo as mais frequentes o eritema (21,4%), a descamação (19,0%) e o prurido (11,9%).

A área das lesões variou de 0,81 a 500 cm², média de 39,59($\pm 11,9$) cm² e mediana de 12 cm². O odor desagradável estava presente nas lesões de 28,6% dos pacientes e a dor em 71,4% de forma frequente (47,6%) ou esporádica (23,8%). A etiologia das lesões e o respectivo tempo de existência estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da frequência dos pacientes da amostra conforme etiologia da lesão pelo tempo de existência. Capelinha, 2015.

ETIOLOGIA DA LESÃO	TEMPO DE EXISTÊNCIA (ANOS)																				TOTAL			
	<1		1		2		3		5		6		7		14		22		25		30		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Úlcera por pressão	6	75,0	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	19,0
Ferida cirúrgica	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4
Trauma mecânico	2	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	4	9,5
Úlcera venosa	5	35,7	2	14,3	0	0	2	14,3	1	7,1	2	14,3	0	0	1	7,1	0	0	0	0	1	7,1	14	33,3
Drepanocitose	0	0	0	0	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4
Úlcera neuropática(DM)	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4
Úlcera neuroisquêmica	1	50,0	0	0	0	0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,8
Úlcera oncológica	0	0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4
Úlcera por doença de Buerger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100,0	0	0	1	2,4
Úlcera sem diagnóstico	4	44,4	3	33,3	1	11,1	1	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	21,4
TOTAL	20	47,6	7	16,7	3	7,1	4	9,5	1	2,4	2	4,8	1	2,4	1	2,4	1	2,4	1	2,4	1	2,4	42	100

O tempo de existência das lesões variou de menos de um ano a 30 anos, sendo 47,6% a apresentavam a menos de um ano, seguidos de 16,7% com um ano de existência. O paciente que apresentava úlcera de 30 anos de existência era de etiologia venosa. Essa etiologia estava presente em 33,3% dos pacientes, seguidos dos pacientes com úlcera sem diagnóstico (21,4%) e por pressão (19,0%). As peculiaridades do tratamento das lesões estão na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de frequência dos produtos utilizados no tratamento da lesão pelos participantes. Capelinha/MG, 2015.

Variáveis	Categorias	N	%	Média (DP)
Produto	Colagenase + clorafenicol	11	26,2	
	Sulfadiazina de prata	07	16,7	
	Óleo de girassol	07	16,7	
	Neomicina	03	7,1	
	Neomicina+bacitracina	03	7,1	
	Colagenase	03	7,1	
	Alginato de cálcio	03	7,1	
	Hidrogel	02	4,8	
	Ácidos graxos essenciais	01	2,4	
	Espuma com prata	01	2,4	
	Remédio caseiro (ervas)	01	2,4	
Trocas/ semana	02	07	16,7	9,3(5,7)
	07	21	50,0	
	14	09	21,4	
	21	05	11,9	
Terapia compressiva* (n=14)	Bota de Unna	02	14,3	
	Meia de compressão	02	14,3	
	Nenhuma ou bandagem de crepom	10	71,4	
Responsável pela indicação	Médico	25	59,5	
	Enfermeiro	10	23,8	
	Técnico de enfermagem	03	7,1	
	Farmacêutico	03	7,1	
	Conhecido	01	2,4	
Responsável pela troca	Enfermeiro	02	4,8	
	Técnico de enfermagem	17	40,5	
	Paciente	09	21,4	
	Cuidador	14	33,3	

*Se aplica a pacientes com úlcera de etiologia venosa.

O tratamento tradicional estava presente em 90,5% dos pacientes e consistia da aplicação de produtos na apresentação de pomada, creme e hidrogel a base de antibiótico ou enzimas, sendo que 33,3% dos pacientes utilizavam colagenase com ou sem cloranfenicol, 30,9% produtos a base de antibiótico exclusivo e 19,1% óleos, incluindo o óleo mineral e os ácidos graxos essenciais. As coberturas interativas estavam representadas pelo alginato de cálcio e espuma com prata e eram aplicadas em lesões de 9,5% dos pacientes. A credence popular, na forma de ervas estava presente no tratamento de 2,4% dos pacientes. E principal

responsável pela indicação do produto era o médico (59,5%) e pela troca era o técnico de enfermagem (40,5%) seguido do cuidador (33,3%).

A troca de curativos das lesões da maioria dos pacientes (83,3%) ocorria uma (50,0%), duas (21,4%) ou três (11,9%) vezes ao dia, média $9,3(\pm 5,7)$ vezes na semana.

Dos pacientes com úlcera venosa, a maioria (71,4%) não utilizava terapia de compressão.

6 DISCUSSÃO

Lesões crônicas é um problema de saúde significativo confrontando o sistema de saúde e pacientes. Eles exigem a alocação adequada de recursos para efetivamente resolver o problema de saúde. Para alocação de recursos financeiros e humanos é imprescindível conhecer a dimensão do problema. Isso pode se dá por meio de estudos de prevalência e incidência.

Estudos epidemiológicos de lesões crônicas realizados no contexto de serviços de saúde pública do Brasil são raros, e esses quando ocorrem são geralmente desenvolvidos no cenário hospitalar. Essa realidade se assemelha a China, uma vez que lesões cutâneas crônicas representam um grande fardo de cuidados de saúde. No entanto, existe pouca informação sobre as mudanças epidemiológicas associadas com o desenvolvimento social e econômico ocorridos recente nesse país (JIANG *et al.*, 2011).

Em Capelinha a prevalência de lesões crônicas foi 20 por 10.000 habitantes, correspondendo a 0,2%, compreendendo pessoas com lesões de etiologias diversas, como úlcera venosa, por doença falciforme, diabetes, por pressão e outras causas. Em estudo realizado na França a prevalência global não ponderada dos pacientes com uma lesão crônica foi de 10,2% (IC 95%: 9,9%; 10,6%). Estas feridas crônicas eram predominantemente úlceras de perna, úlceras do pé diabético ou úlceras por pressão, mas também incluiu feridas de todas as etiologias (MEAUME, *et al.*, 2012). Esses tipos de lesões cutâneas também fizeram parte dessa pesquisa.

Estudo de revisão realizado a respeito de prevalência e incidência de lesões crônicas contou com estudos 69 realizados em diversos países, exceto Brasil. Desses estudos, 42 foram sobre úlceras por pressão, 20 em úlcera diabética, 10 em úlcera venosa, e 3 em úlcera por insuficiência arterial. A referida revisão identificou que estudos a respeito do tema apresentam heterogeneidade significativa em termos de desenho e método de coleta de dados. Ele variou de estudo transversal, estudo de coorte retrospectivo, estudo de coorte prospectivo, estudo aleatório controlado. Os estudos retrospectivos contaram com fonte de dados secundária e dependiam de registros prévios dos profissionais. Isto poderia levar a subnotificação da prevalência e incidência de feridas crônicas. Os estudos de coorte transversal utilizaram o exame direto da pele ou utilizaram por meio de inquérito postal ou registro médico para determinar a presença ou desenvolvimento de feridas crônicas (GRAVES, ZHENG, 2014).

Entre os pacientes a maioria era do sexo feminino (57,1%), evidenciando a hipótese de que o sexo feminino é um importante fator de risco para lesão crônica e corroborando com os

achado nos estudos de Evangelista *et al.* (2012) e Oliveira *et al.* (2012). A alta prevalência de lesões crônicas entre as mulheres pode ser atribuída a fatores hormonais, gestação, uso prolongado de anticoncepcionais orais (pílula) e à existência de menor massa muscular (PRAZERES, SILVA, 2009).

A média da faixa etária prevalente entre os participantes foi 65,2 anos. Foi evidenciado uma média de idade parecida no estudo de Evangelista *et al.* (2012), que foi de 62 anos. Ao avançar a idade, as pessoas tornam-se mais suscetíveis às lesões, pois ocorrem alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele. Dentre estas alterações estão à redução da espessura da epiderme, redução da elasticidade dérmica pela diminuição do número de fibroblastos, o que modifica as fibras de colágeno e elastina, redução dos vasos sanguíneos e fibras nervosas. Pessoas idosas quando acometidas por lesões, fisiologicamente diminuem em intensidade e velocidade em quase todas as fases de cicatrização, resultando em menores respostas inflamatórias, redução da circulação, aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização (OROSCO, MARTINS, 2006).

Quanto à escolaridade, a maioria possuía baixa escolaridade e renda mensal, o que era esperado, uma vez que o serviço público de saúde é caracterizado por uma população de baixo poder aquisitivo e com baixa escolaridade. Evangelista *et al.* (2012), Oliveira *et al.* (2012), Bezerra *et al.* (2013) e Santos *et al.* (2014) encontraram achados semelhantes.

As doenças associadas mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes *mellitus* se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. Estimativas sugerem que, enquanto em 2000 havia 171 milhões de pessoas com diabetes no mundo, em 2030 essa ocorrência alcançará 366 milhões. Neste cenário, o Brasil terá cerca de 11,3 milhões de diabéticos (FRANCISCO *et al.*, 2010). Na China o diabetes tornou-se recentemente a principal causa de lesões cutâneas crônicas (JIANG *et al.*, 2011). Nos Estados Unidos, lesões crônicas afetam cerca de 6,5 milhões de pacientes. Alega-se que em torno de US \$ 25 bilhões são gastos anualmente em tratamento de feridas crônicas e a carga está crescendo rapidamente devido ao aumento dos custos de saúde, o envelhecimento da população e um aumento acentuado na incidência de diabetes e obesidade em todo o mundo (SEN *et al.*, 2009).

Observou-se no estudo que o cuidador possui papel fundamental no cuidado das lesões crônicas, ficando atrás somente dos técnicos de enfermagem quanto a responsabilidade da troca de curativo. Isso demonstra a necessidade da implantação da assistência domiciliar

uma vez que, as equipes da ESF não conseguem prestar a assistência diária a esses pacientes. E, como não há padronização dos registros da técnica, essa pode ser realizada de forma incorreta (ABREU *et al.*, 2013). A presença de uma ferida altera a vida das pessoas que a experimentam, dificultando ou limitando os contatos sociais (CARVALHO *et al.*, 2006).

No estudo em tela os participantes apresentavam de 1 a 6 lesões, perfazendo o total de 66 lesões crônicas e 42 pacientes, com duração de menos de um ano a 30 anos, sendo 47,6% a apresentavam a lesão há menos de um ano. Esses achados são corroborados pelo estudo francês realizado com 3.037 pessoas com uma ou mais lesões crônicas atendidas em ambientes comunitários. Identificou-se que 43% de todas as lesões tinham uma duração de mais de seis semanas (MEAUME, *et al.*, 2012).

Para feridas crônicas, como úlcera venosa, arterial, por pressão e úlceras em pé de diabéticos estão disponíveis várias diretrizes internacionais com recomendações para a prevenção e tratamentos destas feridas. Entretanto, há de se considerar o grande número de curativos disponíveis, o grande número de profissionais de saúde envolvidos, e as muitas opiniões a respeito de cuidados efetivos de feridas (UBBINK, *et al.*, 2015).

As trocas de curativo das lesões da maioria dos pacientes da pesquisa ocorriam uma vez ao dia (50%), chegando até em três vezes ao dia (11,9%). Esse achado pode estar atribuído ao fácil acesso aos produtos básicos nas unidades de saúde do município em estudo. A falta de padronização de produtos com melhor relação custo-efetivo pode acarretar altos custos para a administração pública e levar a um maior sofrimento da população assistida no que se refere ao prolongamento da cura ou estabilização do quadro.

O mercado anual de produtos para cuidados de lesões estava projetado para atingir \$ 15.300.000.000 em 2010. As feridas crônicas são raramente vistos em indivíduos que são saudáveis. Na verdade, os pacientes de feridas crônicas frequentemente apresentam morbidades como diabetes e obesidade. A presença dessas doenças parece ofuscar o significado das lesões como um importante problema de saúde (SEN *et al.*, 2009).

Na prescrição de produtos, o principal responsável foi o médico, resultado esse também observado no estudo de Abreu *et al.*, (2013). O tratamento de lesões crônicas requer produto adequado conforme a evolução do quadro clínico. O profissional enfermeiro detém maior domínio do cuidado da lesão e deve acompanhar a evolução, orientar, executar e prescrever os cuidados necessários para estabilizar e solucionar o dano.

Dentre os produtos utilizados nos portadores de lesões crônicas, verificou-se que 19,1% utilizam óleos, incluindo o óleo mineral e os ácidos graxos essenciais (AGE). A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne

escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local (FRANCO, GONÇALVES, 2008). Entretanto, em uma revisão sistemática em busca de evidências clínicas para o uso tópico de AGE no período de 2000 a 2010, não foram encontradas evidências e recomendações embora na experiência clínica e opinião de especialistas ocorra larga utilização do óleo para prevenção e tratamento (CARVALHO, MOURA, 2010). Situação semelhante foi identificada em estudo realizado com 2.513 pacientes submetidos a tratamento de lesões cutâneas crônicas a partir de uma amostra nacionalmente representativa. Os resultados revelaram relação que apenas 22,4% dos pacientes foram tratados com curativos modernos, representados pelas coberturas interativas, ou outras novas tecnologias (JIANG *et al.*, 2011).

Na China, a grande população e considerável encargo financeiro significam que séria atenção deve ser dada para a detecção precoce, prevenção e diagnóstico de feridas cutâneas crônicas, e sugerem que deve ser estabelecido um sistema geral de seguro de saúde, especialmente para os idosos (JIANG *et al.*, 2011). A situação vivida na China é semelhante ao do Brasil, em especial do município onde o estudo foi realizado, que carece de protocolos de prevenção e tratamento baseados em evidências científicas.

Os cuidados prestados a pessoas com lesão cutânea constituem uma parte importante dos cuidados de rotina dada pelos profissionais de saúde na comunidade, e para um número significativo destes pacientes, as lesões representam uma séria morbidade (MEAUME, *et al.*, 2012).

Ao final desse estudo foi possível obter dados objetivos a respeito das pessoas com lesões crônicas residentes no município estudado, e assim fornecer informações relevantes que irão subsidiar os gestores no planejamento e reorganização da rede de serviços, que envolve estrutura e processo para atendimento desta clientela. Os resultados poderão possibilitar a identificação de indicadores para avaliar a qualidade da assistência prestada, além de amparar a elaboração da previsão de gastos para o custeio dos programas de prevenção e tratamento de lesões para o município de Capelinha-MG.

7 CONCLUSÃO

Esse estudo apresentou o perfil das pessoas com lesão crônica da cidade de Capelinha. A prevalência de lesão encontrada é semelhante a outras regiões. Os resultados irão orientar os profissionais e toda a equipe envolvida na assistência a essas pessoas.

A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com lesões crônicas no cenário estudado pode ser considerada ineficaz, uma vez que os principais responsáveis pela indicação de produtos e pela troca de curativo foram o médico e o técnico de enfermagem, respectivamente. Além disso, em muitos pacientes, estiveram ausentes os resultados de exames laboratoriais relevantes ao processo de cicatrização. Quanto à utilização de produtos básicos para o tratamento de lesões crônicas observa-se a falta de capacitação profissional, o que pode refletir o desinteressada gestão pública quanto à clientela que tem ferida.

O profissional enfermeiro necessita atuar diretamente no tratamento da lesão crônica, prestando uma assistência de Enfermagem sistematizada, com planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço. Evidencia-se ainda a necessidade da atuação do enfermeiro no gerenciamento da assistência aos pacientes com lesões, oferecendo assim uma assistência de qualidade aos pacientes do município de Capelinha.

REFERÊNCIAS

- ADHYA, A, et al. Healing of burn wounds by topical treatment: A randomized controlled comparison between silver sulfadiazine and nano-crystalline silver. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*. Vol. 6 | Issue 1 | December-February 2015 Available in: <http://www.jbclinpharm.org/temp/JBasicClinPharma6129-4783544_131715.pdf> access 12/12/2015.
- ALDUNATE, J. L. C. B., *et al.* Úlceras venosas em membros inferiores. *RevMed (São Paulo)*. 2010 jul.-dez.;89(3/4):158-63. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46291/49947>>. Acesso em 08/12/2015
- AUSTRALIA. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de assistência a portadores de feridas. Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde Gerência de Assistência – Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. 2003. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>> Acesso em 2/12/2015.
- BLANES, L. Tratamento de feridas: Cirurgia vascular, guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em: URL:<http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf - > Acesso em 12/12/2015.
- BORGES, E. L.; OLIVEIRA, V.G.; LIMA, V. L. A. N. Projeto de extensão atendimento ao portador de ferida crônica e o papel do bolsista, 2004. Disponível em: URL:<<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude153.pdf>> Acesso em 2 abril 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de dermatologia Sanitária. Manual de Condutas para Úlceras Neutróficas e Traumáticas. Brasília, DF, 2002.
- COELHO, J. M.*et al.* O efeito da sulfadiazina de prata, extrato de ipê-roxo e extrato de barbatimão na cicatrização de feridas cutâneas em ratos. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online] v.37, n.1, p.45-51,2010.
- COSTA, K.S., RODRIGUES, A.P.B., SILVA, A.G., FEITOSA, M.S.L. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas, *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*, v.5, n.3, p.9-14, 2012. Disponível em <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p1_v5n3.pdf> acesso em 05/12/2015.
- CUNHA, N. A. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. Fundação de Ensino Superior de Olinda – FUNESO. 2006. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf> acesso em 05/12/2015.
- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, v.2, n.4, p.01-13, 2008.

FRADE, M.A.C, *et al.* Úlcera de perna: um estudo de caso em juiz de fora -MG (Brasil) e região. *Anais Bras. Dermatol.* v.80, n.1, p.41-6,2005.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad.SaúdePública*, v.26, n.1, p.175-184, 2010.

FURTADO, C.A.X. Úlceras de Perna – Tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing Portuguesa*; 2003. Disponível em <<http://sociedadeferidas.pt/documentos/portalegre/Ulcera%20de%20Perna-tratamento%20baseado%20na%20evidencia-Katia%20Furtado.pdf>> acesso em 01/12/2015

GIL, A. C.. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, J. M. P.; PRADO, P. A.. Ácidos gordos essenciais enriquecidos com vitamina A, E, e ácido linoleico como pensos em feridas crônicas. *RevPortClin Geral*.v.21, p.193-5, 2005. Disponível em URL: <<http://www.apmcg.pt/document/71479/448826.pdf>> Acesso em 08/12/2015.

GOMES, F.S.L., CAVALHO, D.V., LIMA, E.D.R.P. Tratamento de feridas crônicas com coberturas oclusivas. *Rev. Min. Enferm.* v.13, n.1, p.13-18, 2009. Disponível em <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf> acesso em 05/12/2015

GOUVEIA, J. C. F. Preparação do leito da ferida: porquê,para quê? 2003. Disponível em <<http://gaif.net/artigos/PREPLEITOFERIDA.pdf>> Acesso em 12/12/2015.

GRAVES, N.; ZHENG, H. The prevalence and incidence of chronic wounds: a literature review. *WoundPracticeandResearch*.v.22, n.1, p.4-19, 2014.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psic. Teor e Pesq.* v.22, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-37722006000200010&script=sci_arttext> acesso: junho/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação e Indicadores Sociais. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311230&search=minas-gerais|capelinha>> acesso em junho de 2015.

JIANG, Y.; HUANG, S.; FU, X.; LIU, H.; RAN, X.; LU, S.; *et al.* Epidemiology of chronic cutaneous wounds in China. *Wound Repair Reg.*, v.19, n.2, p.181-188, 2011.

KORTING, H.C;SCHIKKMANN, C.;WHITE, R.J. Management of minor acute cutaneous wounds: importance of wound healing in a moist environment. *J. European Academy of Dermatology and Venereology*, v.25, n.2, p.130-7, 2011.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P; MANDELBAUM, M. H.S.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – parte I. *AnbrasDermatol*, v.78, n.4, p.393-410, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n4/16896.pdf>> acesso em 10/12/2015.

MEAUME, S.; KERIHUEL, J. C.; FROMANTIN, I.; TOT, L. Workload and prevalence of open wounds in the community: French Vulnus initiative. *JournalofWoundCare*.v.21, n.2, p.62-73. 2012.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008.

MORESI, E. Metodologia da Pesquisa. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA – UCB PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG. Brasília – DF, 2003. Disponível em <<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>

MOYSÉS, G.L.R; MOORI, R.G. Coleta de dados para pesquisa acadêmica: um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário. XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – ENEGEP. Paraná, 2007. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR660483_9457.pdf> acesso em junho de 2015.

PEREIRA, A.L., BACHION, M.M. Aspectos históricos no tratamento de feridas. *RevBrasEnferm*, v.58, n.2, p.208-13. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a16.pdf>> acesso em 15/12/2015.

SANTOS, I.C. R. V. et al. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. *Rev Rene*. v.15, n.4, p.613-20, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Computador/Downloads/1077-1820-1-SM.pdf>> acesso em 08/12/2015

SANTOS, R. F. F. N.; PORFIRIO, G. J. M.; PITTA, G. B. B. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J. vasc. bras.* [online], v.8, n.2, p.143-147, 2009.

SECO, M.C.; PUIG, M.N. Qualidade de vida e cicatrização são possíveis: cuidado clínico. n.4, p. 24-34, 2004.

UBBINK, D.T.; BRÖLMANN, F. E.; GO, P. M. N. Y. H; VERMEULEN, H. Evidence-based care of acute wounds: a perspective. *Adv Wound Care*. v.4, n.5, p.286-94, 2015.

VICTORIA, M. B. Curativos. 2004. Disponível em <<http://www.fmt.am.gov.br/manual/curativos.htm>> acesso em 15/12/2015.

VOWDEN, K., VOWDEN, P. Debridement Made Easy. *J Wound Care*.v.8, n.5, p.237-40, 2011. Available in: <http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10133.pdf> access 12/12/2015

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE CAPELINHA-MG E CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Instrumento de Coleta de Dados

Cartão Nacional de Saúde SUS (nº): _____		Data da entrevista: ____/____/____	
Entrevistador(a): _____			
IDENTIFICAÇÃO			
Registro: _____		Bairro da residência: _____	
Nome: _____		Nome da Unid. Básica Saúde: _____	
Data de nascimento: ____/____/____		Região da Unid. Básica Saúde: () urbana () rural	
Sexo: () feminino () masculino		Médico responsável: _____	
Naturalidade (UF): _____		Profissão: _____	
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS			
Escolaridade (anos estudo completo): _____		Alfabetização: () Analfabeto () Alfabetizado	
Estado Civil (IBGE): () casado () união estável () solteiro () divorciado () separado () viúvo			
Raça / etnia (IBGE - autodeclarada): () branca () preta () parda () amarela () indígena			
Tipo de ocupação: () nenhuma () licença INSS () aposentado () do lar () doméstica () trabalhador rural () outra _____			
Renda mensal (do indivíduo)? Valor bruto: R\$ _____		Salário mínimo vigente: R\$ _____	
Moradia com saneamento básico / Água: () sim () não		Luz: () sim () não	
Esgoto: () sim () não		Coleta de lixo: () sim () não	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS			
Etilismo: () Sim () Não () Abstinência			
Bebidas	Quantidade	Frequência	Volume Diário*
Cachaça	Copo ()		_____ mL
Cerveja	Copo ()		_____ mL
Uísque	Dose ()		_____ mL
Outras: _____	Dose ()		_____ mL
* 1 copo de cerveja = 250 ml; 1 taça de vinho = 160 ml; 1 dose bebida alcóolica destilada = 20 ml			
Tabagismo: () Sim () Não () Abstinência		Nº cigarros / dia: _____ (1 maço: 20 cigarros)	
Doenças apresentadas (prontuário médico): () hipertensão arterial sistêmica () cardiopatia () DM () hanseníase () hipercolesterolemia () AVC () insuf. renal crônica () câncer () depressão () DPOC () asma () bronquite () outra _____			
Tratamentos associados: () analgésico (paracetamol, dipirona, codeína, paracetamol+codeína [Tylex®, Codex®, Vicodil®, Paco®]) () corticosteróides () anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) () sedativos (diazepam, midazolam) () antiinflamatórios () quimioterapia () radioterapia () hemoderivado () outro _____			
Locomoção: () deambula () deambula c/ dificuldade () deambula c/ prótese/órtese () cadeirante () Acamado			
Peso (kg): _____		Altura (m): _____	
Albumina sérica (g/dl): _____	Hemoglobina (g/%): _____	Glicemia (mg/dl): _____	
Data (mês/ano): ____/____	Data (mês/ano): ____/____	Data (mês/ano): ____/____	

Profa Dra. Eline Lima Borges / Enf. Luciano Colares Araújo

PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE CAPELINHA-MG E CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

(continuação)

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO	
Data de início da 1ª lesão (ano): _____	Data de início da atual (ano): _____
História de lesões anteriores: () sim () não	
Tipo (etiologia): () úlcera por pressão () ferida cirurg. complexa () queimadura () trauma mecânico (abrasão) () úlcera venosa () úlcera arterial () úlcera mista (arterial e venosa) () úlcera doença falciforme () úlcera neuropática (hanseníase) () úlcera neuropática (DM) () úlcera neuroisquêmica (DM) () lesão oncológica () úlcera de outra etiologia: _____ () sem diagnóstico	
Localização (área do corpo): () maléolo medial () maléolo lateral () 1/3 inf. perna () 1/3 médio perna () região plantar () calcâneo () ponta do dedo pé () lateral do pé () trocânter () ísquio () sacra () abdominal () outra: _____	
Número de lesões: _____	Número de regiões comprometidas: _____
Tamanho da lesão (maior comprimento e largura) cm	
1 _____ x _____ cm	4 _____ x _____ cm
2 _____ x _____ cm	5 _____ x _____ cm
3 _____ x _____ cm	6 _____ x _____ cm
Sente dor na lesão: () frequentemente () as vezes () não	
Odor do exsudato: () imperceptível () desagradável	
Pele ao redor (Brasil, 2013): () intacta () macerada () eritematosa () descamativa () pruriginosa () dermatite () infecção	
CURATIVO	
Produto (genérico): () colagenase () colagenase + cloranfenicol () neomicina () neomicina + bacitracina () nitrofurazona () sulfadiazina de prata () ácidos graxos essenciais () óleo de girassol () outro: _____	
Responsável pela indicação do produto: () médico () enfermeiro () técnico de enf. () outro: _____	
Nº de trocas/dia: _____	Nº de trocas/semana: _____
Pessoa que realiza a troca: () enfermeiro () técnico de enf. () auxiliar de enf. () ACS () paciente () cuidador () outro: _____	
Uso de terapia de compressão: () não se aplica () bota de Unna () meia de compressão () nenhuma ou bandagem de crepom () outra: _____	

Profa Dra. Eline Lima Borges / Enf. Luciano Colares Araújo

(conclusão)

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr(a),

Eu, Eline Lima Borges, professora da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenador responsável e eu, Luciano Colares Araújo, enfermeiro da Fundação Hospitalar São Vicente de Paulo do município de Capelinha, convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa **Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG e caracterização da clientela** que tem os objetivos de *identificar a prevalência de pessoas com lesão crônica, caracterizar as pessoas quanto às variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e classificar as lesões quanto ao tempo de existência e etiologia.*

A pesquisa envolve entrevista e avaliação física, principalmente da ferida e pele ao redor, que pode apresentar como possíveis riscos para a sua saúde física ou emocional o desconforto no momento da troca de curativo. Esclarecemos que você deverá responder algumas perguntas e passar por avaliação física, da ferida e da pele. Para isto será necessário utilizar 30 a 40 minutos do seu tempo. Para a avaliação da ferida, o seu curativo será retirado e substituído por outro sem acarretar despesa financeira para você. Os resultados obtidos ajudarão os gerentes na organização dos serviços especializados de atenção à saúde no município de Capelinha-MG e os profissionais no atendimento de pessoas com ferida em busca de sua cura mais rápida.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas por você. Não haverá forma alguma de identificá-lo. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste documento. As informações obtidas nesta pesquisa não serão utilizadas para outro fim que não seja médico e científico.

Este documento é uma exigência do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o COEP UFMG (coep@prpq.ufmg.br / telefone: (31)3409-4592).

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma dos pesquisadores e outra para você.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, Identidade nº _____, após ter sido esclarecido(a) e compreendido os objetivos e procedimentos adotados para a realização da pesquisa, concordo em participar do estudo **Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG**. Declaro ter sido informado(a) e que entendi as condições sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimentos de coleta de dados. Declaro, também, estar ciente de que este projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Estou ciente de que minha participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e tenho plena autonomia para decidir se quero ou não participar, bem como retirar minha participação a qualquer momento. Também não serei penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir minha participação, ou desistir da mesma. Pela presente declaração, aceito que os dados coletados sejam divulgados e utilizados para fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade. Declaro que aceito participar da pesquisa ciente de que não serei remunerado por esta participação.

Capelinha-MG, _____ de _____ de 201__.

Data

Assinatura

(Ass. Profª. Dra. Eline Lima Borges)

(Ass. Enf. Luciano Colares Araújo)

Contatos:

Profª. Eline Lima Borges: (31)3409-9177/ E-mail: eborges@ufmg.br

Endereço de acesso ao currículo: <http://lattes.cnpq.br/6131663124506585>

Enf. Luciano Colares Araújo: (33) 91931277/ (33)88317470. E-mail: colaresaraujo@bol.com.br

Endereço de acesso ao currículo <http://lattes.cnpq.br/1497090520408997>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 31270-9

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, Identidade nº _____, após ter sido esclarecido(a) e compreendido os objetivos e procedimentos adotados para a realização da pesquisa, concordo em participar do estudo **Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG**. Declaro ter sido informado(a) e que entendi as condições sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimentos de coleta de dados. Declaro, também, estar ciente de que este projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Estou ciente de que minha participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e tenho plena autonomia para decidir se quero ou não participar, bem como retirar minha participação a qualquer momento. Também não serei penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir minha participação, ou desistir da mesma. Pela presente declaração, aceito que os dados coletados sejam divulgados e utilizados para fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade. Declaro que aceito participar da pesquisa ciente de que não serei remunerado por esta participação.

Capelinha-MG, _____ de _____ de 201__.

Data

Assinatura

(Ass. Profª. Dra. Eline Lima Borges)

(Ass. Enf. Luciano Colares Araújo)

Contatos:

Profª. Eline Lima Borges: (31)3409-9177/ E-mail: eborges@ufmg.br

Endereço de acesso ao currículo: <http://lattes.cnpq.br/6131663124506585>

Enf. Luciano Colares Araújo: (33) 91931277/ (33)88317470. E-mail: colaresaraujo@bol.com.br

Endereço de acesso ao currículo <http://lattes.cnpq.br/1497090520408997>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 31270-9

ANEXO A

Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Capelinha-MG

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO

À Secretária de Saúde de Capelinha - MG

Eu; Luciano Colares Araújo, pós graduando em Estomatoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG venho solicitar a autorização para realizar coleta de dados de minha monografia.

A presente pesquisa, intitulada: “Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG e caracterização da clientela que tem os objetivos de identificar a prevalência de pessoas com lesão crônica, caracterizar as pessoas quanto às variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e classificar as lesões quanto ao tempo de existência e etiologia.

Esclareço que a pesquisa envolve entrevista e avaliação física com ênfase na ferida e pele ao redor, não apresentando riscos para a saúde física ou emocional ou danos morais para as pessoas envolvidas.


Os resultados obtidos irão instrumentalizar os gestores e os profissionais na organização dos serviços especializados de atenção à saúde com vistas na cura precoce da lesão.

Os dados serão coletos por meio de análise de prontuário dos pacientes cadastradas em dez unidades de Estratégias de Saúde Família do Município. Certo de contar com sua autorização coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente;

Capelinha 07 de maio de 2015

Assinatura do Pesquisador:


Luciano Colares Araújo

COREN 116324

Autorização concedida por:


Secretaria Municipal de Saúde
Maria da Glória Vieira

Secretária Geral de Saúde do Município de Capelinha-MG

CNPJ: 11349523-000164

Enf. Luciano Colares Araújo: (33) 91931277/ (33)88317470. E-mail: colaresaraujo@bol.com.br

Endereço de acesso ao currículo <http://lattes.cnpq.br/1497099520498507>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-9

ANEXO B**Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 48528815.7.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Eline Lima Borges
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de novembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG e caracterização da clientela"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Telma Campos Medeiros Lorentz', is written over a horizontal line.

**Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG**