

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

**VERA LÚCIA DE ARAÚJO NOGUEIRA LIMA**

**TRATAMENTO AMBULATORIAL DE FERIDAS CRÔNICAS:  
CARACTERIZAÇÃO DE UMA CLIENTELA**

**Belo Horizonte**

**Agosto/2012**

**VERA LÚCIA DE ARAÚJO NOGUEIRA LIMA**

**TRATAMENTO AMBULATORIAL DE FERIDAS CRÔNICAS:  
CARACTERIZAÇÃO DE UMA CLIENTELA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar - Área Estomaterapia, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profª Dra. Daclé Vilma Carvalho

**Belo Horizonte**

**Escola de Enfermagem**

**2012**

Lima, Vera Lúcia de Araújo Nogueira.  
L732t Tratamento ambulatorial de feridas crônicas [manuscrito]:  
caracterização de uma clientela. / Vera Lúcia de Araújo  
Nogueira  
Lima. – Belo Horizonte: 2012.  
64f. : il.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho.  
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial  
à obtenção do título de Especialista em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Cicatrização. 3. Dissertações

**VERA LÚCIA DE ARAÚJO NOGUEIRA LIMA**

**TRATAMENTO AMBULATORIAL DE FERIDAS CRÔNICAS:  
CARACTERIZAÇÃO DE UMA CLIENTELA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar - Área Estomaterapia, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, submetida à banca examinadora constituída pelas seguintes professoras doutoras:

Daclé Vilma Carvalho - orientador

Eline Lima Borges - examinador

Salete Maria de Fátima Silqueira - examinador

Belo Horizonte, 03 de setembro de 2012

## DEDICATÓRIA

À minha avó Filhinha (*in memoriam*), por ter me ensinado a vencer desafios.

À minha querida mãe, Efigênia, pelo seu amor, pela sua sabedoria e espírito de luta, não envidando esforços para minha formação pessoal e profissional, superando todos os obstáculos.

Aos meus queridos filhos, Luis Fernando e Ana Carolina e à minha neta Bruna, por darem sentido à minha vida.

Ao Nivaldo, amor da minha vida, companheiro e amigo de todas as horas, por me proporcionar condições de realizar parte dos sonhos que sonhamos juntos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, principalmente nos momentos de turbulência, amparando-me e clareando meu caminho;

Ao Professor Dr. Antônio Carlos Martins Guedes, pelo incentivo, pelo apoio, pela amizade e pelo reconhecimento do trabalho do enfermeiro;

À Professora Dra. Daclé Vilma de Carvalho, minha irmã do coração e responsável por eu ser enfermeira;

À Professora Dra. Eline Lima Borges, pelos desafios a mim impostos, por estar sempre ao meu lado, apoiando-me e ajudando a superá-los;

À Enfermeira Dra. Leonor Gonçalves, pelo incentivo, pela ajuda e por tê-la como amiga;

Aos bolsistas Helena Resende e José Pires pelo carinho e suportes no desenvolvimento deste trabalho;

Às Técnicas de enfermagem Ângela Teixeira e Eliane Lima que, mesmo na minha ausência, deram continuidade ao nosso trabalho com competência e me apoiaram nos momentos mais difíceis;

Aos colegas Júlio Cesar e Fátima Seixas, pelo reencontro tão agradável nos bancos escolares;

À minha colega Daniele de Freitas, por dividir comigo as apreensões do curso de especialização;

Ao Thiago de Deus, um anjo colocado em minha vida para solucionar algumas “turbulências tecnológicas” que este trabalho gerou;

Ao Enísio, pela disponibilidade de ajuda nos momentos difíceis.

“Não há nada mais insano do que fazer as coisas sempre da mesma maneira e esperar que os resultados sejam diferentes” (Albert Einstein)

## RESUMO

A partir do desenvolvimento ocorrido nas áreas de citologia e histologia, pesquisas foram realizadas visando ao melhor tratamento para as feridas. Os profissionais da saúde passaram a ver o paciente com lesão de forma holística e, assim, conseguiram ter melhor compreensão do processo de cicatrização. Em decorrência desse desenvolvimento, os profissionais e as instituições de saúde reorganizaram o atendimento a esses pacientes. Neste sentido, em 1998, um serviço ambulatorial que tratava de pacientes com úlcera de perna, em Belo Horizonte, foi reestruturado e passou a atender pacientes com feridas crônicas de várias etiologias, amparado em um protocolo. O enfermeiro se responsabilizou pelo tratamento ao avaliar e estabelecer condutas amparadas em evidências científicas. Até 2011, foram atendidos, nesse serviço, 427 pacientes com lesões, além da implementação de vários tratamentos com obtenção de resultados diversos. Este trabalho foi desenvolvido a partir dos seguintes objetivos: caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos em um ambulatório no setor de estomaterapia e identificar o tempo de permanência do paciente no serviço de acordo com a etiologia da lesão. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo desenvolvido com base em uma amostra de 374 pacientes correspondentes a 87,6% da população. Os resultados confirmaram que a maioria era do sexo feminino, adultos na faixa produtiva, pardos, com baixa escolaridade, casados, aposentados, com renda familiar de um a três salários mínimos vigentes. A maioria, também, não fazia uso de bebida alcoólica e tabaco, tinha hipertensão arterial e diabetes melitus como principais doenças e estava com sobrepeso ou obesidade. As principais causas das feridas eram cirurgias e insuficiência venosa. A maioria dos pacientes apresentava apenas uma ferida e a principal localização era nos membros inferiores. A maioria dos pacientes recebeu alta por cura com até seis meses de tratamento, independente da etiologia. Considerando a alta porcentagem de cura em curto período de tempo, além de quase metade dos pacientes atendidos não serem de Belo Horizonte, pode-se caracterizar o serviço como sendo uma referência de tratamento de lesões no Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais.

**Descritores:** Enfermagem. Ferimentos e lesões. Cicatrização. Protocolos clínicos. Resultado de tratamento.



## ABSTRACT

From the development occurred in the areas of cytology and histology, studies were performed aiming at the best treatment for wounds. Health professionals began to see the patient holistically and, thus, they could have a better understanding of the healing process. Due to this development, professionals and institutions reorganized health care to these patients. Thus, in 1998, an outpatient clinic that treated patients with leg ulcers in Belo Horizonte, was restructured and began seeing patients with chronic wounds of various etiologies, supported by a protocol. The nurse took charge of the treatment by assessing and establishing procedures backed by scientific evidence. By 2011, 427 patients with lesions received medical assistance in this service, in addition to the implementation of various treatments obtaining different results. This work was developed from the following objectives: to characterize the demographic and epidemiological profile of patients with chronic wounds treated in a outpatient centre in the stomatherapy sector and to identify the time a patient stays in the centre according to the etiology of the lesion. This is a descriptive, exploratory and retrospective developed based on a sample of 374 patients, corresponding to 87.6% of the population. The results confirmed that the majority were women, adults in the productive age group, brown complexion, low schooling, married, retired, with a family income of one to three minimum wages. Most also did not make use of alcohol or tobacco, had hypertension and diabetes mellitus as major diseases and were overweight or obese. The main causes of injury were surgeries and venous insufficiency. The majority of patients had only one wound and the main location was in the lower limbs. Most patients were discharged once cured after having had up to six months of treatment, regardless of etiology. Considering the high percentage of cures in a short period of time, besides almost half of the patients treated not being from Belo Horizonte, the service can be characterized as a reference treatment of lesions in the Unified Health System (SUS) of Minas Gerais .

**Keywords:** Nursing. Wounds and injuries. Healing. Clinical protocols. Treatment outcome.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVOS.....	13
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4 MATERIAL E MÉTODO.....	21
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
7 CONCLUSÃO .....	55
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO A.....	63
APÊNDICE A.....	64
APÊNDICE B.....	66

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, as feridas constituem um problema para o ser humano. Ainda hoje, mesmo com grande avanço científico e tecnológico, o tratamento de feridas continua sendo um desafio para o profissional da saúde, cliente e familiares já que há repercussões físicas, psicossociais e financeiras tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde.

A partir do século XX, com o desenvolvimento na área de citologia e histologia, pesquisas passaram a ser realizadas visando a um melhor tratamento para as feridas. Os profissionais da saúde passaram a ver, de forma holística, o paciente com lesão e, assim, conseguiram ter melhor compreensão do processo de cicatrização que é complexo e decorrente de fatores sistêmicos e locais. Em decorrência desse desenvolvimento, os profissionais e as instituições de saúde passaram a organizar o atendimento a esses pacientes de forma interdisciplinar.

Nesse contexto, em 1981, um ambulatório de um hospital universitário de Belo Horizonte iniciou o tratamento de pacientes com úlcera venosa. Esse tratamento era focado no profissional médico que avaliava úlcera e sua prescrição era implementada pelo técnico de enfermagem (GUEDES, 1982). O tratamento consistia na limpeza mecânica do leito e da ferida com o uso de polivinil-pirrolidona iodo 10% e ácido acético 1%, além do uso de pomadas com enzimas ou com antibióticos e aplicação de bota de Unna em pacientes sem infecção. Nos pacientes tratados somente com pomadas, as trocas dos curativos eram realizadas diariamente e as trocas da bota de Unna entre sete a quinze dias. Em função dos tratamentos adotados, os pacientes permaneciam na instituição por anos, criando um vínculo de dependência com os profissionais e com a instituição e gerando ônus financeiros a ambos (SILVA E PEREIRA, 1995).

Em 1998, foi iniciada uma reestruturação do serviço com elaboração e implementação do projeto para atendimento ao paciente com ferida crônica, elaborado pelo Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, em parceria com a instituição

hospitalar. Com esse projeto, criou-se o Setor de Estomaterapia e o atendimento aos pacientes passou a ser interdisciplinar e a considerar pacientes com feridas de várias etiologias, tais como: cirúrgicas, úlceras arteriais, neurotróficas e drepanocíticas, dentre outras. Com a reestruturação do referido serviço, o atendimento ao paciente passou a ser holístico e amparado em um protocolo intitulado “Prevenção e tratamento ao portador de feridas crônicas”. O enfermeiro passou a ser o profissional responsável pelo atendimento, com a função de avaliar e estabelecer condutas amparadas em evidências científicas.

Com a implantação do protocolo, houve mudanças significativas no tratamento de pacientes com feridas. Uma delas refere-se à limpeza da ferida que passou a ser realizada com solução fisiológica em jato, pois estudos demonstraram que o antisséptico apresenta efeito deletério aos fibroblastos, retardando o processo de cicatrização e a maioria desses produtos tem sua ação inibida em presença de matéria orgânica (BORGES *et al.*, 2000). Outra mudança importante foi a introdução de coberturas oclusivas que garante a umidade fisiológica, temperatura a 37°C e provoca hipóxia no leito da ferida, desencadeando a angiogênese. Essas coberturas não aderem à ferida evitando trauma na retirada e desconforto ao paciente (BORGES *et al.*, 2008).

O referido serviço padronizou as coberturas alginato de cálcio em placa, hidrocolóide em placa, carvão ativado com prata e espuma de poliuretano com prata. Como coadjuvantes, usam-se o pó de hidrocolóide e o hidrogel amorfo. Para os pacientes com feridas de etiologia venosa, dispõe-se de sistema de bandagem de multicamadas de alta compressão e bandagem de compressão inelástica (bota de Unna), para melhorar o retorno venoso (BORGES *et al.*, 2008).

Estima-se que o Setor de Estomaterapia realiza uma média mensal de 75 consultas de enfermagem a pacientes com ferida que demandam a confecção de 155 curativos e 47 terapias compressivas (bota de Unna e sistema de bandagem de multicamadas). Quanto à média anual, são realizadas aproximadamente 1.021 consultas, 2.000 curativos e 558 terapias compressivas. No período de 2000 a 2011, foram realizadas 10.210 consultas de enfermagem que demandaram 19.785 curativos e aplicação de 5.579 terapias compressivas. Estima-se que a taxa de cura dos

pacientes tratados nesse serviço é de 62,5%; o restante recebe alta com a ferida sem fechar.

Borges (2000) desenvolveu um estudo com o objetivo de analisar a eficácia do protocolo utilizado desde 1998 no setor de Estomaterapia para o tratamento das feridas crônicas dos membros inferiores. A pesquisa foi realizada com 40 pacientes e teve como resultados: a maioria dos pacientes obteve epitelização das feridas de forma completa (85%), sendo que a metade tinha ferida crônica há, pelo menos, um ano; 26,4% dos pacientes tinham feridas que correspondiam a um período de 11 a 30 anos. A maioria que obteve a epitelização completa tinha o hábito de fazer repouso diário, tinha úlcera venosa e usava, como terapia compressiva, a bota de Unna ou a meia de compressão. Dessa forma, os resultados desse estudo possibilitaram rever recomendações descritas no protocolo e inferir que o tratamento utilizado no setor de Estomaterapia, até o ano 2000, apresentou eficácia, uma vez que todos os pacientes submetidos ao tratamento tiveram as feridas epitelizadas.

Após o ano 2000, não se realizaram novos estudos nessa área de atuação de modo que avaliassem os resultados obtidos com o tratamento implementado e amparado no protocolo revisado à época. Há, também, uma suspeita de que, devido à visibilidade do atendimento prestado e aos resultados obtidos, houve aumento da demanda de pacientes para o serviço, além da mudança no perfil desses mesmos pacientes.

Os resultados do atual estudo permitirão reavaliar a eficácia do protocolo utilizado no Setor de Estomaterapia do ambulatório de um hospital universitário a fim de aprimorar as condutas no tratamento prestado. A caracterização da clientela atual do setor permitirá a revisão das estratégias de prevenção de recidivas, promoção e reabilitação da saúde dos pacientes. Dessa forma, a publicação dos resultados poderá nortear as ações de outros profissionais da área de saúde que prestam assistência aos portadores de lesões crônicas, além de amparar o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para prevenção e tratamento de lesões cutâneas nos diversos cenários brasileiros.

## **2 OBJETIVOS**

Esta monografia apresenta os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas, atendidos em um ambulatório no setor de estomaterapia.
- Identificar o tempo de permanência do paciente no serviço de acordo com a etiologia da lesão.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A cultura do corpo perfeito é exigida pela sociedade ocidental como um modelo padrão a ser seguido. As pessoas que não preenchem os requisitos preconizados por essa sociedade são caracterizadas como fora do padrão. Os pacientes que apresentam ferida cutânea crônica decorrente de agravos agudos ou crônicos, por exemplo, em função de cirurgias, traumas, pressão, diabetes, hanseníase, anemia falciforme ou insuficiência venosa, apresentam alterações emocionais ou físicas. Ambas as alterações podem desencadear deformidades e imperfeições, visíveis ou não, decorrentes do comprometimento das camadas da pele ou partes moles, repercutindo na qualidade de vida da pessoa com ferida.

Embora as feridas se manifestem no corpo biológico, elas também podem causar impactos visuais e olfativos devido às características do tecido que a recobre e à exalação de odores desagradáveis do exsudato. Esses fatos tendem a afastar o paciente do convívio social e das atividades laborativas. A alteração da imagem corporal é reforçada quando se faz necessário o uso de terapia compressiva aplicada nos membros inferiores que consiste de bandagem elástica, meias de compressão e bota de Unna. Esses dispositivos interferem no banho de aspersão e em atividades de lazer envolvendo água, como natação e hidroginástica. O tratamento de lesões da região plantar exige o uso de sapatos adaptados, considerados esteticamente feios.

Na prática clínica, é possível observar o aspecto emocional, muitas vezes revelado pelos relatos do paciente durante os atendimentos, e a influência desse fator na cicatrização da ferida e na qualidade de vida. No estudo realizado por Carvalho et al. (2006), os sentimentos dos pacientes foram agrupados em quatro categorias: “dor, vergonha e sofrimento”; “dependência, nojo e estranheza”; “isolamento e rejeição”; “reflexões sobre a vida, fé e esperança”. Algumas pessoas com feridas crônicas podem ser forçadas a efetuar alterações significativas em suas vidas durante o período em que se encontram em tratamento.

Conforme Hyde et al. (1999), algumas pessoas com úlcera de perna são forçadas a realizar alterações na aparência a que estão habituadas, optando pelo uso de vestuário com o qual

muitas vezes não se identificam. O isolamento pela não aceitação ou mesmo o medo de rejeição estão presentes em muitos pacientes. Outros pacientes convivem com sentimentos de tristeza, autodesprezo, inutilidade, solidão, o que pode ser entendido como uma morte simbólica do “eu subjetivo” (CARVALHO, 2006), ou mesmo raiva e frustração por depender dos outros, em uma sociedade onde a independência é estimulada e valorizada. O impacto emocional da ferida sobre o paciente pode ser marcado por lembranças das situações que causaram esta ferida, tal como acidentes, agressões, doenças crônicas, complicações cirúrgicas (DANTAS, 2003). Essa afirmativa é corroborada por outro autor (DANTAS FILHO, 2003) ao salientar a importância de que temos à nossa frente um ser humano especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores, tanto no corpo quanto na alma, o que torna a necessidade desses pacientes expressar seus sentimentos, discutir suas dificuldades, ouvir suas falas, seus temores, preocupações e desafios.

### **3.1 Impacto financeiro**

Em decorrência da magnitude e da complexidade desse agravo, o gasto direto com o tratamento é alto. Estima-se que, nos Estados Unidos, todos os anos, 25 milhões de pacientes necessitam de oneroso tratamento terapêutico para feridas agudas ou crônicas. Está previsto que, em 2030, mais de 20% (60 milhões) dos americanos estarão com mais de 65 anos de idade, muitos dos quais estarão institucionalizados, imobilizados e, portanto, propensos ao desenvolvimento de feridas crônicas (FONDER *et al.*, 2008).

As úlceras de membros inferiores e as úlceras por pressão (UP) constituem as duas maiores categorias de feridas crônicas. Todo ano, há uma estimativa de um milhão de americanos tratados com úlceras por pressão e com úlceras venosas, sendo que muitos desses pacientes são diabéticos (FONDER *et al.*, 2008).

A presença de UP resultará em permanência prolongada do paciente no hospital e, conseqüentemente, aumento do custo. Nos Estados Unidos, o custo de tratamento de uma UP com comprometimento de todas as camadas da epiderme e tecidos subjacentes é de US\$ 700,00,



sendo o custo total por ano estimado em US\$ 11 bilhões (REDELINGS *et al.*, 2005; REDDY *et al.*, 2006). No Reino Unido, o custo do tratamento de UP varia de £ 1,064 (estágio 1) a £ 10,551 (estágio 4). Os custos aumentam com o estadiamento da úlcera porque o tempo para a cura é mais longo e a incidência de complicações é maior em casos mais graves. O total de custos no Reino Unido é de £ 1,4 a 2,1 bilhões de libras por ano e a maioria refere-se à hora de trabalho do enfermeiro (BENNETT, *et al.*, 2004).

No Reino Unido, o conhecimento do gasto anual de mais de 600 milhões de libras para o tratamento de úlceras venosas forneceu a motivação para que o *Royal College of Nursing* se associasse a pesquisadores da *University of Leicester* para a construção das “Diretrizes para a Prática Clínica” para o tratamento das úlceras venosas (RCN, 2006).

Outro fato importante é a relação da presença da UP com o óbito. No estudo realizado por Allman e colaboradores (1986), o desenvolvimento de UP foi associado a um aumento de 4,5 maior risco de morte (ALLMAN *et al.*, 1986). Em estudo prospectivo com pacientes cirúrgicos, detectou-se que a mortalidade dos pacientes sem UP foi de 15%, em comparação com 63,0% dos pacientes com esse tipo de úlcera (CLOUGH, 1994). Estima-se que aproximadamente 60.000 pacientes evoluam a óbito nos hospitais norte americanos em decorrência de complicações associadas a UP (REDELINGS *et al.*, 2005; REDDY *et al.*, 2006).

A úlcera de etiologia venosa tem o custo do tratamento para a obtenção da cura, além da implementação de medidas para evitar sua recorrência. No estudo descritivo, realizado por Samson e Showalter (1996), no município de Sarasota, na Flórida (USA), durante um período de seis meses consecutivos, foram acompanhados 53 pacientes após a cicatrização da úlcera. As feridas demandaram de 1 a 48 semanas para serem curadas com o uso de meias de compressão (média de 10 semanas) e 32 pacientes apresentaram recorrências de úlcera. Após a cicatrização, 25 pacientes fizeram uso correto das meias (meias bem ajustadas diariamente e substituição das meias quando necessário) e destes, apenas um desenvolveu recorrência (4%). A cicatrização das úlceras primárias custou 85 a 1.474 dólares, com média de 507 dólares. A cicatrização de úlceras de repetição custou 60 a 2.200 dólares, com uma média de 1.270 dólares. O custo total de

tratamento de todos os 53 pacientes foi de 56.063 dólares, ou seja, 1.058 dólares por paciente (SAMSON, SHOWALTER, 1996).

### **3.2 Preparo do leito da lesão**

As feridas podem ser classificadas, de acordo com o tempo de reparação tissular, em agudas ou crônicas (PERCIVAL, 2002). Essas últimas costumam fechar durante um período de quatro a oito semanas (IZADI, GANCHI, 2005). As que apresentam mais impacto social e econômico, em termos de epidemiologia, são as úlceras venosas, as decorrentes do diabetes mellitus e as úlceras por pressão em pacientes imóveis com condição geral precária (KAHLE, 2011).

A ferida crônica, também denominada úlcera, caracteriza-se, clinicamente, por uma descontinuidade circunscrita na superfície da pele, além de apresentar perda tecidual envolvendo as camadas da pele associada, ou não, ao comprometimento do tecido mole e do tendão. Essa ferida pode ser desencadeada por suprimento sanguíneo inadequado, doenças sistêmicas como diabetes ou por uso de medicamentos. A úlcera pode ser de vários tipos: vasculopatia (úlceras venosas, arteriais ou mistas), neuropatia (úlcera neurotrófica) ou pressão acentuada nas proeminências ósseas (úlceras por pressão).

O conceito de preparo do leito da ferida foi descrito pela primeira vez no ano 2000 (SIBBALD et al., 2000; FALANGA, 2000). Esse conceito fornece subsídios para o gerenciamento de ferida cutânea. O preparo do leito de feridas é entendido como gestão global da ferida para acelerar a cura endógena ou para facilitar a efetividade de outras medidas terapêuticas (SIBBALD et al., 2000; FALANGA, 2002). O conceito também representa um novo direcionamento no modo de se pensar sobre os cuidados com a lesão cutânea.

O preparo do leito de feridas é um processo essencial para obter o máximo de benefícios dos produtos atuais usados no cuidado avançado de ferida cutânea e pode ser conseguido por

meio da remoção de barreiras que atrasa o processo de cicatrização. A supressão destes obstáculos pode acelerar a cura ou facilitar a eficácia de outras medidas terapêuticas (SIBBALD et al., 2000). Esse processo visa à criação de um ambiente ideal de cicatrização de feridas, produzindo uma boa vascularização, um leito estável com pouco ou nenhum exsudato, por meio de diagnóstico e tratamento adequados da causa da lesão, além da atenção centrada nas preocupações do paciente (VOWDEN; VOWDEN, 2002).

Segundo as recomendações estabelecidas por Vowden e Vowden (2002), destacam-se as os seguintes pontos no preparo do leito da ferida:

- criação de um ambiente ideal de cicatrização de feridas, produzindo uma boa vascularização e leito estável com mínimo exsudato;
- manejo da carga bacteriana com terapia local ou sistêmica, pois essa tem um impacto direto na cicatrização de feridas;
- desbridamento da necrose porque está relacionada com a carga bacteriana e é, muitas vezes, um processo gradual. Há vários métodos alternativos disponíveis. A escolha do método dependerá do estado do paciente, das características da ferida, do prazo para o desbridamento e das habilidades do profissional e recursos disponíveis;
- gestão do exsudato que varia de produtos absorventes por meio de dispositivos de pressão negativa como a compressão. O exsudato de ferida crônica pode retardar ou impedir a cicatrização de feridas e pode refletir em alterações na carga bacteriana;
- controle da disfunção celular presente em ferida crônica que atrasa a cura na senescência da célula (envelhecimento). Essas disfunções, muitas vezes, não se limitam ao leito da lesão e podem refletir o processo de doença subjacente.

Frequentemente, as feridas crônicas apresentam um alto nível de colonização por parte de organismos bacterianos ou fúngicos. Isso se deve, em parte, pelo fato de essas feridas permanecerem abertas durante prolongados períodos, embora também sofram influência de

outros fatores, por exemplo, um pobre fluxo sanguíneo, hipóxia e processo de enfermidade subjacente. Não há dúvidas de que é necessário tratar de forma agressiva e rápida as infecções clínicas que desencadeiam a ferida ou impedem a sua completa cicatrização. A evidência demonstra que uma carga bacteriana superior a  $10^5$  organismos por grama de tecido prejudica gravemente a cicatrização, embora não se compreendam bem ou se saibam os motivos desse fato (ROBSON, 1997).

Algumas feridas crônicas apresentam excesso de microrganismos que liberam toxinas desencadeando alterações locais. Esse progresso microbiano precede a infecção da ferida e é conhecido como “severamente colonizado” ou “criticamente colonizado”. É uma condição que não apresenta sinais de infecção clínica, na qual a carga biológica atinge ou se aproxima do nível máximo controlável pelo organismo do paciente (BOWLER et al., 2001). Em situação normal, a microbiota natural de uma ferida está em equilíbrio, mas quando a carga biológica ultrapassa um nível controlável pelo organismo do paciente, a ferida pode se tornar clinicamente infectada. As feridas crônicas com cicatrização demorada são suscetíveis a bactérias, portanto é possível que o excesso de bactérias cause a demora na cicatrização (SIBBALD et al., 2003).

A infecção clínica é identificada quando há crescimento microbiológico rompendo o equilíbrio parasita-hospedeiro, multiplicação e invasão de tecidos com danos celulares. Reações imunológicas do hospedeiro são desencadeadas interrompendo o processo de cicatrização. É essencial o monitoramento dos sinais e sintomas locais e sistêmicos de infecção para diminuir os prejuízos e intervir adequadamente (WUWHS, 2008).

O efeito direto da infecção inclui produção de toxinas que induzem um aumento da quantidade de citocinas pró-inflamatórias. As exotoxinas microbianas produzidas lesam diferentes células, levando à necrose tecidual. As bactérias contribuem para a redução das proteínas que favorecem quimiotaxia, aumento da produção de enzimas citotóxicas e dos radicais livres, acentuam a hipóxia, que é exacerbada pelos metabólitos vasocronstritivos, promovendo aumento da lesão tecidual (SIBBALD et al., 2003, SCHULTZ, 2003).

Determinados fatores de risco estão relacionadas ao desenvolvimento de infecções em

feridas agudas e crônicas. Nas agudas, são consideradas as cirurgias contaminadas, os procedimentos ou as cirurgias longas, os traumas sem tratamento imediato, a presença de tecido necrótico ou o corpo estranho ou hipóxia. Nas feridas crônicas, os fatores mais frequentes são presença de tecido necrótico ou corpo estranho, área e profundidade extensas, localização em áreas com alto potencial de contaminação como região anal (WUWHS, 2008).

A infecção das feridas agudas ou cirúrgicas em pacientes saudáveis é geralmente evidente. Os sinais clássicos são calor, exsudação purulenta, hiperemia, dor e edema. Nas feridas crônicas e nos pacientes debilitados, o diagnóstico depende da identificação de sinais locais sutis, como atraso na cicatrização; presença de tecido friável de granulação com pigmentações e despigmentações patológicas; ausência de tecido de granulação no leito ou presença de tecido anormal, formação de bolsas ou pontes nas bases da ferida, alteração no odor, deterioração e reabertura da lesão, aumento na drenagem do exsudato, maceração, inflamação e celulite; desconforto ou aumento da dor na região da ferida e formação de abscesso ou de sinais gerais inespecíficos, por exemplo, anorexia, mal estar geral ou a deterioração do controle da glicemia nos pacientes diabéticos. A infecção produz sinais e sintomas diferentes em função do tipo e etiologia das feridas (SCHULTZ et al., 2003; SIBBALD et al., 2003; WUWHS, 2008).

Atualmente, é consenso que o tratamento ideal precisa ter uma abordagem holística que controle e elimine os fatores locais e sistêmicos que interferem no processo de cicatrização. Para as feridas cirúrgicas com cicatrização por segunda intenção e que têm grande extensão, como aquelas em que há perda considerável de tecido e de pele, deiscência, processo infeccioso que precisa manter sua drenagem por mais tempo, são indicadas as coberturas oclusivas para absorver o excesso de exsudato, preservar o leito da ferida com a umidade fisiológica, além de não aderir ou provocar trauma no momento de ser retirada.

Pode-se utilizar a cobertura de alginato de cálcio na forma de placa ou cordão, hidrocolóide, cobertura absorvente não aderente, espumas e placas de carvão. O tempo demandado para a troca do curativo vai depender do material utilizado, da característica e localização da ferida, presença ou não de infecção e do volume do exsudato.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo. Segundo Gil (2008), uma pesquisa descritiva tem como meta a descrição das características de uma população e procura relacionar variáveis. Além disso, esse tipo de estudo também pode ter caráter exploratório quando se trata de uma primeira abordagem sobre um assunto ainda pouco estudado.

### **4.2 Local**

A pesquisa foi realizada no setor de Estomaterapia em um ambulatório de um hospital escola de grande porte localizado em Belo Horizonte-MG. Esse setor presta assistência aos pacientes com lesões crônicas tais como úlceras venosas, úlceras neurotróficas, úlceras isquêmicas decorrentes do diabetes melitus e de feridas cirúrgicas complexas. As consultas são realizadas por uma enfermeira do serviço, uma docente e três acadêmicos do curso de Enfermagem, às segundas e quintas-feiras, no período da manhã e da tarde.

### **4.3 População e amostra**

Para o estudo realizado, observaram-se 427 pacientes dos sexos masculino e feminino com lesões crônicas de qualquer etiologia e de qualquer agravo crônico que foram submetidos a tratamento na referida instituição, entre os períodos de junho de 1998 a 2011. A escolha da data inicial se deve à data de reestruturação do serviço. Não foram incluídos na pesquisa 53 pacientes cujos prontuários e fichas não foram acessados. Assim, a amostra do estudo foi constituída por 374 pacientes.

#### 4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram classificadas da seguinte forma:

Variáveis	Categoria
<b>Sexo:</b> respeitou-se o preconizado pelo IBGE	1- Feminino
	2- Masculino
<b>Idade:</b>	1- 15 dias a 12 anos
	2- 13 a 18 anos
	3- 19 a 30 anos
	4- 31 a 45 anos
	5- 46 a 60 anos
	6- 61 a 75 anos
	7- 76 a 90 anos
	8- Acima de 91 anos
<b>Escolaridade:</b> respeitou-se o preconizado pelo IBGE	1- Analfabeto
	2- Analfabeto funcional
	3- Ensino fundamental incompleto
	4- Ensino fundamental
	5- Ensino médio incompleto
	6- Ensino médio
	7- Ensino superior incompleto
	8- Ensino superior
	9- Não informado
<b>Naturalidade:</b> Nome da cidade onde nasceu	
<b>Cidade de origem</b> Nome da cidade de procedência	

**Ocupação**

- 1- Pedreiro
- 2- Marceneiro
- 3- Domestica
- 4- Costureira
- 5- Cozinheira
- 6- Pintor
- 7- Cabeleireiro
- 8- Do lar
- 9- Aposentado
- 10- Outro
- 11- Estudante



**Variáveis**

**Estado civil:** Respeitou-se o preconizado pelo IBGE

**Cor/Raça:** Respeitou-se o preconizado pelo IBGE

**Saneamento básico:** Presença de água potável, rede de esgoto e coleta de lixo.

**Renda familiar mensal:** Respeitou-se o preconizado pelo IBGE

**Etilismo:** Considerou-se o hábito de ingerir qualquer volume de bebida alcoólica, pelo menos uma vez por semana.

**Tabagismo:** Considerou-se como tabagismo o hábito de fumar mais de três cigarros ao dia.

**Doenças associadas:** Considerou-se a existência de patologias que podem interferir negativamente no processo de cicatrização.

**Categoria**

- 1- Casado
- 2- Separado
- 3- Divorciado
- 4- Viúvo
- 5- Solteiro
- 6- Em união estável

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda
- 4- Amarela
- 5- Indígena

- 1- Sim
- 2- Não

- 1- Um salário mínimo
- 2- 2 a 3 salários mínimos
- 3- 4 a 5 salários mínimos
- 4- mais de 5 salários mínimos

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Abstinência

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Abstinência

- 1- Hipertensão arterial
- 2- Câncer
- 3- Lúpus
- 4- Diabetes melítus
- 5- Cardiopatia
- 6- Doença inflamatória do intestino
- 7- Depressão
- 8- Hanseníase
- 9- Outra doença

**Índice de massa corpórea:** Consideraram-se os valores de referência do IMC (peso/altura<sup>2</sup>) preconizados pela OMS.

- 1- < 18,5 Kg/m<sup>2</sup> - baixo peso
- 2- 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> - normal
- 3- 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> - sobrepeso
- 4- > 30 Kg/m<sup>2</sup> – obeso

**Variáveis**

**Medicamentos/terapia:** Consideraram-se os grupos de drogas que podem interferir no processo de cicatrização.

**Etiologia da ferida:** Refere-se à classificação da lesão conforme a etiologia.

**Categoria**

- 1- Anti-hipertensivo
- 2- Ansiolítico
- 3- Corticóide
- 4- Antidepressivo
- 5- Hipoglicemiante oral
- 6- Insulina
- 7- Digitálico
- 8- Suplementação vitamínica
- 9- Quimioterapia
- 10- Hemoderivado
- 11- Radioterapia
- 12- Antibiótico
- 13- Antiinflamatório
- 14- Antiemético
- 15- Analgésico
- 16- Anticoagulante
- 17- Outro

- 1- Drepanocitose
- 2- Venosa
- 3- Mista
- 4- Arterial
- 5- Hipertensiva
- 6- Neuroisquêmica
- 7- Neuropática
- 8- Pioderma gangrenoso
- 9- Lúpus
- 10- Cirurgia complexa
- 11- Micoose fungoide
- 12- Úlcera por pressão
- 13- Outra

**Tempo de existência da ferida:** Foi considerado o tempo de existência da ferida (tempo decorrido do início da ferida até a inserção no serviço).

- 1- De 0 a 30 dias
- 2- De um mês e um dia a dois meses
- 3- De dois meses e um dia a quatro meses
- 4- De quatro meses e um dia a seis meses
- 5- De seis meses e um dia a um ano
- 6- De um ano e um dia a dois anos
- 7- Acima de dois anos

**Variáveis**

**Comprometimento tecidual:** Refere-se ao grau de acometimento dos tecidos e das estruturas envolvidos na lesão (em caso de mais de uma ferida, foi considerada a ferida com maior comprometimento).

**Localização****Motivo da alta**

**Tempo de cura:** Tempo demandado em meses para cicatrização completa da ferida

**Categoria**

- 1- Superficial: ferida que apresenta comprometimento da epiderme e derme.
- 2- Profunda parcial: ferida que apresenta comprometimento da epiderme, derme e subcutâneo.
- 3- Profunda total: ferida que apresenta comprometimento da epiderme, derme, subcutâneo, músculo e estruturas adjacentes.

- 1- Perna
- 2- Pé
- 3- Abdome
- 4- Tórax
- 5- Pescoço
- 6- Rosto
- 7- Outra

- 1- Cura
- 2- Transferência
- 3- Abandono
- 4- A pedido
- 5- Cirurgia
- 6- Óbito

- 1- De 01 a 30 dias
- 2- De um mês e um dia a dois meses
- 3- De dois meses e um dia a quatro meses
- 4- De quatro meses e um dia a seis meses
- 5- De seis meses e um dia a um ano
- 6- De um ano e um dia a dois anos
- 7- Acima de dois anos

**4.5 Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados, elaborou-se um instrumento (APÊNDICE A) contendo itens

relativos às variáveis para atender aos objetivos propostos.

#### **4.6 Coleta de dados**

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por dois bolsistas treinados e supervisionados pela mesma, nos meses de maio a julho de 2012. Foram extraídos dos prontuários e das fichas dos pacientes e do banco de dados informatizado do serviço.

#### **4.7 Tratamento dos dados**

Para a análise dos dados, foi elaborado um banco no programa EPIDATA, versão 3.1. Os dados colhidos foram lançados por um digitador. Posteriormente, duas pessoas realizaram a conferência minuciosa de todos os dados do banco. Essa conferência permitiu a identificação e a correção de erros de digitação. Após essa etapa, os dados foram transferidos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 15.0, onde se fez análise descritiva das variáveis, conforme determinado pelos objetivos. Foram gerados quadros, gráficos e tabelas. Os resultados foram discutidos conforme referencial teórico.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Foram respeitados os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A pesquisa faz parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o parecer número 01581612.0.0000.5149 (ANEXO A).

Foi mantido o anonimato dos pacientes e dos profissionais envolvidos no processo de assistência. Os instrumentos de coleta de dados preenchidos serão incinerados após término da pesquisa e publicações dos resultados.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As características demográficas dos 374 pacientes que fizeram parte da amostra para o estudo estão apresentadas na TABELA 1.



TABELA 1  
Características demográficas da amostra. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	252	67,4
Masculino	122	32,6
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
15 dias a 12 anos	06	1,6
13 a 18	10	2,7
19 a 30	51	13,6
31 a 45	85	22,8
46 a 60	101	27,0
61 a 75	96	25,6
76 a 90	22	5,9
Acima de 91	03	0,8
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Cor/raça</b>		
Parda	190	50,8
Branca	111	29,7
Preta/Negro	53	14,2
Indígena	01	0,3
Não informado	19	5,0
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	47	12,6
Analfabeto funcional	22	5,9
Ensino fundamental incompleto	150	40,1
Ensino fundamental	44	11,7
Ensino médio incompleto	22	5,9
Ensino médio	57	15,2
Ensino superior incompleto	06	1,6
Ensino superior	13	3,5
Não informado	13	3,5
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado/união estável	172	46,0
Solteiro/	127	34,0
Viúvo	45	12,0
Divorciado/separado	20	5,3
Não informado	10	2,7
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos pacientes era do sexo feminino (67,4%). A idade variou de 15 dias de nascido a 97 anos, com média de 49,7 anos e mediana de 51 anos. Destaca-se que a maioria dos pacientes estava na faixa etária entre 19 e 60 anos (63,4%). Portanto, em idade produtiva. Cerca da metade dos pacientes era de cor parda (50,8%).

Em um estudo realizado em Quebec (Canadá) por Rodrigues e Mègie (2006), envolvendo 149 centros de saúde de comunidades locais, com 488 pacientes com feridas crônicas, os estudiosos identificaram que os pacientes tinham idade média de 68,5 anos (RODRIGUES, MÈGIE, 2006), média bem superior à dessa pesquisa. Em relação ao sexo, nesse mesmo estudo, encontraram-se 54,4% de mulheres, dados inferiores aos obtidos. Porém, a maioria continua sendo de mulheres.

Em Londres (Reino Unido), realizou-se um estudo para determinar a prevalência e a causa de úlceras de perna em uma população geograficamente definida, após 8 anos de padronização de protocolo de cuidados baseado em evidência. Em uma população de 252.000, obteve-se prevalência bruta de 0,45/1.000, sendo 0,34/1.000, em homens, e 0,54/1.000, em mulheres (MOFFATT *et al.*, 2004).

Feridas são biologicamente ativas e a cicatrização é um processo dinâmico que pode ser otimizado e sustentado a partir de cuidados prestados por profissionais competentes que conhecem o processo de cicatrização, além de fatores que interferem nesse processo. Um desses fatores é a idade.

A cicatrização prejudicada em idosos representa um grande problema clínico e econômico. Com o envelhecimento da população crescendo em número e porcentagem, aumenta-se a importância de se entender os mecanismos de deficiências subjacentes relacionadas à idade que interferem na cura. A pele normal apresenta mudanças características da idade que têm implicações para a cicatrização de feridas. Além disso, o processo de cicatrização é alterado em indivíduos idosos. Embora historicamente, a cura, nessa clientela, tenha sido considerada prejudicada, há agora um consenso de que a cicatrização em idosos é lenta, mas o resultado final

é qualitativamente similar aos indivíduos jovens (GOSAIN, DIPIETRO, 2004).

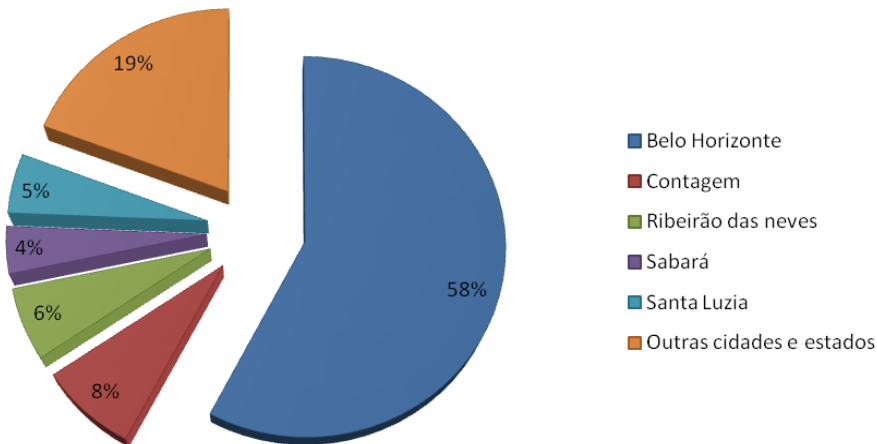
Quanto ao grau de escolaridade, o maior percentual dos pacientes tinha baixo nível de escolaridade (58,6%), 40,1% não concluíram o ensino fundamental e 18,5% eram analfabetos ou analfabetos funcionais. Este resultado revela uma situação preocupante quanto ao perfil dos pacientes, pois quanto menor o nível de instrução, mais difícil é para os pacientes questionarem os profissionais acerca de seus problemas de saúde, do cuidado a ser implementado, dos direitos que lhe são inerentes e da compreensão das orientações recebidas. No entanto, na prática clínica, observa-se que a interação entre paciente, serviço e profissionais de saúde tem proporcionado a superação das dificuldades impostas por essa variável (SILVA et al., 2012).

Em relação ao estado civil, o maior percentual era de pessoas casadas civilmente ou em união estável (46,0%). Os demais são viúvos, solteiros, divorciados e separados. Dado semelhante à situação conjugal foi encontrado no estudo realizado em Maracanaú (CE) em que foram examinadas 87 pessoas, das quais 52,7% viviam com companheiros (SILVA, MOREIRA, 2011). O fato de se ter um companheiro pode ser um facilitador para a implementação dos cuidados necessários no tratamento do paciente. Mas resultados obtidos no estudo realizado por Souza e Matos (2010) demonstraram que os sentimentos desenvolvidos pelos pacientes diante da condição de ter ferida crônica são negativos. Eles consideraram a dor, o odor, o exsudato e o curativo como características responsáveis pelas alterações ocorridas na vida sexual.

Quanto à naturalidade dos pacientes atendidos no serviço, 28,9% eram naturais de Belo Horizonte e 71,1% foram agrupados na categoria “Outras” em função da grande variedade de cidades.

GRÁFICO 1

Cidade de procedência dos pacientes da amostra Belo Horizonte, 1998-2011.



Quanto à procedência dos pacientes atendidos no serviço, o GRÁFICO 1 mostra que a maioria dos pacientes era de Belo Horizonte (58,0%) e 25,0% de cidades da região metropolitana, como Contagem (8%), Ribeirão das Neves (6,0%), Sabará (4,0%) e Santa Luzia (5,0%). Os demais eram de outras cidades e estados (19,0%). Considerando que 42,0% dos pacientes atendidos não eram de Belo Horizonte, pode-se considerar que esse dado contribuiu para caracterizar o serviço como referência no tratamento de lesões no Sistema Único de Saúde (SUS).

As atividades ocupacionais desenvolvidas pelos pacientes e a renda familiar estão discriminadas na TABELA 2.

TABELA 2

Variáveis sócio-econômicas da amostra. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	92	24,6
Do lar	87	23,3
Doméstico	47	12,5
Estudante	17	4,5
Pedreiro	08	2,1
Costureira	07	1,8
Cozinheira	06	1,6
Marceneiro	03	0,8
Outro	108	28,8
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda familiar mensal (salário mínimo)</b>		
01	92	24,6
De 2 a 3	198	52,9
De 4 a 5	31	8,3
Mais de 5	18	4,8
Não informado	35	9,4
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

O maior percentual de pacientes está na categoria “Aposentado”, seguida pela categoria “Do lar” (24,6%). Considerando essa última categoria, encontram-se pessoas que desenvolvem atividades na própria casa. É importante ressaltar que “Do lar” deixa de ser uma ocupação, haja vista que a própria legislação trabalhista reconhece a contribuição previdenciária para essa categoria. Atividades semelhantes às “Do lar” eram desenvolvidas por 12,6% dos pacientes registrados como “Domésticas”. Destaca-se, também, que 108 pessoas desenvolviam atividades diversificadas (62 profissões diferentes) e foram classificadas como “Outras”.

A renda familiar de cerca da metade dos pacientes variou de 2 a 3 salários mínimos (52,9%) e (24,6%) deles viviam com apenas um salário mínimo, o que corresponde ao percentual de aposentados. Esse mesmo dado foi constatado por Silva e Moreira (2011), uma vez que (90,9%) participantes informaram a renda familiar, tendo havido predominância da faixa de um a três salários mínimos, correspondente a (69,1%) dos sujeitos. No estudo citado, o salário mínimo vigente, à época da pesquisa, era de R\$ 415,00.

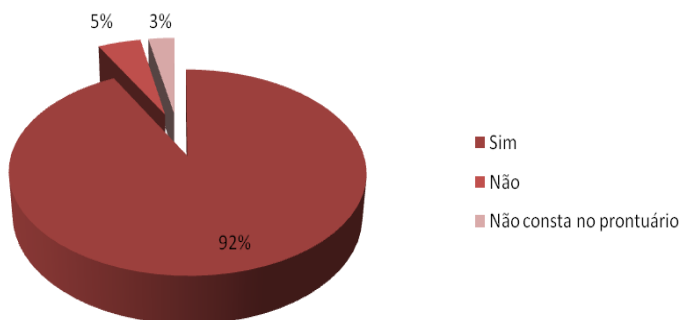
Um estudo realizado por Abbade et al. (2005) com pacientes com úlcera venosa com idade média de 57 anos, evidenciou-se que 35% deles estavam aposentados, 16,1% afastados do trabalho devido a úlcera, 2,5% recebiam auxílio-doença e 4,2% desempregados (ABBABE et al., 2005).

Em outro estudo, esses mesmos autores afirmam que fatores relacionados à ocupação, aposentadoria e licença saúde causam importante ônus aos sistemas de saúde e previdenciário, além de interferirem na qualidade de vida do paciente, seja pelos altos custos com o tratamento ou pela possibilidade de faltas ao trabalho e perda do emprego, além da diminuição do prazer nas atividades cotidianas (ABBABE, LASTÓRIA, 2006).

As condições ambientais é outro fator importante a ser considerado quando o assunto em estudo refere-se à saúde. Os dados concernentes às condições de saneamento básico podem ser observados no GRÁFICO 2.

#### GRÁFICO 2.

Distribuição dos pacientes classificados segundo saneamento básico da residência  
Belo Horizonte, 2008-2011



A maioria dos pacientes deste estudo apresentava completa estrutura de saneamento na residência (92,0%). Esses dados representam o panorama de Belo Horizonte e da região metropolitana. Segundo os dados obtidos no DATASUS referentes a 2010, confirma-se que a média de residências com saneamento básico é de 93%.

Um dado importante a ser salientado é o fato de que a grande maioria dos pacientes negava o uso de bebida alcoólica (81,0%) e o uso de tabaco (77,3%). Destaca-se ainda que, cerca de 4,0% da população estava em situação de abstinência no que tange a esses dois hábitos mencionados.

A maioria dos pacientes (75,4%) relatou que, além das doenças de base, ou seja, as que deram origem à lesão havia, também, outros agravos, como os discriminados na TABELA 3.

**TABELA 3**  
Agravos associados apresentados pelos pacientes da amostra. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>Agravos associados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensão arterial	166	44,4
Diabetes melito	57	15,2
Câncer	35	9,4
Hanseníase	23	6,1
Anemia falciforme	21	5,6
Cardiopatía	19	5,1
Hipotireoidismo	09	2,4
Depressão	07	1,9
Lúpus	07	1,9
Doença inflamatória do intestino	03	0,8
Outras doenças	73	19,6

A maioria dos pacientes tinha hipertensão arterial (44,4%), seguidos pelos pacientes com diabetes melitus (15,2%) e câncer (9,4%). O percentual referente à Hanseníase (6,1%) justifica-se pelo fato de o serviço ser referência para o tratamento desta doença e da anemia falciforme (5,6%) para tratamento de lesão causada por este agravo.

Em relação à história clínica do usuário, esse dado foi investigado em um estudo clínico com 55 pessoas. Nesse estudo, foram investigadas as doenças frequentemente associadas à úlcera venosa e, desse modo, constataram-se 70,9% de hipertensão arterial sistêmica, 29,09% de obesidade, 16,36% de diabetes melitus. A associação da insuficiência venosa crônica com hipertensão arterial sistêmica ocorreu em 70,9% dos casos, sendo esse dado estatisticamente significativo na predisposição às úlceras venosas (MOREIRA, SILVA, 2011). Em outro estudo realizado com 113 pacientes, a ocorrência de diabetes melitus foi 13% (MOFFATT *et al.*, 2005).

Destaca-se, ainda, que o diabetes melitus é um dos principais agravos que interferem no processo de cicatrização de feridas crônicas. Quando o paciente é diabético e desenvolve uma úlcera, tem um risco mais elevado de ter complicações graves, incluindo infecções e amputação (GREENHALGH, 2003).

Outro agravo encontrado em nossa população foi o câncer (9,4%). Segundo Kouros et al. (2005), o paciente com câncer, muitas vezes, tem alterações que interferem no processo de cicatrização de feridas, tais como: desnutrição, quimioterapia, radioterapia, entre outras.

As alterações antropométricas foram calculadas tendo em vista o índice de massa corporal (IMC). Foi detectado que 207 pacientes (55,4%) apresentavam algum tipo de alteração de massa corporal, para menos ou para mais, como apresentado na TABELA 4.

**TABELA 4**  
Índice de massa corporal apresentado pelos pacientes da amostra. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>Classificação segundo o IMC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Subnutrido ou abaixo do peso	25	12,1
Sobrepeso	96	46,4
Obesidade	86	41,5
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

A grande maioria dos pacientes (87,9%), com alteração de peso, estava com sobrepeso (46,4%) ou era obeso (41,5%). Destaca-se que 20,1% dos pacientes tinham obesidade grau 3.



Esses resultados chamam a atenção, pois a obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível e interfere diretamente no processo de cicatrização de feridas como também no estado de subnutrição.

Os dados dessa pesquisa são coerentes com a realidade do país. Diversos estudos têm demonstrado que o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive com a transição nutricional, determinada frequentemente pela má-alimentação (BATISTA FILHO, RISSIN, 2003; BERMUDEZ, TUCKER, 2003). Ao mesmo tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso, fator que contribui para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Nessa situação, são associadas às causas de morte mais comuns atualmente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo (WHO, 2002).

Nesse estudo, a minoria dos pacientes não fazia uso de qualquer medicamento, fator que corresponde a 84 pessoas (22,5%).

A discriminação dos medicamentos usados pelos 290 pacientes (77,5%) encontra-se na TABELA 5.

TABELA 5

Medicamentos usados pelos pacientes da amostra. Belo Horizonte, 1998-2011

Variáveis	n=290	%
Anti-hipertensivo	166	57,2
Analgésico /Antiinflamatório	96	33,1
Hipoglicemiante/insulina	68	23,4
Antibiótico/	56	19,3
Anticoagulante	41	14,1
Corticoide	35	12,1
Quimioterapia/radioterapia	25	8,6
Antidepressivo/ansiolítico	35	12,1
Digitálico	18	6,2
Antiemético	15	5,2
Suplementação vitamínica	06	2,0
Outros medicamentos	63	21,7

O anti-hipertensivo foi usado pela maioria dos pacientes (166-57,2%). Esse dado é compatível com o número identificado de pacientes com hipertensão arterial. Os medicamentos mais usados foram o analgésico e o anti-inflamatório, ambos com objetivo de controlar a dor. Esses medicamentos eram usados por 96 pacientes (33,1%). O hipoglicemiante e a insulina foram usados por 68 pacientes (23,4%). Destaca-se que alguns pacientes, além da insulina, faziam uso de hipoglicemiante oral; outros pacientes precisaram usar esses medicamentos em decorrência do efeito colateral dos corticoides.

Alguns pacientes da amostra (115) apresentavam mais de uma lesão, mas nesse estudo, considerou-se apenas a lesão de maior área para a análise da etiologia, da localização e do comprometimento tecidual. Os dados estão apresentados na TABELA 6.

TABELA 6

Distribuição dos pacientes de acordo com número das lesões, a localização e comprometimento tecidual. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>Lesões por paciente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Uma lesão	259	69,3
Duas lesões	84	22,5
Três lesões	25	6,7
Quatro lesões	06	1,6
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Localização*</b>		
Perna	172	46,0
Abdômen	61	16,3
Tórax	58	15,5
Pé	56	15,1
Pescoço /rosto	04	1,0
Outras	21	5,6
Não registrado	02	0,5
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Comprometimento tecidual*</b>		
Superficial	116	31,0
Profunda parcial	192	51,3
Profunda total	63	16,8
Não registrado	03	0,8
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

Legenda: \*Foi considerada somente a lesão de maior área, quando o paciente apresentava mais de uma lesão.

O número de lesões por paciente variou de um a quatro, porém, a maioria apresentava apenas uma lesão (69,3%). No entanto, um importante percentual apresentava duas ou três lesões (29,2%). Apenas 1,6% dos pacientes tinham quatro lesões.

A multiplicidade de lesões também foi identificada em outro estudo em que a maioria dos pacientes apresentou uma única lesão isolada em apenas um dos membros inferiores (80%). Em 17,15%, ocorreram duas úlceras; três lesões, somente em 2,85% dos indivíduos (SILVA, MOREIRA, 2011).

Nesse estudo, a localização das lesões foi variada. A metade (46,0%) ocorreu na perna, seguida pelas lesões no abdômen, pé, pescoço, rosto e tórax. Essa diversidade na localização das lesões pode ser explicada pela variedade de etiologia presente na amostra.

Até o momento, não há consenso sobre a melhor ferramenta para avaliar feridas de diversas etiologias. A análise dos instrumentos de classificação de pacientes, disponíveis na literatura, demonstra que aspectos relevantes da assistência a pacientes com esse agravo deixam de ser abordados, ficando evidente a importância da elaboração de critérios que possibilitem avaliar esses pacientes. Para alguns autores, configuraram-se como novas áreas de cuidado: o comprometimento tecidual, o número de trocas do curativo e o tempo utilizado para a sua realização (SANTOS *et al.*, 2007).

No que se refere ao comprometimento tecidual, a maioria (68,2%) das lesões foi classificada como profunda, sendo que 75,3% eram profundas parciais. Nesse estudo, ferida profunda parcial é aquela que apresenta comprometimento da epiderme, derme e subcutâneo.

Outra classificação existente na literatura quanto à profundidade é a ferida superficial, ferida dérmica profunda e ferida com perda total. A primeira é definida por aquela que envolve somente a epiderme e a derme papilar. A cura se dá por reepitelização, não há contração ou formação de cicatriz, dura cerca de dez dias se não ocorrer infecção e se a superfície da ferida for mantida úmida com o uso de coberturas. A ferida dérmica profunda cicatrizará com a combinação da reepitelização das unidades de folículos sebáceos, com pequena contração e com formação de cicatriz. Essas lesões, normalmente, são curadas entre 10 e 21 dias. A ferida com perda total pode ser curada em decorrência de cicatrização primária ou secundária, demandando mais de 21 dias para a cura (PERCIVAL, 2002).

A Avaliação de uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido à diversidade quanto à natureza, forma, localização e etiologia, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, fator que pode gerar interpretações divergentes. Para garantir a confiança entre os observadores, faz-se necessário que

o parecer de um profissional coincide com o de seus colegas. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos. Dentre esses fatores, é importante destacar a etiologia da lesão como essencial para a definição do tratamento tópico. Na TABELA 7, são apresentadas as etiologias das lesões dos pacientes da amostra.

TABELA 7  
Distribuição dos pacientes segundo a etiologia da lesão. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>Etiologia da lesão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirurgia complexa	141	37,7
Venosa	120	32,1
Neuropática	34	9,1
Drepanocitose	21	5,6
Arterial	13	3,5
Úlcera por pressão	07	1,9
Neuroisquêmica	06	1,6
Pioderma gangrenoso	03	0,8
Outras	29	8,0
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

Foi encontrada uma variedade de etiologias. Essa diversidade se deve ao fato de que, em 1998, quando ocorreu a reestruturação do serviço com a implementação do projeto de extensão “Atendimento ao paciente portador de ferida crônica”, passou-se a atender pacientes com ferida crônica independente da etiologia ou localização. Esse fato foi desencadeado pela interação dos enfermeiros do Setor de Estomaterapia com as equipes de outras especialidades.

As feridas cuja etiologia foram apresentadas por apenas um ou dois pacientes foram agrupadas na categoria “Outras”. Pode-se observar, nessa amostragem, que a maior parte das lesões (37,7%) é decorrente de cirurgia complexa seguida pela etiologia venosa (32,1%).

A ferida cirúrgica torna-se complexa quando apresenta complicações no processo de cicatrização, sem regressão espontânea e completa, num prazo esperado. O rompimento parcial ou total dos planos suturados, denominado de deiscência parcial ou total da ferida operatória, é a mais grave das complicações, principalmente quando relacionada à ferida abdominal ou torácica.

Na maioria dos casos, surge em torno do 5º dia do pós-operatório, mas pode ocorrer também no pós-operatório imediato, na ocasião da extubação do paciente ou quando este faz esforço excessivo devido à agitação ou vômito (BORGES et al., 2008).

As úlceras venosas são lesões crônicas associadas à hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem ao percentual que varia aproximadamente de 80 a 90% das úlceras encontradas nesta localização. Configura-se como problema mundialmente grave, sendo responsável por considerável impacto socioeconômico, como a perda de dias de trabalho, aposentadoria precoce e gastos elevados com a terapêutica, em geral, prolongada. Também são capazes de restringir as atividades da vida diária e de lazer dos pacientes (BARBOSA, 2010). As úlceras por insuficiência venosa, geralmente, são iniciadas por trauma. Na maioria dos casos, surgem em decorrência da insuficiência do sistema venoso superficial profundo ou ocorrem pela insuficiência das veias comunicantes ou perforantes. As úlceras venosas têm caráter recorrente e, normalmente, no mesmo local (BERGAN *et al.*, 2006).

Ainda nos membros inferiores, podem ser encontradas úlceras decorrentes da interrupção do fluxo arterial parcial e ou total. Esse tipo de úlcera ocorre com frequência nos dedos e nos pés, pois nestes locais as artérias são únicas e distais, o que reduz as chances do desenvolvimento de vasos com a finalidade colateral para atender a demanda celular local (BERSUSA, 2004). Por sua vez, as úlceras mistas são caracterizadas pelo comprometimento simultâneo do sistema venoso e arterial (LAZARETH, 2009).

A úlcera decorrente da doença falciforme localiza-se mais frequentemente no maléolo medial e lateral, apresentando-se muito exsudativas, recoberta por uma película de tecido necrótico de cor amarela, extremamente dolorosa e susceptível à infecção, além de ser de difícil cura. Além disso, as úlceras por anemia falciforme são responsáveis pelo afastamento do paciente do trabalho e do estudo, dificultando a interação social e agravando a situação sócio-econômica que geralmente é desprivilegiada (LOBO, 2007; MINAS GERAIS, 2007).

Outro tipo de úlcera é a neurotrófica que é causada por neuropatia periférica, desencadeada por patologias como hanseníase, diabetes melitus, alcoolismo e outras. Pacientes

com essas patologias que acometem os nervos periféricos têm maior risco de desenvolver lesões das fibras autonômicas, sensitivas e motoras, podendo resultar em lesões primárias, como mão em garra, pé caído e anquilose (articulações endurecidas) e secundárias, como as paralisias musculares, fissuras, úlceras plantares e lesões traumáticas. Além disso, a perda da sensibilidade protetora (térmica, dolorosa e tátil) ou anestesia nas mãos e pés influenciam o surgimento de lesões cutâneas (BRASIL, 2002).

**TABELA 8**  
Distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de existência da ferida e o tempo de permanência no serviço. Belo Horizonte, 1998-2011

<b>Tempo de existência da ferida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 a 30 dias	132	35,3
Um mês e um dia a dois meses	30	8,0
Dois meses e um dia a quatro meses	25	6,7
De quatro meses e um dia a seis meses	21	5,6
De seis meses e um dia a um ano	35	9,4
De um ano e um dia a dois anos	45	12,0
Acima de dois anos	82	21,9
Não consta no prontuário	04	1,1
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo permanência no serviço</b>		
0 a 30 dias	98	26,2
Um mês e um dia a dois meses	63	16,8
Dois meses e um dia a quatro meses	86	23,0
De quatro meses e um dia a seis meses	38	10,2
De seis meses e um dia a um ano	53	14,2
De um ano e um dia a dois anos	25	6,7
Acima de dois anos	11	2,9
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

O tempo de existência das feridas dos pacientes antes do início do tratamento no Setor de Estomaterapia, campo do estudo, variou de três dias a quatro anos, sendo que a maioria dos pacientes (35,3%) tinha ferida há apenas um mês ou há mais de dois anos (21,9%).

Nos estudo realizado por Santos *et al* (2007), com amostra de 22 feridas crônicas, foram encontradas 50,0% de úlceras venosas, 30,0% de úlceras por pressão, 10,0% de úlceras diabéticas e 10,0% de ferida pós-trauma, e a maioria das feridas (53,0%) também existia há mais de um ano (SANTOS *et al.*, 2007).

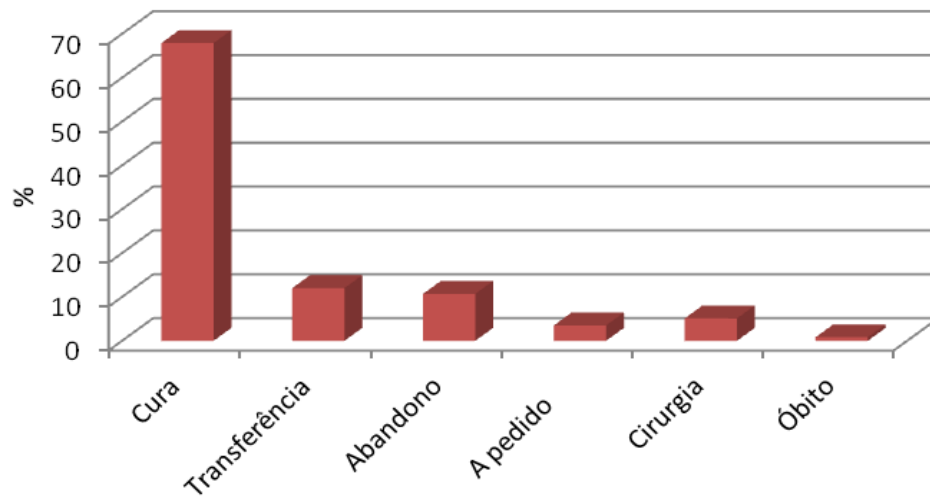
O tempo de permanência no serviço variou de um dia a um período maior que dois anos. A maioria dos pacientes recebeu alta com tempo máximo de seis meses de tratamento (76,2%), sendo que 26,2% demandaram, no máximo, um mês de tratamento. Destaca-se que 9,6% dos pacientes permaneceram em tratamento por mais de um ano, considerando que 2,9% demandaram mais de dois anos.

Feridas crônicas se desenvolvem quando há uma interrupção no processo de cicatrização normal. Portanto, não se obtém o fechamento completo dentro de um período "normal", semelhante ao das feridas que curam. Feridas que não conseguem progredir por meio de uma sequência normal de reparação em 4 a 8 semanas são, geralmente, consideradas crônicas. Feridas crônicas podem ser um desafio para o paciente, o profissional de saúde e o sistema de saúde. Úlceras venosas de perna, úlceras por pressão, úlceras isquêmicas e úlceras no pé de pacientes diabéticos são exemplos de feridas crônicas (IZADI, GANCHI, 2005).

Alguns pacientes receberam alta sem a obtenção da cura da ferida. As justificativas do desligamento do serviço estão apresentadas no GRÁFICO 3.



GRÁFICO 3.  
Motivo da saída do paciente do serviço. Belo Horizonte, 1998-2011



Quanto ao tipo de alta, a maioria dos pacientes recebeu alta por cura da lesão (67,9%) e 12,9% deixou o serviço devido à transferência para outro serviço, principalmente para unidade básica de saúde ou estratégia de Saúde da Família de cidades do interior de Minas Gerais e 10,7% abandonaram o tratamento. Em relação aos demais pacientes, 5,1% foram submetidos a tratamento cirúrgico da lesão, 3,5% pediram alta e 0,8% faleceram antes do término do tratamento.

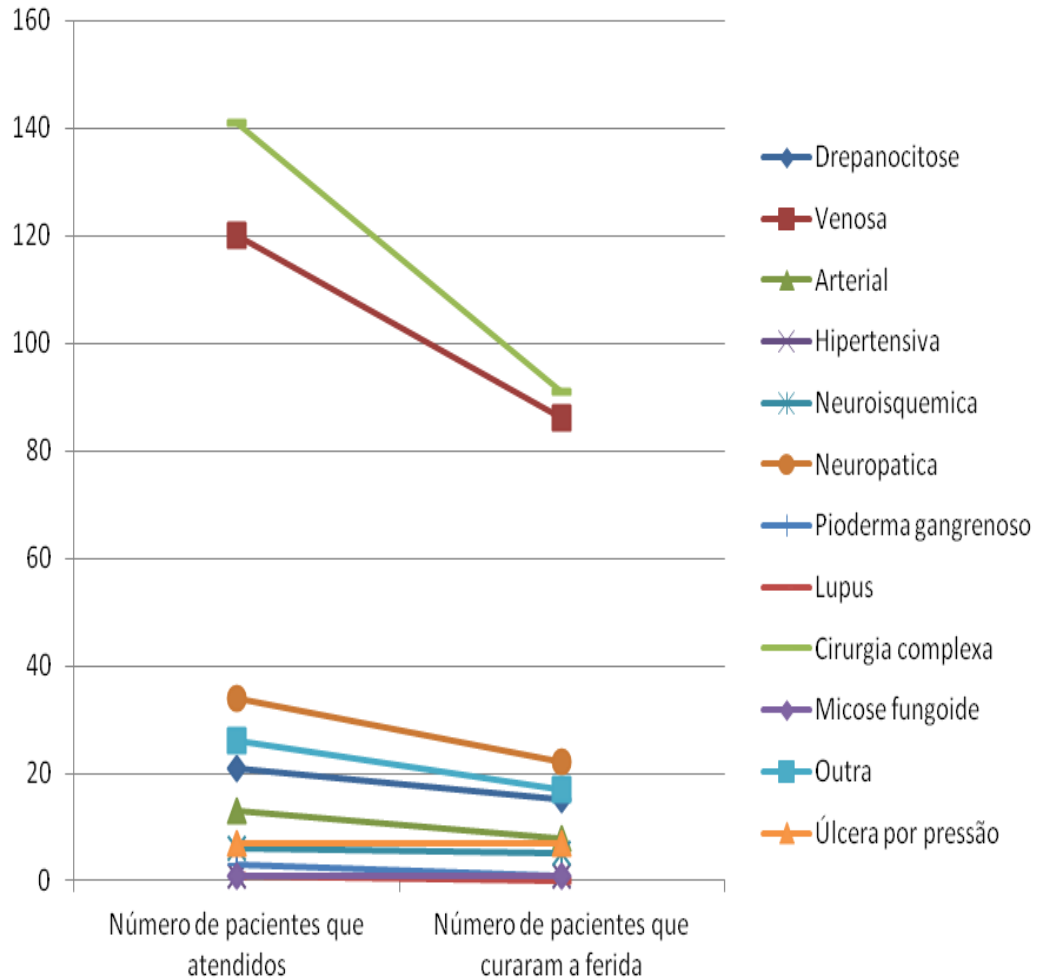
Muitos fatores podem prejudicar a cicatrização de feridas. Alguns dos fatores intrínsecos ou locais que prejudicam a cicatrização incluem corpos estranhos, maceração do tecido, isquemia e infecção. As doenças que são conhecidas por afetar negativamente a cicatrização de feridas são a desnutrição, o diabetes e a doença renal (HARDING et al., 2002).

Um total de 254 pacientes (67,9%) recebeu alta por cura e a etiologia das feridas desses pacientes está apresentada na TABELA 9 e GRÁFICO 4.

TABELA 9  
Distribuição dos pacientes que tiveram cura da ferida de acordo com a etiologia. Belo Horizonte, 1998-2011

Etiologia da lesão	Total de pacientes	Cura		Porcentagem de pacientes que curaram
		Sim	Não	
Úlcera por pressão	07	07	00	100,0
Hipertensiva	01	01	00	100,0
Micose fungóide	01	01	00	100,0
Lúpus	01	01	00	100,0
Neuroisquêmica	06	05	01	83,3
Venosa	120	86	34	71,7
Drepanocitose	21	15	06	71,4
Neuropática	34	22	12	64,6
Cirurgia complexa	141	91	50	64,6
Arterial	13	08	05	61,5
Pioderma gangrenoso	03	01	02	33,3
Outra	26	17	09	65,4
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>254</b>	<b>120</b>	

GRÁFICO 4  
Relação dos pacientes que tiveram cura da ferida de acordo com a etiologia. Belo Horizonte 1998-2011



A fisiopatologia das feridas crônicas não é totalmente compreendida e essa lacuna resulta em muitas falhas no tratamento. O ambiente ideal de cura pode ser facilmente perturbado. Há processos que podem inibir ou retardar a cicatrização de feridas e há, também, determinadas ações para o profissional alterar esses processos visando otimizar a cura. Os enfermeiros devem

estar atualizados sobre a fisiologia da cicatrização de feridas, além de dispor de recursos que incluem tecnologias comprovadas e aceitas cientificamente (IZADI, GANCHI, 2005).

Das etiologias encontradas, a hipertensiva, a micose fungóide e o lúpus foram representadas, cada uma, por um paciente. Todos obtiveram cura da ferida, o que ocorreu também com os sete pacientes com úlcera por pressão.

É necessário destacar os casos de úlceras de etiologia neuroisquêmica, venosa e drepanocíticas, uma vez que se obtivera altas taxas de cura, correspondentes a 83,3%, 71,7% e 71,4%, respectivamente. O pioderma gangrenoso foi a etiologia com menor taxa de cura (33,3%), se comparadas às demais que apresentaram um percentual de cura superior a 60,0%.

Na prática clínica, observa-se que a etiologia da ferida interfere no tempo gasto para a sua cura. O tempo demandado para a cura das feridas conforme a etiologia encontra-se na TABELA 10.

TABELA 10

Tempo de permanência no serviço relacionado com a etiologia da lesão. Belo Horizonte. 2008-2011

Tempo	Etiologia																							
	Drepanocitose		Venosa		Arterial		Hipertensiva		Neuroisquêmica		Neuropática		Piodermagangrenoso		Lúpus		Cirurgia complexa		Micose fungóide		Úlcera por pressão		Outra	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 30 dias	02	9,5	17	14,2	04	30,8	00	0,0	01	16,7	13	38,2	00	0,0	00	0,0	48	34,0	00	0,0	02	28,6	01	42,3
1 mês e 1 dia a 2 meses	04	19,0	17	14,2	02	15,4	00	0,0	02	33,3	10	29,4	02	66,7	00	0,0	22	15,6	00	0,0	01	14,3	03	11,5
2 meses e 1 dia a 4 meses	02	9,5	30	25,0	03	3,1	01	100,0	01	16,7	06	17,6	00	0,0	00	0,0	36	25,5	00	0,0	03	42,9	04	15,4
4 meses e 1 dia a 6 meses	03	14,3	10	8,3	01	7,7	00	0,0	00	0,0	01	2,9	01	33,3	01	100,0	18	12,8	00	0,0	00	0,0	03	11,5
6 meses e 1 dia a 1 ano	05	23,8	24	20	02	4,4	00	0,0	01	16,7	02	5,9	00	0,0	00	0,0	13	9,2	01	100,0	01	14,3	04	15,4
1 ano e 1 dia a 2 anos	04	19,0	14	11,7	01	7,7	00	0,0	01	16,7	02	5,9	00	0,0	00	0,0	02	1,4	00	0,0	00	0,0	01	3,8
Acima de 2 anos	01	4,8	08	6,7	00	-	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	1,4	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>TOTAL</b>	21	100,0	120	100,0	13	100,0	01	100,0	06	100,0	34	100,0	03	100,0	01	100,0	141	100,0	01	100,0	07	100,0	26	100,0

A maioria dos pacientes que teve alta em função da cura da ferida permaneceu no serviço por um período de 15 dias a seis meses (76,8%). Destaca-se que somente 6,3% dos pacientes permaneceram em tratamento até dois anos.

Pela distribuição dos pacientes segundo o tempo de permanência no serviço e etiologia da ferida, observa-se, na Tabela 9, que a maioria dos pacientes cuja ferida foi causada por drepanocitose (52,3%), insuficiência venosa (61,7%), insuficiência arterial (76,7%), neuroisquêmica (66,7%), neuropática (88,1%), cirúrgica (77,9%), pressão (85,8%), pioderma gangrenosa e hipertensiva (100%) também permaneceu no serviço até seis meses. Mesmo com relação às feridas por causas agrupadas, além de outras, a maioria dos pacientes continuou no serviço por igual tempo. Portanto, pode-se concluir que, independente da etiologia da ferida, a maioria dos pacientes permaneceu em tratamento no serviço por um período de 15 dias a seis meses.

Steed (2003), em estudo sobre a trajetória de cicatrização de ferida, relata que 160 pacientes com úlceras diabéticas neurotróficas foram tratados em 11 ensaios clínicos, em dois diferentes centros universitários de cura de ferida. O estudioso detectou que não houve diferença estatisticamente significativa nas trajetórias de curas. Cento e onze pacientes com úlceras por pressão foram tratados em oito ensaios clínicos e, novamente, as trajetórias foram semelhantes. Duzentos e trinta e dois pacientes com úlceras venosas dos membros inferiores foram analisados em oito estudos clínicos. Como nos outros dois grupos de feridas, as trajetórias de cura foram semelhantes. Os achados de percursos semelhantes sugerem que a cura ocorre de forma ordenada, havendo uma taxa de cura relativamente fixa, apesar da etiologia da ferida. Qualquer deficiência no processo de cura deslocará a curva para a direita. Qualquer intervenção terapêutica que melhore a cura ou reverta os fatores prejudiciais à cicatrização deslocará a curva para a esquerda.

Em resumo, a cicatrização ocorre de forma ordenada. Estados de doença mudam a trajetória de cicatrização de feridas para a direita, ou seja, cicatrização. Feridas que recebem cuidados adequados e terapias modernas deslocam a curva para a esquerda e restabelecem a

cicatrização normal. Trajetórias de cicatrização de feridas podem ser um melhor preditor de cura de ferida (STEED, 2003).

## 7 CONCLUSÃO

Ao final da pesquisa, foi possível conhecer o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes com ferida crônica do Setor de Estomaterapia de um hospital universitário. Portanto, considera-se que os objetivos específicos foram alcançados.

A análise da amostragem de 374 pacientes (87,6 % da população) possibilitou a verificação de que a maioria dos pacientes apresenta as seguintes características: sexo feminino, adultos na faixa produtiva, pardos, baixa escolaridade, casados, aposentados, renda familiar de um a três salários mínimos vigentes, são procedentes de Belo Horizonte ou da região metropolitana e têm saneamento básico na residência.

No que se refere ao perfil epidemiológico, identificou-se que a maioria dos pacientes não faz uso de bebida alcoólica e tabaco, tem hipertensão arterial e diabetes melitus como principais doenças e está com sobrepeso ou obesidade.

A maioria dos pacientes apresenta apenas uma ferida decorrente de cirurgia ou insuficiência venosa, a principal localização é nos membros inferiores. A ferida, quanto ao comprometimento tecidual, classifica-se como profunda. A maioria dos pacientes recebeu alta porque houve a cura em um período de até seis meses de tratamento, independente da etiologia.

Finalmente, conclui-se que a alta porcentagem de cura ocorreu em um curto período de tempo (inferior a seis meses). Além disso, torna-se necessário destacar que quase metade dos pacientes atendidos é procedente de cidades da região metropolitana e do interior do Estado. Esses fatores caracterizam o serviço como sendo de referência para o tratamento de lesões no Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais.



**REFERÊNCIAS**

ABBADE, L.P.; LASTORIA, S.; ROLLO, H. A.; STOLF, H.O. **A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer.** Int J Dermatol. v.44, p.989-92, 2005.

ABBADE, L.P.F.; LASTÓRIA, S. **Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa.** An Bras Dermatol., v.81, n.6, p.509-22. 2006

ALLMAN, R.M.; LAPRADE, C.A.; NOEL, L.B.; WALKER, J.M.; MOORER, C.A.; DEAR, M.R.; SMITH, C.R. **Pressure sores among hospitalized patients.** Ann Intern Méd, v.105, n.3, p:337-42. 1986

BARBOSA, G.J.; CAMPOS, N.L.M. **Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa.** Rev. Enferm glob., v.20, p.1-13. 2010

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Pública 2003; 19 Suppl 1:S181-91.

BENNETT, G.; DEALEY, C.; POSNETT, J. **The cost of pressure ulcers in the UK Age and Ageing.**; v.33, p.230-35, 2004.

BERGAN, J. J.; SCHMID-SCHÖNBEIN, G. W.; SMITH, P. D. C.; NICOLAIDES, A. N.; BOISSEAU, M. R.; EKLOF, B. **Chronic Venous Disease.** N Engl J Méd, v.355, p.488-98. 2006.

BERMUDEZ, O.I.; TUCKER, K.L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. Cad Saúde Pública 2003; 19 Suppl 1:S87-99.

BERSUSA, A. A. S; LAGES, J. S. **Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa.** Ciência Cuidado e Saúde, v.3, n.1, p.81-92. 2004.

BORGES, E. L. **Tratamento de feridas avaliação de um protocolo.** [Dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C.; LIMA, V. L. A. M.; GOMES, F. S. L. MAGALHÃES, M. B. **Feridas como tratar.** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 246p.

BOWLER, P.G.; DUERDEN, B.I.; ARMSTRONG, D.G. **Wound microbiology and associated approaches to wound management.** Clin Microbiol Rev.; 14(2):244-69. 2001

CARDENAS, A.M.C. **Qualidade de vida da mulher do lar em uma comunidade de baixa renda São Paulo.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999, São Paulo (SP), Brasil.

CARVALHO, E.S.S.; SADIGURSKY, D.; VIANA, R. **O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam.** Rev. Estima. v.4, n.2, p.26-32. 2006

CLOUGH, N. A. **The cost of pressure area management in an intensive care unit.** J Wound Care, v.3, n.1, p.33-5, 1994.

DATASUS, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.br>> Acesso 29/08/2012

DANTAS, V.P.D.F. **Aspectos éticos do tratamento de feridas.** In Jorge AS. Dantas, SRPE. Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2001. 216p.

FALANGA, V. **Classifications for wound-bed preparation and stimulation of chronic wounds**. *Wound Repair Regen.*, v.8, p.347-352, 2000.

FALANGA, V. **Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents**. *Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice*, v.14, n.2, p.1-10, 2002.

FONDER, M. A.; LAZARUS, G. S.; COWAN, D. A.; ARONSON-COOK, B.; KOHLI, A. R.; MAMELAK, A. J. **Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings**. *J Am Acad Dermatol.* v.58, p.185-206, 2008.

FRANZ, M. G.; STEED, D. L.; ROBSON, M. C. **Optimizing healing of the acute wound by minimizing complications**. *Current Problems in Surgery.*, v.44, n.11, p.691-763. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOSAIN, A.; DIPIETRO, L. **Aging and Wound Healing**. *World J. Surg.* v. 28, n.3, p.321-326. 2004.

GREENHALGH, D.G. **Wound healing and diabetes mellitus**. *Clin Plast Surg*;30:37– 45. 2003

GUEDES, A.C.M.. **Úlcera de perna. Medicina Ambulatorial**. 1ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, v. I, p. 470-472. In: MARRA, U. D.. (Org.). *Medicina Ambulatorial*.

HARDING, K.G.; MORRIS, H.L.; PATEL, G.K. **Science, medicine and the future: healing chronic wounds.** BMJ. v.324, p.160-163. 2002.

HYDE, C.; WARD, B.; HORSFALL, J.; WINDER, G. **Older women's experience of living with chronic leg ulceration.** International Journal of Nursing Practice, (5), pp. 189-198. 1999

IZADI, K.; GANCHI, P. **Chronic Wounds.** Clinics in Plastic Surgery. v. 32, n.2, p.209-222, 2005.

LAZARETH, L.; TAIEB, J.C.; MICHON-PASTUREL, U.; PRIOLLET, P. **Ease of use, feasibility and performance of ankle arm index measurement in patients with chronic leg ulcers: Study of 100 consecutive patients.** J Mal Vasc. n.34, p.1-7, 2009.

LOBO, C.; MARRA, V. N.; SILVA, R. M. G. **Crises dolorosas na doença falciforme.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [online]. 2007, vol.29, n.3, p. 247-258.

MENKE, N. B.; WARD K. R.; WITTEN T. M.; BONCHEV D. G.; DIEGELMANN, R. F.; **Impaired wound healing.** v.25, n.1, p.19-25, 2007.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Demanda de Ações e Procedimentos para uma Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme no Estado de Minas Gerais.** Documento Técnico de Apoio à Gestão Estadual / MG. Belo Horizonte, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas.** Brasília, 2002. 94p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

MOFFATT, C.J.; FRANKS, P.J.; DOHERTY, D.C.; MARTIN, R.; BLEWETT, R.; ROSS, F. **Prevalence of leg ulceration in a London population**. Q J Med. 2004; 97:431-437

KAHLE, B.; HERMANN, H.; GALLENKEMPER, G. **Evidence-based treatment of chronic leg ulcers**. Dtsch Arztebl Int. v.108, n.14, p.231-7, 2011.

KOUROS, I., PARHAM, G. **Chronic Wounds**. Division of Plastic Surgery. v.2, p.209-22. 2005

PERCIVAL, N. J. **Classification of Wounds and their Management**. Surgery, v.20, n.5, p.114-117. 2002.

REDELINGS, M. D.; LEE, N. E., SORVILLO, F. **Pressure ulcers: More lethal than we thought?** Advances in Skin & Wound Care, v.18, n.7, p.367-372. 2005

REDDY, M; GILL, S. S; ROCHON, P. A. **Preventing pressure ulcers: A systematic review**. JAMA, v.296, p.974-84, 2006

ROBSON, M.C. **Wound infection: a failure of wound healing caused by an imbalance of bacteria**. Surg Clin North Am; 77(3): 637-650. 1997

RODRIGUES, I.; MÉGIE, M.F. **Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study**. Ostomy wound manage 2006; 52: 46-8, 50, 52-7.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN). **Clinical Practice Guidelines: The management of patients with venous leg ulcers.** York: RCN Institute, 50p. 2006.

SAMSON, R. H.; SHOWALTER, D.P. **Stockings and prevention of recurrent venous ulcers.** Dermatol. Surg, v.22, n.4, p:373-6. 1996.

SANTOS, M. J.; VIANNA, L. A. C.; GAMBA, M. A. **Avaliação da eficácia da pomada de própolis em portadores de feridas crônicas.** Acta Paul Enferm, v.20, n.2, p.199-204, 2007.

SANTOS, F.; ROGENSKI, N. M. B; BAPTISTA, C. M. C.; FUGULIN, F. M. T. **Sistema de clasificación de pacientes: propuesta de complementación del instrumento.** Rev Latino-am Enfermagem (online), v.15, n.5. 2007

SILVA, F.A.A.; MOREIRA, T.M.M. **Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna.** Rev. enferm. UERJ, v.19, n.3, p.468-72. 2011

SILVA, A.C.; SILVA, G. N. S.; CUNHA, R. R. **Caracterização de pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem do serviço de estomaterapia do município de Belém-Pará.** Estima, v. 10, n.1, p.20-7, 2012.

SILVA, C. M. M. F. et al. **Programa de educação continuada para profissionais da área de saúde na aplicação da bota de Unna.** [Manuscrito]. Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.

SIBBALD, R. G.; WILLIAMSON, D.; ORSTED, H.L.; CAMPBELL, K. **Preparing the wound bed-debridement, bacterial balance, and moisture balance.** Ostomy Wound Manage, v.46, n.11, p.14-3-5. 2000.

SCHULTZ, G.S.; SIBBALD, R.G.; FALANGA, V. **Wound bed preparation: a systematic approach to wound management.** Wound Repair Regen; 11(2): Suppl S1-28. 2003

SIBBALD, R.G.; ORSTED, H.; SCHULTZ, G.S. **Preparing the wound bed: focus on infection and inflammation.** Ostomy Wound Manage. 2003;49(11):24-51.

STEED, D.L. **Wound-healing trajectories.** Surg Clin N Am., v. 83, n. p.547-555. 2003.

VOWDEN, K.; VOWDEN, P. **Wound bed preparation.** World Wide Wounds. 2002. Disponível em: <<http://www.worldwidewounds.org/2002/april/Vowden/Wound-Bed-Preparation.html>>. Acessado em 25 de janeiro 2011.

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES (WUWHS). **Principles of best practice: wound infection in clinical practice. An international consensus.** London: MEP Ltd, Available from [www.mepltd.co.uk](http://www.mepltd.co.uk) 10p. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.

## ANEXO A



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

Projeto: CAAE – 01581612.0.0000.5149

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 13 de junho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas crônicas de um serviço ambulatorial no período de 2000 a 2011" 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.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaçal**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**



## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_

1- Sexo: 1-Feminino    2-  Masculino

2- Idade: 1- Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    2- Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3- Naturalidade: \_\_\_\_\_

4- Cidade de origem: \_\_\_\_\_

5- Ocupação: 1-  Pedreiro    2-  Marceneiro    3-  Do lar

#### CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

6- Escolaridade: 1-  analfabeto    2-  sabe ler e escrever    3-  ensino fundamental incompleto

4-  ensino fundamental    5-  ensino médio incompleto    6-  ensino médio

7-  ensino superior incompleto    8-  ensino superior

7- Estado Civil: 1-  casado(a)    2-  desquitado(a) ou separado(a) judicialmente    3-  divorciado(a)    4-

viúvo(a)    5-  solteiro(a)    6-  união estável

8- Cor ou raça: 1-  Branca    2-  Preta    3-  Parda    4-  Amarela    5-  Indígena

9- Moradia com saneamento básico: 1-  Sim    2-  Não

10- Renda familiar mensal: 1-  1 SM    2-  de 2 a 3 SM    3-  4 a 5 SM    4-  > 5 SM

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

11- Etilismo: 1-  Sim    2-  Não    3-  Abstinência

12- Tipo de bebida alcoólica: 1-  fermentada    2-  destilado    3-  Não se aplica

10- Volume diário de bebida alcoólica \_\_\_\_\_

11- Tabagismo: 1-  Sim    2-  Não    3-  Abstinência

12- Se fumante, número de cigarros por dia: \_\_\_\_\_

13- Doenças associadas: 1-  Hipertensão Arterial 2-  Câncer 3-  Lúpus

4-  Diabetes *mellitus* 5-  Cardiopatia

6-  Doença inflamatória do intestino 7-  Depressão 8-  Hanseníase 9-

Outra \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

14- Etiologia da lesão: 1-  Anemia falciforme 2-  Venosa 3-  Mista 4-  Arterial

5-  Hipertensiva 6-  Neuroisquêmica 7-  Neuropática

8-  Pioderma gangrenoso 9-  Lúpus 10-  Cirurgia complexa

11-  Micoses fungóides 12-  Outra \_\_\_\_\_

15- Número de lesões: 1-  1 2-  2 3-  3 4-  4 5-  5 6-  >5

16- Localização: 1-  Perna 2-  Pé 3-  Abdome 4-  Tórax

5-  Pescoço 6-  Rosto 7-  Outra \_\_\_\_\_

17- Comprometimento Tecidual: 1-  Superficial 2-  Profunda parcial 3-  Profunda total

18- Tempo de existência atual: \_\_\_\_\_ meses

19- Início do tratamento: -----/-----/-----

20- Data da alta: -----/-----/-----

21- Motivo da alta: 1-  Cura 2-  Transferência 3-  Abandono 4-  À pedido 5-  Cirurgia

## APÊNDICE B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado cliente

Eu, Vera Lucia de Araujo Nogueira Lima, aluna do curso de especialização em enfermagem Hospitalar – Estomaterapia da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estou desenvolvendo um estudo para caracterizar a clientela que realizou tratamento de feridas crônicas no Setor de Estomaterapia do Anexo do Dermatologia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte no período de 1998 a 2011.

Considerando que o(a) sr(a) fez parte deste grupo, convido para participar do referido estudo. Os dados para a pesquisa serão extraídos do seu prontuário e o(a) sr(a) não terá custo (despesa) com a pesquisa. Para participar, deverá permitir que os pesquisadores utilizem seus dados registrados em seu prontuário. Sua participação neste estudo é livre e espontânea. Caso faça a opção por não querer participar da pesquisa terá seu direito respeitado e poderá ter acesso a qualquer momento ao nosso serviço.

Seu nome será mantido em sigilo durante e após a realização do estudo. Os resultados obtidos na pesquisa, somente serão divulgados em eventos científicos, publicações científicas e aos interessados pela pesquisa. Ressalto também, que este estudo não trará riscos a sua integridade física e moral.

Agradeço a sua colaboração e saliento que você irá receber em sua residência um documento confirmando a sua participação e que deverá ser lido, assinado e devolvido pelo correio. Juntamente com esse documento, será enviado um envelope selado para que você não tenha custo para fazer essa devolução.

Qualquer outra informação que desejar poderá ser obtida por meio dos contatos listados abaixo.

Atenciosamente,

**Enf<sup>a</sup> Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima**

**Contatos:**

**Enf<sup>a</sup> Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima:** (31) 3409- 9563

E-mail: [veranogueira@hc.ufmg.br](mailto:veranogueira@hc.ufmg.br) pesquisadora

**Prof<sup>a</sup> Dra. Eline Lima Borges:** (31) 3409-9177

E-mail: [eborges@ufmg.br](mailto:eborges@ufmg.br) coordenadora do curso

**Prof<sup>a</sup> Dra. Daclé Vilma Carvalho:** (31) 3409-9176

E-mail: [dacle@enf.ufmg.br](mailto:dacle@enf.ufmg.br) orientadora

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

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Diante dos esclarecimentos anteriormente recebidos, eu, \_\_\_\_\_,  
Identidade nº \_\_\_\_\_, concordo em participar por livre e espontânea vontade da  
pesquisa.

Declaro ter sido informado (a) sobre o projeto de pesquisa, objetivo e de como será a  
minha participação. 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 posso me retirar do estudo a qualquer momento e que o  
desenvolvimento da pesquisa não trará danos físicos ou morais a minha pessoa, principalmente  
porque os dados a serem usados já estão registrados. Aceito que esses dados sejam divulgados e  
utilizados para fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura