

IARA BARBOSA RAMOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM FERIDAS DE UMA UNIDADE DE
REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE- MS**

CAMPO GRANDE/MS
2014

IARA BARBOSA RAMOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM FERIDAS DE UMA UNIDADE DE
REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE- MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos socioculturais ecoambientais, epidemiológicos e clínicos

Orientador: Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira

CAMPO GRANDE/MS
2014

IARA BARBOSA RAMOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM FERIDAS DE UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE- MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Resultado _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (Presidente)
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

Profa. Dra. Renilda Rosa Dias (Membro)
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

Prof. Dr. Roberto Della Rosa Mendez (Membro)
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

Profa. Dra. Jomara Brandini Gomes (Suplente)
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

DEDICATÓRIA

A Deus, que me apoiou, que me levantou e em meio a todos os medos, não me deixou parar. Obrigada, meu Deus.

A minha mãe, Roseli Barbosa Ramos, minha heroína, que sempre batalhou e se reergueu diversas vezes com sua fé inabalável, por seu amor, por sua dedicação e por suas orações... te amo!

A meu pai, Isaac Newton Almeida Ramos, que mesmo distante se fez presente, da maneira que pode. Eu te amo. Muito obrigado.

Ao meu avô Miguel Ramos e a minha avó Joana Darc, pelo carinho e amor de sempre, principalmente na presença quando a distância dos meus pais se fez presente. Amo muito vocês, muito obrigado mesmo!

Ao meu marido, Cláudio Francisco, por me entender e me apoiar. A você, meu amor.

Aos pacientes atendidos no centro de referência, minha eterna gratidão. Obrigada pelo apoio.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Profº Drº Adriano Menís Ferreira, que foi mais do que um orientador. Foi amigo, companheiro e pela sensibilidade em entender que, além do mestrado, eu ainda tinha dois empregos, com conflito de horários. Apesar disso, confiou em mim e no meu trabalho. A distância nunca foi um empecilho, não sendo necessária sua presença física, pois bastava um e-mail com palavras positivas, que já me reerguia.

Por acreditar em mim, por ter-me dado a chance de realizar esse sonho... meu eterno muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Esta é a concretização de um sonho...e eu não pararei por aqui. Prestes a ter meu sonho realizado, devo registrar sinceros agradecimentos:

A Deus, por demonstrar o seu amor por mim.

Ao Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira, pela orientação, pelo apoio e por acreditar junto comigo que esse era um sonho possível.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (PPGSD), pela contribuição em minha formação.

Aos professores do PPGSD, pelo ensinamento e paciência.

A Vera Nascimento da Silva e Áurea Gobi, respectivamente secretária e auxiliar do PPGSD, pela paciência, trabalho e respeito aos alunos.

Aos Familiares, por todo apoio e carinho.

Ao meu marido, por entender, participar deste momento e por compreender minhas longas horas em frente ao computador.

Aos Amigos, pelo companheirismo e por entender a minha ausência.

Aos amigos especiais Larissa Barcelos e Olecí Frota, meus “irmãos” da pós-graduação, obrigada pelo apoio incondicional, pelos exemplos, por me ajudarem nessa caminhada que, como vocês sabem, não é fácil.

*A DÍANE XAVIER e REGINA GONÇALVES, pela amizade, companheirismo e
por me ajudarem na coleta de dados.*

*Aos amigos que fiz no mestrado, em especial, Bárbara, Agleison e
Hélio, por nossos momentos de risadas, pelo carinho e amizade.*

*À equipe multiprofissional do centro de referências em feridas, em
especial a Enfermeira Elaine, pelo campo, pelo apoio e pela
disponibilidade.*

*A todos que contribuíram direta ou indiretamente, para que esse
trabalho fosse realizado.*

“Há duas formas de viver sua vida. Uma é acreditar que não existe milagre. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre”.

(Albert Einstein)

RESUMO

RAMOS, I.B. **Caracterização de pacientes com feridas em uma unidade de referência de Campo Grande – MS.** 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

As feridas causam enormes gastos aos cofres públicos, tanto por sua demora no tratamento, devido a déficits em recursos humanos e materiais, dificuldade na cicatrização, agravada pela idade, doenças de base, entre outras, quanto pelas sequelas na vida dos pacientes, como a baixa autoestima e diminuição da qualidade de vida. Apesar da visível importância do adequado tratamento dessa clientela, ainda são escassos os estudos nacionais que caracterizam os pacientes e suas feridas. O principal objetivo deste estudo foi caracterizar os pacientes com feridas atendidos em uma unidade de referência de Campo Grande – MS-Brasil. Para tanto, foi realizado uma pesquisa descritiva, com uma amostra de 87 pacientes que procuraram, por demanda espontânea, as salas de curativo do campo de estudo. A média de idade foi de 60,5 anos e houve uma distribuição semelhante entre os sexos. A maioria tinha companheiro (50,5%), era analfabeto (50,5%), católico (59,7%) e residia em Campo Grande. Apresentaram doenças associadas à ferida (72,4%), sendo prevalentes a hipertensão arterial (24,1%) e Diabetes Mellitus (12,7%). Quanto às feridas, as mais prevalentes foram as que atingiam o membro inferior direito (59,8%), eram superficiais (62,06%), de etiologia traumática (40,2%). Considerando todos os tipos de feridas, a média de existência foi de 7,9 anos. As úlceras apresentaram maior comprimento, largura e área, quando comparadas com as outras feridas as quais tiveram uma média de tempo de existência menor. O produto tópico mais utilizado foi os ácidos graxos essenciais (90%). Este estudo contribui para identificação dos pacientes com feridas bem como a caracterização destas, além de apontar a necessidade de melhorias quanto ao atendimento a essa clientela no que concerne a recursos humanos e materiais e a necessidade da consulta de enfermagem com realização do diagnóstico, prescrição, registro e avaliação.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas. Estudos transversais. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

RAMOS, I.B. **Characterization of patients with wounds in a reference unit of Campo Grande – MS.** 85f. Dissertation (Master in Health and Development in the Midwest region) – Faculty of Medicine Dr. Hélio Mandetta, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

The wounds cause enormous costs to the public safe, as much for its delay in treatment due to deficits in human and material resources, difficulty in healing, aggravated by age, basic diseases, among others and the sequel in the lives of patients, such as low self-esteem and decreased quality of life. Despite the apparent importance of adequate treatment of this clientele, national studies that characterize the patients and their wounds are still scarce. The main objective of this study was to characterize patients with wounds attended in a reference unit of Campo Grande Mato Grosso do Sul-Brazil. To this end, a descriptive research was carried out with a sample of 87 patients who sought, by spontaneous demand, the dressing rooms of the field of study. The average age was 60.5 years old and there was a similar distribution between the sexes. Most had a partner (50.5%), were illiterate (50.5%), Catholic (59.7%) and resided in Campo Grande. They had diseases associated to the wound (72.4%), being prevalent the hypertension (24.1%) and Diabetes Mellitus (12.7%). As to the wounds, the most prevalent were those that reached the right lower limb (59.8%), were shallow (62.06%), of traumatic etiology (40.2%). Considering all kinds of wounds, the average of existence was of 7.9 years. The ulcers had higher length, width and area when compared to those other wounds that had a lower average age. The product most used topic was the essential fatty acids (90%). This study contributes to the identification of patients with wounds as well as the characterization of these. In addition, they pointing out the need for improvements as regards the attendance to this clientele in terms of the human and material resources and the need for consultation with nursing diagnosis, prescription, registration and evaluation.

Keywords: wound healing, cross-sectional studies, nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, conforme procedência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	39
Tabela 2	Variáveis socioeconômicas e demográficas dos pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	40
Tabela 3	Variáveis socioeconômicas e demográficas segundo etiologia das feridas dos pacientes (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	42
Tabela 4	Teste de análise de variância dos tipos de feridas em relação aos dados socioeconômicos e demográficos, dos pacientes, de uma Unidade de Referência . Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	42
Tabela 5	Distribuição de pacientes com feridas de uma Unidade de Referência segundo a presença de doenças crônicas. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	43
Tabela 6	Distribuição de pacientes com feridas, atendidos em uma Unidade de Referência , segundo a classificação etiológica. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	44
Tabela 7	Distribuição de pacientes com feridas, atendidos em Centro de Referência, segundo a classificação das feridas pela etiologia aguda. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	44
Tabela 8	Distribuição de pacientes com feridas, atendidos em uma Unidade de Referência , segundo a classificação das feridas pela etiologia crônica. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	44
Tabela 9	Distribuição de pacientes com feridas (n=87), uma Unidade de Referência, segundo a classificação das feridas pela etiologia agrupada. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	45
Tabela 10	Distribuição de pacientes com feridas, em uma Unidade de	

	Referência, em relação à experiência como o tratamento segundo o tipo de ferida. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	46
Tabela 11	Distribuição de pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo o tipo de cobertura utilizada. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	47
Tabela 12	Distribuição de pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo os tipos de feridas em relação a sua caracterização. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	48
Tabela 13	Distribuição de pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo Teste de diferença de média do tipo de ferida em relação a sua caracterização. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Classificação das feridas.....	24
Figura 2	Posse de itens para avaliação de classe econômica.....	33
Figura 3	Nomenclatura atual para enquadrar grau de instrução do chefe da família.....	33
Figura 4	Cortes do Critério Brasil para classificação econômica.....	34
Figura 5	Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, conforme ocupação. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	41
Figura 6	Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, segundo quem realiza o curativo em casa. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	46
Figura 7	Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, conforme profissional que treinou para realização do curativo em casa. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	47
Figura 8	Ferida diabética em MID, com pele ressecada, esfacelos, exsudato purulento em pequena quantidade. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	50
Figura 9	Ferida diabética em MID, com amputação de hálux D, com túnel para tecidos moles, granulação descorada e friável. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	51
Figura 10	Úlcera venosa em MID, apresentando edema, esfacelos, granulação friável e exsudato em quantidade moderada. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Critério de classificação econômica Brasil)
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
Antes de Cristo	a.C
Cm ²	Centímetro quadrado
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
HÁ	Hipertensão Arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UV	Úlcera Venosa
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específico	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 A pele.....	20
3.2 Integridade da pele	20
3.3 Considerações Gerais sobre as feridas	21
3.3.1 Classificação das feridas	22
3.2.2 Ferida Aguda	25
3.2.3 Ferida Crônica	26
3.3 Produtos utilizados no Brasil para o tratamento de feridas	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	29
4.1 Delineamento e local do estudo	29
4.2 Característica do local do estudo	29
4.3 População e amostra	31
4.4 Critérios de inclusão.....	31
4.5 Critérios de exclusão.....	32
4.6 Variáveis de interesse	32
4.6.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas	32
4.6.2 Variáveis epidemiológicas	34
4.7 Operacionalização da entrevista e instrumento para coleta de dados	34
4.8 Caracterizações da ferida	35
4.8.1 Definição das variáveis do estudo e procedimentos de avaliação	36
4.9 Procedimentos éticos em pesquisas	37
4.10 Análise estatística	37
5 RESULTADOS	39
5.1 Caracterizações dos pacientes	39
5.2 Variáveis relacionadas às feridas.....	43
5.3 Caracterização da Ferida	48
6 DISCUSSÃO	53

6.1 Caracterização dos pacientes	53
6.2 Variáveis relacionadas às feridas.....	56
6.3 Caracterização das feridas	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
8 REFERÊNCIAS.....	63
9 ANEXO.....	75
9.1 Anexo A: Instrumentos e Entrevista	76
9.2 Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
9.3 Anexo C– Autorização do gestor de Campo Grande MS.....	83
9.4 Anexo D – Aprovação do projeto pelo colegiado	84
9.5 Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética	85

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo e forma uma barreira entre órgãos internos e ambiente externo, participa ainda de várias funções corporais vitais. É composta por três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo (SMELTZER; BARE, 2011).

A pele está sujeita a sofrer agressões decorrentes de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos que poderão causar alterações em sua constituição, como por exemplo, as feridas cutâneas (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

As feridas, independentemente de sua causa, ao lesionarem gravemente a pele e tecidos subjacentes, causam problemas como dor permanente, sofrimento, incapacidade, perda de autoestima, isolamento social, gastos, afastamento do trabalho, alterações psicossociais de seus portadores e grupo familiar, necessitando de um atendimento especializado (NUNES, 2006; ABREU, RENAUD, OLIVEIRA, 2013).

No Brasil, as feridas acometem um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, independente de sexo, idade ou etnia, constituindo um grave problema de saúde pública, porém, os registros desses atendimentos são escassos (BRASIL, 2002).

O perfil da população brasileira passou por mudanças no que se refere ao aumento da expectativa de vida, o que acarreta, por exemplo, com que a incidência e a prevalência de lesões cutâneas tenham um aumento expressivo (SILVA JUNIOR, 2006).

As condições crônicas detêm atualmente 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e espera-se que para o ano 2020 os problemas crônicos representem 80% das doenças dos países. O que agrava a situação é o fato de que apenas 20% da população têm adesão ao tratamento. Contudo, em todo o mundo, não existe um plano de gerenciamento das condições crônicas, apenas um tratamento de sintomas (OMS, 2003).

No tocante autoestima, a pele está ligada diretamente à beleza. A sociedade atual segue a imposição da mídia que estabelece um padrão de beleza no qual qualquer desvio desse padrão é passível de discriminação e a ferida cutânea pode servir como um motivo para exclusão social (DEALEY, 2008; SILVA, FIQUEIREIDO, MEIRELES, 2011).

Conforme Martins (2008), a duração média, de existência de uma ferida crônica, foi de 316,4 semanas, o equivalente a 6,5 anos ou 79,1 meses. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado, no Brasil, no Estado de Minas Gerais, sendo que a média foi de 94 meses, o equivalente a 7,8 anos de cronicidade das úlceras (FRADE et al., 2005). A variabilidade encontrada, com relação ao tempo de existência das feridas crônicas no estudo de Martins (2008), revela a falta de ações sistematizadas e integradas, para o atendimento aos pacientes que apresentam feridas com duração de até 30 anos. Sendo assim, os custos com o tratamento são significativos mesmo considerando somente os itens relacionados ao curativo como: gaze, ataduras, soro fisiológico e profissional técnico, para uma lesão com 1680 semanas, sem acrescentar a cobertura utilizada.

De acordo com Declair e Pinheiro (1998), as feridas detêm um enorme destaque nas publicações de enfermagem, todavia, o mesmo não ocorre nas publicações médicas. Esse fato nos remete a refletir que essa atividade vem sendo atribuída ao enfermeiro, que deve avaliar a ferida, prescrever o tratamento e, ainda, supervisionar a equipe de enfermagem no manejo de curativos (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; MACIEL, 2008).

Um estudo sobre manejo clínico de úlceras venosas com base na visão do usuário, na Atenção Primária à Saúde, teve como uma das conclusões a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de saúde que realizavam o manejo, de modo a sensibilizar a gestão dos serviços de saúde para que assim o fizesse, de forma a aproximar a prática às evidências científicas (SILVA et al., 2012).

Quando a etiologia, as características das lesões e os fatores de riscos locais, situacionais ou sistêmicos são identificados, podendo ser possível a implementação de intervenções técnicas como de educação em saúde para cuidadores e pacientes (GOMES et al., 2011).

A qualidade da assistência aos pacientes portadores de feridas deve ser baseada nos seguintes critérios: diagnóstico, planejamento, implementação, avaliações das ações; e, com base nisso, gerar condutas para um tratamento adequado, bem como sua prevenção (TORRES 2006; BORGES, 2008).

O desenvolvimento de pesquisas que abordam essa temática faz-se necessário, pois permite contato e conhecimento da complexidade que é o paciente com feridas e a repercussão desta em sua rotina. Ressalta-se ainda que a importância da produção do conhecimento na área não beneficia apenas o paciente

mas também possibilita menores gastos e melhor qualidade nos serviços de saúde (OLIVEIRA, LIMA, ARAUJO, 2008; BRITO, SOUSA, SOUSA et al., 2013).

No Brasil, no contexto ambulatorial, são escassos os estudos epidemiológicos que abordam as feridas, (MARTINS; SOUZA, 2007; MARTINS, 2008) e tampouco nos centros de referência, apesar de ser considerada a segunda causa de afastamento das atividades laborais no país (ERENO, 2007). Vale ressaltar a inexistência de trabalhos com a temática na região Centro-Oeste e a maior concentração das pesquisas no estado de São Paulo (BRITO, SOUSA, SOUSA et al., 2013).

Com isso, tanto os dados sociodemográficos quanto os clínicos encontrados podem servir de contribuição ao direcionar as ações na consulta de enfermagem e de outros profissionais de saúde, pois poderiam proporcionar a assistência individualizada a cada paciente e, coletivamente, traçariam um perfil da clientela atendida, planejando estratégias tanto para o tratamento como para formas de prevenção e educação, como da equipe de enfermagem como dos demais profissionais.

Tornou-se, portanto, fundamental o desenvolvimento deste estudo sobre a caracterização dos pacientes com feridas de uma unidade de referência em Campo Grande – MS. A caracterização desses pacientes pode demonstrar a fragilidade do sistema, as lacunas existentes no trabalho, na equipe de saúde e no serviço público. Dessa forma, almeja-se a contribuição para a estruturação de uma Comissão de Tratamento de Pacientes com Feridas e posterior formulação de um Protocolo de Cuidados, na perspectiva interdisciplinar e, assim, culminar na melhoria do planejamento e assistência prestada aos pacientes com esse agravo em saúde que procuram os serviços de saúde.

Diante do exposto, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para reorganização do serviço, a educação continuada, com o objetivo de tornar viáveis os pressupostos do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar os pacientes com feridas de uma Unidade de Referência de Campo Grande – MS.

2.2 Específicos

- a) Caracterizar os pacientes, com feridas, atendidos por demanda espontânea em uma unidade de referência;
- b) Caracterizar as feridas de acordo com sua etiologia;
- c) Caracterizar as feridas dos pacientes atendidos quanto a variáveis clínicas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, com uma extensão entre 1,2 a 2,3m², correspondendo a aproximadamente 16% do peso corporal. Possui muitas funções, funciona como uma barreira mecânica para proteger o corpo, participa da termorregulação, excreção de água e eletrólitos, percepções táteis de pressão, temperatura e dor (FERRERICO; PERICO, 2002; AZULAY; AZULAY, 2008; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008).

Têm por constituição camadas distintas de tecido, com funções, características e constituição diferentes. Os autores não são consensuais quanto ao número de camadas constituintes da pele, variando entre duas e três camadas (PINTO, 2012).

Mader (2004) e Dealey (2008) consideram que a pele é constituída por duas camadas: a epiderme e a derme. Ainda que a camada abaixo da pele, chamada hipoderme ou tecido subcutâneo, tenha características e funções que distinguem das outras, não é considerada uma camada de pele.

Já para Junqueira e Carneiro (1999), Ferrico e Perico (2002), Rocha et al (2006), Brio et al (2009) consideram que a pele apresenta três camadas: epiderme, derme e tecido conjuntivo subcutâneo ou hipoderme.

Para que a pele possa exercer suas funções (proteção, termorregulação, percepção e secreção), ela deve estar fisiologicamente saudável e em equilíbrio. Como qualquer outro órgão, ao ocorrer qualquer agressão seja do tipo físico ou químico, o tecido pode ter sua integridade rompida, o que forma uma ferida, podendo causar incapacidade funcional (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008; BIRÓ et al., 2009; ARAÚJO, 2010).

3.2 Integridade da pele

A American Nurses Association identificou a manutenção da integridade da pele do paciente como um indicador importante na qualidade de assistência de Enfermagem, assim como a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN),

dentre outras instituições/organizações, recomendam práticas e diretrizes para o cuidado e integridade da pele do paciente (CRUZ; SOARES, 2004).

A definição do termo “feridas” vai depender da visão a ser considerada (PINTO, 2012). Para alguns autores, as feridas são definidas pelas perdas de tegumento cutâneo, que podem ser representadas apenas por perturbações da pele ou também pela perda de tecidos subcutâneos, às vezes incluindo músculo e osso, que podem surgir por diversas razões, podendo apresentar variadas localizações, tamanhos e profundidades (MARQUEZ, 2003; FERREIRA et al., 2006). Uma interrupção da integridade e da função cutânea, membranas e tecidos dos órgãos, pode ser resultado de um trauma mecânico, químico ou físico, pós-cirúrgico ou de um processo de isquemia e/ou de pressão (BARANOSKI, AYELLO, 2004; KUJATH, MICHELSEN, 2008; DEALEY, 2008), podendo ainda ter sido desencadeada por uma infecção que acionou as defesas do organismo (ENOCH, LEAPER; 2007).

O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem direcionada ao paciente com lesões de pele, realiza além das técnicas de curativo, o levantamento de dados pessoais e clínicos, caracterizando essa população, bem como o direcionamento dos cuidados para os tipos de lesão encontrados e orientações para o autocuidado (OLIVEIRA; LIMA, 2007). Ressalta-se que a tarefa de avaliar as feridas/lesões de um paciente requer além de conhecimento científico, pois a avaliação a ser realizada não é feita somente do que se vê (BORGES; SAAR; LIMA et al., 2001).

O cuidado com feridas pelos profissionais de enfermagem representou no ano de 2000, 12% dos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem e, no ano de 2001, a projeção era de 10% (AMORA, 2000).

Quanto à etiologia, as características das lesões e os fatores de risco envolvidos são identificados, o enfermeiro pode prescrever os cuidados, assim como fazer a escolha do curativo adequado, além de realizar a educação em saúde para os cuidadores (GOMES et al., 2011).

3.3 Considerações Gerais sobre as feridas

A preocupação com as feridas e seus tratamentos vem sendo cada vez mais discutidos entre os profissionais de saúde, mas não é uma preocupação recente, alguns achados históricos já demonstravam interesse com o tema e até mesmo a

Bíblia contêm informações sobre o tratamento de feridas no período a.C (PEREIRA, 2006).

De acordo com Silva (2010), na antiga Mesopotâmia, as feridas eram consideradas castigos divinos ou alguma influência maligna e a medicina se utilizava de amuletos, sacrifícios para ficar em paz com a “influência maligna”. Caso a doença não fosse curada, esses pacientes eram encaminhados a curandeiros que preparavam medicamentos ou até pequenas cirurgias.

O povo egípcio foi um dos pioneiros no tratamento das feridas, como na preparação de emplastos com lama ou argila, plantas e óleo, sendo que, para o fechamento das feridas, utilizavam ligaduras adesivas e, para fraturas, talas de madeira (LINDHOLM, 2003).

Na era pré-cristã, Hipócrates (460-377 a.C.) defendeu que a ferida deveria ser mantida seca e limpa e definiu algumas formas de cicatrização. No início da era Cristã, Aurelius Cornelius Celsius (25 a.C – 50 d.C) definiu os sinais e sintomas da inflamação: dor, calor, eritema, edema e defendeu a limpeza e retirada de corpos estranhos antes de suturá-la (PEREIRA, 2006; DEALEY, 2008).

As feridas interferem na vida social de seu portador, pois podem atingir sentidos como visão (pode ter apresentações desagradáveis), tato (várias localizações anatômicas) e odor; gerando desconforto, estigmas, alteração de humor tanto no paciente, como familiares e profissionais de saúde envolvidos (SILVA; FIGUEIRO; MEIRELES, 2011).

3.3.1 Classificação das feridas

Um dos maiores desafios do enfermeiro que trabalha com pacientes acometidos com ferida é sua contribuição para a cicatrização, a fim de que o indivíduo retorne as suas atividades cotidianas. A classificação da ferida permite que o enfermeiro planeje as estratégias de tratamento, acompanhe a evolução e prediga resultados, facilitando a comunicação com a equipe envolvida no cuidado (POLETTI, 2000; FERREIRA,; SANTOS; SAMPAIO, 2004).

De acordo com Gosain e DiPietro (2004), o processo da cicatrização é constituído de 4 (quatro) fases bem integradas e que se sobrepõem: hemóstase, inflamação, proliferação e regeneração.

A cicatrização de uma ferida é um processo complexo, envolve sistemas biológicos e imunológicos. Para ocorrer a restauração da função tecidual, deve ocorrer uma sequência de acontecimentos que se inicia no extravasamento de plasma, com a coagulação e agregação plaquetária até sua total reepitelização e remodelagem do tecido lesionado. Embora diante do constante avanço tecnológico, o tratamento da ferida assim como sua prevenção é um desafio interdisciplinar (OLIVEIRA; ARAUJO, 2006; MENDONÇA; COUTINHO-NETO, 2009).

Existem vários sistemas de classificação de feridas como, por exemplo, a classificação considerando a etiologia, evolução, mecanismo de lesão, graus de perda tecidual e nível de contaminação (PEREIRA, 2006; FARIA, 2010), Conforme Figura 1.

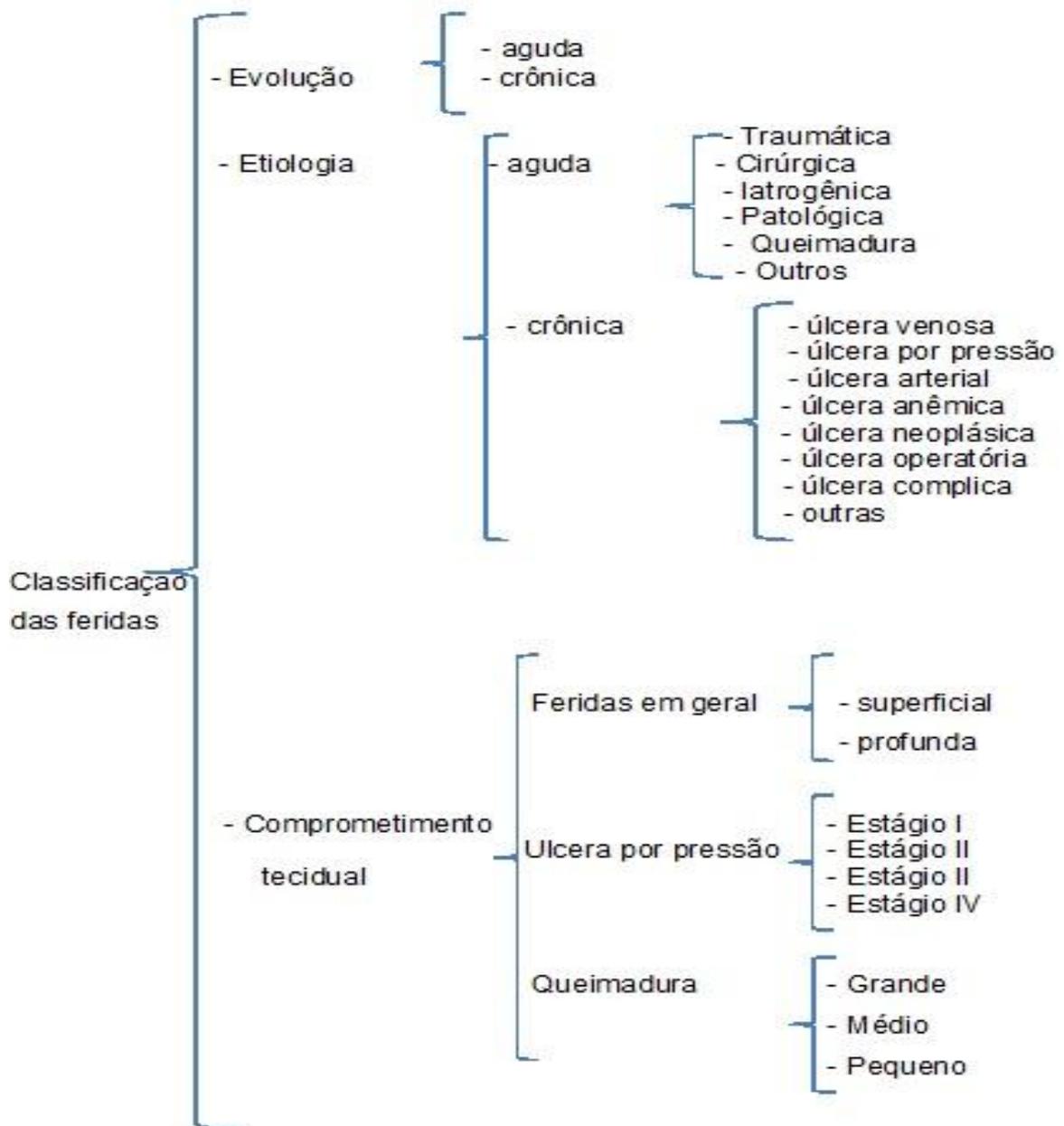


Figura 1 – Classificação das feridas
Fonte: FARIA (2010)

Um termo utilizado por muitos autores é o de “feridas complexas”, sejam agudas ou crônicas, que se refere ao grupo de feridas que necessitam de um tratamento mais abrangente, do que o comumente utilizado, devido a sua difícil cicatrização, (FERREIRA et al., 2006).

Uma forma de classificação muito utilizada é a classificação etiológica, que classifica a ferida em aguda ou crônica, considerando o processo de cicatrização diferente em cada tipo de ferida, o que requer um profissional capacitado quanto à

identificação das fases de cicatrização a fim de intervir caso ocorra algum desvio do esperado (AYELLO; CUDDIGAN, 2004; BARANOSKI; AYELLO, 2006; CONUEI, 2009).

Para Baranoski e Ayello (2006), a etiologia das feridas pode ser: traumática, cirúrgica, neuropática, vascular ou por pressão.

3.2.2 Ferida Aguda

São consideradas feridas agudas as que são causadas, recentemente, por seqüela de uma cirurgia e/ou trauma, com cicatrização sem complicações e com boa resposta ao tratamento. Caso a evolução da cicatrização não seja a esperada, essa pode evoluir para uma ferida crônica (HESS, 2002; CHIN; SCHULTZ; STACEY, 2003; OLIVEIRA; CASTRO; ANDRADE, 2006; DEALEY, 2008).

Para Unicamp (2000), a ferida aguda é quando ocorre a ruptura da vascularização e imediatamente é desencadeada a hemostasia. Fase caracterizada por respostas vasculares e exsudativas.

Conforme Sousa (2012), feridas agudas são aquelas ocorrem cicatrização sem complicações, tais como: feridas, cirúrgicas, traumáticas, queimaduras, pápulas, abscessos, panarícios, furúnculos e tungíases.

Mesmo com os avanços tecnológicos, pacientes submetidos a cirurgias podem ter complicações em suas feridas operatórias ou feridas cirúrgicas. Essas últimas são consideradas agudas intencionais, geralmente seu processo de cicatrização ocorre sem complicações. Pode ocorrer algum desvio na cicatrização, levando a cronicidade, principalmente quando decorrente de quadro infeccioso (BORGES et al, 2001; DEALEY 2001; FARIA, 2010; CARVALHO; BORGES, 2011).

O trauma é a principal causa de morte prevenível, principalmente na faixa populacional dos economicamente ativos. As feridas, que são resultados de lesões causadas por traumas, são chamadas feridas traumáticas. São lesões com enormes perdas cutâneas, como os ferimentos descolantes nos membros inferiores (MMII), amputação de membros e de extremidades, esmagamentos com exposição de tecidos nobres (SCHLATTERER; HIRSHOM, 2008; LEE; HANSEN, 2009, COLTRO et al., 2011).

Os tipos de queimaduras de maior extensão e profundidade podem ser considerados feridas complexas e, geralmente, são conduzidas em centros especializados (COLTRO et al., 2011).

A queimadura é responsável pelo gasto anual de 55 milhões do SUS. A cada ano, acontecem um milhão de novos casos no país, sendo um dos traumatismos mais devastadores para o homem, devido suas sequelas e sua alta taxa de mortalidade (UCHÔA; SARMENTO, 2012; MELO e SILVA, 2013; PAULA, 2013).

3.2.3 Ferida Crônica

O termo “ferida crônica” tem sido muito utilizado para as feridas de difícil cicatrização e significa que a ferida levará mais tempo para sua cura (FERREIRA et al, 2006). Considera-se crônica a ferida que não cicatriza espontaneamente em 3 (três) meses e tem, em geral, um comum padrão de complexidade, como perda extensa de tecido e difícil tratamento (HARDING et al, 2002; FERREIRA et al., 2006). Ainda que muito utilizado, tem como significado um maior tempo para cicatrização e não uma problemática na etiologia da ferida (FERREIRA et al., 2006). Essa cicatrização não costuma ser em tempo menor do que 3 (três) meses, por apresentar células em baixa atividade mitótica, com diminuição dos fatores de crescimento e baixa resposta celular (HARDING et al., 2002).

Todas as feridas podem evoluir para a cronicidade, sendo que, alguns fatores aumentam essa probabilidade (WERDIN; TENNENHAUS; SCHALLER et al, 2009), como: diabetes, infecção, má nutrição, déficit de oxigenação. Alguns mecanismos como o balanço inadequado na formação da matriz extracelular, o desequilíbrio da quantidade e resposta dos fatores de crescimento, excesso de fibrose, apresentação de células fenotípicas alteradas, queratinócitos na borda da ferida com incapacidade para migrar pela ausência de resposta celular e os fibroblastos que não respondem ao papel mediado pelos fatores de crescimento, podem ser prejudiciais ao processo cicatricial (LI; CHEN; KISNER, 2007).

A identificação precoce de problemas subjacentes contribui para o sucesso da prevenção e cicatrização das feridas crônicas (WERDIN; TENNENHAUS; SCHALLER, 2009).

Cabem aos profissionais médicos ou enfermeiros, o diagnóstico e a proposição de tratamento das úlceras crônicas, as quais podem ser classificadas

pela sua etiologia em venosa, arterial, mista, neuropática, queimadura, úlcera por pressão (TELLES, 2011; BACHION et al., 2012).

As feridas crônicas geralmente estão associadas aos processos patológicos como insuficiência vascular, isquemia local, necrose e contaminação bacteriana. As feridas mais comuns dessa etiologia são: pé diabético, úlceras de perna e pressão (MANDELBAUM S; SANTIS; MANDELBAUM M, 2003; COELHO, 2006).

As úlceras de perna são caracterizadas como síndrome pela perda circunscrita ou irregular da pele, podendo atingir estruturas mais profundas dos membros inferiores, abaixo do joelho, por isso o nome “úlcera de perna” (DEALEY, 2008; MAFFEI et al., 2008; SILVA 2009).

A úlcera venosa acomete o terço inferior dos MMII. Ela é a principal causa das úlceras de perna, por estar associada à insuficiência venosa crônica. O tratamento está focado na cicatrização da lesão e em evitar recidivas (CARMO et al., 2007).

O paciente portador de Diabetes Mellitus (DM) pode ter uma lesão em seus pés, devido à perda de sensibilidade das extremidades, em decorrência de uma neuropatia periférica ou autonômicas, potencializadas pela diminuição de vascularização local e baixa imunidade. O pé diabético é uma das complicações da DM, com uma frequência e custos elevados (MELO et al, 2011).

A úlcera por pressão pode ser definida por uma lesão de pele causada por diminuição/interrupção sanguínea de uma área, pela pressão por um período prolongado, gerando dor intensa, podendo causar restrição de movimento e de atividades do dia-a-dia. Possui uma incidência que varia de 13,3% em pacientes nos hospitais a 39,4% nos locais de cuidados de longa permanência (DICCINI; CAMADURO; LIDA, 2009; GORECKI et al., 2009; SOUZA et al., 2013).

3.3 Produtos utilizados no Brasil para o tratamento de feridas

Existem aproximadamente mais de 2000 mil produtos para tratamentos de feridas, o que torna a escolha por um produto desafiadora (HESS 2002; GOGIA, 2003; PEREIRA, 2006).

Todo material utilizado sobre a ferida que sirva como uma barreira física, que no mínimo proteja e cubra o leito da ferida, é considerada uma cobertura (GOMES; BORGES, 2001).

A escolha do produto para o tratamento da ferida dependerá da avaliação da ferida, considerando que este deverá ser mudado de acordo com as características do leito da ferida, e disponibilidade nas instituições. (BARANOSKI; AYELLO, 2006). Assim, cabe ao profissional de saúde, em especial o enfermeiro, a avaliação da ferida a cada troca de curativo para reavaliar a condução do tratamento.

A seleção do produto ideal nas instituições de saúde deve ser feita por uma equipe multiprofissional para que cada um contribua com sua área do saber. Os produtos mais comumente utilizados têm em sua composição: ácido hialurônico, ácido gordo estratificado, alginato, hidrofibra, carvão ativado, colágeno, colagenase, espuma, hidrocolóide, hidrogel, iodo, maltodextrina, mel, película polimérica, película transparente, poliacrilato, polihexanida, prata e sucralfato (ELIAS et al., 2009). Além desses produtos, nas feridas de etiologia venosa, a terapia compressiva, como a bota de Unna, é fundamental para cicatrização de úlceras (MORISON; MOFFATT; FRANKS, 2010)

Segundo Coltro et al. (2011), muitos são os métodos de tratamento de feridas, porém são escassas as evidências científicas, sendo realizadas muitas condutas baseadas no empirismo ou em estudos pequenos, nas quais não é possível comparação de técnicas pela falta de parâmetros.

Mesmo com avanço tecnológico na saúde, é comum encontrarmos profissionais que se utilizam de algum produto para tratamento tópico de uma ferida sem evidência científica, entre um destes produtos está o composto de ácidos graxos essenciais (AGE), todavia estudos recentes (BORGES; DONOSO; FERREIRA, 2011; FERREIRA et al, 2012), não concluíram ser este um produto de escolha ou não, ou tiveram comprovada sua eficácia no processo de cicatrização ou sua função antimicrobiana, visto a escassez de estudos nesta área e falhas metodológicas na condução das investigações.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento e local do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, que foi realizada em salas de curativos da unidade de referência no tratamento de feridas da rede Municipal de Saúde de Campo Grande – MS.

4.2 Característica do local do estudo

A pesquisa foi aplicada em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população de Campo Grande de acordo com o CENSO 2010 é constituída por 786.797 habitantes.

Conforme o IBGE, o município de Campo Grande tem 266 instituições de saúde, sendo 4 federais, 4 estaduais, 87 municipais e 266 privados.

A Secretaria Municipal de Saúde divide a população em quatro distritos: Sul, Oeste, Norte e Leste.

O Distrito Sanitário Sul possui 25 unidades de saúde. Ele é composto por 10 Unidades de Saúde da Família (USF); 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana; 1 Unidade Básica de Saúde (UBS) na zona rural; 5 Unidades de Referência em Saúde Mental; 2 Policlínicas Odontológicas; e 2 Centros Regionais de Saúde (CRS) 24 horas.

O Distrito Oeste possui 20 unidades de saúde. Ele é composto por de 6 Unidades de Saúde da Família (USF); 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Unidade Básica de Saúde na zona rural; 2 Policlínicas Odontológicas; 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e 1 Centro Regional de Saúde (CRS) 24 horas, o CRS Coophavila II.

O Distrito Norte possui 23 unidades de saúde. Este é composto por 8 Unidades de Saúde da Família (USF); 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Unidade Básica de Saúde na zona rural; 1 Centro de Especialidade Infantil (CEI), 1 Centro do homem; 3 Policlínicas Odontológicas; 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e 1 Centro Regional de Saúde (CRS) 24 horas.

O Distrito Sanitário Leste possui 13 unidades de saúde, a saber: 3 Unidades de Saúde da Família (USF); 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Unidade Básica de Saúde na zona rural; 1 Centro Especialidade Odontológica; e 3 Centros Regionais de Saúde (CRS) 24 horas.

Existem também 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS Álcool e drogas (CAPad), 2 CAPS II (aos pacientes de transtorno mental), CAPS III (aos pacientes de transtorno mental em momento de crise), CAPSi (infantil), CAPSPPT (pacientes vítimas de violência).

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de Centros de Referência (todos no mesmo prédio): Centro de Atendimento à Mulher (CEAM), Centro de Atendimento em Oncologia (CEON), Centro Ortopédico Municipal (CENORT), estes diretamente subordinados ao Centro de Especialidades Médicas (CEM).

O estudo foi conduzido no Centro de Especialidades Médicas (CEM), no setor de Referência em Diabetes (SEREDI), que passou a se chamar de Serviço de Referência em tratamento de lesões vasculares periféricas (2012), da Secretaria Municipal de Saúde. Um centro público, de grande porte situado na cidade de Campo Grande-MS.

O serviço de referência em feridas tem suporte para atender os pacientes com feridas encaminhadas das unidades de saúde (ESF, UBS, NASF, entre outros), tem o maior número de pacientes com feridas no estado de Mato Grosso do Sul, com consultas e trocas de curativos avaliados por uma equipe multiprofissional, sendo 1, enfermeira estomaterapeuta (responsável pelo setor de feridas e pelo setor de estomaterapia), 7 técnicos de enfermagem e 1 médico vascular).

Como o serviço está dentro do complexo do CEM, caso necessite, o paciente pode ser encaminhado para outras especialidades e realizar exames que fazem parte do mesmo prédio, como por exemplo, nutricionista, dermatologia, endocrinologia, Raios-X, ultrassonografia, dentre outros, via Sistema de Regulação (SISREG).

Os pacientes com feridas de maior complexidade são encaminhados pelo profissional médico ou enfermeiro das unidades de saúde via telefone. São agendados em torno de 30 pacientes pela manhã e 15 à tarde. A estrutura física contempla 4 salas, com média de 2 macas por sala. O serviço tem aproximadamente 120 pacientes cadastrados.

Na primeira consulta, a enfermeira faz a primeira avaliação e prescreve o tratamento em um pequeno resumo no cartão de acompanhamento dado a cada paciente. Caso o paciente tenha que utilizar algum medicamento, a profissional solicita avaliação do médico para prescrição deste. Após essa primeira avaliação, os técnicos de enfermagem seguem a prescrição de tratamento pelo cartão e, em caso de dúvida ou mudança de quadro, chamam a enfermeira para reavaliação. Cada técnico fica responsável pela troca de curativo de um paciente. São agendados pacientes de 30 em 30 minutos.

Os pacientes ficam agendados em um livro preto com nome completo e número do prontuário, onde fica registrado quando será seu retorno. Após o atendimento destes, os profissionais digitam o “cuidado” realizado nos prontuários eletrônicos, pelo sistema eletrônico de prontuário, onde digitam a troca de curativo. Não há anotação quanto à assistência ou a evolução do tratamento. Pela alta demanda e poucos funcionários, não é possível a digitação logo após a troca de cada curativo, o que garantiria uma avaliação e evolução registrada, ainda que resumida. Não existe um protocolo de atendimento ao paciente com feridas, nem coleta de amostras para patógenos nas feridas classificadas clinicamente como infectadas.

4.3 População e amostra

A população constituiu-se de pacientes com feridas, atendidos como demanda espontânea nas salas de curativos da unidade de referência de Campo Grande – MS.

A amostra referiu-se aos pacientes atendidos no período de maio a julho de 2013, de segunda a sexta das 7h às 11h e das 13h às 17h.

4.4 Critérios de inclusão

- Ter idade a partir de 18 anos;
- Possuir pelo menos uma ferida, com duração igual ou superior a 3 meses, o que a caracteriza como crônica (HARDING et al., 2002);
- Avaliar a ferida com maior tempo de evolução;
- Estar em acompanhamento no centro de referência em feridas.

4.5 Critérios de exclusão

- Pacientes que apresentaram alguma intercorrência que impossibilitou o término da coleta de dados, como morte, não retorno a consulta e/ou abandono do tratamento, entre outros;
- Pacientes portadores de transtorno ou deficiência mental.

4.6 Variáveis de interesse

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 138), uma variável é “uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração”.

4.6.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas

Para a caracterização da população, foi identificada a idade, o gênero, além das seguintes variáveis:

- a. Estado civil:
 - Solteiro;
 - Casado;
 - União estável;
 - Viúvo;
 - Divorciado.
- b. Religião:
 - Católica;
 - Evangélica;
 - Espírita;
 - Sem religião;
 - Outra.
- c. Número de filhos;
- d. Classificação econômica:

Foi avaliado segundo Critério da Classificação econômica Brasil que utiliza as normas da ABEP (2012) - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, a qual classifica o poder de compra das pessoas e famílias, e a pontua. (Figura 2).

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Figura 2 – Posse de itens para avaliação de classe econômica.
Fonte: ABEP (2012)

Grau de Instrução do chefe da família	
Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	1
Fundamental 2 completo/ Médio incompleto	2
Médio completo/ Superior incompleto	4
Superior completo	8

Figura 3 – Nomenclatura atual para enquadrar grau de instrução do chefe da família.
Fonte: ABEP (2012).

Classe**	Pontos
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D*	8-13
E*	0-7

Figura 4 – Cortes do Critério Brasil para classificação econômica.
Fonte: ABEP (2012)

* Classes D e E devem ser unidas, por conta do nº reduzido de E.

** Para amostras pequenas, como do estudo, são unidas as A1 com A2, B1 com B2, C1 com C2.

e. Ocupação atual:

- Aposentado;
- Desempregado;
- Setor público, privado ou informal.

f. Renda familiar;

g. Condições de saneamento básico:

- Rede pública de água;
- Luz elétrica;
- Rede de esgoto;
- Fossa séptica.

Consideramos mínimo o saneamento básico quando o paciente possui: rede pública de água, luz elétrica e rede de esgoto. Quando o paciente não possuir um dos itens, será considerado saneamento básico incompleto.

h. Residência: Refere-se onde o paciente reside.

- Campo Grande;
- Cidade no interior de Mato Grosso do Sul;
- Outras cidades de outros estados.

4.6.2 Variáveis epidemiológicas

a. Doenças de base: Refere-se à(s) doença(s) crônica(s) apresentada(s) pelo paciente.

4.7 Operacionalização da entrevista e instrumento para coleta de dados

Realizou-se dois pré-testes, no mês de abril de 2013, um em uma ESF e o outro no local de estudo, totalizando 7 pacientes avaliados, o que acarretou, no formulário estruturado, pequenas modificações (inserção do prontuário, religião, procedência), objetivando sua melhor aplicabilidade e adequação aos propósitos do estudo. A segunda coleta de dados ocorreu em uma ESF, no mês de abril, para refinamento do instrumento.

Para entrevista foi seguido um roteiro estruturado (ANEXO A), conforme instrumento validado por especialistas da área e padronizado por Martins (2008), com adaptação feita pela autora, seguindo as variáveis de interesse já descritas anteriormente. A entrevista foi realizada pela autora e por colaboradores, após treinamento recebido pela autora.

A autora treinou a equipe de colaboradores composta de 2 enfermeiras e 3 acadêmicas da graduação em enfermagem do 5º e 6º semestres, sendo 4 horas de aulas teóricas e 8 de prática, totalizando 12 horas de treinamento.

A entrevista foi feita por meio de roteiro contendo questões sobre a caracterização dos pacientes com feridas, incluindo a classe econômica, sendo esta avaliada pela ABEP, conforme descrito anteriormente. As variáveis sobre a caracterização dos pacientes foram agrupadas no item identificação/dados socioeconômicos demográficos: nome, sexo, idade, estado civil, religião, número de filhos, classe social, ocupação atual, renda familiar, saneamento, local de residência. Foram coletados, ainda, doenças de base, experiência com o tratamento da lesão: local onde realiza o curativo, curativo domiciliar, treinamento para a troca de curativo, profissionais que acompanham o curativo no domicílio, coberturas e medicamentos utilizados. Coletou-se, também, dados sobre processos alérgicos durante o uso de alguma medicação, dados sobre a mobilidade, caracterização da ferida (número de lesões, tempo de lesão, localização, medida, extensão do dano, presença ou não de exsudato e suas características, condições da pele adjacente, aspectos da pele, condições da borda, classificação da ferida). Foram consultados exames apresentados para o diagnóstico, como *dupplex scan*, ultrassonografia, arteriografia, entre outros, quando de posse do paciente.

Nos dias de maior fluxo, foi necessário agendar retorno dos pacientes para o término da entrevista e/ou da avaliação, pelo tempo despendido a realização de cada avaliação durar em média 35 minutos.

4.8 Caracterizações da ferida

Durante a avaliação da ferida, foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI): luva descartável, gorro, óculos de proteção, jaleco de manga longa, sapatos fechados. Em cada atendimento, foi feita a higienização das mãos, a troca de lençóis descartáveis, realizada a limpeza da maca e bancada com água e sabão

e desinfecção com álcool 70%. Os curativos foram feitos pelos profissionais do setor, somente a avaliação foi aplicada pela pesquisadora e seus colaboradores.

A avaliação de sinais e sintomas indicativos de infecção na ferida: dor, eritema, calor, edema e exsudato purulento (FERREIRA; PÉRICO, 2002; PERUZZO et al., 2005) foi realizada com base no *check list* descrito por Cutting e Handing (1994) e validada por Gardner et al. (2001) e Gardner et al. (2007).

4.8.1 Definição das variáveis do estudo e procedimentos de avaliação

4.8.1.1 Tempo da lesão

Conforme informações colhidas na entrevista, o tempo da ferida foi registrado em dias, semanas, meses ou anos.

4.8.1.2 Quantidade de lesões

Para o estudo, utilizou-se a ferida com maior tempo de evolução, quando o paciente possuía mais de 1 (uma) lesão.

4.8.1.3 Localização da lesão

Nos membros inferiores (MMII): membro inferior direito (MID), membro inferior esquerdo (MIE). Nos membros superiores (MMSS): membro superior direito (MSD), membro superior esquerdo (MSE).

4.8.1.4 Planimetria das lesões e registro de imagens

Para cálculo da área da lesão (largura e comprimento) foi utilizado filme transparente de acetato, sendo contornada a margem da ferida com caneta marca texto preta ou azul. A profundidade da lesão foi calculada pela inserção de um *swab* de algodão estéril na parte mais profunda da lesão, e sua extensão marcada em centímetros. O registro de imagem foi executado com câmera digital Sony Cyber-shot (12.1 megapixels de resolução) nas lesões avaliadas. As fotografias foram tratadas pelo *software Photoshop* no formato JPEG, sendo manipulada apenas a área externa da imagem da lesão.

4.8.1.5 Etiologia da ferida

Foram utilizadas as informações anotadas no cartão de acompanhamento, no prontuário eletrônico (quando digitado), dados repassados pelo paciente e/ou pela equipe, bem como resultados de exames, sendo classificadas em: ferida traumática e cirúrgica crônicas, queimadura, úlcera de perna, úlcera por pressão, causa indeterminada, úlcera venosa, úlcera arterial e/ou venosa, úlcera diabética.

4.9 Procedimentos éticos em pesquisas

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do parecer nº 136.832/2012 e CAAE: 02654212.0.0000.0021, em 08 de novembro 2012, e uma autorização assinada pelo Secretário Municipal de Saúde, gestão 2012, permitindo a realização da pesquisa no local de estudo.

Para atender à Resolução nº 196/96 do CNS, apresentou-se aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). O início da avaliação ficou condicionado aos esclarecimentos sobre a finalidade da investigação. Foi respeitada a vontade do sujeito no caso de desistência durante o trabalho. A todos os participantes foi solicitado, desde que consentido, o registro fotográfico das feridas, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.10 Análise estatística

Foi realizada dupla digitação do banco de dados; posteriormente, feita a tabulação dos mesmos. Igualmente, foi feita a estatística descritiva dos dados individuais dos pacientes participantes da pesquisa através de medidas de frequência para as variáveis qualitativas, medidas de posição e de variabilidade para as variáveis quantitativas. Os dados foram armazenados pelo *Software Microsoft Excel* versão 2010. Os resultados obtidos foram apresentados em figuras e tabelas para que fossem discutidos à luz da literatura específica.

Para as análises estatísticas, foram utilizados três testes estatísticos, sendo o teste de diferenças de médias (*t-student*), teste *Qui-quadrado* (χ^2), teste de variância (F), sendo ambos aplicados com 95% de confiança (valor significativo de $p < 0,05$).

Para o tratamento estatístico dos dados, foi usado o pacote computacional *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 15.0.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterizações dos pacientes

A amostra foi constituída por 87 pacientes com feridas, atendida no campo de estudo, no período de maio a julho de 2013.

Observou-se que é comum os pacientes buscarem a Unidade de Referência mesmo quando não encaminhados de uma UBS/UBSF. Essa situação provavelmente ocorre por acreditarem que teriam um tratamento mais completo, visto que as unidades de saúde realmente não possuem os materiais de curativo e medicamentos que são disponibilizados no Centro de Referência.

Vale destacar algumas peculiaridades do serviço que foi campo dessa pesquisa. O que acontece na referida unidade é o fato de os técnicos de enfermagem, que realizam o curativo, na maioria das vezes, conhecerem os pacientes e apenas anotarem de forma resumida, em seus cartões de acompanhamento, somente o material utilizado e não as características das feridas. Também é realizado o registro no Sistema Eletrônico de Prontuário (Hygia) apenas da realização do curativo, sem dados de materiais ou da evolução da lesão. A enfermeira dividia seu horário de trabalho entre o acompanhamento e a realização de curativos, os serviços burocráticos e o setor de estomizados.

A contrarreferência pouca vezes é feita, principalmente devido às UBS/UBSF não possuírem equipes multiprofissionais treinadas para o acompanhamento de pacientes com feridas complexas.

A tabela 1 apresenta a distribuição da procedência dos pacientes atendidos.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, conforme procedência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Procedência	N*	%
Campo Grande	76	87,3
Interior do MS	8	9,2
Outros Estados	3	3,5
Total	87	100

*Valores expressos em números absolutos.

Dos pacientes atendidos, 87,3% (n=76) eram de Campo Grande e 8 (9,2%) eram de outras cidades situadas no estado de Mato Grosso do Sul, com as seguintes quantidades de pacientes: 1 de Sidrolândia, 1 de Maracaju, 1 de Rio Verde de Mato Grosso, 1 de Ponta Porã, 1 de Guia Lopes da Laguna, 1 de Corumbá e 2 de Anastácio; e de outros Estados: 1 de Rondônia, 1 de Mato Grosso e 1 de São Paulo.

Na tabela 2, podemos visualizar a distribuição da frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas dos 87 pacientes, com feridas, atendidos nas salas de curativo do Centro de Referência, no período estudado.

Tabela 2 - Variáveis socioeconômicas e demográficas dos pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.*

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	44	50,5
	Masculino	43	49,5
Parceiro	Com parceiro	44	50,5
	Sem parceiro	43	49,5
Religião	Católico	52	59,77
	Outras	35	40,22
Classe Social*	B/C	45	51,7
	D/E	42	48,3
Escolaridade	Analfabeto	44	50,57
	Fundamental	24	27,58
	Médio	19	21,83
Saneamento	Completo	53	60,91
	Incompleto	34	39,09

*Classificação de acordo com os critérios ABEP

Do total da amostra, 44 (50,5%) eram do sexo feminino e 43 (49,5%) do sexo masculino.

Com relação à situação conjugal, 44 (50,5%) conviviam com companheiro e 43 (49,5) encontravam-se sozinhos.

Em relação ao nível de escolaridade, 44 (50,57%) eram analfabetos, 24 (27,58%) tinham o ensino fundamental e 19 (21,83%), o ensino médio.

Dentre os pacientes integrantes do estudo, 45 (51,7%) pertenciam à classe B ou C, 42 (48,3%) à classe D; porém, vale destacar que não foram encontrados pacientes da classe A e E.

Em relação à religião, predominou a católica com 52 (59,77%), seguida de “outras” religiões com 35 (40,22%). Foram agrupados em “outras”, para fins estatísticos, a evangélica com 21 (24,13%), sem religião com 12 (13,79%) e a espírita com 2 (2,29%).

Com relação aos itens de saneamento básico, 87 (100%) possuíam água tratada, eletricidade e coleta de lixo. No entanto, apenas 53 (60,91%) recebiam rede de esgoto. Consideramos saneamento completo quando o paciente referiu ter água tratada, eletricidade, coleta de lixo e rede de esgoto; e incompleto, a ausência deste último.

A Figura 5 apresenta a distribuição dos pacientes atendidos em relação à ocupação (trabalhando, aposentado, desempregado).

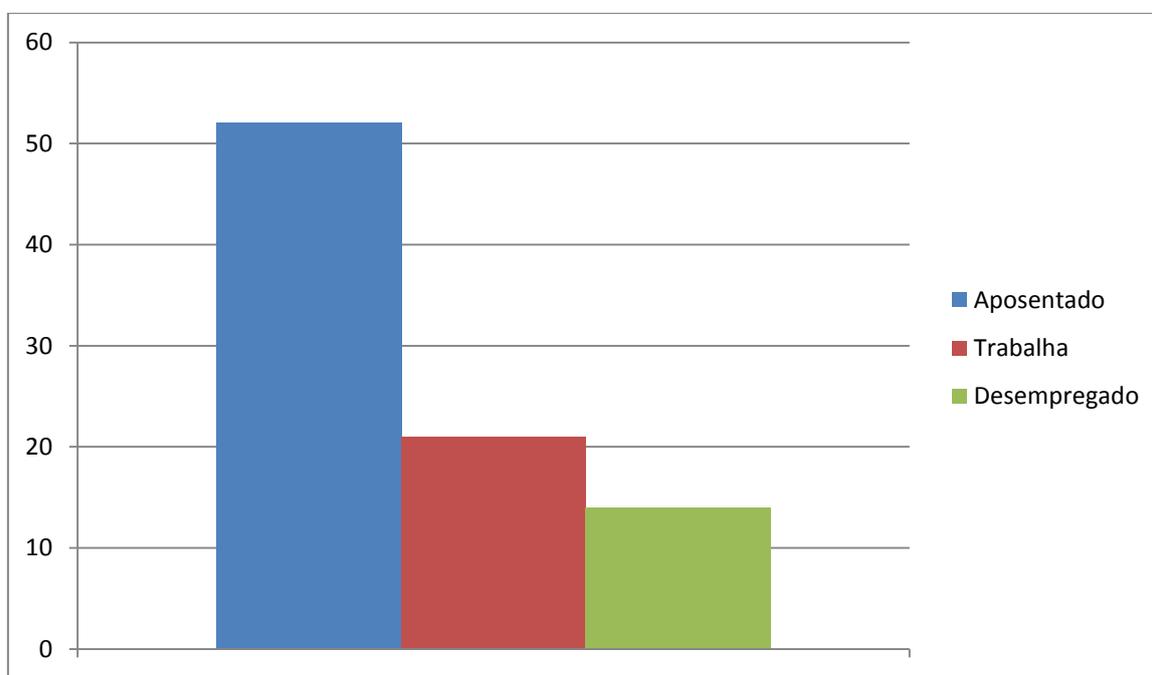


Figura 5 - Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência, conforme ocupação. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Do total de participantes, 52 (60%) eram aposentados, 21(24%) estavam trabalhando, sendo 8 (9,2%) no setor privado, 4 (4,6%) no setor público, 9 (10,3%) no informal e 14 (16%) desempregados.

A tabela 3 apresenta o teste *Qui-quadrado* (χ^2) das variáveis socioeconômicas e demográficas em relação ao tipo de ferida dos 87 pacientes atendidos nas salas de curativo do Centro de Referência, no período estudado. Entretanto, não houve diferenças significativas entre as variáveis pesquisadas.

Tabela 3 - Variáveis socioeconômicas e demográficas segundo etiologia das feridas dos pacientes (n=87), atendidos em uma Unidade de Referência. Campo Grande (MS), Brasil, 2013*.

Variáveis	Traumáticas	Úlceras	Outras	P	
Sexo	F	17	18	9	0,535
	M	18	13	12	
Parceiro	Com parceiro	15	17	12	0,491
	Sem parceiro	20	14	9	
Religião	Católico	21	15	16	0,134
	Outras	14	16	5	
Classe Social	B/C	16	18	11	0,604
	D/E	19	13	10	
Escolaridade	Analfabeto	21	15	8	0,264
	Fundamental	9	10	5	
	Médio	5	6	8	
Saneamento	Completo	13	14	7	0,661
	Incompleto	22	17	14	

*Teste *Qui-quadrado* (χ^2)

**Valor p: comparação entre os grupos.

A tabela abaixo demonstra a análise de variância do tipo de ferida em relação à idade, número de filhos e renda, o que não obteve diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 4 - Teste de análise de variância dos tipos de feridas em relação aos dados socioeconômicos e demográficos, dos pacientes, de uma Unidade de Referência, Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Variáveis	N	Média	D.P.*	F**	P	
Idade	Traumáticas	35	64,3	13,9	1,92	0,153
	Úlceras	31	58,9	12,1		
	Outras	21	58,3	13,6		
Nº Filhos	Traumáticas	35	3,5	2,1	0,5	0,608
	Úlceras	31	3,0	2,6		
	Outras	21	3,8	3,4		
Renda per capita	Traumáticas	35	565,8	322,8	2,2	0,117
	Úlceras	31	528,2	245,1		
	Outras	21	731,9	517,3		

*desvio padrão (DP)

** estatística do teste Análise de Variância (F)

Observa-se, de acordo com a tabela 4, que a média de idade dos pacientes com feridas com evolução “aguda” é maior em relação aos pacientes com evolução “crônica”, porém, em nenhum dos casos, houve diferenças estatisticamente significantes referentes aos tipos de feridas com as variáveis socioeconômicas e demográficas

A tabela 5 apresenta a prevalência de doenças de base associadas, lembrando que foram identificados pacientes com mais de uma doença crônica.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com feridas de uma Unidade de Referência, segundo a presença de doenças crônicas. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Comorbidades	N*	%
Hipertensão arterial	Sim – 21	Sim – 24,1
	Não – 66	Não – 75,9
Diabetes Mellitus	Sim – 11	Sim – 12,7
	Não – 76	Não – 87,3
Hipertensão e Diabetes	Sim – 27	Sim – 31
	Não – 60	Não – 69
Outros	Sim – 4	Sim – 4,6
	Não – 83	Não – 95,4

*Como um mesmo paciente apresentou mais de uma comorbidade, não calculou-se o total.

Constata-se que dos 87 pacientes, 24 (27,6%) não possuíam comorbidades e 63 (72,4%) as possuíam, predominando a hipertensão (24,1%); em seguida, a hipertensão e diabetes (31%), diabetes (12,7%) e outras doenças crônicas (4,6%), como a epilepsia, câncer, lúpus e cardiopatia.

5.2 Variáveis relacionadas às feridas

A Tabela 6 mostra a frequência dos pacientes acompanhados de acordo com a etiologia da ferida.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes com feridas, atendidos em uma Unidade de Referência, segundo a classificação etiológica. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Etiologia	N	%
Aguda	41	47,1%
Crônica	46	52,9%
Total	87	100%

As feridas classificadas pela etiologia como crônicas predominaram com 46 (52,9%) e as de etiologia aguda corresponderam a 41 (47,1%).

A tabela abaixo demonstra a frequência dos pacientes acompanhados com a etiologia aguda das feridas.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes com feridas, atendidos em uma Unidade de Referência, segundo a classificação das feridas pela etiologia aguda. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Aguda	Quantidade	Percentual
Traumática	35	40,2%
Cirúrgica	4	4,6%
Queimadura	2	2,3%
Total	41	47,1%

No grupo de pacientes com feridas classificadas com etiologia aguda, destacaram-se 35 (40,2%) pacientes com feridas de etiologia traumática, enquanto que nos pacientes com feridas classificadas como crônicas a úlcera de perna esteve entre as mais frequentes com 31 (35,6%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes com feridas, atendidos em uma Unidade de Referência, segundo a classificação das feridas pela etiologia crônica. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Crônica	Quantidade	Percentual
Úlcera de perna	31	35,6%
Úlcera por pressão	2	2,3%
Causa Indeterminada	13	14,9%
Total	46	52,9%

Em síntese, a etiologia das feridas é apresentada nas tabelas 7 e 8. Do total, 35 (40,2%) eram úlceras traumáticas, 31 (35,6%) úlceras de perna, 13 (14,9%)

causa indeterminada, 4 (4,6%) cirúrgicas, 2 (2,3%) queimadura e 2 (2,3%) úlceras por pressão.

Na Tabela 9, as etiologias foram agrupadas em: traumática, úlceras de perna e outras [úlceras por pressão (2), cirúrgicas (4), queimaduras (2) e causas indeterminadas (13)].

Tabela 9- Distribuição dos pacientes com feridas (n=87), em uma Unidade de Referência, segundo a classificação das feridas pela etiologia agrupada. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Etiologia	Quantidade	Percentual
Traumática	35	40,2%
Úlceras de perna	31	35,6%
Outras	21	24,1%
Total	87	100,0%

Quanto às experiências dos pacientes, no que se refere aos locais onde eram realizados os curativos, a maior parte, 72 (82,75%), realizou apenas na Unidade de Referência, enquanto apenas 15 (17,24%) faziam tanto nas UBS/UBSF quanto na Unidade de Referência. Em relação à realização do curativo em casa, 72 (82,75%) responderam que o realizavam e 15 (17,24%) não.

De acordo com a tabela abaixo, nenhuma das variáveis categóricas de experiência com o tratamento da lesão foi estatisticamente significativa em relação ao tipo do ferimento.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, em relação à experiência como o tratamento segundo o tipo de ferida. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.*

		Traumática		Úlcera		Outras		P
		N	%	N	%	N	%	
Local da realização do curativo	UBS/ESF e Referência	6	17,1	4	12,9	5	23,8	0,593
	Referência	29	82,9	27	87,1	16	76,2	
Curativo em casa	Sim	31	88,6	27	87,1	14	66,7	0,08
	Não	4	11,4	4	12,9	7	33,3	
Recebeu Treinamento	Não	24	68,6	21	67,7	11	52,4	0,419
	Sim	11	31,4	10	32,3	10	47,6	

Mobilidade	Deambula sem apoio	26	74,3	28	90,3	15	75,0	-**
	Deambula com apoio	9	25,7	1	3,2	5	25,0	-
	Claudicação/alteração da marcha	0	0,0	2	6,5	0	0,0	-

*Teste Qui-quadrado (χ^2)

**Não há possibilidade de aplicação de testes estatísticos visto que 69 dos 87 pacientes relataram deambular sem apoio, ou seja, quando a maioria responde da mesma maneira não há o que fazer do ponto de vista estatístico.

Como mostra a figura 6, dos 72 pacientes que realizavam o curativo em casa, 68,7% foi realizado pelo próprio paciente e 31,3% por algum familiar.

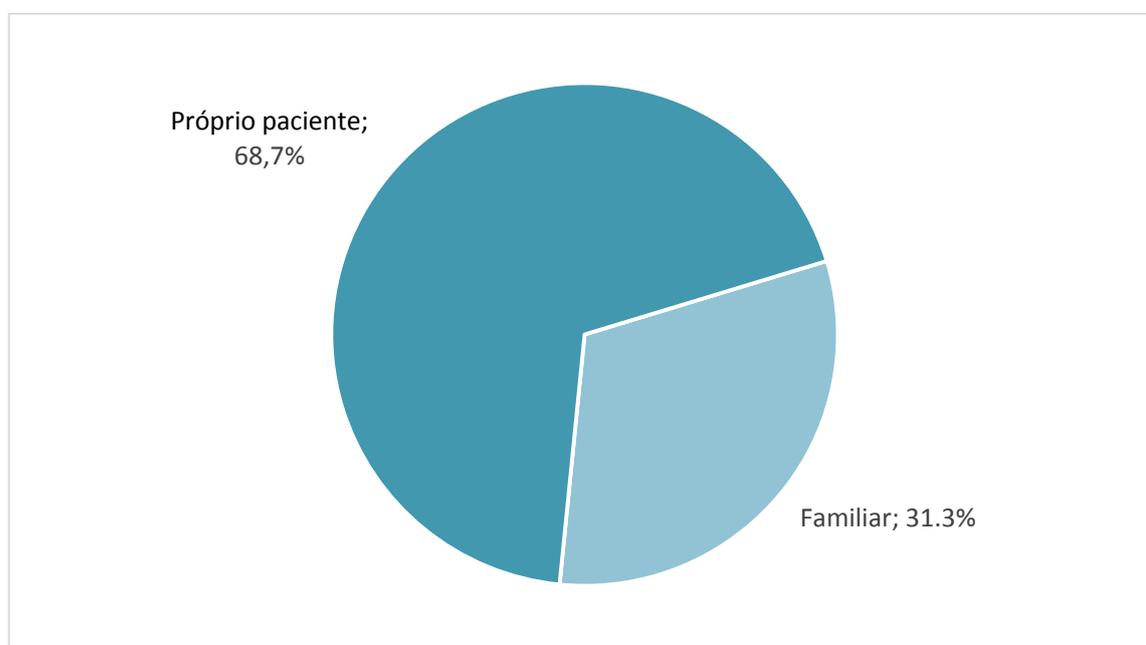


Figura 6 - Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma unidade de referência, segundo quem realiza o curativo em casa. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

A Figura 7 demonstra qual o profissional que forneceu o treinamento para a realização da troca do curativo em casa.

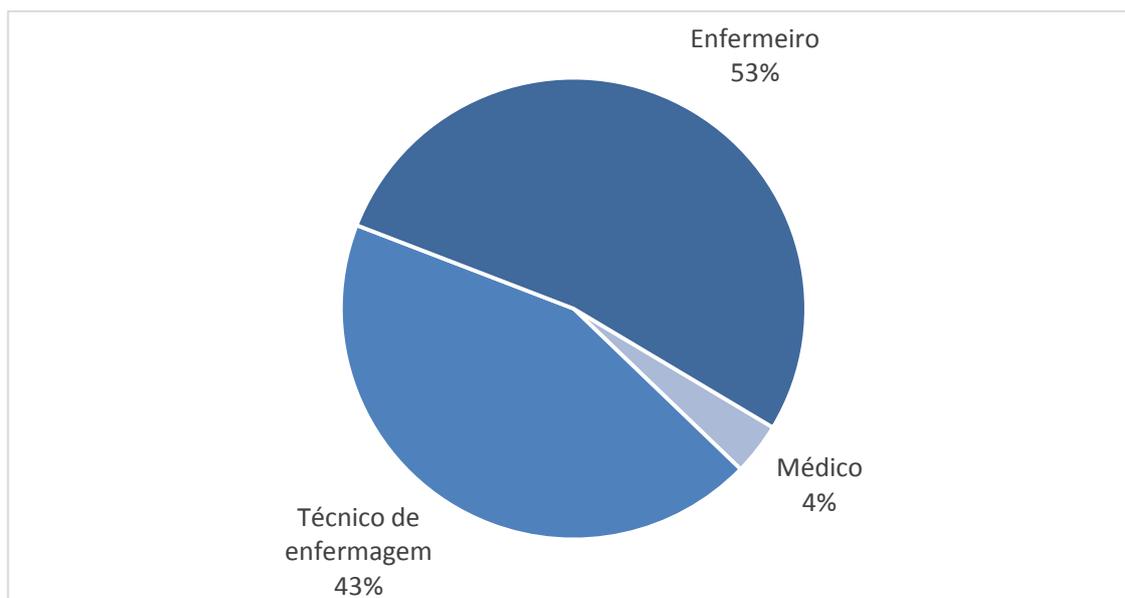


Figura 7 - Distribuição de pacientes com feridas (n=87), atendidos em uma unidade de referência, conforme profissional que treinou para realização do curativo em casa. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

A Tabela 11 apresenta os tipos de produtos/coberturas utilizados pelos pacientes atendidos na Unidade de Referência.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo o tipo de cobertura/produto utilizado. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

Cobertura utilizada	N	%
Ácidos Graxos Essenciais (AGE)	78	90%
Bota de Unna	8	9%
Alginato de Cálcio e Papaína	1	1%
Total	87	100

Quanto à cobertura utilizada para tratamento da lesão, a maioria 78 (90%) usava o AGE. No entanto, todos os pacientes relataram trocar o curativo a cada 24h, independente da quantidade de exsudato liberado pela lesão.

Aproximadamente, 7% dos pacientes não tiveram ajuda especializada no domicílio e quase a totalidade (apenas 1 disse que não) respondeu que tanto a cobertura como o produto haviam sido prescritos por profissionais da saúde, e cerca

de 10% responderam ter vivenciado alguma reação alérgica, em algum momento da utilização da cobertura/produto

5.3 Caracterização da Ferida

A Tabela 12 mostra a distribuição dos pacientes segundo os tipos de feridas quanto à sua caracterização.

Tabela 12- Distribuição dos pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo os tipos de feridas em relação a sua caracterização. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.*

		Traumática		Úlceras		Outras		P
		N	%	N	%	N	%	
Local da ferida	MID**	21	60%	22	71%	9	43%	0,128
	MIE***	14	40%	9	29%	12	57%	
Fotografia da lesão	Sim	24	68,6%	22	71,0%	13	61,9%	0,784
	Não	11	31,4%	9	29,0%	8	38,1%	
Extensão do dano	Epiderme/derme/tecido	21	60,0%	22	71,0%	11	52,4%	0,378
	Outros	14	40,0%	9	29,0%	10	47,6%	
Presença de exsudato	Sim	15	42,9%	11	35,5%	8	38,1%	0,824
	Não	20	57,1%	20	64,5%	13	61,9%	
Quantidade do exsudato	Ausente	19	54,3%	20	64,5%	12	57,1%	0,693
	Pouco/moderado/muito	16	45,7%	11	35,5%	9	42,9%	
Cor da pele adjacente	Normal	20	57,1%	9	29,0%	12	57,1%	0,042
	Demais	15	42,9%	22	71,0%	9	42,9%	
Aspecto da pele adjacente	Normal	14	40,0%	11	35,5%	11	52,4%	0,468
	Outros	21	60,0%	20	64,5%	10	47,6%	
Presença de edema	Sim	21	60,0%	21	67,7%	16	76,2%	0,455
	Não	14	40,0%	10	32,3%	5	23,8%	
Condições do leito	Granulação/vermelha	14	40,0%	10	32,3%	12	57,1%	0,198
	Outros	21	60,0%	21	67,7%	9	42,9%	

*Teste *Qui-quadrado* (χ^2)

** membro inferior direito

*** membro inferior esquerdo

Referente à caracterização das feridas, a maioria dos pacientes, 59 (67,8%), permitiu que sua lesão fosse fotografada, e somente 28 (32,2%) não. Predominaram feridas superficiais (epiderme/derme/tecido) com 54 (62%) contra medianas e

profundas (subcutâneo, fáscia, tecido muscular, tendão, osso) com 33 (38%). A maior parte das feridas não tinha exsudato, 53 (60,9%), e apenas 34 (39,1%) o apresentava. Dos 87 pacientes, 51 (58,6%) apresentaram alteração (seca, descamativa, fina/frágil, lisa, áspera) no aspecto da pele adjacente e 36 (41,4%) não. Houve predomínio de pacientes com edema, 58 (66,6%), contra 29 (33,4%) que não tiveram. Em relação às condições do leito, somente 36 (41,4%) apresentaram granulação/vermelha brilhante e 51 (58,6%) granulação friável, descorada, esfacelos ou necrose. A maioria das feridas, 46 (52,9%), teve alteração na cor da pele adjacente (descorada, pálida, hiperemiada) e 41 (47,1%) coloração normal. A cor da pele adjacente foi estatisticamente significante quanto ao tipo de ferida ($p=0,042$).

Na tabela 13, é possível visualizar a distribuição dos pacientes segundo a diferença de média do tipo de ferida referente à sua caracterização.

Tabela 13 – Distribuição dos pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, segundo Teste de diferença de média do tipo de ferida em relação a sua caracterização. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.*

Variável		N	Média	D.P**	F***	P
Tempo da lesão (anos)	Traumática	35	9,57	18,66	1,08	0,344
	Úlcera	31	9,74	10,06		
	Outras	21	4,52	8,45		
Largura da ferida (cm)	Traumáticas	35	5,17	6,10	4,22	0,018
	Úlceras	31	9,09	9,70		
	Outras	21	3,64	3,29		
Comprimento da ferida (cm)	Traumáticas	35	4,63	4,92	4,45	0,015
	Úlceras	31	8,40	6,77		
	Outras	21	5,00	3,90		
Área da ferida (cm ²)	Traumática	35	43,70	105,90	4,28	0,017
	Úlceras	31	125,70	195,00		
	Outras	21	27,10	44,80		
Profundidade da ferida	Traumáticas	35	0,16	0,35	2,15	0,123
	Úlceras	31	0,10	0,25		
	Outras	20	0,35	0,69		

* Teste *t-student*

**desvio padrão (DP)

***estatística do teste Análise de Variância (F)

Quanto à largura da ferida, as úlceras possuíam uma largura maior que as traumáticas, que por sua vez eram maiores que as outras. Foi estatisticamente significativa ($p=0,018$) a relação largura da ferida quanto ao tipo de ferida.

No que diz respeito ao comprimento, as úlceras apresentaram em média maior comprimento em relação às demais, sendo estatisticamente significativo ($p=0,015$).

Quanto à área da ferida, as úlceras apresentaram em média maior área comparada às demais, sendo estatisticamente significativo ($p=0,017$).

A Figura 8 nos permite observar as características de uma ferida diabética, com presença de ressecamento cutâneo, esfacelos no leito da ferida e exsudato em pequena quantidade.



Figura 8 – Ferida diabética em MID, com pele ressecada, esfacelos, exsudato purulento em pequena quantidade. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

A Figura 9 nos revela uma ferida diabética, que teve como agravante a amputação de hálux D, ferida esta com túnel para tecidos moles, apresentando granulação friável e descorada.

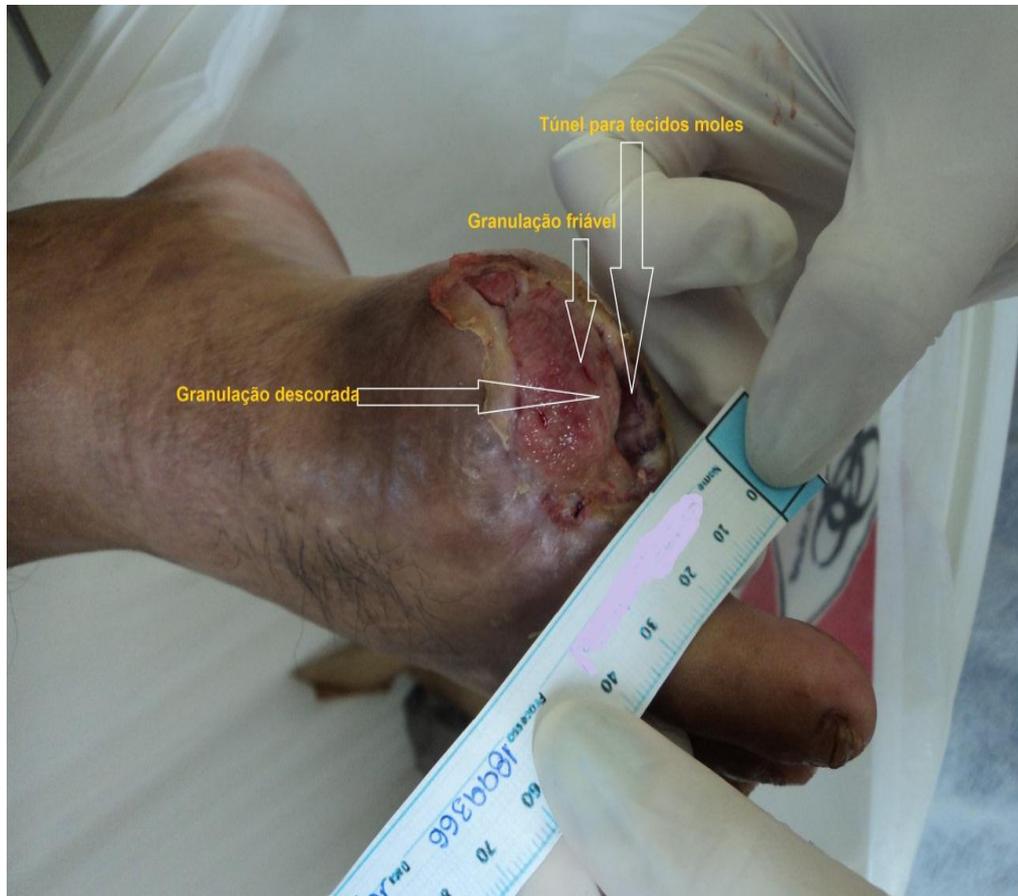


Figura 9 – Ferida diabética em MID, com amputação de hálux D, com túnel para tecidos moles, granulação descorada e friável. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

A Figura 10 mostra uma úlcera venosa acometida em MID, com sinais de retardo na cicatrização: edema, esfacelos no leito da ferida, granulação friável e exsudato em quantidade moderada.

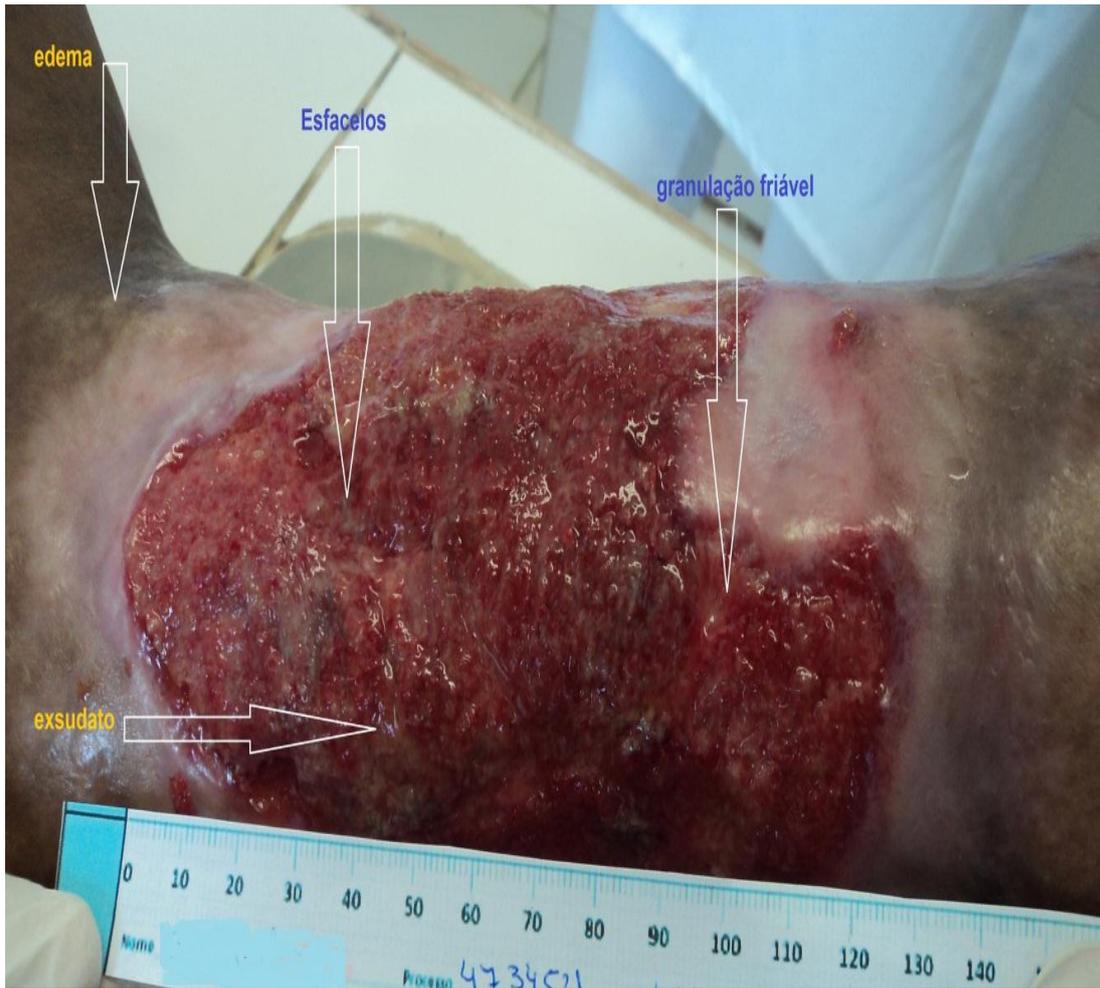


Figura 10 – Úlcera venosa em MID, apresentando edema, esfacelos, granulação friável e exsudato em quantidade moderada. Campo Grande (MS), Brasil, 2013.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos pacientes

São escassos os estudos sobre feridas complexas no Brasil na Atenção Primária (MARTINS, 2009), tampouco nas Unidades de Referência de tratamento. Conhecer a caracterização dos pacientes com feridas destes centros pode fornecer subsídios para a gestão municipal que, ao descobrir a alta demanda, pode criar outras Unidades de Referência, por distritos, por exemplo, juntamente com um Protocolo de Atendimento de Enfermagem aos pacientes com feridas complexas. Em Campo Grande, o manejo das feridas não é prioridade nas unidades de saúde, sendo quase todo dependente da única Unidade de Referência municipal e quando não há resolução deste, encaminha-se o paciente para um serviço hospitalar.

Em relação aos 11 (12,7%) pacientes provindos de outros municípios, sendo 8 (9,2%) de cidades do interior e 3 (3,5%) de outros estados, referiram que o campo de estudo era o local que acreditavam ser o melhor para realizar o acompanhamento ou na sua cidade de origem não tinham acompanhamento especializado e foram referenciados. Dados diferentes dos encontrados por Martins (2008) que constatou que 56,5% dos pacientes acompanhados eram de fora do estado; já em outro estudo (FARIA, 2010) realizado no ambiente hospitalar, apenas 4% eram de outros estados.

A média de idade dos pacientes foi de 60,5 anos. Esses achados são similares a um estudo na Irlanda, em que a média de idade dos pacientes com feridas era de 64,4 anos (MCDERMOTT-SCALES; COWMAN; GETHIN, 2009) e com uma pesquisa realizada em Juiz de Fora (MG), no Brasil, que encontrou a média de idade de 64 anos (FRADE et al., 2005). Essa faixa etária é mais susceptível às lesões, uma vez que as alterações dos sistemas fisiológicos, como as modificações metabólicas, vasculares e imunológicas, alteram o aspecto da pele, reduzindo a espessura da epiderme e a elasticidade dérmica, e quando são acometidas por feridas, por essas alterações fisiológicas, têm reduzida a velocidade da maior parte das fases da cicatrização (OROSCO; MARTINS, 2006).

Segundo a literatura, o mundo está envelhecendo, inclusive o Brasil, e em consequência disso faz-se necessária uma (re)organização familiar (MAFRA, 2011), bem como considera-se um desafio na saúde pública atual. A população de idosos

em Mato Grosso do Sul, no ano de 2010, foi de 239.270, e de Campo Grande foi de 78.231 idosos, o que representa 32,69% da população idosa do estado e 9,94% da população total (IBGE, 2010).

Quanto ao sexo, houve uma diferença muito pequena entre os indivíduos do sexo feminino (50,5%) e os do sexo masculino (49,5%) acometidos com lesões. Por atingir ambos os sexos, as feridas são um problema de saúde pública, visto que as medidas de prevenção devem atingir os dois sexos. A literatura tem demonstrado uma alta prevalência de feridas, especialmente em MMII em mulheres, o que pode estar correlacionada por fatores hormonais, utilização de anticoncepcionais orais, menor massa muscular e gestações (BRASIL, 2002; FRADE et al, 2005, FREIRE; FERNANDES; MACEIRA, 2006; PRAZERES; SILVA, 2009), o que não foi caracterizado nesta pesquisa.

Para que o paciente pudesse realizar seu autocuidado ou até mesmo ser auxiliado por seus cuidadores no domicílio, era imperativo conhecer fatores que pudessem influenciar no retardamento da cicatrização das feridas, como controlar a glicemia e/ou pressão arterial, alimentação, hábitos de vida saudáveis, assim como o aprendizado das orientações repassadas pela equipe de saúde, sendo o grau de escolaridade um fator a ser levado em consideração (OCHOA-VIGO et al., 2006; MEIRELES; SILVA, 2011).

No presente estudo, o maior percentual, 44 (50,57%), foi de pacientes analfabetos, seguido de 24 (27,58%) com ensino fundamental e somente 19 (21,83%) com ensino médio. Esses resultados coincidiram com outros estudos sobre a temática (FARIA, 2010; GOMES; CADE; ROHR et al., 2011).

Quanto à situação conjugal, não houve diferença estatisticamente significativa, pois 44 (50,5%) estavam vivendo com o companheiro e 43 (49,3%) estavam sem parceiros. Resultados estes semelhantes aos encontrados por Lucas; Martins e Robazzi (2008) em seu estudo sobre qualidade de vida dos portadores de feridas em MMII, em unidades de saúde em Maringá (PR), situação na qual de 15 pacientes, 53% viviam com companheiro e 46,8 % sem companheiro. Em contrapartida, outros estudos, como o de Martins (2008), encontraram 30 (65,2%) dos pacientes com companheiros e 27 (47,36%) sem. Gomes; Cade; Rohr et al., (2011) encontraram 13 (87%) sem companheiros e 2 (13%) com companheiros. Ressalta-se que o número de casamentos em Campo Grande, em 2011, foi de 6.586 e de divórcios, no mesmo período, foi de 2.887 (IBGE, 2013).

Com relação à classe econômica, os sujeitos da pesquisa são da classe média baixa ou classe média e utilizam o SUS, em sua maioria, como único plano de saúde. Este cenário também ocorre no estudo de Martins (2008). Considera-se que a renda familiar está fortemente relacionada às condições de saúde. Pinto e Neri (2013) encontraram em seu estudo que os idosos com renda inferior a 1 (um) salário mínimo foram o grupo com mais doenças crônicas comparados aos com renda acima de 10 salários mínimos.

A mortalidade entre os idosos não casados é superior aos casados (GOMES et al., 2013), o *status* de ter ou não um companheiro é de extrema relevância, visto que a família constitui não só um núcleo de apoio psicológico mas também pode contribuir nos cuidados diretos no tratamento da ferida (SILVA et al., 2013). Neste estudo, em relação à situação conjugal, não se constatou diferença significativa, já que dos 87 pacientes, 44 (50,5%) conviviam com companheiro e 43 (49,5) encontravam-se vivendo sem o mesmo.

Referente à religião, predominou a religião católica com 52 (59,77%), predominância encontrada também em literatura recente (BUDÓ; DURGANTE; RIZZATTI et al., 2013, FERREIRA; GONÇALVES, 2013).

Verificou-se que a maioria dos pacientes é aposentada (60%), excluindo os desempregados (16%), os demais estão exercendo suas atividades, principalmente, como autônomos. Essa predominância de aposentados, nesse estudo, deve-se ao fato de a maioria ter idade igual ou maior que 60 anos (média de 60,5 anos). Nunes (2006), ao realizar um estudo sobre úlceras venosas no programa saúde da família em Natal (RN), também identificou uma predominância de aposentados (90,5%) com renda de até 2 salários mínimos (68,9%).

Uma vez que a carência de saneamento básico é prejudicial à saúde, os dados encontrados nos revelam uma realidade próxima do ideal, visto que 87 (100%) possuem água tratada e eletricidade, ainda que somente 53 (60,91%) possuam rede de esgoto. Um estudo realizado em um hospital do sul do Brasil encontrou resultados diferentes, em que apenas 67,6% tinham abastecimento de água da rede pública e 64,7% tinham fossa, ao invés de rede de esgoto (BUDÓ; DURGANTE; RIZZATTI et al., 2013).

6.2 Variáveis relacionadas às feridas

Quanto à localização das feridas, todas se localizavam na perna ou no pé, achados similares aos de outros estudos (MARTINS, 2008; OLIVEIRA; CASTO; GRANJEIRO, 2013).

Conforme Ferreira, Bogamil e Tormena (2008), as feridas, sobretudo as de evolução crônica, estão associadas às doenças crônicas. Por isso, a presença de doenças crônicas também foi apreciada nesta pesquisa, uma vez que a existência de doenças de base em pessoas com feridas pode comprometer o estado geral do paciente. Dos 87 pacientes, somente 27,6% não possuíam comorbidades, e 72,4% apresentavam uma ou mais doenças associadas. A hipertensão arterial foi a mais comum entre os usuários (24,1%); em seguida, diabetes (12,7%), e outras 4,6%. Alguns pacientes apresentavam hipertensão e diabetes associadas (31%). Resultados semelhantes aos do estudo de Baptista e Castilho (2006) no ambulatório de um hospital universitário em São Paulo, em que houve predomínio de hipertensão em 33,3% e diabetes mellitus em 22,22%. Em outro estudo, realizado em um ambulatório de reparo de feridas em Niterói (RJ), foi encontrada uma associação de hipertensão e diabetes em 28% dos pacientes (OLIVEIRA; LIMA; ARAÚJO, 2008). Por outro lado, Cavalcante et al., (2010) verificou um predomínio de diabetes em 66,6% da sua amostra.

Estudos revelam que tanto o diabetes tipo I como II, juntamente com a hipertensão arterial, estão associados com o retardo da cicatrização, devido a complicações vasculares que levam à má circulação, além disso, o paciente portador de diabetes descompensado, pela interferência e redução da síntese de colágeno e angiogênese, também tem afetado diretamente a cicatrização da ferida (HESS, 2002; DEALEY, 2008; MEIRELES, 2011).

Foram observadas lesões únicas em todos os pacientes. A predominância por lesões únicas também foi constatada em outros estudos (MARTINS, 2008; MALAQUIAS, 2010; OLIVEIRA; CASTRO E GRANJEIRO, 2013).

Em relação à classificação das feridas pela etiologia, houve predomínio da ferida crônica com 52,9% e a aguda com 47,1%. Em um estudo realizado no estado de Goiás (GO), com 21 pacientes, igualmente foi verificado predomínio de lesões classificadas como crônicas em 94,7% de sua amostra (ROCHA; BERNARDES; BARBOZA et al., 2013).

No grupo de feridas de etiologia aguda, houve um predomínio das feridas traumáticas com 40,2%. Predominância apontada também no estudo do interior de Goiás que encontrou 94% de feridas com etiologia traumática entre os 33 sujeitos de sua pesquisa na ESF (EVANGELISTA et al., 2012). Corroborando com o presente estudo, Silva (2012), em Moçambique, encontrou 30,8% dos sujeitos com feridas de etiologia traumática.

No grupo de feridas de etiologia crônica, destacaram-se as úlceras de perna (35,6%). Resultado semelhante ao estudo de Alves, Amado e Vieira (2012), em um distrito de Portugal, que dentre as feridas crônicas, as úlceras de pernas foram encontradas em 16,4% dos sujeitos de sua pesquisa.

Quanto às experiências dos pacientes em relação aos locais em que eram realizados os curativos, a maior parte, 72 (82,75%), realizou apenas na Unidade de Referência, enquanto apenas 15 (17,24%) fizeram tanto nas UBS/UBSF quanto na Unidade de Referência. Isso vai de encontro ao que preconiza o SUS, em seu princípio organizativo de descentralização, visto que o paciente/usuário tem uma unidade mais próxima de sua casa (UBS/UBSF), onde poderia realizar a troca de curativo diário, lembrando que o paciente com feridas, ao contrário do paciente com tuberculose ou hanseníase, no município, não tem o benefício de passe de ônibus para seu tratamento. O dilema seria facilmente resolvido se a Unidade de Referência liberasse os materiais para a unidade ou para o paciente e este realizasse a troca de curativo na unidade mais próxima de sua casa.

No que diz respeito à troca de curativo em casa, 72 (82,75%) dos pacientes referiram fazê-lo e 15 (17,24%) não. Dentre os 72 pacientes que realizavam o curativo em casa, 68,7% era realizado pelo próprio paciente e 31,3% por algum familiar. Considerando que a maior parte vive com o parceiro, novamente a família torna-se um núcleo importante no auxílio do tratamento direto do paciente com ferida. Porém, o perfil encontrado foi o de pacientes com condições econômicas não ideais e com escolaridade baixa, o que pode tornar difícil seu entendimento e, assim, não ter uma evolução da ferida tão eficiente quanto o esperado.

O enfermeiro foi o profissional que mais forneceu treinamento para a troca do curativo em casa (53%), seguido do técnico de enfermagem (43%) e do médico (4%). Um dado preocupante, já que compete ao enfermeiro a educação em serviço da sua equipe de enfermagem e, de preferência, do profissional que treinará o cuidador para a troca de curativo. O fato é que com um enfermeiro assistencial e

gerencial fica inviável o treinamento de cada um dos pacientes, o que justifica o grande número de pacientes treinados pelo técnico de enfermagem.

Vale destacar que o profissional de enfermagem exerce um papel muito importante no tratamento de pacientes com feridas, haja vista o seu contato mais frequente com o paciente, uma vez que ele orienta e executa o curativo e acompanha a evolução. Cabe ao enfermeiro, além da supervisão do serviço de enfermagem, a avaliação e prescrição de cuidados. Conforme a Lei nº 7.498/86, em seu Art.11, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”, bem como os “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”. Ressalta-se ainda a Resolução COFEN 358/2009, em seu Art. 2º, o Processo de Enfermagem é organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, que afirma, em seu Art. 6º, que para a execução do processo de enfermagem acontecer deve ser registrado formalmente, envolvendo um resumo dos dados coletados, diagnósticos de enfermagem, ações ou intervenções e os resultados.

Quanto à cobertura/produto, constatou-se que 90% dos pacientes utilizavam o AGE. Predominância também encontrada nos estudo de Martins (2008) com 72%, Evangelista et al. (2012) com 39,4%, e de Bezerra et al. (2013) com 52,2%. Além disso, todos os pacientes relataram trocar o curativo a cada 24h, independente da quantidade de exsudato liberado pela lesão. Segundo Martins (2008), a troca deve ser feita quando houver saturação do curativo ou em até 24h, quando na ausência de exsudato.

Há de se destacar que nas salas de curativos das unidades básicas (ESF/UBSF) municipais só são disponibilizados PVPI e soro fisiológico (SF). Caso o enfermeiro ou médico percebam a necessidade de outro medicamento/produto, somente o médico pode prescrevê-lo (ex.: neomicina, sulfadiazina de prata). Outros produtos/medicamentos, como a colagenase, utilizada para debridamento enzimático, devem ser comprados pelo paciente e trazidos para uso na unidade. Não existe AGE nas salas de curativos dessas unidades, portanto, um produto que é rico no AGE, como o óleo de girassol, é utilizado no lugar deste. Na maioria dos

casos, o paciente é quem o traz de sua casa e o deixa para ser utilizado e compartilhado com outros pacientes na unidade. Não raramente, o óleo de girassol, que é destinado para o uso na cozinha, é desviado, pelo profissional de saúde, para o uso na sala do curativo, fato preocupante, haja vista a não autorização pela ANVISA desse tipo de produto em lesões abertas.

Outro aspecto importante é que nenhum paciente relatou, e não consta no sistema de prontuário eletrônico ou no cartão de acompanhamento, a realização do exame microbiológico da ferida, o qual pode nortear a escolha do antimicrobiano para o tratamento da lesão caso haja infecção.

Um dado positivo é que somente cerca de 7% dos pacientes não tiveram ajuda especializada no domicílio, demonstrando que as unidades de saúde têm uma boa cobertura de cuidado domiciliar. Ainda que nas UBS apenas o enfermeiro realize visita, nas ESF toda a equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário) realiza a mesma. Quase 100% dos pacientes (apenas 1 disse que não) responderam que a cobertura/produto foram prescritos por profissionais, o que demonstra confiança no prescritor e segurança para o paciente que não se automedica. Além disso, aproximadamente 10% responderam ter tido alergia pelo uso da cobertura/produto, em algum momento. Entretanto, cabe destacar que a variabilidade de produtos/coberturas foi limitada, restringindo-se quase que exclusivamente aos AGE.

6.3 Caracterização das feridas

Identificou-se média maior de feridas superficiais (62,06%) em relação às profundas, porém sem diferença estatística significativa ($p=0,378$). Houve predomínio de ferida referente ao membro afetado, sendo que 52 (59,8%) pacientes foram acometidos com feridas no MID e 35 (40,2%) no MIE. Dados parecidos foram encontrados no estudo de Evangelista et al. (2012), que constatou predominância de feridas em MID, em 60,5% dos pacientes.

Quanto à cor da pele adjacente, em 53% das feridas houve predomínio de alteração na cor (pálida ou hiperemiada), sendo isso estatisticamente significativo ($p=0,042$) em relação ao tipo de ferida.

No que diz respeito ao tempo da ferida, as do tipo traumáticas e úlceras têm uma média 9,6 anos, e as feridas de outros tipos, 4,5 anos. Considerando as três, a média geral foi de 7,9 anos. Mesmo não sendo um estudo de prevalência, a média de duração foi superior à encontrada na literatura nacional como Martins (2008) que encontrou uma média de 6,5 anos e Oliveira, Castro e Granjeiro (2013), que em seu estudo 66% de sua amostra tinha feridas com até 5 anos. Já em estudos internacionais, como no Canadá, constatou-se média de 2,2 anos (RODRIGUES; MEGIE, 2006), e em Portugal a média foi de 1,61 anos (PINA, 2007). Corroboram com nosso estudo os dados encontrados por Frade et al. (2005) que constatou uma média de 7,8 anos de lesão. A diferença entre a literatura nacional e internacional se deve provavelmente ao fato de que nesta última a assistência a esses pacientes geralmente é mais abrangente, com clínicas especializadas e, em muitos casos, o tratamento é custeado pelo próprio paciente.

Destaca-se que foi utilizado o cálculo da área da ferida em cm^2 (altura x comprimento), pois como a maioria das feridas foi superficial (62%), a utilização da profundidade calculada com *swab* não foi possível. Evidencia-se que outro estudo (MARTINS, 2008) também adotou a utilização em cm^2 para cálculo do tamanho da ferida.

As úlceras apresentaram uma menor média de tempo ($p=0,029$) de ferida, largura maior ($p=0,018$) que as demais e comprimento em média maior ($p=0,015$).

Com relação ao comprimento da ferida, foi estatisticamente significativo quando comparado ao tipo de ferida, sendo que as de etiologia crônica apresentaram comprimento maior, em média, do que as feridas de etiologia agudas, o que era esperado, visto que as crônicas mostram maior complexidade, geralmente com as maiores taxas de reincidência, de modo que feridas surjam próximas umas das outras, resultando em uma ferida maior.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, com 87 pacientes com feridas, em uma Unidade de Referência, na cidade de Campo Grande/MS, permitiu concluir que as feridas ocorrem em ambos os sexos e com média de idade de 60,5 anos. Trata-se de usuários de classe econômica média baixa, que convivem com companheiro(a), são aposentados, possuem saneamento básico, são católicos e apresentavam uma ou mais doenças de base.

Em relação à experiência de tratamento da ferida, a maioria realizava o curativo na Unidade de Referência. Dos pacientes que realizaram curativo em casa, a maioria era feito por eles mesmos, o enfermeiro forneceu a maior parte dos treinamentos para a troca de curativo em casa e o produto mais utilizado foi o AGE.

Observou-se que dentre a enorme variedade de produtos no mercado, destaca-se o uso frequente do AGE, provavelmente devido ao seu baixo custo e fácil acesso. Mediante estes achados, acredita-se que o enfermeiro contribuiu na seleção de produtos/terapias, sugerindo o tratamento a fim de coibir a utilização de forma empírica das terapias tópicas.

Após os pacientes serem caracterizados, procurou-se destacar os aspectos mais significativos de suas feridas que foram: a existência de lesões únicas, nas pernas ou nos pés, e feridas superficiais, em sua maioria no MID. As feridas de etiologia úlcera apresentaram maior tamanho. A média de tempo de existência da ferida foi de 7,9 anos, prevalecendo a evolução crônica (média de 9,57 anos com DP=18,66).

Mesmo com os estudos sobre a caracterização de pacientes com feridas tendo sido realizados de forma pontual, foi de extrema importância a avaliação do perfil da clientela visando possibilitar a criação de propostas para melhor conduta, tendo em vista que não há políticas de saúde com metas para combatê-las.

Os estudos avançados sobre o tratamento de feridas, dentre eles o de caracterização dos pacientes com feridas em uma determinada população/região/centro, têm permitido a integralidade do cuidado visando à autonomia do paciente/usuário, com ênfase na qualidade da assistência, o que pode favorecer a relação custo/benefício.

Alguns obstáculos tiveram que ser transpostos para a conclusão deste estudo, tais como ausência de recursos financeiros, não liberação da pesquisadora

pela Secretaria de Saúde para a coleta de dados e cumprimento dos créditos do mestrado. Para contornar esses empecilhos, as atividades tiveram de ser realizadas em horários de folga ou trocas internas do serviço. Essas limitações impostas serviram para nos fazer refletir sobre as atividades do enfermeiro e o seu imenso potencial diante de uma estrutura de trabalho inconsistente, na qual se destacam a escassez de materiais e de recursos humanos.

A escassez de estudos nesta área limitou a variedade dos autores referenciados, principalmente devido às diferentes metodologias que dificultam a comparação dos dados, juntamente com a falta de uma rede integrada de pesquisa na temática, constatada por estudos isolados em algumas regiões do país, principalmente nos grandes centros de pesquisas, geralmente localizados em metrópoles.

Este estudo pretendeu contribuir para a identificação da clientela com feridas e a caracterização destas na Unidade de Referência municipal. Algumas mudanças no setor ocorreram desde a coleta de dados. Dentre elas, destacamos a lotação de mais uma técnica de enfermagem, com graduação na área, e a adoção de uma ficha de avaliação do paciente com ferida. Também foi lotada mais uma enfermeira para o setor, o que fez com que uma permanecesse com maior frequência no atendimento dos pacientes com feridas e a outra com os pacientes estomizados, sendo o serviço burocrático dividido entre elas.

O diagnóstico da situação de como o processo de enfermagem ocorre, no que tange ao tratamento e acompanhamento dos pacientes com feridas, deixa claro a necessidade de o atendimento ocorrer de forma holística e proporcionar uma assistência sistematizada, especializada, baseada em protocolos a ser seguida por toda a equipe multiprofissional, com anotações no prontuário, as devidas avaliações e evolução das feridas.

O sucesso do tratamento do paciente com feridas depende de sua adesão, da qualidade e determinação da equipe multiprofissional envolvida, em especial do enfermeiro.

8 REFERÊNCIAS

1. ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2012. [acesso 2013 jul. 7]. Disponível em: <http://www.abep.org>.
2. Abreu AM, Renaud B, Oliveira BO. Atendimento a pacientes com feridas crônicas nas salas de curativos das policlínicas de saúde. Rev Bras Pesq Saúde. 2013; 15(2): 42-9.
3. Amora VAK. Lesão de difícil cicatrização: sistematizando as ações de enfermagem ao paciente oncológico [monografia de especialização]. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2000; 46p.
4. Araújo EC. Práticas integrativas e complementares em saúde: uso de plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas. In: Malagutti W. (org.). Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional. 1ª ed. São Paulo: Martinari. 2010. Cap. 11, p. 163-177.
5. Alves P, Amado J, Vieira M. Feridas: Prevalência e análise de custos [Dados preliminares de tese de Doutorado em Enfermagem]. Porto: Universidade Católica Portuguesa. 2012.
6. Ayello E, Cuddigan J. Debridement: Controlling the necrotic/cellular burden. Adv Skin Wound Care. 2004; 17:66-78.
7. Azulay RD, Azulay DR.. Dermatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
8. Bachion MM, Malaquias SG, Nunes CAB, Santos QR, Santana SMSC, Oliveira BGRB. As úlceras venosas: caracterização em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm. 2012, 65:637- 644.
9. Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(6):129-35.

10. Baranoski S, Ayello E. O essencial sobre o tratamento de feridas. Princípios práticos. 2006. Loures : Lusodidacta, 486p.
11. Bezerra SMG, Barros KM, Brito JAB, Santana WS, Moura ECC, Luz MHBA. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. R. Interd. 2013; 6(3):105-114.
12. Bíró T *et al.* (2009). The Endocannabinoid System of the Skin in Health and Disease: Novel Perspectives and Therapeutic Opportunities. Trends in Pharmacological Science. 2009; 30(8):411-420.
13. Borges EL, Donoso MTV, Ferreira VMF. Revisão integrativa do uso dos ácidos graxos essenciais no tratamento de lesão cutânea. R Enferm. Cent O Min. 2011; 1(1):121-130.
14. Borges EL, Saar SRC, Lima VLAN, Gomes FSL, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
15. Borges E, et al. Feridas : como tratar . 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 246p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
18. Brito KKG, Souza MJ, Sousa ATO, Meneses LBA, Oliveira SHS, Soares JGO. Feridas crônicas: Abordagem da Enfermagem na produção científica da pós-graduação. Rev Enferm UFPE [on line]. 2013; 7(2):414-21.
19. Budó MLD, Durgante VL, Rizzatti SJS et al. Caracterização sociodemográfica e de saúde de pessoas com úlceras venosas em atendimento ambulatorial. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(3):731-7.
20. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarqui MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007; 9(2):506-17.

21. Carvalho VM, Borges EL. Tratamento ambulatorial de pacientes com ferida cirúrgica abdominal e pélvica. *Rev. Min. Enferm.* 2011; 15(1):25-33.
22. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(4):727-35. [Acesso em jul 2013 7]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm>
23. Chin C, Schultz G, Stacey M. Principles of Wound Bed Preparation and their Application to the Treatment of Chronic Wounds. *Primary Intention.* 2003; 11(4):171-182
24. Coelho C. História do tratamento e classificação de feridas. In ROCHA MJ, CUNHA EP, DINIS AP, COELHO C. *Feridas uma arte secular: avanços tecnológicos no tratamento de feridas* (pp. 25-29). Coimbra: Minerva Coimbra; 2006.
25. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso C.O.N.U.E.I. Barcelona. EdiKamed S.L.; 2009.
26. Coltro PS, Ferreira MC, Batista BPSN, Nakamoto HÁ, Milcheski DA, Tuma Junior P. Atuação da cirurgia plástica no tratamento de feridas complexas. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011; 38(6): 381-386.
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Brasília: 2009. [acesso 2013 mar. 12]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>
28. Cruz EA, Soares E.O centro cirúrgico como espaço do cuidado na relação enfermeira/ paciente. *Rev SOBECC.* 2004;9(2):11-6.
29. Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu editora; 2008.
30. Declair V, Pinheiro S. Novas considerações no tratamento de feridas. *Ver Paul Enferm.* 1998; 17(1/3): 25-38.

31. Diba MSTS, Borges FR, Juliano Y, Veiga DF, Ferreira LM. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(3):283-8.
32. Diccini S, Camaduro C, Iida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):205-9.
33. Elias C, Miguéns C, Gouveia J, Martins O. Material de penso com acção terapêutica. *Penso: acto de Pensar uma Ferida.* Tipografia Lousanense. Grupo Associativo de Investigação em Feridas. 2009.
34. Ereno D. Curativo de borracha. *Rev Pesq Fapesp* [online] 2003 Jun; 88 [Acesso em 2013 set 24]; Disponível em: [http://revistapesquisa.fapesp.br/2003/06/01/curativo-de-borracha/]
35. Enoch S, Leaper DJ. Basic Science of wound healing. *Surgery - Basic Scienc.* 2007; 31-37.
36. Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia de Saúde da Família.R. *Enferm. Cent. O. Min.* 2012; 2(2):254-263.
37. Faria MMP. Prevalência, perfil clínico e sócio-demográfico dos portadores de feridas, usuários do Sistema Único de Saúde, interandos em um hospital geral no Tocantins. [Dissertação]. Universidade de Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2010.
38. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena P.. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde.* 2008, 15(3):105-109.
39. Ferreira AM, Santos I, Sampaio CEP. O cuidado de enfermagem nos procedimentos de coleta para análise microbiológica de feridas: aplicabilidade de duas técnicas. *Arq Ciênc Saúde.* 2004; 11(3):137-141.
40. Ferreira AM, Souza BMV, Rigotti MA, Loureira MRD. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. [Rev Esc Enferm USP.](#) 2012; 46(3): 752-760.
41. Ferreira MC, Tuma Jr P, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex wounds. *Clinics.* 2006; 61(6):571-8.

42. Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
43. Ferreira SRS, Périco LAD. Assistência de enfermagem à pacientes com feridas em serviços de Atenção Primária à Saúde. *Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre*. 2002; 16(1): 39 - 52.
44. Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora – MG (Brasil) e região. *An bras dermatol, Juiz de Fora, MG*. 2005; 80(1): 41-6.
45. Freira MB, Fernandes NC, Maceira JP. Úlcera hipertensiva de Martorell: relato de caso. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(5 Supl 3): 327 - 31.
46. Gardner SE et al. The validity of the clinical signs and symptoms used to indentify localized chronic wound infection. *Wound Repair and Regeneration*. 2001; 9(3):178-186.
47. Gardner SE et al. The inter-rater reliability of the clinical signs and symptoms checklist in Diabetic Foot Ulcers. *Ostomy Wound Management*. 2007; 53(1): 46-51.
48. Goggia PP. Fisiologia da cicatrização de feridas. In: GOGIA PP. *Feridas: tratamento e cicatrização*. Rio de janeiro: Revinter, 2003, p.1-9.
49. Gomes FSL, Borges EL. Coberturas. In: BORGES et al. *Feridas como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed. 2001, p. 97-121.
50. Gomes MMF, Turra CM, Moema GBF, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(3):566-578.
51. Gomes T, Cade NV, Rohr RV, Fejoli MM. Characterization of chronic wounds and associated factors in residents of a territory of health in Vitória, Espírito Santo. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2001; 13(1): 52 – 7.

52. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(7):1175-83.
53. Gosain A, Dipietro LA. Aging and Wound Healing. *World Journal of Surgery*, 321-326; 2004.
54. Handing KG et. Healing chronic wounds. *BMJ.* 2002; 321(19):160-163.
55. Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso. 2002.
56. IBGE. Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em: 2013 nov 20]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>
57. Junqueira LC, Carneiro J. Histologia Básica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. GEN. Guanabara Koogan S.A. .2008. 524p.
58. Kujath P, Michelsen A. Wounds. Physiology to Wound Dressing. *Dtsch Arztebl Int.* 2008; 105(13): 239-248.
59. Lee K, Hansen SL. Management of acute wounds. *Surg Clin North Am.* 2009;89(3):659-76.
60. Li J, Chen J, Kisner R. Pathophysiology of acute wound healing. *Clinic in Dermatology.* 2007; 25: 9 - 18.
61. Lindholm C. Wounds in Art. *European Wound Management Association.* 2013; 25-32.
62. Lindholm C, Bergsten A, Berglund E. Chronic wounds and nursing care. *J Wound Care.* 1999; 8(1).
63. Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Calidad de vida de los portadores de herida em membros inferiores – úlcera de la pierna. *Cienc Enferm.* 2008; 14(1): 43-52.

64. Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um Hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte. 2008. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte, 2008.
65. Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HÁ, Giannini M, Moura R. Doenças vasculares periféricas, 2º volume, 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
66. Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011; 14(2): 353-364.
67. Mandelbaum SH, Santis EP, Mandelbaum MH. Cicatrização: Conceitos actuais e recursos auxiliares - Parte I. An Bras Dermatol. 2003; 393-410.
68. Marquez RR. Avaliação da ferida. In: Goggia PP. Feridas: tratamento e cicatrização. Rio de Janeiro: Revinter, 2003; 11-21.
69. Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastrados em programas de saúde pública. Cogitare Enferm. 2007; 12(3):353-7.
70. Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Goiânia. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia, 2008.
71. McDermott-Scales L, Cowman S, Gethin G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. J Wound Care. 2009; 18(10).
72. Meireles IB, Silva RCL. Fundamentos biológicos para o atendimento ao portador de lesões de pele. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB (org). Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora; 2011.
73. Melo EM, Teles MS, Teles RS, Barbosa IV, Studart RMB, Oliveira MM. Evaluation of interfering factors in treatment adherence of patients with diabetic foot conditions. Rev Enferm Referência. III Série - n.º 5, p.37-44; dez., 2011.

74. Melo e Silva SHS, Assunção Junior DA, Rodrigues MQ, Figueira MS. Faixa etária e a principal causa de queimaduras em crianças: uma revisão. An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém. 2013; p.634.
75. Mendonça RJ, Coutinho-Neto J. Aspectos celulares de cicatrização. Anais Bras Dermatol.2009; 84(3): 257-262.
76. Moraes GFC, Oliveira SHA, Soares MJG.O. Avaliação de Feridas pelos Enfermeiros de Instituições Hospitalares da Rede Pública. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):98-105.
77. Morison MJ., Moffatt CJ, Franks PJ. Úlceras de perna: uma abordagem de aprendizagem baseada na resolução de problemas. Loures: Lusodidacta. 2010.
78. Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no Programa Saúde da Família do município de Natal/RN. 2006. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Natal, 2006.
79. Oliveira BGRB, Castro JBA, Andrada NC. Técnicas para avaliação do processo cicatricial de feridas. Rev. Nursing. 2006; 102 (9):1106-10.
80. Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013; 21(esp.1):612-7.
81. Oliveira BGRB, Lima FFS. Perfil sócio demográfico e clínico de clientes portadores de lesões cutâneas. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007; 6 (0). [Acesso em: 2013 fev 19]. Disponível em: [\[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/651/152\]](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/651/152)
82. Oliveira BGRB, Araújo JO. A avaliação clínica e morfológica de úlceras cutâneas em cicatrização – um estudo prospectivo. Online Braz J Nurs. 2006; 5(3).
83. Oliveira BGRB, Lima FFS, Araújo JO. Ambulatory care of wounds – clients' profile with chronic lesion. A prospective study. Online Braz J Nurs. 2008; 7(2).

84. OMS. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para Condições Crônicas: Componentes estruturais de Ação: Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003. [Acesso em: 20 set. 2013]. Disponível em:
[http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICoes_CRONICAS.pdf]
85. Ochoa-Vigo K, Torquato MTCG, Silvério IAS, Queiroz FA, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Pace AE. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(3): 296-303.
86. Orosco SS, Martins EAP. Avaliação de feridas: uma descrição para sistematização da assistência. *Enferm Atual.* 2006;5(1):39-46.
87. Paula LB. Nanopartículas poliméricas e de prata : avaliação da toxicidade in vitro e in vivo e do processo de cicatrização em animais submetidos à queimadura térmica. [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2013
88. Pereira AL. Revisão sistemática da literatura sobre produtos usados no tratamento de feridas [dissertação]. Goiânia (GO): Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2006.
89. Pereira MG. Morbidade. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006; p.52
90. Peruzzo AB, Negeliskii C, Antunes MC, Coelho RP; Tramontini SJ. Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. *Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, Mom e Perspec Saúde.* 2005. [acesso 2013 mar 10]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/lesoesdepele.pdf>.
91. Pina E. Epidemiology of wounds treated in community services in Portugal. *EWMA Journal.* 2007; 7(2).
92. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(12): 3449-3460. [Acesso 2014 Jan 27] Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232013002000002&lng=en.
81232013001200002.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200002>.

93. Pinto VIMG. Princípios de Preparação do Leito da Ferida – a utilização do acrónimo TIME na escolha do material de penso. [monografia]. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade das Ciências da Saúde, Portugal; 2012.
94. Poletti NAA. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
95. Prazeres SJ, Silva ACB. Úlceras Vasculares. In: Prazeres SJ (org). Tratamento de Feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá, 2009, 378p.
96. Rocha MJ, Proença EC, Dinis AP, Coelho CO. Feridas Uma Arte Secular. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas. Coimbra, Minerva Coimbra. 2ªed., 2006.
97. Rocha IC, Amaral KVA, Bernardes LS, Barboza MCN, Almeida OAE. Pessoas com feridas e as características de sua lesão cutaneomucosa. J Nurs Health. 2013; 3(1):3-15.
98. Rodrigues I, Megie MF. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. Ostomy Wound Management. 2006; 52(5):46-57.
99. Schlatterer D, Hirshorn K. Negative pressure wound therapy with reticulated open cell foam-adjunctive treatment in the management of traumatic wounds of the leg: a review of the literature. J Orthop Trauma. 2008;22(10 Suppl):152-60
100. Silva FAA. Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes com Úlcera Venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de Enfermagem em Estomaterapia [Dissertação]. Fortaleza (CE): Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2009.
101. Silva Junior JB. Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil. In: Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. p. 11-5; 2006.

102. Silva JM. A Medicina na Mesopotâmia Antiga. *Acta Médica Portuguesa*, 125-140; 2010.
103. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):329 – 333.
104. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB (org). *Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.* 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora; 2011.
105. Silva RR, Valoes LMA, Almeida OAE, Rocha IC, Ferrari CKB. Alterações antropométricas em portadores de lesões cutâneas. *Revista Rede de Cuidados em Saúde.* 2013; 7(3).
106. Soares PPB, Ferreira LA, Gonçalves JRL et al. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife. 2013; 7(8):5225-31.
107. Sousa SMG. Prevalência de feridas em Moçambique. [dissertação]. Porto: Universidade Católica Portuguesa. 109p, 2012.
108. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.* 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2011.
109. Telles M. Tratamento Ambulatorial: Particularidades da Assistência na rede pública de saúde. In: Figueiredo NMA et al. *Feridas: fundamentos e atualizações de enfermagem.* Ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2011.
110. Torres GV, Nunes JP. Úlceras venosas: revisão de literatura. In: *Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem*, 9, 2005, Natal. *Úlceras venosas: revisão de literatura.* Natal: ABEn/RN. 2005; 9, p.1.
111. Uchôa EG, Sarmiento KGS. Coberturas mais utilizadas no paciente queimado. *Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera*, 6º Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera, nº 3, Campo Grande (MS), 2012.

112. UNICAMP. Grupo de Estudos de Feridas. Hospital das Clínicas. Manual de tratamento de feridas. 2 ed. Campinas: Hospital das Clínicas/UNICAMP. 2000, 77p
113. Werdin F, Tennenhaus M, Schaller HE, Rennekampff HO. Evidence-based Management Strategies for Treatment of Chronic Wounds. *Eplast.* 2009; 9: 169-179.

ANEXOS

9.1 Anexo A: Instrumentos e Entrevista

Prontuário _____ Data: ___/___/___

Entrevista Nº _____

1 Identificação/ dados socioeconômico demográficos:

1.1- Nome completo: _____

1.2- Sexo: a. () M † b. () F †

1.3- Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

1.4- Estado civil: a. () Solteiro † b. () Casado † c. () União estável † d. () Viúvo † e. () Divorciado

1.5- Religião: a. () Católica † b. () Evangélica † c. () Espírita † d. () Sem religião e. () Outra: _____

1.6- Nº de Filhos: _____

1.7- Marque os itens que possui em casa (nenhum=0 até 6 ou +) a. () carro b. () TV em cores c. () banheiro † d. () empregada mensalista e. () rádios f. () maquina de lavar roupa g. () videocassete/dvd h. () aspirador de pó i. () geladeira j. () computador/notebook l. () tv preto/branco

1.8- Escolaridade: a. () Analfabeto / Ensino fundamental I incompleto † b. () Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto c. () Fundamental II Completo / E. Médio Incompleto † d. () Médio Completo / Superior Incompleto e. () Superior Completo †

1.9 - Ocupação atual:

() Não tem, motivo: a. () aposentado, Quanto tempo: _____ anos

b. () desempregado.

() Sim †, Qual: _____ Setor: c. () público † d. () privado

e. () informal †

1.10- Renda familiar: R\$ _____ † Quantas pessoas moram na casa? _____

1.11- Condições Saneamento: Rede Pública (água) a. () Não

b. () Sim † Luz elétrica: c. () Não d. () Sim †

Rede de esgoto (saneada): e. () Não (fossa séptica / a céu aberto) f. () Sim †

1.12 – Morador de Campo Grande?

- A. () Se, Sim ↑, quanto tempo: ___ anos. Endereço:

- B. () Não, cidade onde mora: _____. Motivo do tratamento
em _____ Campo _____ Grande:

2 Antecedentes Pessoais

2.1 _____ Doença _____ de _____ Base:

3 Experiência com o tratamento para a lesão

3.1 Local onde costuma realizar os curativos: a.() UBS/ESF b.() 24h (CRS/UPA) c.
Hospital e. () outro: _____

3.2 Realiza curativo no domicílio: a.() sim b.() não. Se sim, quem realiza:

3.3 Recebeu treinamento para realizar o curativo: a.() sim, por qual profissional: ↑
() enfermeiro ↑ () técnico de enfermagem ↑ () médico outro: _____ b. () não.

3.4 Profissionais da saúde acompanham os curativos no domicílio: a..() Sim, qual:
_____ b. () Não.

3.5 Coberturas utilizada no momento:

3.5.1 a. () automedicação b. () prescrita

3.6 Medicamentos utilizados na lesão:

3.6.1 a. () automedicação b. () prescrita

3.7 Medicamentos utilizados causaram alergia: a.() sim b. () não

3.8 Medicamentos atualmente utilizados:

4 Fatores de Risco para infecção

4.1 Mobilidade: a. () deambula s/ apoio b. () deambula com apoio c. ()
claudicação/alteração da marcha

4.2 Nivel: a. () limitada b. () imóvel c.() temporária d. () rigidez e. () outro:

4.3 No trabalho: a. () permanece em pé b. () sentado durante o dia c. () alterna os MMII periodicamente

Exame Físico: PA: _____ mmHG

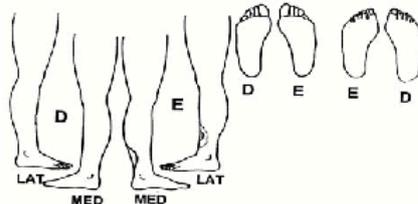
Pernas: características da pele:

5 Caracterização da ferida

5.1 Tempo da lesão: a.() dias _____ b. () semanas _____ c, () meses _____
d. () anos _____

5.2 História e evolução da lesão:

5.3 Localização da ferida:



a.() MID b. () MIE c. () MSD d. () MSE e.() Outro:

5.4 Numero de lesões: ____

5.5 Medidas:

a.Largura: _____ cm b.Comprimento: _____ cm c.Área: _____
cm²

5.6 Fotografia da lesão: a.() sim b. () não

5.7 Profundidade: _____ cm

5.8 Extensão do dano: a.() epiderme/derme/tecido b.()subcutâneo c.() fáscia
d.() tecido muscular e.() tendão f. () osso

5.9 Exsudato: a.() sim b. () não

5.9.1 Qualidade: a.() seroso b. () serosanguinolento c. () purulento
d. () seropurulento e.() sanguinolento

5.9.2 Quantidade: a.() ausente b.() pouco c.() moderado d.() muito

5.9.3 Cor: a.() amarela b.() branca c.() esverdeada d.() acastanhada
e.() vermelha f.() outra: _____

5.9.4 Odor: a.() ausente b.() fétido

5.10 Condições da pele adjacente:

5.10.1 Temperatura: a.() isotérmica b.() + quente c.() + fria

5.10.2 Cor: a.() normal b.() pálida/descorada c.() cinza d.() marrom/ocre
e.() hiperemiada grau: e.1. () +/4+ e.2.() ++/4+ e.3.() +++/4+ e.4.(
) ++++/4+

5.10.3 Aspecto da pele: a() normal b.() seca c.() descamativa d.() fina/frágil
e.() lisa f.() áspera

5.10.4 Edema: a.() sim, grau: a.1 () +/4+ a.2 () ++/4+ a.3 () +++/4+ a.4 ()
++++/4+ b.() não

5.10.5 Perfusão tissular periférica: (pressão dos digitais, espera de 5 segundos)
grau: _____

5.11 Condições da borda:

a.() epitelização evidente b.() hiperemiada c.() roxa d.() macerada e.()
esfacelos f.() amarela g.() verde h.() necrose i.() necrosada j.()
descorada l.() rompimento da ferida m.() epitelização sem avanço/cicatrização
reduzida n.() túnel para os tecidos moles

5.12 Condições do leito

a.() granulação/vermelha brilhante b.() granulação friável c.() granulação
descorada d.() esfacelos e.() necrose f.() cor predominante:

5.13 Classificação da ferida:

5.13.1 Quanto a cronologia: a.() aguda b.() crônica

5.13.2 Quanto a etiologia:

a.() traumática _____

b.() cirúrgica

c.() queimadura

d.() úlcera de perna (tipo) _____

e.() úlcera por pressão

f.() causa indeterminada

5.14 Característica da úlcera:

5.14.1 VENOSA a. () hiperpigmentação b. () lipodermatosclerose c. () edema d. () varizes e. () celulite f. () outro_____	5.14.2 ARTERIAL a. () claudicação b. () ausência de pelos c. () cianose d. () hipotermia e. () outro_____	5.14.3 NEUROTRÓFICA a. () sensibilidade reduzida b. () anidrose c. () fissuras d. () rachaduras e. () deformidades f. outro_____	5.14.4 DIABÉTICA a. () pulso pedial b. () pele ressecada c. () celulite d. () edema e. () outro_____
--	--	---	---

5.15 Observações e exames apresentados para o diagnóstico etiológico:

a. () Duplex scan b. () Ultrassonografia c. () Arteriografia d. () Diagnóstico clínico comprovado e. () outros f. () não fez

9.2 Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro (a) usuário (a),

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de feridas crônicas em pacientes de uma unidade de referência em Campo Grande - MS”, que tem como objetivo: Caracterizar as feridas crônicas em pacientes de uma unidade de referência em Campo Grande – MS.

Esse projeto justifica-se pela necessidade de conhecer os dados sociodemográficos quanto clínicos, que contribuirão para direcionar as ações na consulta de enfermagem e de outros profissionais de saúde que poderão atender cada paciente individualmente e, no modo coletivo, traçar um perfil da clientela, planejando estratégias tanto para o tratamento como para formas de prevenção.

A equipe que integra o projeto será responsável por coletar as informações por meio de um formulário estruturado de entrevista, o que será necessário com a sua prévia autorização.

Todos os procedimentos de coleta de dados durante a sua participação no projeto não oferecerão desconfortos, riscos ou danos à sua saúde, pois você receberá o tratamento habitual que vem realizando, e caso possa ocorrer será de inteira responsabilidade da equipe integrante da pesquisa.

Para melhor caracterizar a avaliação da sua ferida crônica será necessário fazer fotografias de sua ferida, sendo, assegurado o uso das fotos apenas para fins do estudo.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da equipe da pesquisa em manter o sigilo e o anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que o Sr(a) poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e continuará sendo atendido da mesma forma, nesta instituição.

Esta pesquisa terá a coordenação do Dr. Adriano Menis Ferreira, que é Professor do Curso de Enfermagem/UFMS de Três Lagoas.

Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFMS pelo telefone (67) 33457187.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento o qual receberá uma cópia.

Atenciosamente,

Campo Grande, ___ de _____ de 2013.

Adriano Menis Ferreira
Coordenador da Pesquisa

Eu, _____, aceito participar voluntariamente da pesquisa e fui devidamente informado e esclarecido sobre a mesma, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios, decorrentes de minha participação. Garantiram-me que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Campo Grande, ___ de _____ de 2013.

Responsável pela pesquisa:

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira – tel. (67) 35093730

Endereço: Av. Ranulpho Marques Leal, 3220 – Distrito Industrial – tel. (67) 3509-3700

Cep: 79610-100

Três Lagoas/MS

9.3 Anexo C– Autorização do gestor de Campo Grande MS



TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
 Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
 Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
 O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

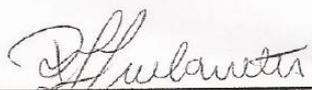
Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

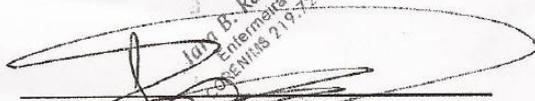
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande, 20 de setembro de 2012.


 Secretaria Municipal de Saúde


 Idry B. Ramos
 Enfermeiro
 OAB/MS 219.726
 Pesquisador
 Regina Lucia Portioli Furlanetti
 Coordenadora de Convênios de Cooperação Mútua/DGPS
 SESAU / Campo Grande / MS

9.4 Anexo D – Aprovação do projeto pelo colegiado



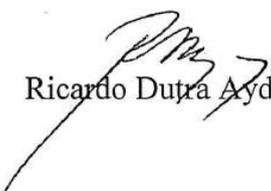
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE



RESOLUÇÃO No. 103/2012 de 31 de agosto de 2012.

O COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DA FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 28 de agosto de 2012 no uso de suas atribuições legais, resolve:

Aprovar o projeto de pesquisa em nível de Mestrado intitulado: “Prevalência de feridas crônicas em pacientes de uma unidade de referência em Campo Grande-MS”, de responsabilidade do Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira e da aluna Iara Barbosa Ramos.


Ricardo Dutra Aydos

9.5 Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE FERIDAS CRÔNICAS EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE - MS

Pesquisador: IARA BARBOSA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02654212.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 136.832

Data da Relatoria: 08/11/2012

Apresentação do Projeto:

As feridas crônicas geram muitas alterações na integridade da pele, em todas as faixas etárias, constituindo um problema de saúde pública, porém com escassos registros. Além dos gastos públicos, as feridas crônicas acarretam em problemas como dor, incapacidade temporária ou não, isolamento social, afastamento do trabalho. No Brasil, são escassos os estudos epidemiológicos que abordam as feridas crônicas, no contexto ambulatorial e tampouco nos centros de referência. Com base na falta de dados como estes na região centro-oeste, principalmente no estado de Mato Grosso do Sul, este trabalho tem como objetivo principal analisar a prevalência de feridas crônicas em pacientes de uma unidade de referência. Será realizado um estudo de prevalência com abordagem descritiva, em um centro de referência no tratamento de feridas, situado na cidade de Campo Grande MS. O estudo utilizar-se-á de entrevistas que serão realizadas seguindo a um roteiro estruturado, conforme padronizado por Martins (2008), com adaptação feita pela autora e validação de conteúdo por especialistas da área. Será efetuada dupla digitação do banco de

dados; posteriormente, realizar-se-á a tabulação dos mesmos. Igualmente, será realizada estatística descritiva dos dados individuais dos pacientes participantes da pesquisa, através de medidas de frequência para as variáveis qualitativas, medidas de posição e de variabilidade para as variáveis quantitativas. Os resultados obtidos deverão ser apresentados em figuras e tabelas para que sejam discutidos à luz da literatura específica. Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o pacote computacional SPSS for Windows (versão 15.0).

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 540 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((87) 33)45-7-187 **Fax:** ((87) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br