



**FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

EDINEIDE DOS SANTOS SILVA

**FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância  
do tratamento sob a ótica do paciente**

Cachoeira/BA  
2011

EDINEIDE DOS SANTOS SILVA

**FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância  
do tratamento sob a ótica do paciente**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade Adventista da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.  
Orientador: Prof. Msc. Roberto Ferreira de Oliveira

Cachoeira/BA  
2011

EDINEIDE DOS SANTOS SILVA

**FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento**

Trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação, apresentado a Faculdade Adventista da Bahia, para obtenção do grau de Especialista em Saúde Pública.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Roberto Ferreira de Oliveira  
Orientador

---

1ª Examinadora

---

2ª Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

Sempre agradeço a Deus pelo dom da vida, por prover-me de sabedoria, inspiração, força, fé e perseverança para vencer os obstáculos em todos momentos durante esta jornada. A minha família pelo apoio, incentivo, carinho, confiança e dedicação constante. As amigas e colegas do curso, Dina, Deise e Lílian, pela companhia durante esse período. Aos portadores de feridas crônicas que se disponibilizaram a participar da pesquisa, sem vocês não haveriam essa pesquisa e seus resultados. Aos professores e

De maneira muito especial a todas as pessoas que diretamente auxiliaram-me durante este trabalho, meus eternos agradecimentos.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	08
<b>1 CONHECIMENTO E IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DAS FERIDAS CRÔNICAS</b>	11
1.1 CONCEITUAÇÃO DE FERIDAS	11
1.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	12
1.3 TIPOS E CARACTERÍSTICAS DAS FERIDAS CRÔNICAS	13
1.3.1 Úlceras de Pressão (UP)	13
1.3.2 Úlceras Venosas (UV)	16
1.4 TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS	20
1.4.1 Controvérsias no Tratamento de Feridas	22
1.4.2 Produtos Indicados no Tratamento das Úlceras	24
1.4.3 Cicatrização de Feridas Crônicas	26
1.4.5 Fatores que Interferem na Cicatrização	28
<b>2 ÓTICA HUMANA E SOCIAL DA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM</b>	30
<b>3 QUESTÕES PSICOLÓGICAS ENVOLVIDAS</b>	32
3.1 PRESSÃO PSICOLÓGICA	32
3.2 MOTIVAÇÃO E VONTADE	34
<b>4 METODOLOGIA</b>	36
4.1 CAMPO DA PESQUISA	36
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	37
4.3 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS	38
4.4 ASPECTOS ÉTICOS – CAAE Nº: 4928.0.000.070-10	38
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	40
5.1 CONHECIMENTO DE PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS SOBRE O TRATAMENTO	43
5.1.1 Importância do Tratamento	43
5.1.2 Realização dos curativos diários	44
5.2 MODIFICAÇÕES NO COTIDIANO, RELACIONADOS AO CONVÍVIO FAMILIAR E SOCIAL	45
5.3 MITOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO	47
5.4 RECUPERAÇÃO DA LESÃO ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE CURATIVO E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	51
<b>REFERÊNCIAS</b>	53
<b>APÊNCIDES</b>	56
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Gravada	57

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento - ao Participante	58
APÊNDICE C - Carta de Encaminhamento ao Comitê de Ética	60
APÊNDICE D – Declaração de Autoria	61
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>
ANEXO A – Folha de Rosto – SISNEP	63

## RESUMO

No Brasil, as feridas crônicas constituem um sério problema de saúde pública, por apresentar um elevado número de portadores, necessitando assim de um conjunto de medidas e cuidados por parte dos profissionais de saúde, e consiste em atividade de tratamento que demanda tempo e custos, devido à longevidade da existência da ferida, a baixa resposta aos tratamentos e a não adesão a esses tratamentos. Por tanto, este estudo é do tipo qualitativo, e teve como objetivo investigar e qualificar o conhecimento dos portadores de feridas crônicas, quanto à importância do tratamento e realização dos curativos periódicos. A pesquisa foi realizada com sete pessoas, as quais residem na cidade de Castro Alves-BA e encontram-se na faixa etária de 26 a 77 anos e que aceitaram participar da pesquisa. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, gravada, com o roteiro previamente formulado. Os dados foram transcritos na íntegra, obedecendo as Normas Éticas, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para melhor compreensão da análise e discussão dos dados foram divididos em quatro categorias e duas subcategorias. Evidenciou-se que o conhecimento dos portadores de feridas crônicas acerca do tratamento encontra-se deficiente, requerendo orientações com relação à atividade de autocuidado, tratamentos e curativos necessários em busca da melhoria da qualidade de vida. Para isso, os profissionais de saúde devem ser coesos na garantia de uma assistência global, atendendo as necessidades biopsicossociais, enfatizando a participação dos portadores de feridas e seus cuidadores no processo de cura, garantindo, a adesão ao tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** ulceração; autocuidado; enfermagem.

## **ABSTRACT**

In Brazil, chronic wounds are a serious public health problem by presenting a large number of patients, which demands a set of measures and care by health professionals, and it consists of an activity that takes time and costs, due to the longevity of the wound, the low response to treatment and non-adherence to these treatments. This is a qualitative type of study, with the aim of investigating and qualify the knowledge of individuals with chronic wounds, as the importance of treatment and accomplishment of the periodic dressings. The survey was conducted with seven participants, who live in the town of Castro Alves and are in the age group of 26 to 77 years and who agreed to participate in the study. The data collection was performed using a semi-structured interview, recorded with a script previously formulated. The data were transcribed, in full obeying the Ethical Standards as the Resolution 196/96 of the National Council of Health. For better understanding of the analysis and discussion of the data, it was divided into four categories and two sub-categories. It was evident that the knowledge of individuals with chronic wounds about the treatment is inadequate, requiring guidelines concerning the activity of self care, treatments and necessary curatives in search of better quality of life. To do this, caregivers should be cohesive in securing an overall assistance, seeing the biopsychosocial needs, emphasizing the participation of individuals with wounds and their caregivers in the process of healing, ensuring adherence to treatment.

**KEY WORDS:** ulceration; self care; nursing.



## INTRODUÇÃO

No Brasil, há um grande número de pessoas com alterações nas camadas que compõem a pele e, devido a isso, as feridas crônicas constituem um sério problema de saúde pública, embora ainda sejam escassos os registros desses atendimentos (BRASIL, 2002). Esse elevado número representa um desafio para a assistência, requerendo atenção e cuidado especial por parte dos profissionais de saúde, pois consiste em atividade de tratamento, que demanda tempo e custos, devido à longevidade da existência da ferida; a baixa resposta aos tratamentos e a não adesão a esses tratamentos.

De acordo com Cândido (2001, p. 25), o papel do profissional de enfermagem não se resume apenas à execução dos curativos prescritos pelo médico, ele preenche uma lacuna importante no tratamento de feridas, sua figura é preponderante, pois executa os curativos diariamente e está em contato direto com os pacientes.

Sob esse ponto de vista, os profissionais de saúde devem ser coesos na garantia de uma assistência global, atendendo às necessidades biopsicossociais, enfatizando a participação dos portadores de feridas e seus cuidadores no processo de cura, garantindo adesão ao tratamento. Portanto, a assistência deve estar voltada para a prevenção de recidivas, e tratamento quando esta já estiver instalada, buscando orientar as atividades de autocuidado, tratamentos e curativos necessários em busca da melhoria da qualidade de vida.

Desse modo, a importância do curativo e tratamento das feridas crônicas vai desde as lesões que se manifestam no corpo biológico e repercutem nos planos psico-emocional e social dos pacientes, dificultando com frequência a cicatrização dessas feridas.

Dantas Filho (2003) salienta que, ao lidar com pessoas acometidas por feridas é importante lembrar que “temos à nossa frente um ser humano especialmente fragilizado, com odores e secreções, com dores tanto no corpo quanto na alma”. Ao considerar tal aspecto, torna-se necessário dar oportunidade para que essas pessoas possam expressar seus sentimentos, discutir suas dificuldades, e ter tempo para escutar suas falas, seus temores, preocupações e desafios, fazendo-se necessário educar esses pacientes quanto à realização

adequada dos curativos, prevenindo recidivas, e as possíveis complicações dessas lesões.

A não-aderência ao tratamento proposto e sua não-continuidade são fatores que intervêm na cicatrização e cura desses pacientes. Por isso, deve-se avaliar a evolução e determinar uma conduta adequada para o tratamento, bem como a discussão dessa conduta com as demais pessoas, sejam elas portadoras ou cuidadoras envolvidas no tratamento da ferida, sendo de suma importância para que os objetivos traçados em defesa de uma evolução cicatricial adequada, sejam atingidos em menor tempo, com o mínimo de seqüelas, minimizando o tempo do processo cicatricial.

Dessa maneira, para o tratamento adequado dos portadores de feridas crônicas, faz-se necessário a avaliação global, como: características sócio-demográficas; caracterização das feridas, prevalência e incidência quanto ao sexo, idade, raça, localização, hábitos alimentares, nível de escolaridade, saneamento básico, etiologia e comorbidades.

Desse modo, foi através do trabalho de enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família, que se percebeu a dificuldade encontrada pelos portadores de feridas crônicas quanto ao tratamento, bem como a não aderência ao mesmo, o que conduziu a uma inquietude, levando-me a investigar e avaliar o conhecimento e a importância dada ao tratamento e aos curativos periódicos pelos portadores.

Para tanto, apresento como problema do estudo: qual o conhecimento de portadores de feridas crônicas quanto à importância do tratamento e realização dos curativos periódicos?

A fim de responder a este questionamento, a base deste estudo foi a de avaliar o conhecimento de portadores de feridas crônicas, quanto à importância do tratamento e realização dos curativos periódicos. Dessa forma, saber qual a periodicidade em que são feitos os curativos, identificando quais as modificações que podem ocorrer no cotidiano dessas pessoas, relacionadas ao convívio familiar e social, como também, averiguar os mitos e os preconceitos que dificultam esses indivíduos a compreenderem a importância da utilização dos medicamentos, técnicas de curativo e alimentação adequada, para uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente a cura das lesões.

Assim, a relevância deste estudo reside no fato de que seus resultados poderão subsidiar planejamento para o atendimento de enfermagem desses

indivíduos, tendo ainda, a finalidade de estimular os portadores de feridas crônicas a buscarem mais conhecimento sobre os tratamentos disponíveis.

# 1 CONHECIMENTO E IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DAS FERIDAS CRÔNICAS

## 1.1 CONCEITUAÇÃO DE FERIDAS

Ferida é o nome que se dá a lesões ou alterações de ordem celular, geralmente visíveis sobre a superfície da pele e que podem estar relacionadas a diversos fatores como danos externos ao corpo, respostas imunológicas, tumores, entre outros.

Etiologicamente as feridas são classificadas em agudas e crônicas. E como definição de ferida crônica, é aquela que demora mais tempo do que o habitual para cicatrizar, devido à condições preexistentes como pressão arterial, diabetes melitto, má circulação, estado nutricional precário, imunodeficiência ou infecção (HESS, 2000, p. 05).

As lesões agudas do tipo incisões cirúrgicas, costumam cicatrizar em dias ou semanas, suas extremidades aproximam-se, diminuindo assim o risco de infecção. Ao contrário destas, as lesões crônicas não evoluem ao longo da seqüência normal de reparação, onde suas extremidades não costumam se aproximar, aumentando o risco de infecção, e o tempo normal de cicatrização é retardado. Frequentemente todas as feridas que ultrapassam um período superior a três meses são consideradas crônicas. Nestas últimas lesões incluem-se úlceras profundas de pressão, úlceras periféricas vasculares e venosas ou arteriais (CAROL et al., 2007, p. 1085).

Já Dealey (2001, p. 08) afirmou que as feridas crônicas têm esse nome porque sua etiologia subjacente transforma a cicatrização em um processo muito longo. Contudo, algumas feridas crônicas teriam sido originalmente feridas agudas que não cicatrizaram durante um longo período de tempo, talvez anos. O fator inicial de retardamento da cicatrização poderia estar relacionado com infecção ou irritação local, talvez causadas por uma sutura. Resolvidos esses problemas, a ferida continua a não cicatrizar, causando considerável sofrimento ao paciente.

Fowler (apud DALEY, 2001, p. 96) relata como definição de ferida crônica aquela em que há déficit de tecido como resultado de lesão ou acometimentos duradouros ou recidivantes, que mesmo, com cuidados médicos e de enfermagem,

as feridas não cicatrizam facilmente. E lembra que as recorrências são mais freqüentes e prováveis em idosos ou pessoas com múltiplos problemas sistêmicos.

## 1.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele é constituída por duas camadas primárias fundidas, a epiderme e a derme, e uma camada de tecido subcutâneo.

A epiderme é a camada mais externa da pele, é fina e avascular (sem vasos e sem sangue), costuma regenerar-se em 4 a 6 semanas. É constituída por várias camadas de células organizadas, com suas subcamadas, o estrato córneo, mais externo, o estrato lúcido, o estrato granuloso, o espinhoso, e camada mais externa, o estrato germinativo ou cauda de células basais como refere (IRION, 2005, p. 4). Suas funções básicas são manter a integridade da pele e atuar como barreira física.

A derme é muito mais espessa do que a epiderme, mas não tem uma organização tão regular. Essa camada contém vasos sanguíneos, folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas. No interior da derme existem fibroblastos que são responsáveis pela formação de colágeno, substância matricial, proteínas e de elastina, esta última é responsável pelo rechaço cutâneo e o colágeno pela resistência da pele, sendo que feixes de colágenos ligam a derme ao tecido subcutâneo e às estruturas de suporte subjacente, como fáscia, músculos e ossos. Sua função é de oferecer resistência, suporte, sangue e oxigênio à pele.

O tecido subcutâneo é composto de tecidos adiposo e conjuntivo, além de grandes vasos sanguíneos, nervos e vasos linfáticos. A gordura subcutânea é responsável pelo isolamento térmico e pelo acolchoamento das protuberâncias ósseas. Por isso, indivíduos emagrecidos estão propensos a um risco elevado de úlceras de pressão devido à falta de tecido mole entre a pele e as protuberâncias ósseas.

A espessura da epiderme, derme e do tecido subcutâneo, variam entre diferentes pessoas e partes do corpo.

A pele é o maior órgão do corpo, constituindo cerca de 10% do peso corpóreo. Está sempre exposta a agressões físicas e mecânicas, que podem levar a conseqüências físicas permanentes ou não. Suas funções são de proteção,

sensibilidade, termorregulação, excreção, metabolismo e imagem corporal, conforme Hess (2002).

### 1.3 TIPOS E CARACTERÍSTICAS DAS FERIDAS CRÔNICAS

Neste estudo, foram abordados dois tipos de feridas crônicas que, segundo Hees (2002), podem ser caracterizadas como:

1) Úlceras de Pressão – são lesões com bordas arredondadas ou irregulares, de exsudato mínimo a abundante. Apresentam variações na espessura e no tipo de tecido, dependendo do tamanho e da gravidade da lesão. Em geral, as feridas com menor comprometimento das camadas da pele são dolorosas, mas comumente não há dor nas feridas onde há comprometimento de todas as camadas.

Vale lembrar que a úlcera de decúbito pode ser descrita como uma lesão localizada da pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo, conseqüentemente de oxigenação para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou através da combinação desses três fatores.

2) Úlceras Venosas – são lesões com bordas irregulares e pouco profundas. O centro da ferida exposta tem tecido de granulação, se não estiver infectada. Pode apresentar deposição de hemossiderina, edema, maceração e lipodermatosclerose ao redor da ferida. Em geral há dor de intensidade branda a moderada.

#### 1.3.1 Úlceras de Pressão (UP)

Na discussão sobre as úlceras por pressão, é importante salientar que elas estão intimamente ligadas a fatores externos e internos.

Os fatores externos são responsáveis pela necrose do tecido mole que é comprimido entre a superfície de apoio e uma proeminência óssea por tempo prolongado, ocorrendo fortes pressões nos capilares, conseqüentemente isquemia de fácil localização. São eles, pressão, cisalhamento e fricção. Dealey (2001, p. 97)

expõe que, se a pressão for aliviada a tempo, surge uma área avermelhada sobre a saliência óssea, o que chamamos de hiperemia reativa, ou seja, o resultado do aumento temporário do fornecimento de sangue para aquela área, removendo dejetos tóxicos e trazendo oxigênio e nutrientes. Ao contrário disso, a permanência da pressão por longo período de tempo, causará necrose, resultando na destruição dos tecidos próximo ao osso, podendo criar uma úlcera crônica.

Silva et al (2007, p. 318) descrevem como fatores internos aqueles capazes de interferir no estado físico, na constituição e integridade da pele, “nas estruturas de suporte ou nos sistemas vascular e linfático que servem à pele e estruturas internas, quanto no tempo de cicatrização”, ou seja, aqueles que estão relacionados às condições do indivíduo, tais como: idade, condições nutricionais, nível de consciência, incontinência urinária ou fecal, mobilidade física prejudicada, peso corporal, doenças associadas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença vascular periférica e outras) e uso de medicamentos (antibióticos, corticóides e outros).

Dealey (2001) afirma que o principal fator etiológico das úlceras de pressão é a pressão sobre tecido mole com região óssea; a implicação patológica no tecido pode ser atribuída à intensidade e duração da pressão exercida e à tolerância tecidual. Dentre os fatores tidos como intrínsecos, destacam-se: idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, uso de medicamentos e doenças crônicas, anemia, imobilidade, infecção, sensibilidade cutânea, distúrbios vasculares, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos, incontinências, dentre outro

Comumente, os sítios de desenvolvimento das úlceras de pressão são o sacro, trocanteres, ísquios, nádegas, maléolo lateral, calcanhares, cotovelos, como também no occipital naqueles indivíduos incapazes de virar a cabeça. Estas áreas necessitam de atenção especial por parte dos profissionais de saúde e pelos cuidadores.

Visualmente, as úlceras podem ser diagnosticadas e classificadas de acordo com o grau de comprometimento tecidual, que segundo Blanes et al (2003, p. 37) elas classificam-se por estágios, I, II, III e IV, e as descrevem como:

Estágio I – define-se como um eritema da pele intacta que, mesmo após o alívio da pressão, esta permanece por 30 minutos. A epiderme encontra-se íntegra, porém, apresenta sinais de hiperemia, descoloração ou endurecimento.

Estágio II – observa-se perda parcial da pele envolvendo epiderme e/ou derme, o dano é superficial e apresenta-se em forma de escoriação ou bolha.

Estágio III – há perda total da pele, envolvendo epiderme, derme e tecido subcutâneo, provocando lesão ou necrose do tecido subcutâneo.

Estágio IV – ocorre uma extensa destruição dos tecidos, epiderme, derme, tecido subcutâneo, músculos ou estruturas de sustentação como tendões, cápsula articular e ossos.

A prevalência das úlceras de pressão segundo Gogia (2003, p. 69), varia de 3% a 14% em ambientes de cuidados de urgência, 15% a 25% quando em ambientes de cuidados a longo prazo, e 7% a 12% em cuidados domiciliares.

As condições determinantes para a formação dessas úlceras estão associadas a prevalência e incidência extremamente elevadas, indicando, 60% de prevalência para quadriplegia, 66% de incidência para fraturas femorais, e para tratamento intensivo, 33% de incidência e 41% de prevalência (IRION, 2005, p. 120).

Estabelecer horários para a mudança de decúbito torna-se imprescindível, estas, devem ser realizadas a cada duas horas para minimizar os efeitos da pressão, tendo o cuidado de evitar apoiar o paciente sobre as lesões, evitar o contato direto entre as proeminências ósseas (com o apoio de travesseiros ou coxins), como também o cisalhamento e a fricção durante o manejo. E aqueles que por si, têm condições de realizar a mudança de decúbito, devem ser motivados, reduzindo assim o risco de desenvolvimento de uma úlcera de pressão.

Alguns autores (CÂNDIDO, 2001; DEALEY, 2001; IRION, 2005) recomendam o uso de coxins, travesseiros e almofadas para reduzir a pressão nas proeminências ósseas, como joelhos, tornozelos e calcanhares.

Para a prevenção de úlceras de pressão, há infinitos meios, como mudança de decúbito, massagem de conforto, higiene corporal, hidratação da pele, suporte nutricional, assim como manter a pele limpa e seca, lavá-la com água morna, enxaguar bem e evitar fricção; observar a presença de eritema, edema, maceração, fragilidade e temperatura local, não utilizar sobre a pele substância contendo álcool, não realizar massagens sobre as proeminências ósseas e utilizar, preferencialmente, lençóis de tecidos naturais. E ainda aplicar creme hidratante procurando sua completa absorção, observando atentamente os locais onde ocorreram úlceras anteriormente, devido ao risco de recorrência de lesões. Dar preferência a colchões especiais do tipo caixa de ovo ou colchão d'água.



Não se pode negar que esses tipos de colchões apóiam o corpo do indivíduo uniformemente, sem causar pressão excessiva nas áreas mais vulneráveis, mas é preciso salientar que apenas o uso exclusivo desses colchões não garantirá a manutenção da integridade cutânea.

Para alguns pacientes, um colchão comum, em bom estado e em condições de suportar o peso corporal do indivíduo, sem abaulamento ou deformações, é capaz de proporcionar um ambiente que evita o aumento da pressão nos tecidos.

A prevenção e o tratamento das úlceras por pressão não é simples, requer comprometimento do profissional ou cuidador com a ética e a busca constante de capacitação pessoal, associada à adoção de novas tecnologias a serem implementadas.

### 1.3.2 Úlceras Venosas (UV)

A insuficiência venosa resulta da obstrução das válvulas venosas nas pernas ou de um fluxo do sangue para trás através das válvulas, afetando as veias superficiais e profundas. Normalmente, o sangue flui das veias superficiais para as veias profundas por meio de uma série de vasos perfurados. As válvulas desses vasos asseguram que o sangue se mova do leito capilar rumo ao coração. Se algumas se danificarem, o sangue passa a fluir em qualquer direção.

De acordo Gogia (2003, p. 31), pacientes com úlceras venosas perfazem 80% a 90% de todos os pacientes com ulceração de extremidades inferior, a doença arterial e as demais causadas por neuropatia completam outros 10% a 20%.

Pode-se dizer que há várias origens para as úlceras das extremidades inferiores, mas, as mais comuns são doença venosa, doença arterial, ou uma combinação das duas (chamadas de úlceras mistas), e o diabetes. Porém, nesse estudo, serão abordadas apenas as úlceras venosas que fazem parte das úlceras de perna.

Segundo Brasil (2002), as características da insuficiência venosa são um conjunto das alterações físicas, como edema, extremidade quente, presença de varizes, lipodermatosclerose e hiperpigmentação. Essa última se dá devido ao extravasamento de hemácias da derme e depósito de hemossiderina nos

macrófagos. O doente queixa-se de dor em pontada ou contínua, usualmente leve a moderada, é pior quando está em pé, e é aliviada com a elevação das pernas, freqüentemente sendo localizada na região do maléolo e terço distal da perna, em geral, é de evolução lenta, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, bordas infiltradas e elevadas, margem irregular e quase sempre acompanhada de infecção secundária. Surgindo sempre após um trauma e, muitas vezes, é precedida por episódios de erisipela, celulite e eczema de estase.

Irion (apud SILVA et al, 2007, p. 344) informam que a principal causa das úlceras de etiologia venosa é a hipertensão venosa e a conseqüente hipertensão capilar, responsável pela difusão diminuída de nutrientes através do espaço intersticial, acarretando a desnutrição da pele, assim como do tecido subcutâneo.

Conforme Dantas Filho (2003) existe um consenso de que o fator mais freqüente para a ulceração das extremidades inferiores é a hipertensão venosa. Isso porque a exposição dos vasos às pressões elevadas provocam, ao longo do tempo, alterações na microcirculação e dano às paredes dos vasos, com conseqüente aumento da permeabilidade capilar, extravasamento de líquidos, macromoléculas e hemácias no interstício.

A realização de um diagnóstico diferencial entre a insuficiência venosa e a arterial é essencial, pois as principais intervenções que corrigem a hipertensão venosa são contra indicadas à arterial.

A distinção entre as insuficiências arterial e venosa como causa de úlceras é possível com a realização de uma investigação sistemática das seguintes características: dor, efeito da elevação, a distribuição e o aspecto das feridas, além dos testes especiais (...). As úlceras arteriais podem ser muito dolorosas com a elevação do membro e com o exercício. As úlceras por insuficiência venosa são relativamente indolores, com algum desconforto ou sensação de rompimento, que diminui com a elevação (IRION, 2005, p. 151).

Posta a citação, a insuficiência arterial produz úlceras nas áreas distintas do corpo, especialmente no calcanhar e nos artelhos, enquanto a insuficiência venosa origina feridas quase sempre na parte superior da perna, com a ocorrência de aproximadamente dois terços, na face medial em comparação com a face lateral.

Do ponto de vista diagnóstico, a ulceração venosa depende de uma anamnese e de um exame físico minucioso do paciente como: histórico e o clínico que deve focalizar fatores de risco, doença venosa prévia, trauma, trombose venosa

profunda, gestações, insuficiência cardíaca congestiva, obesidade e idade avançada.

Uma vez diagnosticado clinicamente de que a úlcera venosa esteja estabelecida, é necessária a realização de exames complementares para que possa ser feito um diagnóstico mais preciso das alterações anatômicas e funcionais do sistema venoso. Sendo de extrema importância o planejamento terapêutico e a identificação anatômica, pois, a mesma pode estar localizada no sistema venoso superficial, profundo ou nas perfurantes, isoladamente ou em conjunto.

É de fundamental importância fazer uma avaliação funcional, ou seja, identificar se a doença venosa é devida a refluxo, a obstrução ou ambos. Contudo utilizam-se exames não invasivos, como:

Ultra-sonografia Doppler – tem o objetivo de identificar a ausência ou a presença de refluxo e obstrução venosa;

Duplex scan – localiza o refluxo venoso nos sistemas superficial, profundo e comunicante;

Pletismografia por impedância – avalia o fluxo venoso de saída nos membros inferiores pela medida de variações na impedância elétrica que acompanham as alterações do volume sanguíneo.

Segundo Hess (2002), os resultados desses testes proporcionam a base para adoção de intervenções e o controle do paciente.

Os principais métodos destinados a cicatrização da úlcera são a terapia compressiva, tratamento local, medicamentos sistêmicos e tratamento cirúrgico da anormalidade venosa. Na terapia compressiva algumas medidas devem ser tomadas para diminuir a hipertensão e sua repercussão na macrocirculação e microcirculação.

Para alcançar esse objetivo, na macrocirculação, aumenta-se o retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo patológico durante a deambulação e aumentando o volume de ejeção na ativação dos membros da panturrilha. Com isso, eleva a compressão do membro e a pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema, melhorando a drenagem linfática.

Gogia (2003, p. 32) lembra que:

A terapia de compressão permanece um dos mais importantes componentes do tratamento das úlceras venosas. Entretanto, é muito importante diagnosticar essas úlceras previamente ao início de qualquer tipo

de tratamento, porque a terapia de compressão não é indicada em pacientes com úlceras arteriais ou neuropáticas.

Os métodos de compressão disponíveis são as ataduras compressivas, meias elásticas e compressões pneumáticas. Todos são contra indicados se o paciente apresentar doença arterial periférica grave, como pulsos distais não palpáveis ou ITB (índice tornozelo-braço).

É importante salientar que as ataduras compressíveis inelásticas ou elásticas podem ser nocivas ou inúteis se não utilizadas corretamente e que sua efetividade podem ser influenciada pela técnica de aplicação por parte dos médicos, enfermeiros ou dos próprios pacientes.

De acordo Hess (2002), o ITB é um teste simples que determina a diferença de pressão arterial entre os membros superiores e inferiores. Seu valor inferior a 0,6 é anormal, o que contra-indica o uso da terapia compressiva, sendo necessário uma pesquisa mais detalhada através de exames complementares que determine um diagnóstico preciso das alterações anatômicas e funcionais do sistema venoso.

Abbade; Lastoria (2006) ratificam que o ITB é determinado através de ultrasonografia doopler, onde este é calculado com o valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo, dividido pela mesma pressão da artéria braquial.

Os profissionais de enfermagem devem usar suas habilidades para identificar a lesão, promover o melhor tratamento, educar os pacientes sobre os cuidados com a sua saúde e seu corpo incluindo cuidados com a circulação dos membros inferiores, além de avaliar a assistência prestada.

Algumas orientações relacionadas à prevenção devem ser transmitidas aos portadores de úlceras venosas, como: manter repouso e/ou elevar dos membros inferiores, bem como, evitar ficar em pé por muito tempo e procurar repousar a perna, elevando-a 30 cm acima do quadril, para auxiliar o retorno venoso; fazer uso de meias de compressão com pressão entre 30 a 50 mm de Hg para prevenir o edema e melhorar o efeito da bomba muscular; praticar caminhada e exercícios de elevar o calcanhar, isso ocasiona flexão e contração dos músculos da panturrilha, que são necessários para a manutenção da bomba muscular; reduzir o peso corporal; realizar avaliação clínica periódica, para pesquisa de anemia, desnutrição, hipertensão e insuficiência cardíaca; evitar traumatismos de membros inferiores; promover a melhora da mobilidade física; promover nutrição adequada, rica em

proteínas, vitamina C e A, ferro e zinco; instruir o portador e a família sobre a dieta diária; promover o cuidado domiciliar com o paciente e família.

#### 1.4 TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS

Para se determinar o tratamento das úlceras a avaliação inicial deve ocorrer, na qual, segundo Borges; Chianca (2000, p. 27), deve-se considerar fatores como: localização, dimensão (área), profundidade, extensão, cobertura da ferida por tecido necrótico e de granulação, características do exsudato, e neste, seu volume, cor e odor, como também a presença de microorganismos. Quanto aos fatores sistêmicos, considerar, doença de base, comorbidade, estado nutricional, medicamentos em uso, tratamento associado, idade, situação social, dentre outros.

Essa avaliação deve ser abrangente, envolvendo todos profissionais que forem necessários. A partir daí, tratar da reparação do tecido, onde é traçado a metodologia de tratamento, programando reuniões periódicas para avaliação contínua.

Para Cândido (2001, p. 24):

No trabalho desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, o ideal seria uma avaliação inicial com o médico e o enfermeiro, que poderão determinar o tipo de tratamento, requisitar exames complementares e, quando conveniente, solicitar intervenção de outros profissionais da área de saúde.

Nesse sentido, embora o tratamento seja um processo sistemático, é necessário favorecer condição local e adequada, a fim de viabilizar o processo, como também seria conveniente que a evolução da ferida fosse acompanhada pelo mesmo grupo até a cicatrização. Entre os diversos procedimentos dos profissionais da área de saúde, o papel do médico é de diagnosticar a patologia de base, solicitar exames, prescrever medicamentos de ação sistêmica e acompanhar a evolução, como também indicar curativos.

O enfermeiro além da execução do curativo, ele preenche uma lacuna importante no tratamento das feridas, sua figura é de suma importância, pois está diariamente em contato com o paciente. Por esse motivo, sua atuação se sobreporá à dos outros componentes da equipe, como diagnosticar a patologia, examinar a

ferida, recomendar exames complementares que possam auxiliar no diagnóstico e evolução da cicatrização, realizar e indicar os curativos e por fim orientar na prevenção de complicações (CÂNDIDO, 2001, p. 25).

Dessa forma, sabe-se, reconhecidamente, que o estresse é um dos fatores ambientais influentes na condição da ulceração do paciente. Sendo assim, pode-se dizer que a atenção da enfermagem colabora, também, nesta via para amenizar o estado psíquico. Uma resposta mais rápida é capaz de reduzir drasticamente as taxas de morbidade nestes pacientes desde que o tratamento seja observado por estes.

No impacto econômico sobre os gastos públicos com a saúde é bastante menor quando o tratamento das feridas é realizado em caráter preventivo ou logo no início sem necessitar de gastos com medicamentos e internações. Como refere Tortora (2000, p. 31), a atenção em enfermagem tem como característica uma melhor condição de vida pelo controle mais apropriado e amplo sobre as situações do paciente.

Nesse contexto, torna-se essencial o esclarecimento constante de todos os benefícios a serem conquistados com a realização do tratamento indicado pelo profissional de enfermagem, e que esse faça uma avaliação objetiva e criteriosa, para detectar os fatores intervenientes no processo, que implante e implemente condutas que visem interferir positivamente no tratamento, não esquecendo que o cliente deve ser visto de maneira holística, uma vez que tanto aspectos emocionais como físicos poderão estar atuando negativamente.

Essa atenção auxilia no processo através da conscientização e valorização da seriedade do tratamento a ser seguido. Os tratamentos ou curativos envolvem a limpeza da ferida com o uso de técnicas e fluidos que minimize trauma mecânico e químico. As soluções utilizadas devem ser preferencialmente aquecidas para evitar a redução da temperatura no leito da ferida, sendo o ideal uma temperatura constante de 37<sup>o</sup> C, para estimular a mitose durante a granulação e epitelização. De acordo Yamanda (apud BLANES, 2004, p. 10), enquanto a limpeza refere-se ao uso de fluidos para, suavemente remover bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos, o desbridamento consiste na remoção de tecidos necrosados aderidos ou de corpos estranhos do leito da ferida, usando técnicas mecânica e/ou química.

A técnica de limpeza da úlcera consiste em remover restos celulares, materiais estranhos, tecido necrótico ou desvitalizado e na diminuição da quantidade de microorganismos presentes na superfície. Essa limpeza deve ser realizada com técnica adequada, utilizando-se material estéril (BRASIL, 2002, p. 32).

A solução utilizada como primeira escolha para o curativo é a solução salina isotônica (0,9%) para uma limpeza inicial cuidadosa e rigorosa em toda sua extensão e profundidade, com intuito de hidratar e favorecer a cicatrização, além de evitar o traumatismo da ferida. Borges; Chianca (2000) resume que a melhor técnica de limpeza do leito da ferida, que alcance toda sua extensão e profundidade, é a irrigação com jatos de soro fisiológico (0,9%), ou seja, sob pressão, perfurando o frasco da solução com agulha de calibre 12 (mm), que será suficiente para remoção de corpos estranhos e os tecidos frouxamente aderidos, acelerando o processo de cicatrização.

O mesmo autor anteriormente citado afirma que não existe um único curativo apropriado para todas as úlceras, sendo importante que se conheça a característica tanto das úlceras como dos distintos curativos, para eleger corretamente o mais apropriado. Também é necessária a avaliação individual de cada paciente portador da úlcera, para que sejam adotadas as medidas profiláticas compatíveis com os fatores extrínsecos e intrínsecos atuantes.

#### 1.4.1 Controvérsias no Tratamento de Feridas

##### **Curativo úmido x curativo seco**

O curativo úmido protege as terminações nervosas superficiais, reduzindo a dor, acelera o processo cicatricial, previne a desidratação tecidual e a morte celular. O curativo seco é indicado em feridas cirúrgicas limpas, com sutura, o que irá favorecer a cicatrização primária (CÂNDIDO, 2001, p. 85). Portanto, a sua utilização em feridas abertas como é o caso das úlceras crônicas, não é indicado podendo provocar aderência ao leito da ferida, e desconforto durante a troca.

A cicatrização em meio úmido reduz a dor, devido às terminações nervosas estarem imersas; o risco de infecção menor, em decorrência da quantidade

reduzida de tecido morto, o que inibe a presença de microorganismos; causa menor dano aos tecidos na remoção do curativo; existe menor risco de contaminação, por causa do ambiente fechado, que inibe a oxigenação das bactérias e promove desbridamento autolítico eficaz, permitindo a hidrólise das proteínas (BRASIL, 2002 p. 36).

Segundo Borges; Chianca (2000) os fatores que dão origem à formação de novas células, folículos pilosos e epiderme podem ser destruídos com a utilização de curativos secos. Isso se deve a aderência ao leito da ferida. E chama a atenção quanto aos fragmentos das gazes que incorporam à ferida o que afeta a fase de cicatrização, conseqüentemente o tecido em formação.

### **Limpeza com solução fisiológica x limpeza mecânica**

A limpeza com solução fisiológica a 0,9% é indicada para hidratar a ferida e acelera a cicatrização, evitando o traumatismo direto da ferida. Diferentemente, a limpeza mecânica provoca traumatismo do tecido em granulação, retardando o processo de cicatrização.

### **Anti-sépticos em ferida cutânea aberta**

A anti-sepsia com iodo-povidona (PVPI) tópico (Povidine) tem finalidade de prevenir a colonização. Pode ser neutralizado rapidamente na presença de matéria orgânica e tecido necrótico. É indicado na anti-sepsia da pele íntegra e mucosas, de peri-cateteres, peri-introductores e fixadores externos. É contra-indicado em feridas abertas, pois é citolítico e retarda o processo de cicatrização.

Cândido (2001, p. 87) refere que o PVPI tópico (1%) “penetra na parede celular e, por meio da oxidação, altera a síntese do ácido nucléico. Quanto maior a concentração, maior será a citotoxicidade.”

A solução de clorhexidina tem ação bacteriana tanto para gram-positivas como gram-negativas, porém com maior efeito nas gram-negativas. Dealey (2001, p. 75) relata que sua eficácia “diminui rapidamente na presença de material orgânico como pus ou sangue”. Assim como o PVPI é contra-indicado em feridas abertas e tem ação citolítica. Por isso, não são indicados no tratamento das feridas crônicas.



#### 1.4.2 Produtos Indicados no Tratamento das Úlceras

Atualmente, existem no mercado vários produtos indicados para o tratamento de úlceras, tais como: soro fisiológico, sulfadiazina de prata, carvão ativado, hidrocolóide, alginato de cálcio, hidrogel, bota de Unna, ácidos graxos essenciais (AGE), papaína, aloe vera, filmes transparentes, açúcar (glicopó ou açúcar mascavo), colagenase, fibrase, entre outros. Porém, requer conhecimento e experiência para saber quando usar, em que usar, e quando trocar.

**Soro fisiológico:** é um agente de limpeza completamente seguro, indicado para todos os tipos de úlceras. Quando umectante na gaze mantém a umidade da úlcera, favorece a formação de tecido de granulação e amolece os tecidos desvitalizados.

**Aloe vera:** suas propriedades são cicatrizantes, o que mantém o leito da ferida úmido, facilita a neo-angiogenese e a formação do tecido de granulação. Pode ser utilizado *in natura*. É conhecida como babosa. Deve-se retirar a folha da planta, lavá-la, retirar a casca e extrair a substância viscosa, aplicá-la diretamente sobre a ferida com auxílio da gaze. A substituição do curativo deve ocorrer no máximo em 24 horas.

**Papaína:** atua como desbridante químico. Tem ação bacteriostática, bactericida e antiinflamatória. Proporciona alinhamento das fibras de colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme; aumenta a força tênsil da cicatriz e diminui a formação de quelóides. A polpa da papaína verde (mamão papaia/*carica papaya*), pode ser empregada *in natura*. A troca do curativo deverá ser acontecer a cada 12 ou 24 horas.

Tanto para a aloe vera, como para a papaína, a extração de suas polpas deverá utilizar instrumentos exclusivamente plásticos, a fim de evitar oxidação.

**AGE (ácidos graxos essenciais):** indicado na prevenção de úlceras de pressão e tratamento de feridas abertas. Devendo ser trocado a cada 24 horas.

**Carvão ativado:** feridas infectadas exsudativas, com ou sem odor. Deve ser trocado no máximo 24 horas, e após melhora deve ser trocado no máximo em 48 ou 72 horas.

**Alginato de cálcio:** indicado para as feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato. Devendo ser trocado no máximo 24 horas em feridas infectadas e 48 horas para as limpas.

**Hidrocolóide:** indicado na prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas. Deve ser trocado no máximo em 07 dias.

**Hidrogel:** usado para remover crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necróticos. Devendo ser trocado em no máximo 24 horas nas infectadas, e em 72 horas nas necrosadas.

**Sulfadiazina de prata:** utilizada na prevenção de colonização e tratamento de ferida queimada; prevenção e tratamento de infecções em feridas colonizadas ou infectadas. Deve ser trocada no máximo em 12 a 24 horas.

**Filme transparente:** utilizado em úlceras superficiais com drenagem mínima, úlceras de I grau. Deve ser trocado quando descolar da pele ou em presença de sinais de infecção.

**Bota de Unna:** indicado para úlcera venosa e edema. Auxilia o retorno venoso, diminui o edema, promove a proteção e favorece a cicatrização da úlcera.

**Açúcar mascavo:** é bactericida. Indicado no tratamento de feridas limpas e feridas infectadas, com exsudação de intensa a moderada, porém deve-se avaliar o custo e benefício devido ao tempo de ação na lesão, pois o açúcar se dissolve rapidamente, requerendo trocas freqüentes, a cada 02 horas.

**Colagenase:** atua na degradação do colágeno nativo, facilitando a lise dos tecidos necróticos e induzindo a granulação e cicatrização das lesões, porém, tem

pouca efetividade se comparada com outros produtos. A troca deve ser de 12 a 24 horas.

**Fibrase:** é indicada no tratamento de lesões infectadas, tais como queimaduras e úlceras, onde a dupla ação como agente desbridante e antibiótico tópico é requerida. Tem pouca efetividade em desbridamentos intensos. Deve ser trocada a cada 12 ou 24 horas.

Embora hoje, vivenciamos um crescente número de indústrias, instituições e profissionais empenhando-se e buscando a excelência para proporcionar aos portadores de lesões, em especial aquelas de caráter crônico, um tratamento eficaz, em curto prazo e que possam trazer maior conforto e breve retorno a normalidade de sua vida, as úlceras crônicas continuam sendo um problema e que tem tendência a aumentar nos países industrializados, devido a uma maior expectativa de vida com o envelhecimento da população, as várias patologias prevalentes e a um cuidado deficiente da pele e da nutrição (CUNHA, 2006, p. 03).

#### 1.4.3 Cicatrização de Feridas Crônicas

Segundo Silva et al (2007, p. 68) a cicatrização consiste em um processo complexo de eventos coordenados e desencadeados pelo organismo, com objetivo de reconstituir a estrutura e o funcionamento dos tecidos comprometidos.

Esses vários processos celulares contínuos contribuem para a restauração da ferida, através da regeneração celular, proliferação celular e produção de colágeno. Após uma lesão, ocorre uma seqüência determinada de eventos que levam à correção do defeito e à restauração da superfície da pele. A resposta do tecido às lesões depende da sua profundidade, e passa por três estágios parcialmente sobrepostos:

### **Fase inflamatória ou exsudativa**

Esta fase dura cerca de 70 horas e corresponde à ativação do sistema de coagulação sangüíneo e à liberação de vários mediadores, tais como fator de ativação de plaquetas, fator de crescimento, serotonina, adrenalina, ativação do complemento e recrutamento de macrófilos e neutrófilos. Nesta fase a ferida pode apresentar edema, vermelhidão, calor e dor.

Para Dealey (2001, p. 02) esta resposta inflamatória se dá devido a “uma reação local não-específica à lesão do tecido e/ou invasão bacteriana. É uma parte importante dos mecanismos de defesa do corpo, e fase essencial do processo de cicatrização”.

### **Fase proliferativa ou fibroblástica**

Pode durar de 1 a 14 dias e se caracteriza pela formação do tecido de granulação. Nesta fase o colágeno é o principal componente do tecido conjuntivo reposto, por isso a vitamina C auxilia muito nesse processo metabólico da cicatrização da ferida. Esta fase continua até a cicatrização da ferida.

Na visão de Silva et al (2007) mesmo após a ferida ser limpa pelos leucócitos o reparo tecidual continua. Em seguida inicia-se o processo de migração de células endoteliais da periferia para o centro da lesão, com isso estas células continuam a proliferar-se dando origem ao tecido de granulação.

Para Gogia (2003, p. 03), “as células endoteliais formam brotos na extremidade de capilares intactos e crescem para dentro da área lesada para juntar-se a outros, a fim de formarem uma rede de capilar”, o que torna totalmente preenchida a lesão e, junto com o tecido o colágeno, forma o tecido de granulação.

### **Fase de maturação ou de remodelamento.**

Segundo Irion (2005, p. 23), “o processo de remodelamento é tipicamente entendido como uma resposta de longo prazo ao ferimento”. Durante esta última fase da cicatrização a densidade celular e a vascularização da ferida diminuem, enquanto há maturação das fibras colágenas. Ocorre uma remodelação do tecido cicatricial formado na fase anterior. O alinhamento das fibras é reorganizado a fim de

aumentar a resistência do tecido e diminuir a espessura da cicatriz, reduzindo a deformidade. Esta fase tem início no terceiro dia e pode durar até seis meses.

#### 1.4.5 Fatores que Interferem na Cicatrização

Os fatores locais estão intimamente ligados à cicatrização da ferida e podem interferir no seu processo de cicatrização, como dimensão e profundidade da lesão, grau de contaminação, presença de secreções, edema, hematoma, corpo estranho, necrose tecidual, infecção local, técnica de limpeza e cobertura utilizada. Estes dois últimos fatores podem ser favoráveis ou não a cicatrização.

Enquanto que os fatores sistêmicos estão relacionados à faixa etária, revelando que a idade avançada diminui a resposta inflamatória; o estado nutricional, assim como a hidratação podem determinar risco de infecção, maior tempo de recuperação e interferir na cicatrização; a hipoproteinemia (queda na quantidade de proteína sanguínea) diminui a resposta imunológica, síntese de colágeno e função fagocítica.

Uma avaliação do estado nutricional, exames laboratoriais, informações sobre hábitos alimentares, exames específicos para vitamina B12, ferretina, ácido fólico, transferrina, pré-albumina, contagem de linfócitos contribuem para a recuperação da ferida, como refere Borges; Chianca (2000).

Com relação a um adequado aporte nutricional, Dealey (2001) afirma que a desnutrição tem sido associada ao surgimento de úlceras. E ainda complementa que a nutrição adequada é um dos mais importantes passos para o sucesso do processo de cicatrização, pois a dinâmica da regeneração tecidual exige um bom estado nutricional do paciente, já que consome boa parte das suas reservas corporais.

Segundo Souza (2008) a nutrição adequada é um dos mais importantes aspectos para o sucesso do processo de cicatrização, pois a dinâmica da regeneração tecidual exige um bom estado nutricional do paciente e consome boa parte de suas reservas corporais. Sendo que, a recuperação nutricional pode trazer melhores resultados no tempo de cicatrização.

Este mesmo autor traz a seguinte abordagem: as proteínas além de desempenharem outras funções, contribuem para a síntese do colágeno,

remodelagem da ferida e resposta imunológica; já os carboidratos fornecem energia para as atividades dos leucócitos e dos fibroblastos. Em relação às vitaminas, a C contribui para a síntese do colágeno, função dos neutrófilos, migração dos macrófagos, síntese de complementos e imunoglobulina, além de aumentar a cicatrização; e a vitamina A aumenta a velocidade de síntese do colágeno. Quanto aos minerais, o zinco aumenta a proliferação de células e a epitelização, além de permitir mais resistência do colágeno; e o cobre que também contribui para a síntese do colágeno.

Doenças crônicas, enfermidades metabólicas sistêmicas podem interferir no processo cicatricial.

A terapia medicamentosa associada ou o uso indiscriminado de medicamentos interfere no processo cicatricial, como antiinflamatórios, antibióticos, esteróides e agentes quimioterápicos. Portanto, as medicações administradas devem ser de forma ponderada.

Cândido (2001, p. 80) faz a seguinte abordagem: os antibióticos podem produzir efeitos tóxicos e inibir a cicatrização, devido a isso deverá ser administrado só na vigência da infecção; e os antiinflamatórios provocam vasoconstrição da microcirculação, diminuindo a resposta inflamatória e a síntese de colágeno, devendo ser usado apenas quando há dor ou inflamação. Essa análise é importante, pois do contrário, a probabilidade de retardo no processo cicatricial e o surgimento de bactérias resistentes serão maiores.

Tratamento tópico inadequado, como a utilização de sabão tensoativo e soluções anti-sépticas na lesão cutânea aberta podem ter ação citolítica, afetando a permeabilidade da membrana. Quanto maior for à concentração do produto maior será a sua citotoxicidade.

Pesquisas realizadas sobre “Tratamento e Cicatrizacao” por Borges; Chianca (2000), apontam que o sucesso para o tratamento das feridas crônicas está na eliminação ou controle dos fatores sistêmicos e locais que interferem no processo da cicatrização.

Vale lembrar que alguns dos fatores psicossociais também podem influenciar de forma negativa na cicatrização e cura das lesões como ausência de redes sociais ou de sistemas de suporte, dificuldades financeiras e de transporte, isolamento, dor, comportamento de rejeição ou não adesão ao tratamento, demora na troca dos curativos, entre outros.

## 2 ÓTICA HUMANA E SOCIAL DA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM

Segundo Poletti (2000), a atenção em enfermagem ao paciente com úlcera tem como característica principal a ampliação da qualidade de vida do mesmo. Desta maneira, pode-se compreender claramente a importância deste fato sob a ótica da humanização da assistência de enfermagem.

Desta forma, os profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente, em especial o profissional de enfermagem que se encontra constantemente em contato com ele, de maneira a apoiá-lo nas mais variadas formas de modo que este não se sinta isolado, ou como mais um caso clínico.

Pelo fato da doença não possuir atualmente uma cura definitiva, o tratamento da mesma é caracterizado por ser realizado de maneira crônica, ou seja, até o fim da vida do paciente em certos casos. Este fato gera no paciente uma tendência à descontinuidade do tratamento, seja pelo sentimento de impotência, seja pela mudança radical em hábitos profundos do mesmo, seja pelo esquecimento quanto à metodologia do tratamento medicamentoso.

As úlceras venosas causam danos ao paciente porque afetam, significativamente o seu estilo de vida, em decorrência da dor crônica ou desconforto, depressão, perda de auto-estima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações ou visitas clínicas ambulatoriais.

Silva et al (2007, p. 350) afirmam que além da ansiedade e dos medos gerados, os portadores de úlceras crônicas encontram-se com sua qualidade de vida afetada pelo comprometimento que ela gera na execução das atividades diárias, com suas restrições sociais e afastamento das atividades profissionais, com custos sociais e econômicos elevados. E complementam que a assistência de enfermagem deve ser holística, para que o ser humano seja visto a partir de suas reais necessidades e de seus problemas anteriores, atuais e futuros.

A atenção em enfermagem tem como consequência a redução destes problemas pelo acompanhamento constante com o sentido de conscientizar o paciente da importância de todo o tratamento, assim como o auxílio à inserção dos fatores do tratamento no cotidiano do paciente.

Poletti (2000) relata que, outra importância fundamental no tratamento é que este passa a ser considerado primariamente preventivo, através do controle

constante do quadro de ulceração e resolvendo qualquer eventualidade mais prontamente, antes que a doença possa prejudicar seriamente o paciente.

Esta resposta mais rápida é capaz de reduzir drasticamente as taxas de morbidade nestes pacientes desde que o tratamento seja corretamente observado por estes.

A assistência prestada pelo profissional de enfermagem, representa ao portador de feridas crônicas uma melhor qualidade de vida, não só pelo controle mais apropriado e amplo sobre as situações geradas devido às úlceras, mas também, pelo apoio psico-emocional. Carvalho et al (2006), acreditam que as mudanças na vida dessas pessoas podem ser melhor compreendidas se houver oportunidade de expressar, e falar sobre suas vivências.

Nesse pressuposto, a atenção oferecida por uma equipe multiprofissional no atendimento do paciente com feridas tem um impacto social de grandes proporções em um sentido positivo do controle, prevenção de complicações, economia de esforços e dinheiro em todas as áreas sociais, tanto para o paciente como para o Estado.

O financiamento inicial da atenção em enfermagem pode considerar este gasto, como um investimento pelo seu valor ser muito mais baixo quando comparado com o que se gastaria caso fossem contabilizados os custos de tratamento dos casos mais graves de ulceração.



### 3 QUESTÕES PSICOLÓGICAS ENVOLVIDAS

#### 3.1 PRESSÃO PSICOLÓGICA

As doenças vasculares progressivas em geral, entre elas a úlcera venosa, caracterizam-se por lesões teciduais geradas pela diminuição circulatória a partir da capilarização sanguínea, podendo ser bastante incapacitantes. Estas, acarretam alterações que limitam o desempenho do indivíduo em graus variáveis e de forma crescente, de acordo com a velocidade da evolução, nas mais distintas funções.

Devido a esse aspecto limitador da funcionalidade do indivíduo, Bergamo (1990) relata que os portadores destas patologias não apresentam somente problemas de ordem física; com dificuldades enfrentadas na realização das atividades cotidianas, aparecerão situações de conflito acrescentando distúrbios emocionais ao quadro clínico.

Para Poletti (2000) o paciente portador de um quadro clínico incapacitante, quando recebe o diagnóstico ainda precocemente, demonstra uma necessidade muito grande de conhecer seus limites e possibilidades. Quando há uma evolução menos devastadora da doença, a necessidade é de retornar o mais brevemente possível à realização plena das atividades normais. Este indivíduo geralmente se submete aos mais diversos procedimentos de acordo com as alterações apresentadas e possui uma ansiedade em receber dos clínicos responsáveis por sua orientação as soluções dos seus problemas, independente do prognóstico próprio para si. Seu maior interesse é diminuir o máximo possível seu sofrimento determinado pela crescente ou abrupta perda de funcionalidade, exigindo todos os recursos aos quais possa ter acesso.

Torna-se comum, de acordo com o exposto, a instalação de quadros de depressão, na qual é um sintoma psicológico mais comum freqüente na úlcera venosa. Casos de depressão geralmente vêm acompanhados pela queda de auto-estima e baixa produção diária, com um abandono das atividades rotineiras e gerando um agravamento de sua situação física e psicológica causada pela falta de movimentação assim como pela obesidade e solidão.

Outro fator ligado aos distúrbios psicológicos é a relativamente freqüente aparição de casos de impotência sexual, capazes de imenso potencial de frustração por parte dos pacientes, como refere Dealey (2001).

Faz-se necessário o acompanhamento constante do paciente, de modo que este possa encarar o processo de perder relativamente algo de sua independência ou auto-suficiência. O sentimento de incapacidade muitas vezes está ligado a este processo, de modo que deve haver um suporte psicológico profundo neste sentido.

Outra questão psicológica ligada às úlceras em quadros mórbidos é a pressão exercida no círculo social do paciente, particularmente o círculo familiar, que se vê às voltas com uma mudança muitas vezes drástica de rotina pelas novas necessidades enfrentadas pelo paciente, assim, faz-se necessária alguma forma de suporte psicológico que deve ser oferecido para que haja uma maior adaptabilidade ao processo em questão, como afirma Dealey (2001).

A terapia ocupacional tem por base o auxílio a pacientes de úlcera venosa recorrente no desenvolvimento de medidas capazes de incorporar estratégias e adaptar fatores de modo a permitir a realização de atividades diárias eficientes, com o máximo aproveitamento ligado ao menor gasto energético possível.

Um psicoterapeuta pode auxiliá-lo a aliviar as tensões acumuladas pelo fato de se portar a úlcera, fator sempre carregado de um peso negativo pelo medo normal em se perder a mobilidade, ou se tornar impossibilitado de realizar as atividades normais cotidianas.

A priorização das atividades diárias também pode ser fator determinante para o desenvolvimento de uma rotina saudável e controlada, de modo a evitar a ansiedade na realização de tarefas importantes, ou permitir o controle do tempo visando a realização com calma das mesmas. Certamente algumas atividades serão prioridade, outras deverão ser realizadas com o auxílio de outras pessoas. Torna-se importante o acompanhamento do paciente e seu círculo social nestes casos, de modo a permitir que todos tenham a consciência de um maior envolvimento com a situação do portador de úlcera.

Ainda, ligada ao fator acima, a adaptação às atividades a serem realizadas é muitas vezes uma ferramenta efetiva no controle da fadiga secundária, pela ruptura do padrão de desgaste excessivo para a realização de atividades cotidianas. Sabe-se que a realização destas atividades requer gastos variáveis de energia física e mental, de modo que o planejamento das melhores formas de realização varia de

acordo com a necessidade. Além disso, sempre que possível, evitar a realização de atividades longas de modo contínuo, devendo preferencialmente, sempre que possível, escolher a opção de se dividir a atividade em partes.

Para a consecução de tais objetivos, faz-se necessária a organização capaz de otimizar os processos ambientais e minimizar o impacto da realização das atividades diárias. Basicamente, os pontos da casa onde mais estas preocupações podem auxiliar são a cozinha, o jardim e o local de trabalho (YAMADA, 2002, p. 43).

### 3.2 MOTIVAÇÃO E VONTADE

Hess (2000) relata que, pesquisa realizada nos Estados Unidos demonstrou que de 347 pessoas portadoras de úlcera venosa, uma boa quantidade não seguiu o tratamento por motivos tais como propensão ao isolamento pela inadaptação à nova situação de vida, sendo o orgulho da aparência física, ou o ganho de peso causas importantes nesta tomada de decisão.

Existe outra forma de resistência oferecida por muitos pacientes que consiste no medo observado da prática de exercícios pela crescente limitação física gerada pelo quadro sintomático, de modo que, há assim uma inibição do aproveitamento consciente para a realização prévia de exercícios físicos. Assim, a desmotivação é causada nestas situações pela desistência gerada pela perda de capacidade. Uma consequência direta deste quadro é o abandono das atividades diárias, com um maior isolamento indesejável pela diminuição da auto-estima que poderia fazer com que o paciente reagisse de modo muito mais favorável.

O conceito de saúde torna-se essencial, de modo que ao mesmo tempo que há a consciência da realização de atividades cotidianas e exercícios para a obtenção de alguma melhora, por outro lado, o receio do paciente em se expor a situações de risco como se cansar um pouco mais e ter algum sintoma de mal-estar fazem com que este por vezes se sinta receio a continuar o tratamento.

A motivação é algo extremamente pessoal, variando de paciente a paciente, de acordo com sua maneira de lidar com uma doença crônica como a úlcera venosa. Existe a probabilidade ampliada de que o trabalho em grupo com outros pacientes com os mesmos problemas, assim como a realização de grupos de apoio e

discussão são chaves favoráveis ao envolvimento dos pacientes à prática de um estilo de vida mais saudável, conectando-os a novas realidades como a prática de atividade física.

Segundo Bryant (1999), as razões principais para a participação do paciente em programas de exercícios físicos e fisioterápicos estão ligadas basicamente à motivação interna. Existem casos de pacientes que se ligam a processos fisioterápicos para agradar a seus familiares, sem a consciência de que serão os maiores beneficiários do processo. Isto é um equívoco que condenará todo o tratamento, pela indisposição futura em segui-lo como se deve.

Desse modo, faz-se importante o estudo dos fatores limitantes e das estratégias individuais adotadas por pacientes com úlcera venosa. A própria fadiga, fator aliviado pela realização de exercícios aeróbicos, é uma das causas apontadas por pacientes como limitante para a prática dos mesmos. Realmente, parece muito difícil o convencimento dos pacientes quando estes se esgotam ao realizar as atividades cotidianas mesmo quando sabem que se sentirão melhor. A solidão, muitas vezes acentuada pela presença da fadiga ou pela impossibilidade de movimentos, pode servir como estimulante para a realização de práticas aeróbicas com sentido fisioterapêutico.

A falta de previsibilidade advém da impossibilidade em se estimar a situação sintomática do paciente, de modo que pode haver uma crise quando este menos esperava, desestimulando-o a continuar o tratamento pela ruptura de expectativas.

A depressão é outra causa desmotivacional severa, pelo impacto causado nos objetivos que o paciente deve se impor para a realização de atividades físicas. Outro reflexo da depressão é que não somente as práticas de atividades físicas como também o desinteresse pelas atividades diárias mais básicas costuma ocorrer de maneira bastante comum.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, porque esse tipo de pesquisa permite uma análise dos fenômenos que não são aparentemente observáveis, mas que cercam a vida dos indivíduos. Nos pacientes portadores de úlceras venosas e de pressão, pode-se perceber o sentimento em relação ao preconceito que pode sofrer da sociedade.

O estudo compreendeu duas etapas: a primeira constituiu na consulta de informações por meio de revisão bibliográfica, para embasamento teórico; e a segunda fez-se estudo de campo, cujo trabalho desenvolveu-se com base na dialogicidade, mediadas pelas seguintes estratégias: levantamento dos casos e entrevistas com os portadores de feridas crônicas.

Assim, um estudo qualitativo caracteriza-se por julgar ser capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, como menciona Minayo (2006, p. 22).

### 4.1 CAMPO DA PESQUISA

Segundo Proetti (2006, p. 95) o campo é o local onde naturalmente acontecem os fatos e fenômenos, onde são percebidos e coletados os dados pelo pesquisador. Essa se faz por observação direta, levantamento ou estudo de caso.

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família, no município de Castro Alves-Ba, o qual antes de se tornar município era uma região habitada pelos índios Sabujás e Cariris, descendentes dos Tupinambás. No início do século XVIII, o donatário João Evangelista de Castro Tanajura, incumbiu o Capitão-mor, Antonio Brandão Pereira Marinho Falcão, de iniciar a colonização em terras desmembradas da sesmaria de Aporã. Antonio Brandão instalou-se no local a Fazenda Curralinho, onde esta era pouso obrigatório dos tropeiros em busca das minas do Rio de Contas, surgindo então o povoado. Mais tarde, elevado à condição de município em 1880, pela Lei Provincial nº 1987. O topônimo da cidade foi alterado para Castro Alves em 1900, pela Lei Estadual nº 360. Este nome foi dado em homenagem

Antônio Frederico de Castro Alves, conhecido como o poeta Castro Alves, que na época residia na cidade.

O município situa-se no Recôncavo, na Macrorregião do Leste Baiano e na Microrregião de Feira de Santana, compreendendo uma área de 763 (km<sup>2</sup>), é limitado ao Norte pelos Municípios de Ipaceteá e Ipirá; ao Sul, pelos Elísio Medrado e Santo Antonio de Jesus; a Leste, pelos de Conceição do Almeida, Sapeaçu, Cruz das Almas e Santo Estevão; a Oeste, pelos de Iaçú e Santa Teresinha. Geograficamente compreende 12º76556 graus de Latitude Sul, 39º42833 graus de Longitude Oeste, Altitude 278 (m) dominada por elevações dispersas, sendo a Serra da Jibóia a mais importante. E sua distância da capital, Salvador, corresponde a 190 (km) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

Os dados populacionais, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2009), apresentam o município com sua população de aproximadamente 25.000 (vinte e cinco mil) habitantes. O município dispõe-se de 01 (um) Hospital Regional, 01 (uma) Maternidade Filantrópica, 01 (uma) Unidade Básica de Saúde, 08 (oito) Unidades de Saúde da Família, 03 (três) Clínicas Particulares, 05 (cinco) consultórios Odontológicos municipais e 06 (seis) particulares, entre outros.

#### 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos do estudo, 07 (sete) pessoas identificadas com o diagnóstico de feridas crônicas. A investigação para identificação dos mesmos deu-se através de coleta de informações junto a Unidade de Saúde da Família, do referido município.

Para critério de seleção, foram inclusos indivíduos a partir de 20 anos, portadores de feridas crônicas, especificamente úlceras de pressão e úlceras venosas, independente da causa, raça, etnia, sexo e religião e que aceitaram participar do estudo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, onde cada um ficou com uma cópia, e assim foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa.

Como identificação para estes indivíduos, utilizou-se nomes fictícios, apelidando-os com nomes de flores, como: Cravo; Crisântemo; Flor-de-lis; Girassol; Hortênsia; Lírio e Tulipa.

Com eles foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com roteiro previamente formulado, e logo após o término da coleta, foram transcritas na íntegra, realizando assim a organização da Coleta de Dados, para posterior análise dos resultados. Com base na análise de conteúdo de Bardin (1997, p. 42) que pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

#### 4.3 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Barros (2002) afirma que a coleta de dados significa a fase da pesquisa em que se indaga e se obtém dados da realidade pela aplicação de técnicas. Os dados dessa pesquisa foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, gravada, com o roteiro previamente formulado (Apêndice A). Foram aplicadas aos indivíduos portadores de ferida crônica, que concordaram em participar do estudo, depois de terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O roteiro da entrevista consta de três partes distintas: a primeira contendo dados de identificação: nome, idade, sexo, nível de escolaridade e renda familiar; a segunda: patologia associada, classificação da ferida (úlceras venosa ou úlcera de pressão), localização da ferida, tempo de surgimento, tratamento utilizado (sistêmico e local) e a terceira é a parte específica do estudo. As entrevistas foram realizadas em suas próprias residências. Os dados foram transcritos na íntegra, analisados, conforme os objetivos, questionamentos e respostas obtidas dos colaboradores, em seguida, digitados no programa Microsoft Word, separando-os por categorias de modo a favorecer a compreensão dos leitores.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS – CAAE Nº. 4928.0.000.070-10

Os sujeitos foram esclarecidos sobre o estudo, com garantia de sigilo e privacidade, os quais, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade Adventista da Bahia, e logo após ser aprovado procedeu-se a Coleta de Dados.



## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se aqui os resultados do estudo, analisados conforme os objetivos propostos.

No primeiro questionamento, objetivou-se conhecer os dados de identificação dos sujeitos entrevistados que, estão demonstrados nos quadros 01 e 02, logo abaixo:

QUADRO 01 – Dados socioeconômicos dos sujeitos da pesquisa. Castro Alves, 2010.

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>Renda Familiar</b>
<b>Cravo</b>	43 anos	Masculino	Ensino fundamental incompleto	400,00
<b>Flor-de-lis</b>	52 anos	Feminino	Ensino fundamental incompleto	415,00
<b>Girrasol</b>	26 anos	Masculino	Ensino fundamental incompleto	400,00
<b>Tulipa</b>	77 anos	Feminino	Ensino fundamental incompleto	580,00
<b>Crisântemo</b>	39 anos	Masculino	Ensino fundamental completo	1.200,00
<b>Hortênsia</b>	56 anos	Masculino	Ensino médio completo	400,00
<b>Lírio</b>	47 anos	Masculino	Ensino médio completo	800,00

Fonte: Silva, 2011.

QUADRO 02 – Tipo de patologia associada à úlcera dos sujeitos da pesquisa. Castro Alves, 2010.

<b>Nome</b>	<b>Patologia Associada</b>	<b>Classificação da Ferida</b>	<b>Localização</b>	<b>Tempo de Surgimento</b>	<b>Tratamento Utilizado</b>
<b>Crisântemo</b>	Paraplegia	Úlcera de Pressão	Região sacra	7 meses	Sistêmico: atualmente não utiliza. Local: S.F 0,9% e AGE
<b>Lírio</b>	Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial	Úlcera de Pressão	Região sacra, trocânteres e nádegas	1 ano e 4 meses	Sistêmico: amoxicilina Local: S.F. 0,9%
<b>Cravo</b>	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Úlcera Venosa	Terço inferior da perna	30 anos	Sistêmico: atualmente não utiliza. Local: S. F. 0,9% e pomada colagenase
<b>Flor-de-lis</b>	Cardiopatia, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Úlcera Venosa	Terço inferior da perna	1 anos e 2 meses	Sistêmico: amoxicilina Local: S. F. 0,9% e pomada fibrase
<b>Girrasol</b>	Hipertensão Arterial	Úlcera Venosa	Terço inferior da perna	1 anos e 3 meses	Sistêmico: atualmente não utiliza Local: S.F 0,9%
<b>Tulipa</b>	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Úlcera Venosa	Terço inferior da perna	6 meses	Sistêmico: amoxicilina Local: S.F 0,9%, pomada neomicina com bacitracina
<b>Hortênsia</b>	Hipertensão Arterial	Úlcera Venosa	Terço inferior da perna	4 anos	Sistêmico: diosmin (diosmina e espeperidina), cefalexina e cipro. Local: S.F 0,9%, safgel e AGE

Fonte: Silva, 2011.

Verifica-se na amostra pesquisada cerca de 71% são do sexo masculino e 29% do sexo feminino. Para ambos os sexos a faixa etária variou de 26 a 77 anos. Destaca-se que a idade avançada é um fator importante a ser considerado nos

portadores de feridas crônicas, principalmente para aqueles com úlcera venosa. O envelhecimento altera todas as fases da cicatrização da ferida, devido à redução da resposta inflamatória onde o tecido colagenoso torna-se menos maleável e o tecido da cicatrização menos elástico (CUNHA, 2006, p. 15).

O indicador escolaridade demonstrou que, 57% não concluiu o ensino fundamental. Apenas 14% concluiu o ensino fundamental e 29% afirmaram possuir ensino médio completo. A escolaridade é um fator importante para o tratamento, uma vez que o grau de instrução propicia melhor conhecimento da patologia, dos cuidados que devem ser tomados em relação aos tratamentos e aos curativos, como também a aceitação da doença.

A renda familiar variou entre 400,00 a 1.200,00 reais, demonstrando a condição sócio-econômica dos sujeitos.

Com relação ao tipo de patologia associada, 29% referiram Hipertensão Arterial (HAS); 29% Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial; 14% estava acamado, com HAS e seqüelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE); 14% cardiopata, DM e HAS; e 14% paraplegia.

Durante as entrevistas com os colaboradores da pesquisa observou-se que 71% apresentam úlceras com características venosas, localizadas no terço inferior da perna, e 29% apresentam úlceras de pressão; 14% dos participantes apresentavam úlcera de pressão apenas na região sacra, o que em outros 14% as úlceras de pressão localizavam-se nas regiões sacra, trocanteres e nádegas.

Registra-se que as úlceras venosas são as mais comuns das úlceras de perna. Trata-se de uma insuficiência venosa crônica, caracterizada por dor, onde o pé e o tornozelo podem ficar edemaciados, geralmente acontece na área do maléolo medial ou lateral e são tipicamente grandes, superficiais e altamente exsudativas (BRUNNER; SUDDARTH, 2005, p. 897).

Quanto às úlceras por pressão, estas acometem pacientes que ficam muito tempo acamados, ou na mesma posição, o que é confirmado por Irion (2005, p. 121) que a descreve “como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente”.

Com relação ao tempo de surgimento da úlcera observou-se que este variou entre 06 (seis) meses a 30 (trinta) anos.

Do total de participantes 43% não utilizavam tratamento sistêmico, apenas tópico, e os demais, 57%, faziam uso de tratamento sistêmico e tópico. Entre os

antibióticos utilizados estavam a amoxicilina, a cefalexina, o ciprofloxacino e o diosmin; dos tópicos estavam o S.F. 0,9%, ácido graxo essencial (AGE), safgel, neomicina com bacitracina, colagenase e fibrase.

A seguir, apresenta-se a parte específica do estudo, a partir das respostas às questões que constam no Apêndice A. Estas foram divididas em categorias de acordo com as manifestações dos sujeitos entrevistados.

## 5.1 CONHECIMENTO DE PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS SOBRE O TRATAMENTO

Nessa categoria agrupam-se informações relacionadas ao conhecimento e tratamento dos portadores de feridas crônicas, entrevistados, tornando-se pertinente a divisão em duas subcategorias.

### 5.1.1 Importância do Tratamento

Observou-se durante a entrevista, que os portadores de feridas crônicas mesmo sem ter o conhecimento científico sabem da importância do tratamento da ferida e do curativo diário, conforme demonstram as falas abaixo:

*Pra mim é ótimo porque tá curando, né, a escara. Pra mim foi tudo bom depois que veio fazer esses curativos em casa (Crisântemo, 39 anos, UP a 7 meses).*

*Acho importante que faça todos os dias. Porque devido ao problema dele, ele é assim muito acamado, sem condições de andar, e fazer um curativo depois de um dia dois dias, não, eu acho importante fazer todos os dias, pra ver se consegue cicatrizar (Lírio, 47 anos, UP a 1 ano e 4 meses).*

*Tomando a medicação às vezes eu não sinto a dor, né, que eu vinha sentindo quando eu não tomava (Cravo, 43 anos, UV a 30 anos).*

*Porque achei melhora e evolução no tratamento. O curativo e o antibiótico ajudou sarar. (...) a carne tava sem querer subir, o médico achou que a*

*fibrase puxava a carne mais rápido, ele mandou eu comprar (Flor-de-lis, 52 anos, UV a 1 ano e 2 meses).*

*Sim, por causa da dor que eu sentia e do ferimento, eu tomava os antibióticos que o médico passava. E os curativos também, pra limpar a ferida (Girassol, 26 anos, UV a 1 ano e 3 meses).*

*O curativo é bom porque limpa aquela sujeira, agente sente aquela coisa diferente no ferimento, sente aquele alívio, aquilo bom. E quando não faz fica aquilo ruim, aquela coisa estranha que eu não sei nem explicar como é. Quando agente usa um antibiótico que aquilo tá dando bem, agente sente a diferença que aquilo vai melhorando, cicatrizando, e quando não tá aquilo continua ruim, incomodativo (Tulipa, 77 anos, UV a 6 meses).*

*Sem o curativo não tem como o ferimento ficar bom (Hortênsia, 56 anos, UV a 4 anos).*

De acordo as respostas dos entrevistados pode-se concluir que, ao lidar com pessoas portadoras de feridas é importante lembrar que estamos lidando com seres humanos, especialmente fragilizados, com odores e secreções, com dores tanto no corpo quanto na alma, como afirma Dantas Filho (2003).

Para Cândido (2001) o papel do enfermeiro é de fundamental importância para esse tratamento, pois é ele quem executa o curativo e quem está em contato direto com o paciente, examinando sua lesão, recomendando exames complementares, que possam auxiliar no diagnóstico e evolução da cicatrização e, por fim, orientando na prevenção de outros problemas.

Essa atenção auxilia no processo através da conscientização e da valorização da seriedade do tratamento a ser seguido. Os tratamentos ou curativos envolvem a limpeza da ferida com o uso de técnicas e fluidos que buscam minimizar traumas mecânicos e químicos.

### 5.1.2 Realização dos curativos diários

Todos os entrevistados relataram realizar os curativos diariamente, inclusive aos sábados e domingos.

*São feitos pela manhã e pela tarde, todos os dias. Sábados e domingos também (Crisântemo, 39 anos, UP a 7 meses).*

*Todos os dias pela manhã, e finais de semana (Lírio, 47 anos, UP a 1 ano e 4 meses).*

*Todos os dias (Cravo, 43 anos, UV a 30 anos).*

*Uma vez no dia (...) eu fazia no posto e a tarde eu fazia em casa porque não dava pra ir andando, não agüentava. No sábado e domingo só em casa (Flor-de-lis, 52 anos, UV a 1 ano e 2 meses).*

*Todos os dias, de manhã e de tarde. Ah! E sábado e domingo (Girassol, 26 anos, UV a 1 ano e 3 meses).*

*Todo dia, uma vez por dia, (...) até sábado e domingo (Tulipa, 77 anos, UV a 6 meses).*

*Todos os dias, inclusive sábados e domingos (Hortênsia, 56 anos, UV a 4 anos).*

Brunner; Suddarth (2005, p. 899) afirmam que as úlceras de perna são crônicas e difíceis de curar; com freqüência elas reincidem, mesmo quando os pacientes seguem rigorosamente o plano de cuidados. Desse modo, a meta primária reside no cuidado a longo prazo dos pés e pernas para promover a cura e evitar recidiva das ulcerações. Ainda, o mesmo autor afirma que a participação dos membros da família e profissionais de saúde pode ser necessária para o tratamento, como as trocas diárias de curativo, reavaliações e avaliação do plano de cuidados, sendo necessário o acompanhamento regular por um profissional de saúde.

## 5.2 MODIFICAÇÕES NO COTIDIANO, RELACIONADOS AO CONVÍVIO FAMILIAR E SOCIAL

Nessa categoria foi constatado que houve mudanças no cotidiano de todos os entrevistados, tais como de ordem psicológica, fisiológica, financeira e limitações na vida social. As falas a seguir, exemplificam essa afirmação.

*Ah! Mudou bastante, porque eu perdi a minha liberdade de ficar sentado, bastante, né, fico evitando pra curar logo e é muito chato (Crisântemo, 39 anos, UP a 7 meses).*

*Antes da ferida ele ficou quatro meses na UTI, (...) foi que daí essas feridas apareceram e que tá até hoje, né, um ano e quatro meses. Hoje ele tá melhor, engordou mais um pouquinho, toma a alimentação, ele come verduras, come normal, agora tudo no liquidificador e por via gastrostomia. (...) acho que a ferida dele tá melhorando (Lírio, 47 anos, UP a 1 ano e 4 meses).*

*Ah! Mudou muita coisa, porque, quando eu era novo eu jogava bola, eu podia até fazer um trabalhozinho, depois que apareceu esse ferimento como é que trabalha, não posso trabalhar porque os pés incham, quando eu vou trabalhar nasce uma íngua aqui do lado, aí avermelha a perna toda, e não tem como eu andar, aí eu fico na cama. (...) eu tenho quatro filhos e o pessoal me trata bem (Cravo, 43 anos, UV a 30 anos).*

*Mudou que eu não posso andar, não posso movimentar pra não receber poeira, inchar. E aí eu acho... (...) uma pessoa inútil porque não posso cumprir com minha tarefa, não posso resolver aquilo que eu devia resolver sobre a minha casa (Flor-de-lis, 52 anos, UV a 1 ano e 2 meses).*

*Tudo, mudou tudo. Não posso trabalhar, sem dinheiro e dois filhos pra tomar conta, vivendo através do meu pai, de minha mãe, dos meus irmãos é quem me ajuda, meu tio de vez em quando é que dá uma ajuda porque ele também não pode (...) (Girassol, 26 anos, UV a 1 ano e 3 meses).*

*Impaciência, (...) não tenho firmeza nas pernas, isso me dá uma tristeza horrível, eu digo o meu Deus será que eu não vou andar mais, eu quero é meus pés pra ir pra igreja, eu sou evangélica. (...) porque é muita dor que eu sinto que não dá pra eu ir (Tulipa, 77 anos, UV a 6 meses).*

*Tudo, eu não faço mais nada, não posso andar, dói muito, não posso usar uma saia, um vestido, mudou minha vida bastante, gastei muito, não tenho mais o que gastar de dinheiro com remédio, tudo que eu tinha já foi gasto, não tenho mais nada. (...) Não vou passear, não viajo pra lugar nenhum, por que eu não vou viajar pra lugar nenhum com ferimento, como vou fazer curativo lá, deixei de viajar, de fazer muitas coisas (Hortênsia, 56 anos, UV a 4 anos).*

Pelo fato do problema não possuir uma cura rápida, o tratamento das feridas crônicas é caracterizado por ser realizado demoradamente pelo paciente, em certos casos. Assim, alguns fatores psicossociais influenciam de forma negativa na cicatrização e cura das lesões como a ausência de unidade de apoio aos portadores dessas feridas; dificuldades financeiras e de transporte; isolamento; dor; comportamento de rejeição ou não adesão ao tratamento e demora da troca dos curativos.

Desse modo, o retardamento da cicatrização contribui para que o paciente tenha uma tendência à descontinuidade do tratamento, seja por se sentir impotentes

como também pela mudança radical em hábitos próprios, ou até mesmo pelo esquecimento quanto à metodologia do tratamento medicamentoso.

Carvalho et al (2006) defendem que as mudanças na vida dessas pessoas possam ser melhor compreendidas se elas tiverem oportunidade de expressarem seus sentimentos, discutirem suas dificuldades, superarem seus temores, preocupações e desafios.

### 5.3 MITOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Quando questionados sobre o tratamento caseiro, 57 % dos entrevistados disseram ter feito o uso, conforme demonstram as falas abaixo:

*(...) o remédio caseiro você não sabe como é, como ta sendo preparado, né, por causa das bactérias (...) o caseiro eu usei muitas coisas, mandam eu usar, eu não sei o que foi, sei que foi uma mistura com uma borra do telhado (Lírio, 47 anos, UP a 1 ano e 4 meses).*

*(...) eu já fiz cada uma arte com esse pé, eu já usei coró de sapo nesse pé, (...) porque o povo dizia que cicatrizava, certo. Peguei um sapo vivo (...) cortei o coró do sapo do tamanho do ferimento e coloquei em cima, aí grudou parecendo uma cirurgia plástica, aí com três dias não tinha quem agüentasse o mal cheiro, aí eu tive que tirar na raça, aumentou a ferida e ficou toda verde, ficou um negócio feio mesmo, (...) tive que ir pro hospital (Cravo, 43 anos, UV a 30 anos).*

*(...) eu já usei arueira, fervia e lavava, com isso o ferimento melhorou (Girassol, 26 anos, UV a 1 ano e 3 meses).*

*(...) porque uma vez eu fui banhar (a ferida) com arueira e malva branca, eu quase desmaiava, tive até que me internar no hospital (Hortênsia, 56 anos, UV a 4 anos).*

O tratamento de feridas é considerado um problema sociocultural, devido o grau de discernimento do povo e os mitos de cada tipo de tratamento, como as incríveis condutas, que vão desde a aplicação de excremento de animais até rezas e benzedeiças (CÂNDIDO, 2001, p. 56).

Sobre isso, Pinheiro (1999), relatou que as ervas medicinais eram utilizadas pelos chineses desde 3.700 antes de Cristo e, ainda hoje, constitui-se um recurso de



muitas famílias contra doenças, constituindo-se em práticas populares de saúde, e os conhecimentos sobre elas passam geralmente de pais para filhos.

Conforme o mesmo autor, em primeiro lugar as pessoas têm de saber que benefícios ou maléficos tal planta trará à sua saúde e se é realmente indicada para aquela patologia. Sendo assim, o ideal é consultar especialistas, como fitoterapeuta ou naturista, e não usar sem critério e por conta própria.

#### 5.4 RECUPERAÇÃO DA LESÃO ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE CURATIVO E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Nessa categoria, foi verificado que os participantes sabem da importância da limpeza da ferida, porém abstêm-se de alimentos ricos em nutrientes, que são necessários para sua recuperação.

*Lava com soro, passa o óleo (AGE), cobre com gaze e a fita (esparadrapo hipoalérgico).*

*Influenza, é eu acho que sim, eu acredito que nenhuma faz mal, eu como de tudo, no SARA (onde ficou internado) mesmo não me proibiram de comer nada (Crisântemo, 39 anos, UP a 7 meses).*

*Lavo com soro, uso luva, gaze esterelizada e o óleo dersani, e o esparadrapo aquele antialérgico. O soro é perfurado com agulha, lavo a jato, e um soro todo pras quatro feridas.*

*Não, nenhuma (Lírio, 47 anos, UP a 1 ano e 4 meses).*

*Eu coloco a luva nas mãos. (...) pego a gaze, lavo a ferida bem lavadinho com o soro e tá pronto o curativo, enrolo com atadura, às vezes quando tenho um dinheirinho sobrando eu compro uma pomada e deixo aqui pra dia de domingo.*

*Oia, é porque coisa remoso eu não como, eu não como carne de porco, as vezes quando eu como uma galinha ela é assada, certo, carne fresca acho que é pro causa do problema do ferimento eu não gosto nem de olhar. Eu gosto muito de verdura (...) tem o chuchu, tem o abacaxi, se agente usar eu penso pra mim que é ruim (Cravo, 43 anos, UV a 30 anos).*

*Colocava luva, minha e filha fazia o curativo (...), colocava o soro e a pomada (fibrase) quando era em casa, o soro eles me davam lá no posto e a pomada eu comprava, e no posto usava soro e uma pomada que eu não sei qual é.*

*Não, que a alimentação eu venho seguindo o mesmo que era antes. Eu senti que o maxixe que eu comi uma vez, inflamou, as outras eu não utilizo porque fico com medo, como coisas que ramam, carne de porco, (...) galinha (Flor-de-lis, 52 anos, UV a 1 ano e 2 meses).*

*Eu lavo as mãos, uso a luva, lavo soro e enrolo com gaze e atadura.*

*Sim, eu não como a carne de porco e as coisas que ramam, como abóbora, melancia, maxixe, por que me disseram que faz mal (Girassol, 26 anos, UV a 1 ano e 3 meses).*

*(...) ela molha uma gaze com soro fisiológico e dobra a pontinha e passa ali em cima, eu chego agarrar na perna de dor, limpa a pomada, ela vem com outra enxuga bem enxutinha, aí passa a pomada com outra gaze, cobre com uns pedacinhos de gazes e bota os esparadrapo de um lado e do outro.*

*Tem muita coisa que eu não to usando não, porque o pessoal fala que é remoso, por exemplo, o chuchu eu não como, quiabo eu não como, só como abóbora porque ela ramam mais é lisa, o chuchu e o quiabo tem muito espinhozinho, (...), então acho que aquilo vai biliscar o ferimento (Tulipa, 77 anos, UV a 6 meses).*

*Com material esterelizado quando é no posto e em casa eu faço com a luva, lavo a ferida com bastante soro.*

*Sim, quando eu não comia certas coisas ela só tava aumentando, afundando que tava quase no osso, e agora que eu voltei a comer todas as coisas, frutas, verduras, ela tá bem melhor (Hortênsia, 56 anos, UV a 4 anos).*

Para Brasil (2002), os procedimentos utilizados para a higienização de uma úlcera consistem em retirar células mortas, corpos estranhos, tecido necrótico ou desvitalizado e reduzir os microorganismos presentes na área afetada. Essa limpeza deve ser realizada com técnica adequada, utilizando-se material esterelizado.

Segundo Blanes (2004), a limpeza refere-se ao uso de fluidos para suavemente remover bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos e resíduos de agentes tópicos.

Borges; Chianca (2000) resumem que a melhor técnica de limpeza do leito da ferida, é a que alcança toda sua extensão e profundidade, como a irrigação com jatos de soro fisiológico, ou seja, sob pressão, perfurando o frasco da solução com agulha de grosso calibre, o que será suficiente para a remoção de corpos estranhos e tecidos frouxamente aderidos, acelerando o processo de cicatrização.

Aliada ao tratamento adequado das feridas está à alimentação, que deve ser rica em nutrientes, que regeneram e multiplicam as células, sendo esses essenciais ao processo de cicatrização. Pensando nisso, Silva et al (2007, p. 161) relatam que a alimentação é indispensável para uma perfeita saúde e para uma boa qualidade de vida, e ainda complementam que “o estado nutricional é um fator primordial para que se tenha êxito em todo tratamento instituído, para acelerar processos de cicatrização e até mesmo na prevenção de lesões”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as feridas crônicas apresentam um elevado índice na população brasileira, estas tornam-se sério problema de saúde pública, requerendo dos profissionais de saúde, principalmente da enfermeira, que está em contato direto com o paciente, uma assistência completa e diferenciada, voltada para a prevenção e tratamento das lesões, bem como, orientação a portadores e cuidadores quanto à realização de atividades de auto-cuidado, necessárias para a melhoria da qualidade de vida.

Com isso, buscou-se verificar o conhecimento de portadores de feridas crônicas em Unidades de Saúde da Família do município de Castro Alves/BA, com relação ao tratamento e realização dos curativos, bem como as interferências que ocorrem no cotidiano dessas pessoas.

Nesse contexto, foi constatado que a maioria dos portadores de úlceras crônicas não detêm conhecimento ideal sobre tratamentos, técnicas de curativos e prevenção. Apenas identificam que, o uso de medicamentos sistêmicos ajudam a melhorar a dor, mas em relação ao uso tópico, usam apenas alguns que não têm resposta rápida à cicatrização, nunca utilizaram outros produtos, por desconhecer a existência de diferenciados meios de tratamento.

Embora todos relatarem realizar os curativos diariamente, esses são insuficientes para uma cicatrização ideal e em menor tempo, devido não só as técnicas utilizadas em casa, como traumas no leito da ferida, retirando células de cicatrização, o que poderia ser evitado se houvesse orientação a esses indivíduos, como o simples uso da solução fisiológica a jato, mas também pelo longo tempo entre um curativo e outro, e uso de medicações tópicas com pouca efetividade a cicatrização da ferida.

Assim, como outras doenças crônicas, as úlceras provocam mudanças significativas no cotidiano dessas pessoas, e isso foi notado nos depoimentos dos sujeitos que participaram desta pesquisa. Baseado nisso, torna-se de fundamental importância o engajamento de uma equipe multiprofissional, qualificada para o cuidado e tratamento, levando em consideração que muitos aspectos negativos os acometem.

Dessa forma, é viável o conhecimento das condições sociais e necessidades biopsicossociais desses indivíduos, para assim proporcionar atividades educativas e incentivá-los na participação do processo de cicatrização, garantindo maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente a cura das lesões. Dessa forma, torna-se de suma importância proporcionar aos profissionais de saúde maior conhecimento sobre as feridas crônicas, realizando capacitação, grupos de estudos, incentivo para novas pesquisas e ampliação do conhecimento sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An. Bras. Dermatol.** , Rio de Janeiro, v. 81, n. 06, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000600002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000600002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: Maio de 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: ed. 70, 1977.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 2. ed. ampliada, São Paulo: Pearson Markron, 2002.

BERGAMO, M. I. B. B. **Consulta de enfermagem ao cliente portador de úlcera venosa crônica em tratamento com Bota de Unna**. (Dissertação) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1990.

BLANES, L. **Tratamento de Feridas**. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia Vasculuar: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em:<<http://www.baptista.com>>.

BLANES, L. et al. Úlcera por Pressão: utilizando instrumentos de avaliação de risco como estratégia para a prevenção. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 37-45, out/nov/dez. 2003.

BORGES, E. L; CHIANCA, T. C. M. **Tratamento e Cicatrização de Feridas – parte I**. Nursing, São Paulo, v. 3, n. 21, fev. 2000.

BORGES, E. L; CHIANCA, T. C. M. **Tratamento e Cicatrização de Feridas – parte II**. Nursing, São Paulo, v. 3, n. 23, abr. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**, de 10 de outubro de 1996.

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

BRYANT, R. A. **Acute and Chronic Wounds: Nursing Management**. St Louis, MO, Mosby, 1999.

CÂNDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: ed. SENAC, 2001, 282 p.

CAROL, T. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1592 p.

CARVALHO, E. S. S. et al. O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 26-32, abr./maio/jun. de 2006.

CUNHA, N. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas**. Olinda/PE, 2006. Disponível em: [http://www.abenpe.com.br/diversos/sae\\_tfc.pdf](http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf). Acesso em: jan. de 2008.

DANTAS FILHO, U. P. Aspectos éticos no tratamento de feridas. In: JORGE, S. A; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

DEALEY, C. **CUIDANDO DE FERIDAS: um guia para as enfermeiras**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001. 216 p.

GOGIA, P. P. Revisão técnica Ricardo Cavalcanti Ribeiro. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

HESS, C. T. **Management of the patient with a venous ulcer**. *Advances in Skin and Wound Care*, 2000, p. 79-83.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichemann & Affonso Editores, 2002, 226 p.

IRION, G. **Feridas: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 390 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. Rev. Aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006, 406 p.

PINHEIRO, A. Ervas medicinais e chás exigem cuidados. **Rev. da Hora do Jornal Agora São Paulo**, 1999. Disponível em: <http://ervasnet.br.tripod.com/materias/mat001.shtml>. Acesso em: maio de 2008.

POLETTI, N. A. A. **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.

PROETTI, S. **Metodologia do Trabalho Científico.** 5. ed. São Paulo: Edicon, 2006, p. 95.

Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Castro Alves.** Castro Alves/BA. 2007.

SILVA, R. C. L. et al. (Org.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Ed. Yendis, 2007. 508 p.

Brunner/Suddarth. SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica.** 10. ed. vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, T. T. **Importância da terapia nutricional especializada na cicatrização de úlceras de decúbito.** Nutrição em Pauta [revista on line], 2003. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/novo/47/entparent.html>. Acesso em: março de 2008.

TORTORA, J. G. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia.** 4. ed. São Paulo: Artmed, 2000.

YAMADA, B. F. A. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.** (Dissertação) - Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2002.



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A** – Roteiro para Entrevista Gravada

**APÊNDICE B** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento - ao Participante

**APÊNDICE C** – Carta de Encaminhamento ao Comitê de Ética

## APÊNDICE A

Faculdade Adventista da Bahia  
Roteiro para Entrevista Gravada para Coleta de Dados  
TEMA: FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento  
Entrevistadora – Edineide dos Santos Silva

### I – Dados de identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Moradia: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Tipo de patologia: \_\_\_\_\_

Classificação da ferida: \_\_\_\_\_

Tempo de identificação da ferida: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

### II – Questões do estudo:

1. Para o(a) Sr.(a) qual a importância do tratamento e realização dos curativos?
2. De quanto em quanto tempo são realizados os curativos?
3. Os curativos são realizados em casa ou em Unidade de Saúde? O que utiliza?
4. Como são realizados?
5. O que mudou na sua vida depois da ferida?
6. O que o(a) Sr.(a) deixa de fazer por causa da ferida?
7. Para o(a) Sr.(a) a alimentação influencia na lesão, cicatrização da ferida?
8. No tratamento da sua ferida o(a) Sr.(a) prefere o remédio indicado pelo médico ou o caseiro? Porque?
9. Na sua família que cuidados são tomados quando alguém tem uma ferida?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – AO PARTICIPANTE

Eu, Edineide dos Santos Silva, Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde Pública da Faculdade Adventista da Bahia, solicito através deste, sua colaboração para participar de uma pesquisa no Município de Castro Alves-BA, nas Unidades de Saúde da Família, pesquisa esta, intitulada “**FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento**”, destinada a construção do Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação, que tem como objetivo avaliar o conhecimento dos portadores de feridas crônicas, quanto a importância do tratamento e realização dos curativos periódicos. Por tanto, a entrevista será realizada através de questionário previamente formulado com entrevista gravada. Este documento terá duas vias assinadas pelo participante e pelo pesquisador, onde cada um ficará com uma cópia. Os resultados desse trabalho poderão subsidiar planejamento para um melhor atendimento de enfermagem, tendo ainda, a finalidade de estimular os portadores de feridas crônicas a buscar mais conhecimento sobre os tratamentos disponíveis.

Aceitando, asseguro que será garantido o seu anonimato, a reprodução fiel do seu depoimento e a utilização dos dados apenas para a pesquisa e divulgação em eventos científicos. Se houver dúvidas, essas serão esclarecidas em qualquer fase da pesquisa. Os participantes desta pesquisa poderão sofrer alguns riscos como, constrangimento ou medo em expor suas práticas, seus valores morais, sociais, culturais ou espirituais. Nesse sentido, farei o possível para minimizá-los. Os benefícios será sua contribuição na pesquisa científica com vistas a buscar melhorias no tratamento das feridas crônicas e conseqüente uma melhor qualidade de vida.

Contudo, você poderá desistir de participar em qualquer fase do estudo, sem que isso implique em qualquer ônus para o(a), Sr.(a).

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

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

Eu certifico que expliquei o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, acima, a natureza, propósito, benefícios  
e possíveis riscos associados á sua participação nesta pesquisa, que respondi todas  
as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Registro no conselho: 197060.

Endereço: Av. ACM, nº 213, Centro. Castro Alves-BA.

Telefone: 88330262.

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

## APÊNDICE C

### Carta de Encaminhamento ao Comitê de Ética

Cachoeira, 23 de Setembro de 2010.

Ao Coodenador do Comitê Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Prezado senhor

Pelo presente, encaminho a V.Sa., o projeto de pesquisa intitulado de **FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento**. Para apreciação desse egrégio Comitê de Ética e emitir parecer a fim de prosseguir o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Certa do atendimento subscreve-me.

Atenciosamente,  
Edineide dos Santos Silva

Estudante do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública – IAENE

---

Prof. Roberto Ferreira de Oliveira  
Orientador

## APÊNDICE D

### Declaração de Autoria

Diante deste instrumento, responsabilizo-me integralmente pelo conteúdo apresentado neste trabalho de conclusão de curso à Faculdade Adventista da Bahia, estando ciente das sanções e punições legais, no que tange a cópia parcial ou total de obra intelectual, o que se configura como violação do direito autoral previsto no **Código Penal Brasileiro no art.184**. (*[...]§ 1º Se a violação consistir em reprodução total ou parcial, com intuito de lucro direto ou indireto, por qualquer meio ou processo, de obra intelectual, interpretação, execução ou fonograma, sem autorização expressa do autor, do artista intérprete ou executante, do produtor, conforme o caso, ou de quem os represente [...]*), estando também ciente das penalidades previstas no **art.299** (*Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante*) do mesmo código no que tange a falsidade ideológica.

Assim sendo e por ser verdade subscrevo-me,

---

Edineide dos Santos Silva

Autora do TCC

Cachoeira, 12 de janeiro de 2011.

## **ANEXOS**

### **ANEXO A – Folha de Rosto – SISNEP**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			FR - 366410
Projeto de Pesquisa FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento			
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum	Grupo Grupo III	Nível Não se aplica	
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica
Unitermos Ulceração, auto-cuidado, enfermagem			
Sujeitos na Pesquisa			
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO
Banco de Materiais Biológicos NÃO			
Pesquisador Responsável			
Pesquisador Responsável EDINEIDE DOS SANTOS SILVA		CPF 819.048.515-68	Identidade 0887073263
Área de Especialização ENFERMAGEM		Maior Titulação GRADUADA	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço AV. ACM, 213		Bairro CENTRO	Cidade CASTRO ALVES - BA
Código Postal 44500-000	Telefone / 75-8833-0262	Fax	Email neidney@hotmail.com
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.			
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: ____/____/____		Assinatura _____	
Instituição Onde Será Realizado			
Nome PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTRO ALVES		CNPJ 13.693.122/0001-52	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Enfermagem/Pós-graduação em Saúde Pública		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço PRAÇA DA LIBERDADE, Nº 376		Bairro Centro	Cidade CASTRO ALVES - BA
Código Postal 44.500-000	Telefone	Fax	Email
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: _____		Assinatura _____	
Data: ____/____/____			
Vinculada			
Nome Faculdade Adventista de Fisioterapia - FAFIS		CNPJ 73.686.370/0095-5	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Pós-graduação em Saúde Pública		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Rod BR 101 Km 197 Cx Postal 18		Bairro Capoeiruçu	Cidade Cachoeira - BA
Código Postal 44300000	Telefone 75 34258055	Fax 75 34258104	Email cep@adventista.edu.br
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.			
Nome: _____		Assinatura _____	
Data: ____/____/____			