

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM FERIDAS CRÔNICAS TRATADOS EM AMBULATÓRIO

EPIDEMIOLOGIC AND CLINICAL OVERVIEW OF PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS TREATED AT AMBULATORY

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON HERIDAS TRATADOS EN AMBULATORIO

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira^I
Joyce Beatriz de Abreu Castro^{II}
José Mauro Granjeiro^{III}

RESUMO: O objetivo foi realizar um estudo epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas, com descrição clínica e dos produtos utilizados no tratamento. Estudo quantitativo com entrevista e exame clínico de 186 pacientes atendidos no Ambulatório de Reparo de Feridas do hospital universitário em 2010. Os resultados estão de acordo com estudos internacionais, o maior percentual de pacientes está na faixa etária entre 57-69 anos (28%), é do sexo feminino (54%) e apresenta comorbidades como hipertensão arterial e diabetes (73%). A maior parte tem apenas uma ferida (65%) de etiologia venosa (51%). As bordas das lesões são maceradas (46%), o leito granulado (40%), com exsudato seroso (59%) e sem odor fétido (89%). Os produtos mais utilizados foram o hidrogel (32%) e os ácidos graxos essenciais (26%). Os dados apontam a importância de considerar as características clínicas do paciente e da ferida para se obter resultados positivos no tratamento.

Palavras-chave: Úlcera da perna; cicatrização de feridas; epidemiologia; enfermagem.

ABSTRACT: This research set out to conduct an epidemiologic study of patients with chronic wounds. It aimed at providing both a clinical description and a description of the products used in the treatment. A quantitative study with interview and clinical examination of 186 patients assisted at the Wound Repair Ambulatory of the university hospital in 2010. Results are in compliance with international studies. Highest rates are found in patients aged 57 to 69 years (28%), females (54%), and with comorbidity such as high blood pressure and diabetes (73%). Most of them have just one wound (65%) of venous etiology (51%). The edges of the lesions are macerated (46%), the bed is granulated (40%), with serous exudate (59%) with no fetid odor (89%). Products with highest use were hydrogel (32%) and essential fatty acids (26%). Data shows the relevance of valuing both the patients' clinical characteristics and those of the wound to obtain positive results in the treatment.

Keywords: Leg ulcer; wound healing; epidemiology; nursing.

RESUMEN: El objetivo del presente estudio fue hacer un perfil epidemiológico de los pacientes con heridas crónicas, haciendo una descripción clínica y enumerando los productos utilizados durante el tratamiento. Se trata de un estudio cuantitativo con la entrevista y el examen clínico con 186 pacientes bajo tratamiento en el Ambulatorio para Curación de Heridas del hospital universitario en 2010. Los resultados están de acuerdo con estudios internacionales, la mayor parte de los pacientes tienen edades comprendidas entre 57-60 años (28%), son mujeres (54%) y presentan comorbilidad como hipertensión arterial y diabetes (73%). La gran mayoría tiene sólo una herida (65%) de origen venoso (51%). Lesiones con bordes maceradas (46%), con fondo granulado (40%), con exudado seroso (59%) y sin olor fétido (89%). Los productos más utilizados fueron el hidrogel (32%) y los ácidos grasos esenciales (26%). Los datos recolectados enfatizan la importancia de considerar a cada paciente y su herida correspondiente para lograr que el tratamiento tenga resultados positivos.

Palabras clave: Úlcera de la pierna; cicatrización de heridas; epidemiología; enfermería.

INTRODUÇÃO

O retardo no processo de cicatrização das feridas é um problema clínico significativo^{IV}, que impacta na recuperação do paciente e aumenta significativamente os custos da assistência de saúde^I. Dada a complexidade da

lesão e suas consequências na vida do paciente, a atenção integral torna-se essencial. Os cuidados devem estar adequados à especificidade de cada lesão, exigindo condutas especiais de um profissional com conhecimen-

^IProfessora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa e membro da Unidade de Pesquisa Clínica da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: beatrizguitton@globo.com.

^{II}Enfermeira da Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: joycebeatrizcastro@hotmail.com.

^{III}Professor Adjunto e membro da Unidade de Pesquisa Clínica da Universidade Federal Fluminense. Especialista Senior em Metrologia e Qualidade do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jmgranjeiro@gmail.com.

^{IV}Este projeto recebeu apoio do Edital MCT/CNPq/CT- Saúde/MS/SCITIE/DECIT número 067/2009.

to técnico e científico capacitado para o acompanhamento do processo de cicatrização².

Nesse sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas no âmbito dos serviços de saúde que estudem o perfil dos pacientes com feridas e apontem para o aprimoramento no tratamento das feridas crônicas e consequente contribuição para melhoria da saúde coletiva. O objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas, com descrição clínica e dos produtos utilizados no tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

A cicatrização da ferida envolve um processo complexo de eventos celulares e bioquímicos, e qualquer falha pode resultar no retardo do fechamento da lesão. Após a injúria acontece a hemostasia e a fase inflamatória, caracterizada por aumento da permeabilidade vascular, quimiotaxia e ativação celular. Em seguida, a fase proliferativa com migração de fibroblastos e células endoteliais. E por último, a maturação e remodelagem com deposição de colágeno^{1,2}.

Muitos fatores extrínsecos e intrínsecos ao paciente podem interferir em maior ou menor grau nesse processo de cicatrização. Entre os fatores extrínsecos estão aqueles relacionados às condições da ferida e ao tratamento realizado, neste caso, os cuidados com as normas assépticas, a técnica de curativo e a escolha dos produtos utilizados são fundamentais. Enquanto, os fatores intrínsecos estão relacionados às condições clínicas do paciente, e podem ser agravados na presença de doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares e imunossupressoras, que alteram o fluxo sanguíneo normal e o estado imunológico¹.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, clínico observacional, transversal, quantitativo realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas de um hospital universitário, com 186 pacientes atendidos nas consultas de enfermagem, em 2010. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, com ferida crônica (úlceras diabéticas, neuropáticas, venosas, arteriais ou por pressão) e em acompanhamento regular no hospital universitário. Foram excluídos pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, de insanidade mental e mulheres grávidas.

Os dados foram coletados pelos professores pesquisadores, por meio de entrevista, na consulta de enfermagem e exame clínico. Para avaliação da lesão foram adotadas as técnicas de decalque e registro fotográfico. A consulta foi realizada de forma sistematizada cumprindo as etapas do processo de enfermagem.

No trabalho foi utilizada a estatística não paramétrica, mediante um modelo de análise da

variância, pois, se estuda o comportamento das variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, tabagismo, etilismo, doenças de base, avaliação (da localização, classificação da ferida, número de lesões, tempo de evolução da lesão, início do acompanhamento no ambulatório, tamanho, característica do tecido da borda e do leito, exsudato, profundidade, odor e pele adjacente) e produtos utilizados. Tendo, então, dois fatores de classificação: um deles é a variável tempo (fator de tratamento) e o outro é cada uma das demais variáveis (consideradas blocos)³.

A análise da variância para dois critérios de classificação foi utilizada para testar simultaneamente a diferença entre médias, considerando dois tratamentos ou fontes de variação ($X_{ij} = \mu + \alpha_i + \beta_j + \varepsilon_{ij}$) onde: μ : efeito médio da população; α_i : efeito específico da i -ésima coluna; β_j : efeito específico da linha j ; ε_{ij} : erro residual, efeito aleatório por causas específicas para cada observação X_{ij} .

O estudo foi aprovado com o número 194/06 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, e os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos voluntários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em três categorias: fatores sociodemográficos; histórico clínico; avaliação da ferida; e produtos utilizados nas feridas.

Fatores sociodemográficos

Em relação a *idade* observa-se que o maior percentual de pacientes com feridas crônicas está na faixa etária entre 57 e 69 anos (28%), seguidos de 69 a 82 anos (27%), de 44 a 57 (24%), de 31 a 44 (11%). Os menores percentuais são das pessoas menores de 31 anos (5%) e maiores que 82 (5%).

Considerando que os idosos são os mais acometidos por feridas crônicas e a idade média de vida da população brasileira tem aumentado, pode-se dizer que este fator se torna relevante uma vez que as pessoas que vivem mais terão maior possibilidade de exposição ao problema. Este dado reforça a importância atual de política pública voltada para a saúde dos idosos, em especial para proteção da sua pele e para os agravos das doenças crônicas, considerando ainda, que a projeção para os próximos anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é o aumento da expectativa de vida do brasileiro⁴.

Entretanto, vê-se que o percentual de adultos acometidos por feridas crônicas também é significativo, este fato é preocupante, quando se relaciona a presença da ferida às complicações do estado de saúde, ou seja, a presença da úlcera em decorrência da doença crônica. Isso significa que acomete indivídu-

os em idade produtiva, acarretando afastamento do trabalho e até mesmo aposentadorias precoces, agravando situações socioeconômicas já precárias.

Com relação ao *sexo*, 54% dos pacientes com feridas crônicas são do sexo feminino e 46% do sexo masculino. Foi observada que existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,0121$).

A diferença percentual entre sexo feminino e masculino de indivíduos acometidos por feridas vem diminuindo ao longo dos anos. Por muitos tempo, a maioria dos estudos apontou maior ocorrência de úlceras no sexo feminino^{5,6}, entretanto, alguns estudos recentes mostram maior ocorrência de pacientes do sexo masculino. Um estudo realizado na Inglaterra apresentou 53% de homens⁷ e outro estudo realizado em Goiânia 67,2% homens com úlceras⁸. Embora as mulheres ainda sejam as mais acometidas devido a fatores como gravidez e hormônios⁹.

Quanto ao nível de *escolaridade* dos pacientes em acompanhamento no ambulatório, a maioria tem o primeiro grau incompleto (53%); seguidos de primeiro grau completo (16%) e segundo grau completo (15%). Sendo que 11% são de analfabetos. Neste caso, as diferenças estatisticamente significantes entre as escolaridades é relevante ($p=0,0002$).

Os profissionais de saúde devem considerar a variável escolaridade ao realizar as orientações sobre os cuidados de saúde ao paciente com feridas, considerando que quanto maior a compreensão desses indivíduos no desempenho das ações de autocuidado maior será a obtenção de sucesso no tratamento, principalmente porque os pacientes com feridas crônicas normalmente possuem doenças de base que determinam a etiologia da ferida e prejudicam o processo de reparo tecidual, como o diabetes, a hipertensão arterial e a insuficiência venosa crônica. As orientações devem ser claras e explicadas durante as consultas; abranger além dos conteúdos relacionados à ferida, orientações direcionadas para as doenças de base; serem entregues por escrito, preferencialmente digitadas em letras grandes e com textos pequenos e de fácil compreensão.

O enfermeiro desenvolve o processo de educar/cuidar do indivíduo idoso com *Diabetes Mellitus* e outras comorbidades para informar e esclarecer dúvidas sobre o mal-estar e bem-estar, entendendo e avaliando as possíveis limitações que ele e sua família possam ter. Dessa forma, esse profissional colabora com a prevenção de agravos recorrentes de enfermidades⁹.

Histórico clínico

Entre as principais *doenças de base*, 20% têm *Diabetes Mellitus* e hipertensão arterial; 17% apresentam somente hipertensão arterial; 13% apresentam hipertensão associada a outras patologias; 12% apresentam *Diabetes Mellitus* associado a outras patologias; 8% apresentam somente *Diabetes Mellitus*.

Portanto, a maioria dos pacientes atendidos no ambulatório referem algum tipo de doença de base, principalmente diabetes ou hipertensão. Sendo que estas doenças são a causa do surgimento da ferida ou do retardo na cicatrização, dessa forma, os enfermeiros devem direcionar a assistência de enfermagem considerando os aspectos clínicos do paciente, os sinais e sintomas da patologia associada e os aspectos da ferida.

Este resultado também está relacionado à idade dos pacientes em acompanhamento no ambulatório, que tem como consequência, além da idade avançada, o efeito combinado do envelhecimento biológico, da predisposição genética, dos hábitos de vida e dos agravos à saúde.

É difícil para o paciente alterar seus hábitos de vida, apesar de saber que a eficácia do tratamento depende em parte deles, porém eles vivenciam dificuldades para se adaptarem aos novos hábitos de vida, principalmente quando se refere à alimentação¹⁰.

Em relação às doenças de base, existem diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,000089$), indicando que a variável doença de base é relevante para a cicatrização das feridas.

É fato que a hipertensão venosa de longa duração produz feridas, as causas prováveis do surgimento da lesão são relacionadas ao bloqueio do oxigênio ou dos nutrientes pelos acúmulos de fibrina ou por fragmentos perivascularares de fibrinas nas pernas; vazamento de macromoléculas para dentro dos tecidos perivascularares e bloqueio dos capilares por leucócitos, todos estes fatores interferem na cicatrização da ferida. A assistência dos enfermeiros ao paciente com úlcera venosa requer terapia compressiva, manutenção do meio ambiente úmido e desbridamento de tecido necrótico¹¹.

No diabetes, a atuação reduzida das células inflamatórias, juntamente com uma quimiotaxia reduzida, resulta em destruição menos eficiente das bactérias com mais infecções subsequente e menor deposição de colágenos. A inflamação reduzida induzida pelos esteroides afeta a migração celular, a proliferação e a angiogênese¹¹.

No que diz respeito ao consumo de álcool e fumo, os dados desta pesquisa não foram significativos estatisticamente, apenas 8% dos pacientes são tabagistas e 9% são etilistas. Estes resultados podem estar relacionados às intensas orientações do serviço e às campanhas realizadas nos últimos anos no Brasil, pelo governo e Ministério da Saúde, contra o fumo e a ingestão de álcool.

Avaliação da ferida

Em relação à *classificação das feridas*, 51% dos pacientes possuem úlceras de etiologia venosa, 24% de etiologia diabética, 13% de outras etiologias, como lesões cirúrgicas, 6% com úlcera por pressão, 3% com

úlceras de etiologia neuropática, 2% com úlcera de etiologia arterial e 1% sem informação a classificação da úlcera. A classificação das feridas apresenta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000113$) para a cicatrização das feridas.

Os dados da literatura confirmam que o principal tipo de úlcera da perna são de etiologia venosa, suas principais características são: situar-se na área do maléolo medial ou lateral, serem grandes, superficiais e muito exsudativas. O diagnóstico é traçado pelo exame clínico, onde se busca a presença de veias varicosas nos membros inferiores, queixas de dormência, câibras, edema vespertino, sensação de peso, tabagismo e caso de hipertensão venosa nos antecedentes¹². O diagnóstico conclusivo é feito pela história do cliente, localização da lesão, o aspecto da pele ao redor da ferida e a presença de pulsos arteriais. A evolução da lesão deve ser acompanhada através de sua medida, do tipo de tecido e presença de exsudato¹². A classificação das úlceras é importante para determinar os cuidados de enfermagem e a indicação terapêutica do produto.

Quanto ao número de feridas, cerca de 65% dos pacientes possuem apenas uma ferida, 23% com duas feridas, 8% com três feridas e apenas 4% com mais de três feridas. Ainda, 51% dos pacientes apresentam úlcera venosa, e uma das suas características é a presença de lesão única¹².

Em relação à localização das feridas, houve predominância do terço inferior da perna (28%), seguida da região do maléolo medial (24%) e maléolo lateral (12%); no terço inferior e médio da perna (2%), na região dorsal do pé (9%), na região plantar (1%), na região do terço médio da perna (5%) e no pododáctilo (4%), em região trocantérica (1%), em região calcânea (4%), no terço superior da perna (2%). As outras feridas estavam localizadas na região sacra (5%), na coxa (2%) e na mão (1%).

Em outro estudo, o maior percentual de pacientes atendidos no ambulatório de feridas apresentava lesões nas pernas; seus autores enfatizaram que a perfusão dos tecidos lesados constitui o objetivo mais importante do tratamento das feridas, e as expectativas eram de que as feridas das extremidades cicatrizassem mais lentamente do que as feridas na face¹¹.

O número ($p=0,824611$) e a localização ($p=0,050700$) das lesões não são estatísticas significantes para a cicatrização das feridas.

Outro resultado importante é o acometimento de pacientes com úlceras diabéticas (24%), que aparecem comumente em pés (dedos, calcanhares e região metatarsiana), e tem como fatores desencadeantes arterioesclerose, que é a diminuição do fluxo sanguíneo levando a redução de aporte nutricional e oxigênio¹³. As feridas são devidas a uma insuficiência arterial, cujo problema fundamental é a isquemia, da qual a hipóxia é o elemento principal.

Sobre o tamanho das feridas no início do tratamento, ressaltaram os seguintes resultados: 22% mediam entre 0.1cm² à 10cm², outros 21% mediam entre 11cm² à 99cm² e 8% tinham mais de 100cm², podendo chegar a 300cm². Vale destacar que após o tratamento dos pacientes no ambulatório do hospital universitário, com acompanhamento regular, 39% das feridas mediam de 0.1cm² à 10cm², 28% mediam de 11cm² a 100cm², 11% tinham mais de 100cm², 13% das feridas não foram mensuradas e 9% das feridas apresentavam-se cicatrizadas. As medidas de perímetro e áreas das feridas são importantes para comparação de regimes de tratamento e para monitorização da resposta terapêutica individual¹³.

Quanto às características do tecido nas bordas das feridas, 46% destas lesões possuíam áreas maceradas; 36% bordas com tecido de epitelização; 10% já se apresentavam cicatrizadas; 7% hiperqueratinizadas; 1% apresentava outro tipo de tecido. Nesta variável, existe diferença estatisticamente significativa do tecido das bordas para a cicatrização das feridas ($p=0,004589$).

Áreas maceradas dificultam o processo de reparo, enquanto o tecido de epitelização é responsável pelo fechamento da lesão¹⁴. A epitelização começa através da proliferação de células na borda da ferida que migram por sobre a fibronectina do colágeno da superfície da ferida utilizando proteínas contráteis¹¹.

Quanto ao tecido do leito, ressalta-se que 40% apresentavam apenas tecido de granulação, 30% das feridas com tecido de granulação e pouco desvitalizado e 16% com mais tecido desvitalizado.

A característica do tecido no leito da ferida é um importante indicador do estágio da cicatrização alcançado ou de complicações que possam estar presentes¹⁴. O tecido de granulação no leito é um ponto positivo, uma vez que favorece o reparo tecidual e consequentemente o fechamento da lesão.

Em relação ao exsudato das feridas, os resultados apontaram que 61% das lesões apresentavam a produção de exsudato seroso, em 25% havia produção de exsudato serosanguinolento, 3% com exsudato purulento, 2% com produção de exsudato sanguinolento e piosanguinolento e 8% dessas lesões não produziam nenhum tipo de exsudato devido as mesmas já terem sido cicatrizadas e 1% não foi informado. Ressalta-se que não existe diferença estatisticamente significativa do tipo de exsudato para a cicatrização das feridas ($p=0,143302$).

O líquido da ferida reflete o seu meio ambiente em qualquer momento durante o processo de cicatrização; estudos mostraram a presença de citocina em maior quantidade na fase inicial da cicatrização e com redução gradual nos dias seguintes, estimulando a proliferação de fibroblastos e a síntese de colágeno¹¹.

A grande porcentagem de feridas produzindo exsudato do tipo seroso é um ponto positivo no estu-

do, pois a presença deste tipo de exsudato é um processo natural presente em úlceras crônicas, significando ausência de sinal de infecção no leito da lesão, evoluindo assim para um melhor prognóstico.

Em relação à *quantidade de exsudato*, 52% das feridas eram pouco exsudativas, 18% apresentavam exsudato em média quantidade, 19% apresentavam grande quantidade de exsudato e 10% das lesões eram ausentes de exsudato devido as lesões já se apresentarem cicatrizadas e 1% não foi informado.

Existe diferença estatisticamente significativa da quantidade de exsudato para a cicatrização das feridas ($p=0,032851$).

A quantidade de exsudato presente na lesão varia de acordo com a fase da cicatrização em que se encontra, sendo que na fase inflamatória há uma maior drenagem dessa secreção e pouca nas fases posteriores. Uma ferida muito exsudativa pode representar uma fase inflamatória prolongada ou infecção¹⁵.

A quantidade de exsudato na ferida é determinante para a escolha do produto da cobertura da lesão. Feridas muito exsudativas necessitam de curativos com alto poder de absorção como alginato e curativos secundários com gazes.

No que se refere à *profundidade das feridas*, 59% das lesões apresentavam profundidade superficial, 28% com profundidade parcial, 4% com profundidade total, 8% estavam cicatrizadas e em 1% não foi informada a sua profundidade. Quanto mais superficiais são as úlceras maior é a chance de cicatrização.

À medida que a ferida vai cicatrizando, ela fica mais superficial e encurta seu tamanho; esta fase recebe a designação de contração, é uma etapa importante que encurta as cicatrizes e contrai as feridas abertas, sendo influenciada por fatores do crescimento e inibida pelos esteroides antiinflamatórios¹¹.

A maioria das lesões (89%) não apresentou odor fétido, enquanto apenas 10% das lesões apresentaram odor e 1% não foi informado. Não existe diferença estatisticamente significativa do odor para a cicatrização das feridas ($p=0,383212$).

O odor forte está relacionado a úlceras muito exsudativas e com infecção, relacionado ao crescimento bacteriano ou presença de tecido necrótico, não sendo o caso da maioria dos pacientes estudados^{12,16}.

Quanto à *evolução das feridas*, 33% dos pacientes desenvolveram a úlcera crônica há menos de 1 ano, 20% estavam com lesão entre 1,1 a 2 anos, 10% já possuíam a lesão há mais de 10 anos, 8% de 2,1 a 3 anos, 10% de 5,1 a 10 anos, 5% de 3,1 a 5 anos e 14% não souberam informar.

É previsto o tempo prolongado de cicatrização, tendo em vista que se trata de lesões crônicas, ocorrendo a cicatrização num tempo mais prolongado que o habitual. Além da possibilidade de recorrência dessas úlceras.

Os dados estatísticos mostraram como as variáveis contribuíram para o processo de reparo, porém uma ferida de profundidade superficial, com borda epitelizada, leito com tecido de granulação, pouca quantidade de exsudato seroso, sem odor fétido e pele adjacente hidratada propiciará a cicatrização mais rapidamente.

Não existe diferença estatisticamente significativa da evolução da lesão para a cicatrização das feridas ($p=0,096983$).

Produtos utilizados nas feridas

Os *produtos mais utilizados* no tratamento das feridas crônicas foram hidrogel (30%), o ácido graxo essencial (AGE) (23%), a collagenase (16%), a vaselina (9%), a sulfadiazina de prata (5%), o alginato de cálcio (4%), a *bota de unna* (1%), o *aquasept gel* (1%).

Ainda com 1% cada, foram aplicados: o carvão ativado, o antibiótico tópico, o antifúngico tópico e o hidrocoloide, a junção de alginato e collagenase, o álcool à 70%, a junção de AGE e hidrogel, a junção de collagenase e AGE 1%. Em 3% dos pacientes, os produtos utilizados não foram informados. O álcool a 70% foi utilizado em incisão cirúrgica.

A utilização de produtos diferentes nos serviços de curativo está relacionada às características da lesão, como o tipo de tecido, a quantidade de exsudato e a presença de infecção. Entretanto, a falta de produtos disponíveis nas instituições públicas tem sido comum, levando o enfermeiro a interromper o tratamento e substituir o produto pelo disponível. Outros produtos necessitam de estudo quanto a sua efetividade, estabilidade, indicações e contraindicações¹⁷.

O conhecimento do perfil dos pacientes com feridas auxilia na otimização do tratamento com a compra de produtos adequados à demanda do serviço, além de oferecer subsídios ao treinamento e à atualização dos profissionais.

CONCLUSÃO

Baseando-se nos resultados deste estudo, conclui-se que, para verificar a eficácia nos tratamentos das feridas, é necessário considerar que ocorreram diferenças estatisticamente significantes ($p<0,05$) para a cicatrização nas variáveis escolaridade, doenças de base, classificação da ferida, tecido da borda e quantidade de exsudato. Neste estudo não houve diferenças estatisticamente significantes ($p>0,05$) entre os tratamentos, considerando o sexo, a quantidade de feridas, a localização, o tamanho anterior e o atual, a evolução da ferida, o tecido do leito, o tipo de exsudato, a profundidade e o odor.

O grupo de idosos foi o mais acometido por feridas de difícil cicatrização e comorbidades como hiper-

tensão arterial e diabetes. Quanto à classificações das feridas, a maioria dos pacientes possui úlceras de etiologia venosa e cerca de um quarto de etiologia diabética. A maioria apresentou apenas uma lesão, com predominância de localização no terço inferior da perna. Quanto às características da lesão, apesar de aproximadamente a metade apresentar bordas maceradas, dificultando a migração celular, mais de um terço era de tecido de granulação e a maioria com exsudato seroso e sem odor fétido, o que demonstra aspectos positivos para cicatrização.

Sobre os produtos para cobertura da ferida, o hidrogel e o AGE foram os mais utilizados, sendo apropriados para lesões com menos exsudato, presença de tecido de granulação e sem sinais de infecção, como é o caso da maioria das feridas nesta pesquisa. Os dados apontam resultado positivo do tratamento, com feridas de bom aspecto e redução de tamanho.

Uma limitação do estudo é a falta de continuidade da terapêutica no serviço público. A falta do produto ou a compra inadequada leva à interrupção do tratamento, nesse sentido, reforça-se a importância do enfermeiro no gerenciamento e na assistência direta ao paciente com lesão.

Aponta-se também a necessidade de discussão sobre a relação entre as comorbidades e as lesões, e o raciocínio clínico para a tomada de decisão em equipe, pois a abordagem ao paciente com feridas é um desafio interdisciplinar que transcende ao tratamento da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina Ribeirão Preto*. 2008; 41: 259-64.
2. Reis DB, Peres GA, Zuffi FB, Ferreira LA, Poggetto MTD. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm*. [Periódico Online] 2013 [citado em 13 jun 2013]. 17:93-100. Disponível em: http://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=7c878edc83&view=att&th=13f3f3348a1022c8&attid=0.1&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B_P8B9WChftga2vcOiuN41QyA&sadet=1371209114030&sads=ymv6mrP2FQKgyWEXQsX1j_PQd8&sadssc=1
3. Medeiros VZ, Caldeira AM, Pacheco GL, Machado MA, Gassenferth W. *Métodos quantitativos com excel*. São Paulo: Centrage Learning; 2008.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIS 2010: mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. [Comunicação Social na Internet]; 2010 [citado em 15 fev 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visua_liza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1.
5. Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastrados em programas de saúde pública. *Cogitare enferm*. [Periódico Online] 2007 [citado em 22 fev 2011]. 12:353-7. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10032/6891>.
6. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na estratégia de saúde da família. *Rev Eletr Enf*. [Periódico Online] 2010 [citado em 22 fev 2011]. 12:727-35. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a19.htm>. doi:10.5216/reev12i4.8425
7. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *Br J Nurs*. 2006; 21:17-23.
8. Sant'ana SMS, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. [Periódico online] 2012 [citado em 14 jun 2013]. 4:637-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>
9. Santos I, Guerra RG, Silva LA. Características individuais e clínicas de pessoas idosas com diabetes: investigação temática em oficina sociopoética. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:34-40
10. Ferreira DSP, Daher DV, Teixeira ER, Rocha IJ. Repercussão emocional diante do diagnóstico de *Diabetes Mellitus* tipo 2. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:41-6.
11. Arnold M, Barbul A. Nutrition and wound healing. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 117(7 suppl):42S-58S.
12. Brandão S, Santos I. *Enfermagem em dermatologia: cuidados técnicos, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2006.
13. Miot HA, Mendaçolli TJ, Costa SV, Haddad GR, Abbade LPF. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. *Rev Assoc Med Bras*. [Periódico online] 2009 [citado em 22 fev 2011]. 2:145-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/16.pdf>
14. Orosco SS, Martins EAP. Avaliação de feridas: uma descrição para sistematização da assistência. *Enf Atual*. 2006; 1:39-46.
15. Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
16. Abreu AM, Oliveira BGRB, Manarte JJ. Treatment of venous ulcers with an unna boot: a case study. *Online Braz J Nurs*. [Periódico Online] 2013 [cited in 2013 jun 14]. 12:198-208. Available in: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3845>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133845>.
17. Leite APL, Oliveira BGRB, Soares MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. [Periódico online] 2012 [citado em 14 jun 2013]. 33(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300026&script=sci_arttext

