

REVISTA FERIDAS

Entrevista
HANSENÍASE:
Uma doença ainda
estigmatizante

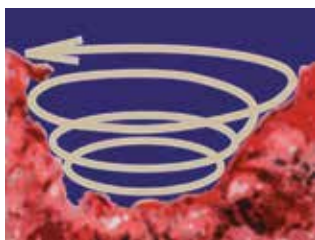
R\$ 26,00
REVISTA FERIDAS
ISSN 2418-7336



Artigos

Eficácia do uso de ácido hialurônico no tratamento de úlcera isquêmica arterial com alto risco de amputação de membro • Feridas e suas formas de cuidado • Hanseníase: Um contexto epidemiológico atual no Brasil • Tecnologia DACC – Análise de Custo Efetividade no Gerenciamento de Feridas de Difícil Cicatrização

NAS FERIDAS



Acelerando a cicatrização



Desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹ (inflamatória, proliferativa e remodeladora), acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - *Creme*. **INDICAÇÕES:** Hyaludermin® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g.

Reg. MS nº 1.0341.0053 - **VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR

REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Leticia Leivas Munir - MTB 064181

(jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos

(maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima

ATENDIMENTO GERAL

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

(11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

CONSELHO CIENTÍFICO REVISTA FERIDAS

DRª AÍDA CARLA SANTANA DE MELO COSTA: Universidade Tiradentes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde | Campus 2 - Ciências Biológicas e da Saúde | Fisioterapeuta / Mestre em Ciências da Saúde / Doutorado em Ciências da Saúde. **DRº AYLTON CHEROTO FILHO:** Hospital das Clínicas da FMUSP | Formação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo | Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica pelo HC-FMUSP | Mestrado em Cirurgia Plástica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **CARLA CRISTINA ARAÚJO:** Fisioterapeuta Mestre em Biológicas (Fisiologia) pelo Instituto de Biociências Carlos Chagas Filho (UFRRJ). Doutoranda em ciências Biológica, pelo Instituto de Ciência Básica da Saúde (UFRRS). Colaboradora do laboratório de Investigação Pulmonar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da sociedade Americana Torácica e da Sociedade Brasileira de Fisiologia. **DANIELE VIEIRA DANTAS:** Enfermeira e administrativa (UFRN). Doutora e Mestre em enfermagem/UFRN. Professora adjunta do Departamento de enfermagem/UFRN e membro do grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de enfermagem/UFRN. **DAVID DE SOUZA GOMES:** Médico. Diretor técnico de Serviço de Saúde da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico responsável pelo Serviço de Queimaduras. Professor titular de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro. Professor da Faculdade de Medicina de São Paulo e Médico do Hospital Escola Wladimir Arruda. **FRANCISCO LOPES:** Médico. Membro especialista e titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPCP). Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Preceptor dos Serviços de Cirurgia Plástica e do grupo de Prevenção e Tratamento de feridas do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre. **GERALDO MAGELA SALOMÉ:** Médico. Cirurgião Plástico Pós Doutorado e doutor em cirurgia plástica. Universidade Federal de São Paulo. Docente do curso de Mestrado Profissional Ciências Aplicadas à saúde da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS, Pouso Alegre/MG). **GILSON DE VASCONCELOS TORRES:** Enfermeiro. Pós Doutor em enfermagem (Évora/Portugal). Doutor em enfermagem (EERP/USP). **DRº JOSÉ ADORNO:** Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica | Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1986) e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. **PROFº JOSÉ ANTONIO GONÇALVES SILVA:** Especialista em Enfermagem Dermatológica (ESTÁCIO DE SÁ) | Mestre em Ciência da Saúde (UNISA) | Mestre em UTI (IBRATI) | Especialista em Urgência e Emergência e Cuidados Intensivos (UNICSUL) | Especialista em Enfermagem Cardiovascular e Intervencionista (UNICSUL) | Pós Graduação em Administração dos Serviços de Saúde (UNICSUL) | Pós Graduação em Docência para Nível Médio e Superior (FACCAMP) | Bacharel em Enfermagem (UNICASTELO) | Enfermeiro Assistencial Hospital São Camilo UTI/Adulto | Docente na Universidade Santa Rita - SP. **DRº JOSÉ MARIA PEREIRA DE GODOY:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem | Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. **DRº KLEDER GOMES DE ALMEIDA:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Morfofisiologia | Graduação em Medicina pela Universidade Serra dos Orgãos, Mestrado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo e Doutorado pela UFMS. **LUCIANA FRUTUOSO DE OLIVEIRA:** Enfermeira. Mestre em Saúde, Ambiente e trabalho ênfase em Epidemiologia. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (UFBA). **LUÍZA WILMA SANTANA DA SILVA:** Enfermeira. Pós doutora em Enfermagem (UFSC), com período de estudos em Londres e Inglaterra. Professora Titular do UESB (Jequié/BA). Docente colaboradora do programa de Pós – Graduação em enfermagem/UFBA. Coordenadora do Projeto de Extensão. **MARCOS BARRETO:** Médico. Coordenador do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração. **DRª MARIA DE FÁTIMA GUERREIRO GODOY:** Professora Convidada da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto | Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Metodista de Piracicaba Mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Pós Doutorado Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/CAPES. **MARINA DE GÓES SALVETTI:** Enfermeira. Pós Doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte com bolsa CAPES. Doutora em Ciência pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (2010). Realizou o programa “Internacional Nursing PhD e doutorado “sanduíche” com bolsas CAPES na Bloomberg Faculty of Nursing (University of Toronto) Professora do Departamento de Enfermagem Médico – Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP. **DRº MARCELO FERNANDO MATELO:** Hospital do Servidor Público Estadual, Cirurgia Vascular | Doutorado pela FMUSP | Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, doutorado em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade de São Paulo. **PROFª MA. SANDRA MARINA GONÇALVES BEZERRA:** Especialista em Estomatoterapia (UNITAU) | Mestre em Enfermagem (UFPI) | Doutorado em Enfermagem (UFPI) | Diretora Geral Hospital Promorar (FHT) | Professor Assistente I (UESPI). **DRº PAULO JORGE ALVES:** A Universidade Católica Portuguesa (UCP) | Doutorado em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. **DRª ROBERTA AZOUBEL:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem | Doutorado em Ciência da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Ciência da Saúde (UFRN) área de concentração úlcera venosa. **ROSEANNE MONTARGIL ROCHA:** Enfermeira. Pós-Doutorado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (2015). Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Plena da Universidade Estadual da Santa Cruz e Coordenadora Operacional do DINTER Em Enfermagem EERP/USP/UFMA/UESC. **DRª RUTINE MARIA GIFFONI ROCHA DE MESQUITA:** Universidade Federal de Roraima, Centro de Ciências da Saúde | Graduação em Medicina pela UFBA. **DRº SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR:** Doutorado em Biotecnologia | Mestrado em Reabilitação | Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública | Graduação em Enfermagem | Professor nas Universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de Graduação e Pós-graduação. **THAIZA TEIXEIRA XAVIER NOBRE:** Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Adjunta II FACISSA/ UFRN. Chefe do Laboratório de Anatomia Humana da FACISSA/ UFRN. Líder do grupo de pesquisa. Grupo Interdisciplinar de Estudos em Ciência, Saúde e Sociedade. Docente da residência multiprofissional da área de Fisioterapia materno-infantil.

A edição brasileira da Revista Feridas criada em maio/junho de 2013, atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área de Cirurgia Plástica, Infectologista, Vascular, enfermeiros, fisioterapeutas, podólogo e nutricionistas. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos. www.revistaferidas.com.br

Periodicidade: bimestral | **Tiragem:** 15.000 exemplares | **Impresso no Brasil por:** Brasilform Ltda | **ano 05 | R\$340,00**

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A revista Feridas enviará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

A **Revista Feridas** é uma publicação brasileira, com periodicidade bimestral, destinada à divulgação de conhecimento científico da Saúde, voltada ao grupo multidisciplinar formado por médicos de todas as especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentistas, psicólogos e tantos outros profissionais da área, e que tem como finalidade contribuir para a construção do saber desses profissionais. **Periodicidade:** bimestral. **Tiragem:** 20 mil exemplares.



www.facebook.com/revistaferidas



Edição 24

Ano 2017

Mês Maio/Junho

Sumário

833 Editorial

836 Artigo Comentado

837 Agenda

838 Notícias

844 Vitrine

846 Entrevista

Artigos

850 Eficácia do uso de ácido hialurônico no tratamento de úlcera isquêmica arterial com alto risco de amputação de membro

Effectiveness of the use of hyaluronic acid on arterial ischemic ulcer treatment with a high risk of member amputation

Eficacia del uso del ácido hialurónico en el tratamiento de úlceras isquémicas arteriales con un alto riesgo de amputación de miembros

Cláudia Paloma de Lima Barbosa, Marina Sandrelle Correia de Sousa, Maria Helloysa Herculano Pereira de Oliveira Araújo, Arthur Bento de Meneses, Daiane Rodrigues Lopes, Ana Gabriella Alexandre Souza da Silva, Maria Adriana Barbosa de Souza, João Cezar Castilho, Pedro Gonçalves de Oliveira

856 Feridas e suas formas de cuidado

Wounds and their forms of care

Heridas y sus formas de cuidado

Gabriela Neves Lopes, Cristina Lima Dos Santos, Raimundo Francisco de Oliveira Netto

862 Hanseníase: Um contexto epidemiológico atual no Brasil

Leprosy: An epidemiological context present in Brazil

La lepra: Un contexto epidemiológico actual en Brasil

Renato Scarsi Testa, José Antônio Gonçalves Silva

867 Tecnologia DACC – Análise de Custo Efetividade no Gerenciamento de Feridas de Difícil Cicatrização

DACC Technology - Analysis of Cost Effectiveness in the Management of Wounds of Difficult Healing

Tecnología DACC - Análisis de Coste Efectividad en la Gestión de Feridas de Difícil Cicatrización

Cristina Gomes Barbosa, Elaine Alboledo Monteiro

Lesão por dispositivos médicos: uma realidade pouco relatada

A pele é o maior órgão do ser humano, cobrindo total sua superfície sendo o grande responsável por manter a integridade corporal de forma visível, por ser um órgão complexo e multifuncional, atrai muita atenção e pesquisa científica devida sua fisiologia e de seus compostos químicos bem como os processos do envelhecimento que se tem descoberto ao longo desses anos.

A lesão por pressão tem sido estudada continuamente pela National Pressure Ulcer Advisory

(NPUAP) que é uma associação norte americana, que tem se dedicado à prevenção e tratamento de lesão por pressão, onde destacam dois pontos importantes: a lesão pode está relacionada a um dispositivo médico ou a outros tipos de dispositivos e que ocorre por um resultado de uma intensa e/ou prolongada pressão combinada com o cisalhamento, que se relaciona diretamente com tais fatores: microclima, nutrição, perfusão tecidual, doenças associadas e condições do tecido mole.

As lesões relacionadas a dispositivos médicos geralmente são feitas de materiais rígidos tais como: plásticos, borrachas e silicone que podem gerar uma pressão sobre os tecidos moles isso acontece principalmente se o dispositivo for colocado em alguma região com presença de edema. Quando nos referimos a (microclima) a calor e umidade, falamos das incontínências, pele friável e úmida e também a sudorese que ocorrem entre a pele e o dispositivo medico (adesivos placas e aparelhos). Além disso, existem as fitas adesivas e fixadores que são usados para fixarem os dispositivos, podendo desencadear uma irritação e principalmente irritar a pele que esta sensível.

Lembrando que as lesões apresentam uma ação potencializada quando há presença de edema e integridade da pele prejudicada nas proximidades, colo-



Profº/ Me. José Antônio Gonçalves Silva, Conselheiro da Revista Feridas – Enfermeiro Mestre em Ciências da Saúde (UNISA), Mestrado profissional em Terapia Intensiva (IBRATI), Professor do Curso de graduação em Enfermagem e Pós Graduação da Faculdade Santa Rita, Enfermeiro da Unidade de terapia Intensiva dos Hospitais: São Camilo e Alemão Osvaldo Cruz – São Paulo.

cando o paciente em maior risco de lesão tecidual relacionada a dispositivos médicos.

As lesões estão relacionadas ao uso de vários dispositivos como mostram evidencias científicas como o uso de: colar cervical mascara de ventilação não invasiva (pressão positiva continua nasal / CPAP), cânulas nasais, oxímetros de pulso, talas gessadas, cateteres urinários, tubo naso ou orotraqueal, fixadores de tubo traqueal, traqueostomia, cateteres

“ as lesões apresentam uma ação potencializada quando há presença de edema e integridade da pele prejudicada nas proximidades, colocando o paciente em maior risco de lesão tecidual relacionada a dispositivos médicos ”

nasogastrico ou nasoentericos e até mesmo meias de prevenção anti-tronbos (além de outros aqui não citados). Destaca-se que durante a permanência de algum dispositivo em paciente internados juntamente com seu estado de saúde, constitui um alto fator de risco para o aparecimento de lesão por pressão e que podem surgir em diversos locais pouco habituais como, por exemplo: orelha, nariz, abdômen, membros superiores e inferiores. Internacionalmente, os índices de lesão por pressão, são considerados importantes indicadores de qualidade assistência, tanto que nas metas

de segurança do paciente, passou ser uma exigência que agregou a metas (6) seis de danos de queda e lesão por pressão, em que os hospitais precisam analisar os casos, distribuição, pacientes vulneráveis e o local que são mais frequentes ao aparecimento de lesões e com isso subsidiar um planejamento de prevenção e avaliação das ações de enfermagem, além de ações educativas para a equipe de enfermagem.

A prevenção de lesão por pressão assim como lesão por dispositivos médicos tem sido foco de ações multiprofissionais em diversos cenários de cuida-

dos a saúde, o uso correto de conceitos e terminologias em lesão por pressão (LPP) faz com que estes profissionais possam avaliar e desenvolver estratégias de enfrentamento de maneira mais efetiva, cabendo especialmente ao enfermeiro apropriar-se dessas metodologias para ao seu cotidiano, relatando sua aplicabilidade, limitações e as mudanças encontradas por meios de evidências e publicar para acrescentar nos conhecimentos e nos acervos científicos abrindo assim um leque para mais trabalhos acadêmico. Desde já desejo uma ótima leitura a todos. ■

Normas de publicação da Revista Feridas

1. A Revista Feridas (RFE), como um veículo de difusão científica, abre espaço para que diversos profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, engenharia, fisioterapia, educação física, entre outros, divulguem seus estudos. A RFE aceita artigos inéditos e originais, e condena o plágio e o autoplágio. Os trabalhos devem ser destinados exclusivamente para a RFE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, seja parcial ou integralmente. Na pesquisa envolvendo seres humanos, é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2. Juntamente com o manuscrito, o/a(s) autor(-es/-as) deverá(-rão) enviar **declaração referente a responsabilidade de conteúdo, termo de transferência de direitos autorais e declaração de conflitos de interesse** (modelos no site: revistaferidas.com.br). O autor de correspondência deverá encaminhar os documentos para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br, juntamente com o artigo.

4. Categorias aceitas: artigos de revisão de literatura, artigos originais, relato de experiência profissional (inclui estudo de caso). Máximo de 15 páginas (excluindo apenas a folha de rosto). Notas e carta para Editora Científica (máximo de uma página).

5. Estruturação e preparação dos manuscritos: folha de rosto com títulos completos em negrito nos idiomas português, inglês e espanhol, nome dos autores separados por ponto e vírgula e, em nota de rodapé, a listagem dos autores (com respectivas titulações, instituições por extenso, departamento a que pertencem, e-mail de todos os autores e categoria do manuscrito; o autor de correspondência deve acrescentar o endereço). Resumos em português, inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras, espaçamento entrelinhas de 1,0, contendo objetivo, método, resultados e conclusão. Ensaio clínico devem apresentar o número do registro ao final do resumo e ter um máximo de 8 páginas (excluindo folha de rosto). Descritores: três a seis descritores acompanhando os idiomas português, inglês e espanhol, extraídos do vocabulário DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME (disponível em decs.bvs.br). Introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos: numeração arábica e sequenciada, no canto superior direito. Corpo do manuscrito: deve ser apresentado em folha A4, com margens superior, inferior, direita e esquerda a 3,0 cm. O texto deve ter espaçamento entrelinhas de 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12. Referências: em ordem numérica, seguindo as Normas Gerais do Estilo Vancouver.

6. Ilustrações: gráficos, tabelas, fotografias e fluxogramas, totalizando 06 ilustrações, devem ser inseridos no corpo do texto, exceto as fotografias. As nomenclaturas das ilustrações devem vir antes das mesmas, no canto superior direito justificado, numeradas sequencialmente, à medida que aparecem no texto (numeração arábica). As fotografias devem vir em alta resolução (mínimo de 300 DPI e 1 a 2 MBs.), encaminhadas em arquivo separado para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br.

7. Processo de julgamento: o anonimato dos autores será garantido. Cumpridas as normas pelos autores, o manuscrito será encaminhado para dois pareceristas (avaliação cega). Em discordância, será encaminhado a um terceiro parecerista. Após tomar conhecimento dos pareceres, a coordenação científica conduzirá a decisão: aceite, aceite após revisão e/ou recusa. Os manuscritos não aceitos serão excluídos dos arquivos da RFE.

8. Artigo aceito para publicação: um dos autores deverá assinar a revista; ainda, o autor deverá submeter seu artigo a um revisor das línguas portuguesa, inglesa e espanhola (da sua preferência) e enviar, em anexo, uma declaração desses revisores para o e-mail artigo@revistaferidas.com.br.

9. Ao primeiro autor do artigo serão encaminhados dois exemplares.

Normas completas no site: revistaferidas.com.br





VI Congresso Brasileiro de
Prevenção e Tratamento de Feridas

X Congresso Ibero-latinoamericano
sobre Úlceras y Heridas - SILAUHE

Feridas na Invisibilidade

31 de outubro a
3 de novembro
Bahia Othon Hotel
Salvador, BA

Prezados Parceiros,

Estamos construindo o VI Congresso de Prevenção e Tratamento de Feridas, onde o tema central do Congresso será: "Feridas na Invisibilidade".

A escolha deste tema, é importante pois o cuidado do paciente com feridas, é maior e mais complexo do que somente cuidar e tratar as feridas externas/físicas. O profissional de saúde deve se atentar para o grande impacto emocional/ psicológico que as feridas crônicas causam a milhões de pacientes.

Para completar nossa programação teremos os nossos parceiros Ibero-latinos com o XI Congresso Ibero-latinoamericano sobre Úlceras y Heridas, pela SILAUHE, como também o I Simpósio de Feridas e Nutrição em Epidermólise Bolhosa, o II Encontro sobre Úlcera de Perna na Doença Falciforme: prevenção e cuidados e o I Simpósio de Feridas e Hiperbárica uma parceria da SOBENFeE com a Sociedade de Hiperbárica.

Acreditamos que a construção e preparo deste Congresso, nos trará boas surpresas, pois contamos na comissão científica com profissionais capacitados e parceiros, para fazer deste congresso inesquecível e de alto padrão científico.

VALORES DE INSCRIÇÃO	até 3x sem	até 2x sem	à vista	à vista
	juros no cartão	juros no cartão		
Categoria	Até 23/05/17	Até 22/08/17	Até 23/10/17	No local
Profissional sócio Sobenfee e COREN BA quite	R\$ 240,00	R\$ 260,00	R\$ 280,00	R\$ 300,00
Profissional não sócio Sobenfee	R\$ 300,00	R\$ 340,00	R\$ 380,00	R\$ 420,00
Acadêmico de Graduação	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 230,00	R\$ 250,00
Técnico de Enfermagem	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 230,00	R\$ 250,00
Pós Graduandos	R\$ 240,00	R\$ 260,00	R\$ 280,00	R\$ 300,00
Outros profissionais de saúde	R\$ 330,00	R\$ 350,00	R\$ 380,00	R\$ 400,00
acompanhante	R\$ 100,00	R\$ 110,00	R\$ 120,00	R\$ 140,00
Cursos Pós-Congresso	R\$ 150,00	R\$ 160,00	R\$ 170,00	R\$ 190,00

Fique por dentro da nossa programação e faça já a sua inscrição através do site:

feridas2017.com.br

REALIZAÇÃO



ORGANIZAÇÃO



APOIO



Nutrição x Cicatrização: a importância dos nutrientes na recuperação da lesão



Thaysa Cezar Nutricionista, pós graduação em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário São Camilo. Assessora científica da Danone Nutrição Especializada

As lesões por pressão, também chamadas anteriormente de úlceras de pressão, escaras de decúbito ou úlceras de decúbito, representam um problema generalizado, doloroso e caro para o sistema de saúde. Tais feridas estão diretamente associadas ao aumento da morbidade, mortalidade e aumento do tempo de internação hospitalar.

Muitos fatores de risco, incluindo desnutrição, estão associados com o desenvolvimento das lesões por pressão. Estudo realizado por Brito et al. (2013) mostrou que a desnutrição e as lesões por pressão são altamente prevalentes nos hospitais brasileiros, sem diferenças estatisticamente significativas nas 5 regiões do país, demonstrando que este é um problema de saúde pública em todo o território nacional.

Nessa população, observou-se a prevalência de desnutrição em 53% dos pacientes avaliados e de lesões por pressão em 17%. Entre os pacientes com lesões por pressão, 98% estavam desnutridos, reafirmando a correlação direta do estado nutricional precário e o risco de desenvolvimento desta complicação.

Sabese que o déficit nutricional impacta negativamente na cicatrização das feridas, impedindo a proliferação dos fibroblastos, a síntese de colágeno e a epitelização. Em ordem contrária, a escolha de determinados nutrientes e em sinergia pode contribuir para a resposta da cicatrização de feridas.

De acordo com a classificação proposta em 2003 pelo ASPEN o processo de cicatrização é dividido em 3 fases (coagulação e inflamação, proliferação e contração, remodelação) sendo todas elas dependentes de nutrientes fundamentais para que o processo seja efetivo: proteína, arginina, vitamina K, vitamina C, zinco, cobre e ferro.

O paciente que apresenta lesão por pressão deve ter o quanto antes for identificado o risco ou a lesão, a terapia nutricional instalada.

Considerando que o processo de cicatrização consome muita energia, o fornecimento adequado de calorias é importante para garantir o aporte energético necessário para o processo de cicatrização, evitando que o organismo desvie utilize proteínas como fonte de energia. Dessa forma, indica-se 30 a 35 kcal/kg de peso/dia de energia, podendo variar de acordo com outras doenças associadas.

A oferta de uma dieta hiperproteica tem papel crucial tanto na prevenção como no manejo das lesões por pressão. Recomenda que a dieta seja hiperproteica, fornecendo entre 1,2 a 1,5 g de proteínas/kg de peso/dia. A recomendação de nutrientes como a arginina, e maior teor de proteínas no tratamento de pacientes com lesão por pressão tem grau de evidência A, segundo essas diretrizes brasileiras.

O efeito da suplementação de arginina no tratamento dietoterápico de lesões por pressão tem sido estudado tanto em estudos com ratos quanto em humanos. Muitos desses estudos mostram o efeito positivo da suplementação com arginina, incluindo o aumento da síntese de colágeno e a resistência à ruptura da ferida.

Outros nutrientes são fundamentais para que junto às proteínas, o processo de cicatrização aconteça de modo efetivo:

- **Cobre:** desempenha um papel importante na maturação do colágeno;
- **Zinco:** necessário para a síntese de tecido de granulação e re-epitelização, além de também exercer um efeito anti-inflamatório e antimicrobiano;
- **Ferro:** fundamental para a hidroxilação de prolina e lisina, que são importantes para reticulação e resistência mecânica do colágeno;

• **Selênio:** contribui para a proteção da célula contra danos oxidativos e na preservação da função de macrófagos e de células polimorfonucleares.

• **Vitamina C:** papel essencial na síntese de colágeno e como antioxidante;

• **Vitamina E:** importante papel antioxidantes, prevenindo a oxidação de fosfolípidios das membranas celulares

Diversos estudos já foram conduzidos em pacientes portadores de lesão por pressão em estágios mais avançados (2 a 4) com o objetivo de investigar os efeitos de uma suplementação especializada (hipercalórica, hiperproteica, enriquecida com arginina, e vitamina e minerais) versus o cuidado padrão no tratamento de pacientes com lesão por pressão. Os resultados principais encontrados ao longo dos estudos foram: maior redução do tamanho da ferida, melhora da pontuação na escala PUSH, redução do uso de curativos utilizados e tempo mais breve para fechamento total ou parcial da ferida.

A nutrieconomia vem sendo cada vez mais discutida no meio do cuidado à saúde e as intervenções nutricionais. Um trabalho feito em 2015, com terapia nutricional especializada em pacientes portadores de lesão por pressão mostrou que após 8



semanas os pacientes que receberam a intervenção demonstraram além dos desfechos positivos de redução da área da lesão, redução dos custos totais (dias de internação, menores gastos com uso de curativos, medicamentos e inclusive do tempo despendido pelos profissionais de saúde para atenção nesses cuidados).

Como conclusão, pode-se dizer que o processo de cicatrização, para ser efetivo, depende de muitos fatores e que a desnutrição é importante e deve ser considerada. O uso de terapia nutricional especializada com nutrientes que agem de modo sinérgico é fundamental para o sucesso, seja numa lesão por pressão ou em qualquer outra afecção tecidual, tais como em pacientes queimados, com deiscência, feridas pós-operatórias, casos de radiodermite ou outros.

AGENDA

JUNHO

22 a 24/06/2017

III Simpósio Internacional de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrico e Adulto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS

Contato: (51) 3359-8090 / eventos@hcpa.edu.org

Site: abenti.org.br/III_Simpósio_Internacional_Enfermagem_TI

28 a 30/06/2017

III Simpósio Multidisciplinar em Hematologia, Hemoterapia e Transplante de Medula Óssea

Hospital Albert Einstein, Morumbi -São Paulo/SP

Contato: (11) 2151-1001

Site: www.einstein.br/ensino/evento/board_review_curso_de_revisao_em_hematologia_e_hematerapia

30/06 a 01/07/2017

CCEM - Congresso Catarinense de Endocrinologia e Metabologia

Hotel Jurerê Beach Village, Florianópolis/SC

Contato: (48) 3331-720 / sbemsc@endocrino.org.br

Organização: SBEM

Trombose venosa profunda: voos longos podem arruinar mais do que o passeio

Especialista aponta 5 dicas para quem já está com o voo marcado

Um dos efeitos da globalização é que as pessoas têm mais vontade de viajar, de conhecer novas culturas e países. Mas um voo direto para os Estados Unidos, por exemplo, costuma levar em média 11 horas; para a Europa, 13 horas. Pessoas chegam a voar 36, 38 horas com escalas para visitar países da Ásia e Oceania. Isso significa que se acomodam na poltrona e passam horas sentadas na mesma posição, a dez ou doze quilômetros de altura. Segundo os médicos, quanto mais tempo a pessoa passar sentada, maior será o risco de sofrer uma trombose venosa profunda (TVP). Trata-se da formação de trombos, uma coagulação do sangue no interior dos vasos sanguíneos, que podem oferecer alto risco de mortalidade se houver como desdobramento a embolia pulmonar.

De acordo com Ronald Flumignan, cirurgião vascular e ecografista vascular do CDB Medicina Diagnóstica, em São Paulo, o tipo mais comum de embolia pulmonar é aquele que se forma a partir do desprendimento de um coágulo de sangue – geralmente, um que tenha se formado na perna ou região pélvica (TVP). “Pessoas que passaram muito tempo em



repouso, acamadas, ou que fizeram voos longos, têm um risco aumentado para a trombose e suas complicações. Voos com mais de quatro horas de duração já são preocupantes, mas os que mais representam risco para os pacientes são aqueles com mais de 12 horas de duração. Por isso é fundamental, diante dos primeiros sintomas, não perder tempo e seguir com diagnóstico e tratamento. Vale lembrar que o fator de risco ‘idade’ é um dos mais importantes, principalmente quando diz respeito a um paciente com mais de 60 anos. Ou seja, quanto mais idade o passageiro tiver, há mais chances de sofrer TVP e suas complicações”.

Na opinião de Flumignan, inclusive, as companhias aéreas que fazem voos de longa duração deveriam incentivar mais os pacientes a esticar e movimentar as pernas durante a viagem. “A trombose venosa profunda, como o próprio nome diz, é um trombo (coágulo) formado em veias profundas da perna. Essa condição geralmente provoca dor, inflamação e inchaço. Se o trombo se desprende da parede do vaso, há risco de circular pela corrente sanguínea e bloquear a artéria que alimenta os pulmões, causando a embolia. Esse é o principal motivo de morte relacionada à trombose venosa. Como há casos de

TVP assintomática, ou seja, sem provocar alertas como dor ou inchaço, é fundamental que as pessoas conheçam os fatores de risco e avaliem se vale a pena fazer viagens longas e com voos diretos. Os que optam por fazer voos longos deveriam tomar precauções, como mudar de posição durante o voo, levantar e andar periodicamente, tomar muita água e ainda, os que podem, deveriam usar meias elásticas durante toda a viagem”.

O médico explica que os fatores de risco mais comuns, depois da idade ou de o paciente já ter enfrentado outros episódios de TVP, incluem: histórico familiar, imobilidade, câncer, uso de determinados contraceptivos ou terapia de reposição hormonal, gravidez, insuficiência cardíaca, obesidade, tabagismo e até mesmo varizes. “Se, depois da investigação clínica, houver suspeita de trombose, é indicado fazer um eco-Doppler colorido, também conhecido como ultrassonografia vascular, para avaliar as condições dos vasos – não só das pernas, como também dos braços e barriga. Trata-se de um exame não invasivo, sem dor, sem contraindicações, e que revolucionou o tratamento vascular. Quando bem executado, por um médico experiente e qualificado, em equipamentos adequados, a qualidade das informações obtidas com esse exame auxilia o cirurgião vascular a determinar o tipo de tratamento

ideal para pacientes com problemas nos vasos – desde os mais frequentes, como varizes, até os mais graves, como a trombose venosa”.

Além disso, Flumignan explica que esse exame aponta a exata localização das veias e artérias, indicando se estão funcionando bem ou se há alguma obstrução (trombose), por exemplo. Segundo ele, a trombose pode ocorrer em qualquer vaso do corpo, seja artéria ou veia. “Mais do que um mapeamento vascular, o eco-Doppler é fundamental, hoje em dia, para que o cirurgião vascular possa identificar e tratar casos mais graves, identificando o potencial risco de uma trombose venosa profunda. Diante desse recurso, é possível, inclusive, orientar pacientes com risco aumentado para TVP a não fazer voos longos, sem escala. Ou mesmo avaliar se um determinado paciente irá se beneficiar com o uso das meias elásticas para prevenir trombose. Afinal, o que muita gente desconhece é que nem todos os pacientes podem usar essas meias. Para os que podem, elas de fato reduzem o risco de trombose durante voos prolongados – com evidências médicas de alta qualidade”.

Ainda com relação ao uso de meias elásticas, o médico ressalta que problemas como oclusão arterial grave nas pernas, por exemplo, contraindicam seu uso – já que isso poderia agravar o quadro arterial

e trazer complicações como feridas ou até mesmo amputação. Flumignan também ressalta que alguns pacientes precisam usar medicações, como os anticoagulantes, antes de viagens longas. “Na dúvida, a melhor maneira de saber se pode ou não usar uma meia elástica, se é necessário também usar alguma medicação ou não, é consultar um médico vascular de sua confiança. A avaliação do especialista, com base em exames complementares – como o ultrassom vascular – vai direcionar a conduta médica em cada caso em particular”.

- 1)** Para aqueles que já estão com o voo marcado, o especialista dá cinco dicas de ouro:
- 2)** Procure se levantar a cada duas horas de voo e caminhar pelo corredor;
- 3)** Sentado, procure fazer movimentos circulares com os tornozelos e esticar os joelhos;
- 4)** Se não houver contraindicações, use meias elásticas prescritas por um médico vascular; Vista roupas leves e confortáveis;
- 5)** Procure ingerir bastante água durante o voo. Isso vai mantê-lo hidratado e fazer com que se levante para ir ao toalete algumas vezes. Além disso, a desidratação pode facilitar o surgimento de trombos.

Fonte: Dr. Ronald Flumignan, cirurgião vascular e ecografista vascular do CDB Medicina Diagnóstica, em São Paulo

10 principais dúvidas sobre a coleta e armazenamento de células-tronco do cordão umbilical

Banco de Cordão Umbilical, BCU Brasil, esclarece dúvidas sobre coleta e armazenamento de células-tronco.

Uma das grandes descobertas da medicina, com certeza, foi o uso de células-tronco do cordão umbilical no tratamento de várias doenças hematológicas.

No entanto, apesar dos benefícios da utilização dessas células muitas mães ainda têm diversas dúvidas, como, por exemplo, Por que coletar as células-tronco do meu bebê?; É um procedimento seguro?; A coleta é dolorosa?; Por quanto tempo essas células podem ficar armazenadas?.

Pensando em esclarecer o questionamento dessas mães que se preocupam com o futuro do filho, a Dra. Adriana Ribeiro Homem, médica responsável técnica do BCU Brasil, maior banco privado de células-tronco do cordão umbilical da América Latina, respondeu as 10 dúvidas mais frequentes na sociedade moderna. "O uso de células-tronco do cordão umbilical ainda é um assunto polêmico na atualidade, pois muitas pessoas desconhecem como são realizados os procedimentos e qual a importância para o tratamento e pesquisa de várias doenças. Por isso o BCU Brasil considera importante fornecer respostas às perguntas geradas pelos pais.", diz a Dra. Adriana Ribeiro Homem.

1) O procedimento é seguro?

O procedimento de coleta do sangue de cordão umbilical é seguro tanto para mãe quanto para o bebê, não interfere em nada na hora do parto, após o médico cortar o cordão umbilical, o bebê vai para os procedimentos habituais e a coleta é realizada em cerca de 5 minutos retirando o sangue que ficou no resto do cordão e na placenta.

2) É indolor?

Sim, é completamente indolor para a mãe e para o bebê.

3) Como é feita a coleta e armazenagem?

Assim que a criança nasce o cordão umbilical é cortado e o sangue coletado é colocado dentro de uma bolsa de coleta de sangue, esta bolsa é enviada para o laboratório onde as células-tronco serão separadas. No BCU é usada uma máquina de última geração (SEPAX). Após este procedimento as células-tronco são armazenadas geralmente em 2 bolsas de 25 ml e guardadas em tanque de nitrogênio líquido a -196 °C.

4) Quais as vantagens de se guardar as células-tronco do cordão umbilical?

Atualmente existem mais de 80 doenças tratáveis com células-tronco e mais de 200 em estudos com grandes resultados. Ao guardá-las o bebê possui a garantia que terá 100% de compatibilidade e utilização imediata no caso de necessitar de um transplante usando estas células. Hoje em dia podem ser usadas células-tronco dos próprios órgãos, gordura, pele e dentes. Mas uma das vantagens em usar células-tronco do cordão umbilical coletadas no momento do nascimento é que estas são consideradas "virgens", pois não sofreram nenhum tipo de influência do meio externo, como medicamentos, estresse e outras, além de ser uma das áreas da medicina em que as pesquisas mais evoluem, ou seja, certamente novas aplicações surgirão ao longo do tempo.

Portanto, ao fazer a coleta das células-tronco do bebê os pais têm a chance de fazer um tratamento mais eficiente caso o filho seja acometido por alguma doença hematológica que já pode ser tratada pela terapia das células-tronco.

5) Quais doenças já são tratadas?

Mais de 80 doenças já podem ser tratadas com as células-tronco do cordão umbilical. Dentre elas é possível citar: Anemias, leucemias, linfomas, talassemia, doenças linfoproliferativas e doenças mieloproliferativas.



6) Quanto tempo elas podem ficar armazenadas?

Graças à tecnologia utilizada atualmente as células-tronco podem ficar armazenadas por tempo indeterminado. As primeiras células-tronco coletadas e criopreservadas já têm 23 anos e estão aptas para utilização.

7) Quanto custa?

Com o aumento no número de coletas devido à maior acessibilidade o custo diminuiu. Sendo que o valor para coletar e armazenar as células-tronco do cordão umbilical é acessível para as classes A, B e C (com diversas formas de pagamento). O fato da concorrência também possibilitou aos pais poderem escolher entre as vantagens e desvantagens que cada uma oferece.

8) É possível coletar sangue do cordão umbilical em prematuros?

Sim. O procedimento poderá ser realizado a partir de 32 semanas de gestação, conforme descrito na legislação que rege o funcionamento dos bancos de cordão umbilical e placentário (RDC 153, de 14 de junho de 2004).

9) Quem irá coletar o sangue do cordão umbilical do meu bebê em caso de parto de emergência?

Contanto com esses acontecimentos imprevisíveis, em todas as cidades (mais de 40) aonde possui um escritório de coleta, temos enfermeiros treinados que ficam de plantão 24h. Podemos contar também com o médico que fará o parto. O procedimento de coleta é simples podendo ser facilmente executado pelo médico assistente.

10) Qual a diferença entre armazenar as células-tronco num banco privado ao invés de um público?

No banco privado o armazenamento das células visa ao uso da própria pessoa que teve as células coletadas ou de familiares. Dessa forma, é permitida a disponibilidade imediata das células – tronco sem a necessidade de espera por uma compatibilidade. Já no banco público o processo de coleta e armazenamento é idêntico aos privados, mas o uso é diferente. Pois a pessoa que necessitar das células – tronco para um transplante dependerá de uma compatibilidade para seu uso, ou seja, terá que enfrentar uma fila de espera.

Fonte: BCU Brasil

Psoríase pode se agravar no inverno

Por que isto acontece? Clima mais seco, banhos quentes e roupas pesadas levam à desidratação da pele, intensificando a descamação. A PhD consultora da Biobalance Natural Immune Support comenta o assunto.

Como toda doença crônica, a psoríase é uma condição da pele que exige cuidados especiais. Apesar de serem relevantes ao longo do ano, no inverno, estes cuidados devem ser intensificados. É que a doença, que consiste no surgimento de lesões avermelhadas e descamativas em formas de placas em diferentes partes do corpo, como rosto, membros, costas, couro cabeludo e unhas, pode se agravar na estação mais fria do ano, fazendo com que algumas de suas características se intensifiquem.

“A psoríase não é contagiosa e possui tratamento. Sem causas conhecidas, sabe-se que está relacionada com uma possível disfunção no sistema imunológico que faz com que os linfócitos T, que são responsáveis pela defesa do organismo, ataquem as células da pele, que se multiplicam

desordenadamente. No final, as células mortas da pele não são eliminadas corretamente, surgindo então as placas espessas e descamativas da psoríase”, esclarece a Dra. Maria Inês Harris, PhD consultora da Biobalance Natural Immune Support. “A doença ocorre em ciclos. Além de ter possíveis componentes genéticos, pode ser desencadeada por um fator externo, como o estresse”.

Banhos muito quentes, o ar seco e frio e roupas pesadas, de tecidos sintéticos, tendem a piorar o problema. Além de tornar a pele mais seca, estes fatores acentuam o processo descamativo comum da psoríase, e com isso vem a coceira e até dor, já que as lesões podem se transformar em feridas, quando não tratadas.

Hoje, já existem opções de produtos para a psoríase que não contém corticoides. É o

caso do creme EctoPURE®, livre de parabenos e fragrâncias e que contém Ectoin, matéria prima extraída de micro-organismos que vivem em ambientes com altas doses de radiação UV, quentes e extremamente salinos, como os gêiseres, e que promove a regeneração e a hidratação da pele, sendo um excelente adjuvante na melhora do quadro da doença. Pesquisas clínicas conduzidas pela Derma Consult GmbH, da Alemanha demonstraram a eficácia de Ectoin na redução do eritema da pele irritada e na melhora da barreira cutânea, aumentando a hidratação e diminuindo a perda de água. O creme EctoPURE® é encontrado exclusivamente em farmácias de manipulação, nas apresentações de 3,5% e 7%.

Quem tem psoríase deve ficar constantemente atento aos sintomas para evitar crises e controlar o impulso de esconder as lesões para evitar o estranhamento das pessoas que não conhecem a doença. “Esse é um dos principais motivos que interferem na qualidade de vida de quem convive com a psoríase. Então, o caminho certo é seguir à risca o tratamento recomendado”, afirma a Dra. Harris.

Fonte: Biobalance Natural Immune Support



Feira hospitalar 2017 apresentou novas tecnologias para a saúde

A feira Hospitalar, a mais importante da América Latina, ocorreu entre os dias 17 e 19 de maio, em São Paulo.

Feira essa, responsável em lançar as mais importantes novidades relacionadas em saúde, a Hospitalar também se consolida como um importante fórum reunindo dirigentes hospitalares, profissionais da área e os pensadores em saúde.

As Revistas Feridas e Nursing estiveram presente nesse grande evento e prestigiou os estandes e suas novidades. Quem perdeu esse mega evento terá a oportunidade só em 2018, a próxima FERIA Hospitalar está prevista para ocorrer nos dias 15 e 18 de maio de 2018.



Da Redação

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo divulga alerta sobre sarampo

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo emitiu alerta sobre sarampo aos viajantes para o exterior. Adultos nascidos depois de 1960 sem comprovação de terem recebido a vacina triplaxial viral devem se vacinar e os viajantes em retorno do exterior devem ficar atentos a possíveis

sinais da doença que, apesar de estar erradicada nas Américas, ainda está ativa em outros continentes.

Em 2017, no período entre as semanas epidemiológicas 84 casos de sarampo foram confirmados, na Argentina 2 casos, no Canadá 39 casos, e nos Estados Unidos 43 casos. Todos eles importados ou com fonte de infecção desconhecida. A secretaria informa ainda que o sarampo permanece endêmico em muitas regiões do mundo, incluindo a Europa, Oriente Médio, Ásia, países de Pacífico e África.



Fonte: Governo do Estado de São Paulo

RC Móveis Hospitalares

A empresa RC Móveis Hospitalares, demonstrou na Feira Hospitalar 2017 suas Camas Hospitalares totalmente modernizadas e reestruturadas com cabeceiras e grades com alto padrão de qualidade para continuar atendendo cada vez mais e melhor os seus clientes. Afinal, são 18 anos fazendo sempre o melhor para atender quem realmente precisa de conforto, qualidade e segurança. Conheça a linha completa dos produtos RC Móveis visitando o site: www.rcmoveis.com.br

Fonte: RC Móveis Hospitalares



Calçados Flex Clean. Para vários tipos de trabalho, a mesma qualidade



Marluvas desenvolveu uma nova linha de calçados voltada ao segmento de saúde, alimentício, serviços gerais, entre outros.

Os calçados Flex Clean Marluvas são confeccionados em EVA (Etil Vinil Acetato), um material reciclável, super leve e flexível. Sua planta macia permite extremo conforto e alta absorção de impacto. O solado é composto da mais alta tecnologia em borracha antiderrapante Full Grip, e pode ser utilizado em pisos molhados com resíduos de detergente, óleos, entre outros.

Fonte: Marluvas – calçados Profissionais

Pharmatex presente na Feira Hospitalar 2017

Sistema inédito no Brasil também diminui o uso de água nos hospitais e aumenta o tempo disponível de enfermeiros para os pacientes

Os coletores biodegradáveis de dejetos humanos estão chegando ao Brasil com o objetivo de reduzir o risco de infecções hospitalares e os custos com internações.

O sistema Vernacare é composto de “comadres” e “papagaios” fabricados com jornais reciclados, contendo um gel de alta absorção para reter a urina ou as fezes do paciente. Após o uso, os coletores são descartados em uma máquina (Vortex) que os tritura e destina o resíduo final à rede de esgoto.

Fonte: Vernacare



PUBLIQUE SEU ARTIGO

Envie seu artigo para publicação na Revista Feridas
para o e-mail: artigo@mpmcomunicacao.com.br



Caso tenha interesse, siga as orientações das Normas de Publicação da Revista Feridas na página 732 desta edição.

Hanseníase

Doença estigmatizante que vem desde os primórdios da humanidade, e ainda é cercada por mitos

Por Letícia Leivas Munir



Suely Rodrigues de Aquino Silva – Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal. Especialista em Atendimento Pré Hospitalar, Docência em Enfermagem, Administração dos Serviços de Saúde e em Saúde Pública. Foi docente Adjunto do Curso de Enfermagem na Universidade Bandeirante de São Paulo. Atualmente é Professora no Curso de Graduação e pós Graduação em Enfermagem na Universidade Anhanguera de São Paulo.

Ao longo dos tempos, a hanseníase foi uma doença cercada por mitos e preconceitos. O preconceito era tanto que o nome lepra (lepros em grego não quer dizer nada além do que manchas na pele), utilizado no passado, transformava seus portadores em indivíduos abandonados a própria sorte, onde se tornavam andarilhos e pedintes.

Quando Hansen descobriu o bacilo que causava a doença, ela passou a ser conhecida como hanseníase, uma doença como tantas outras provocadas por bactérias e que, graças ao avanço da ciência, hoje tem cura. Conversamos com a Enfermeira Suely Rodrigues de Aquino Silva que explica o modo de reconhecimento da doença, além dos procedimentos tomado por enfermeiros perante a essa doença infectocontagiosa, acompanhe!

Revista Feridas - Fale um pouco do seu envolvimento na enfermagem?

Suely Rodrigues Silva - Sou

mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal. Especialista em Atendimento Pré Hospitalar, Administração dos Serviços de Saúde, Tenho docência para o Ensino Superior e Educação Corporativa Graduação em Enfermagem..Atualmente sou professora do Curso de graduação e Pós graduação na área da Saúde na Universidade Anhanguera de São Paulo e Professora na graduação do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) no curso de Graduação de enfermagem. Mas já trabalhei na área de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica, Ambulatório, Pronto Socorro Adulto, Educação continuada e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Revista Feridas - Trabalhar no diagnóstico de doenças infecciosas e contagiosas foi uma escolha na sua profissão?

Suely Rodrigues Silva - Sim foi. Como enfermeiro temos a responsabilidade em desenvolver ações sistemáticas voltadas a prestação da assistência ao paciente e/ou

usuário em clínicas, hospitais, ambulatórios, navios, postos de saúde e em domicílio, realizar consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrevendo ações; implementar ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Dentre essas ações estão o auxílio ao diagnóstico o controle das infecções favorecendo a segurança do paciente. Por este motivo me encantei, e foquei minhas atividades no desenvolvimento de ações prevenção e controle. Percebi que tinha muita aderência as práticas de controle de infecção que por sua vez tem como objetivo principal desenvolver ações sistemáticas com visitas nos setores e reduzindo ao máximo a incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

Revista Feridas - O contágio da hanseníase já foi associada a desigualdades sociais, atualmente continua?

Suely Rodrigues Silva - A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, sua evolução se dá de forma lenta, por este motivo se trona uma

doença crônica, causada pelo bacilo de Hansen ou também chamado de *Mycobacterium leprae*, trata-se de um micro-organismo que ao se instalar no corpo humano atinge além da pele os nervos das extremidades. Com o desenvolvimento da doença pode-se observar lesões na pele e mucosas, atrofia de mãos e pés e uma acentuada diminuição da força muscular. Embora o contágio se dá pelas vias aéreas superiores (secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro), de uma pessoa doente considerada bacilífero, ou seja, sem tratamento, para outra, após um contato próximo e prolongado, especialmente os de convivência domiciliar (grupo com maior risco de adoecimento), a hanseníase continua sendo associada a desigualdade social, ou seja, com falta de higiene, condições sanitárias inadequadas, habitação precária com superpopulação doméstica e miséria, facilitando a propagação da bactéria. Pesquisas demonstram que no Brasil há um predomínio da doença em pessoas de cor parda, negra, com predomínio da faixa salarial de um a três salários mínimos.

Revista Feridas - A enfermagem está preparada para diagnosticar essa doença?

Suely Rodrigues Silva - O enfermeiro pode sim suspeitar da doença e cuidar de maneira competente de portadores de hanseníase, no entanto, isto implica em ter amplos conhecimentos sobre a patologia (anatomia e fisiologia), ou seja, é necessário que o profissional saiba identificar os sinais e sintomas dermatoneurológicos, pois se não forem identificados com eficácia, evolui para uma forma crônica e com futuras de-



formidades ao paciente. Para que ocorra um diagnóstico precoce da Hanseníase é necessário que o enfermeiro trabalhe quatro categorias de análise divididas em:

1. Conhecimento sobre a hanseníase
2. Suspeitando da Hanseníase
3. Identificando a Hanseníase
4. Obstáculos e desafios para o diagnóstico precoce.

A preocupação com a prevenção e controle da hanseníase é tão grande, que o próprio Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), oferece o curso online Hanseníase na Atenção Básica. A formação possui carga horária de 45 horas e é dividida em três unidades: vigilância; diagnóstico; e acompanhamento da hanseníase na Atenção Básica. Os casos clínicos são transversais, abrangendo e integrando os aspectos de controle da doença. A primeira turma foi em 2014 e a segunda em 2017. Este é um bom subsídio para o profissional enfermeiro se

capacitar para então identificar precocemente os indícios da doença.

Revista Feridas - Atualmente existe alguma novidade para o tratamento e a cura da Hanseníase?

Suely Rodrigues Silva - O que é fundamental para o tratamento e cura da doença é a importância do diagnóstico precoce pelos profissionais da saúde e o início rápido do tratamento poliquimioterápico (associação de três antibióticos são eles: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina). O esquema de tratamento depende da classificação da doença: Paucibacilar (PB) com 06 doses em até 09 meses, ou Multibacilar (MB), com 12 doses em até 18 meses), podendo assim, interromper a cadeia de transmissão da doença, impedindo assim as suas possíveis complicações e incapacidades. Desta forma, enfatizo que o enfermeiro deve conhecer os sinais e sintomas da doença que são: manchas avermelhadas, ou esbranquiçadas em forma de placa, nodulões ou caroços, perda de pelo

nas regiões afetadas, nódulos, ressecamento dos olhos, dor (cãimbra, formigamento) de membros superiores e inferiores, principalmente pés e mãos; perda de movimento de mãos e pés, diminuição da força muscular, atrofia dos dedos, constipação nasal com sangue e feridas, redução da sensação de tato, frio e calor, partes do corpo adormecias. Ressalto que existe uma vacina que ajuda a proteger contra a Hanseníase: é a BCG, que faz parte do calendário de vacinação infantil, utilizada primariamente para combater a tuberculose. Quando uma pessoa na casa possui Hanseníase, todos os moradores devem procurar o posto de saúde para exame clínico e aplicação da vacina, no entanto deve ficar claro que a BCG não é uma vacina específica para este agravo (hanseníase) e, nesse grupo, é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue os seguintes critérios:

- Na ausência de cicatriz ou na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose de BCG.
- Na existência de duas cicatrizes, não aplicar BCG.

Revista Feridas - Existe o controle da Hanseníase no Brasil? Quais as regiões mais afetadas do país?

Suely Rodrigues Silva - A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a doença sob controle - quando o índice de prevalência é de menos de um caso para cada 10 mil habitantes, no Brasil, registra-se a cada ano 30 mil novos casos de hanseníase, desta forma, podemos afirmar que não há controle em nosso País de



uma enfermidade já controlada em grande parte do mundo. O Brasil está em segundo lugar no ranque, perdendo apenas para a Índia que registra 126 mil registros novos ao ano. A organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2000 definiu junto objetivos de desenvolvimento do Milênio, ou seja, uma agenda a ser cumprida pelos países-membros da ONU (incluindo o Brasil) nos 15 anos que se decorreriam, tratava-se de um instrumento na efetivação de todos aqueles ideais de combate às problemáticas ambientais, econômicas e sociais, dentre esses,

estavam a erradicação da Hanseníase. Houve um trabalho de busca ativa, de controle, a implementação do programa mais médicos em regiões de difícil acesso e de alto índice de pobreza, a fim de cumprir esta agenda. No final de janeiro de 2015, o Brasil conseguiu apresentar uma taxa de prevalência menor, onde observou-se uma queda de 68% nos últimos dez anos, passando de 4,52 por 10 mil habitantes, em 2003, para 1,42 por 10 mil habitantes, em 2013. No entanto, este ritmo da queda não seria suficiente para cumprir um dos Objetivos

de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas: eliminar a hanseníase até o fim de 2015. Desta forma o Ministério da Saúde lançou um plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase para o período 2016-2020, no âmbito global e local, seguindo nova edição do documento contendo as novas recomendações da OMS, contendo a estratégia global de hanseníase para os próximos cinco anos, que tem como foco a redução das incapacidades físicas e o diagnóstico precoce da doença. Um dos itens desta estratégia nada mais é do que a capacitação de profissionais da área da Saúde, principalmente Enfermeiros e Médicos que vem atuando de uma forma expressiva na atenção primária a saúde, focando as áreas de maior prevalência que são: Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Rondônia e Goiás são as áreas com maior risco de transmissão, concentrando mais de 80% do total de casos diagnosticados. No Mato Grosso, por exemplo, a prevalência chega a 9,03 por 10 mil habitantes — contra a média nacional de 1,42.

Revista Feridas - Qual é o principal papel do enfermeiro perante ao paciente diagnosticado com a doença?

Suely Rodrigues Silva - O enfermeiro deve esclarecer todas as dúvidas do paciente e do familiar, das todas as orientações sobre a doença e seu desenvolvimento, visto que a hanseníase ainda causa um grande preconceito. Devendo portanto, convencê-lo da importância da adesão ao tratamento,

evitando que a doença evolua e provoque incapacidades físicas. É importante também a orientação quanto a observação das possíveis reações adversas das medicações, o paciente deve conhecer o processo da doença, do tratamento, os efeitos colaterais, sinais e sintomas de complicações, as mudanças no estilo de vida, disponibilidade de recursos e apoios. O paciente deve ter acompanhamento psicológico e ser orientado quanto à eficácia do tratamento e esclarecido de que a doença é curável, ele precisa ser estimulado a ter contato com outras pessoas, não deve ser isolar. Como cuidados gerais, o enfermeiro deverá ensinar sobre a importância do cuidado com as mucosas (nariz e olhos) explicar que o nariz e os olhos podem ser higienizados com soro fisiológico a 0,9% e ensinar a se autoinspecionar e realizar exercícios com as pálpebras. É muito importante que na presença de dor, o enfermeiro avalie a intensidade, local, e duração da dor, e que a identifique para evitá-la. Administrar medicações conforme prescrição médica, adotar ou orientar quanto as medidas de conforto e repouso como ambiente com baixa luminosidade, posicionamento confortável e silêncio.

Revista Feridas - Em relação ao seu tratamento, por ser em muitos casos longos, quais são as formas encontrada pela enfermagem para que o paciente não abandone o tratamento?

Suely Rodrigues Silva - Disseminação e conscientização do que é a Hanseníase e suas complicações, bem como a realização de visitas domiciliares para aqueles que já estão em tratamento e que por

algum motivo não retornou ao ambulatório para acompanhamento, para retirar os medicamentos, caso o paciente não volte, o enfermeiro tem informações suficientes para ir até o paciente. A visita domiciliar além de resgatar, o paciente faltoso, dará condições ao enfermeiro de até mesmo identificar novos casos (aqui chamado pelo SUS de Busca Ativa). O fortalecimento da visita domiciliar ou da busca ativa que deve ser realizada pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, visa a continuidade do tratamento para aqueles que iniciaram e principalmente a identificação de casos ainda sem tratamento e encaminhamento a um serviço de saúde. Além disso, existe uma orientação a todos os serviços estaduais a disseminar em suas localidades informações contínuas e precisas sobre a doença e lembrar a população sobre a importância da detecção e tratamento precoce. O dia 25 de janeiro foi eleito como o dia mundial do Combate a Hanseníase

Revista Feridas - Você acredita que o assistencialismo da enfermagem aumenta a qualidade de vida do paciente com Hanseníase?

Suely Rodrigues Silva - Sim eu acredito. A assistência da enfermagem colabora no planejamento e na execução dos programas a serem desenvolvidos na prevenção e no controle da Hanseníase, e pela intimidade com os problemas relacionados a saúde, é considerado um elemento credenciado para identificar as necessidades do paciente, sendo o contingente humano de maior sensibilidade na promoção de saúde do indivíduo e da coletividade. ■

Eficácia do uso de ácido hialurônico no tratamento de úlcera isquêmica arterial com alto risco de amputação de membro

Effectiveness of the use of hyaluronic acid on arterial ischemic ulcer treatment with a high risk of member amputation

Eficacia del uso del ácido hialurónico en el tratamiento de úlceras isquémicas arteriales con un alto riesgo de amputación de miembros

Cláudia Paloma de Lima

Barbosa: Discente do curso de enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas, Campina Grande/ PB.

Marina Sandrelle Correia

de Sousa: Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho e enfermagem dermatológica. Gerente de Recursos Humanos e de Enfermagem da Clínica Cicatriza, Campina Grande.

Maria Helloysa Herculano Pereira de Oliveira Araújo:

Discente do curso de enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau Campus Campina Grande. Estagiária de enfermagem da clínica Cicatriza, Campina Grande, PB.

Arthur Bento de Meneses:

Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande e Pós Graduando em Enfermagem dermatológica pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em enfermagem dermatológica.

Resumo

A úlcera isquêmica ocorre em consequência do déficit do aporte sanguíneo em uma determinada área do corpo, afetando, geralmente, porções mais extremas das pernas e no dorso do pé ou dos dedos. O tratamento dessas lesões é complexo, uma vez que tendem a evoluir para amputações. Por esta razão é importante o uso de agentes capazes de acelerar o processo de reparação tecidual, como o ácido hialurônico. Além disso, é importante o uso de substâncias com poder antimicrobiano, como é o caso da gaze com polihexametileno de biguanida (PHMB). Diante deste contexto, o presente estudo teve por objetivo relatar o caso clínico de paciente diabético, hipertenso, portador de úlcera arterial com indicação de bypass arterial; porém, conduzido com curativos diários utilizando-se de ácido hialurônico a 0,2% em associação com gaze impregnada com PHMB. Foi realizada limpeza da ferida com água deionizada e degermante tópico, posteriormente aplicação de cobertura primária composta por ácido hialurônico a 0,2%, com o objetivo de estimular a neoangiogênese, seguida de cobertura secundária com utilização de gaze impregnada com PHMB, para prevenção e combate a infecções, e finalizada com enfaixamento não compressivo por atadura de crepom. Ao final do tratamento, que teve duração de cerca de doze meses, a referida lesão apresentou cicatrização completa, sem a necessidade da intervenção cirúrgica indicada a priori, refletindo a efetividade do tratamento tópico da lesão. **Descritores:** Úlcera arterial, Ácido Hialurônico; Cicatrização; Técnicas de fechamento de ferimentos.

Abstract

Ischemic ulcer occurs as result of poor blood supply to a particular area of the body, usually affecting more extreme portions of the legs

and the back of the foot or fingers. The treatment of these lesions is complex since they tend to progress to amputations. Because of this, it is important to use agents able to accelerate the process of tissue repair, such as hyaluronic acid. In addition, the use of substances with antimicrobial power, as is the case with gauze with polyhexamethylene biguanide (PHMB). In this context, the present study aimed to report the clinical case of a diabetic, hypertensive patient with arterial ulcer with indication of arterial bypass, but conducted with daily dressings using 0.2% hyaluronic acid in association with gauze impregnated with PHMB. The wound was cleaned with deionized water and topical disinfectant, followed by a 0.2% hyaluronic acid primary dressing, with the objective of stimulating neoangiogenesis, followed by secondary dressing with PHMB impregnated gauze, for the prevention and combating infections, and finished with non-compressive packing by crepe binding. At the end of the treatment, which spent about twelve months, the lesion presented a complete healing process, without the need for surgical intervention which was previously indicated, reflecting the effectiveness of the topical treatment of the lesion.

Keywords: Arterial ulcer; Hyaluronic Acid; Wound Healing, Wound Closure Techniques.

Resumen

Úlcera isquémica se produce como resultado del déficit de suministro de sangre en una zona particular del cuerpo, que afecta generalmente porciones más extremas de las piernas y la espalda del pie u dedos de los pies. El tratamiento de estas lesiones es complejo ya que tienden a evolucionar a amputaciones. Por esta razón, es importante el uso de agentes capaces de acelerar el proceso de cicatrización de heridas, tal como el ácido hialurónico. Además es importante utilizar sustancias con poder antimicrobiano, tales como gasa con polihexametileno biguanida (PHMB). En este contexto, el presente estudio tiene por objetivo presentar un caso de paciente con diabetes, hipertensión, portadora del úlcera arterial con indicación de derivación arterial, sin embargo, llevado a cabo con apósitos diarios utilizando ácido hialurónico al 0,2% en asociación con gasa impregnada de PHMB. Se llevó a cabo la limpieza de la herida con agua desionizada y degermante. A continuación, se aplicó cobertura primaria que consiste en ácido hialurónico 0,2%, con el fin de estimular la neoangiogénesis, seguido de cobertura secundaria con el uso de una gasa impregnada con PHMB, a la prevención y lucha contra las infecciones, y terminó con un vendaje compresivo por venda no elástica. Al final del tratamiento, que duró alrededor de doce meses, la lesión mostró proceso de curación completa, sin la necesidad de intervención quirúrgica que se había indicada a priori. Este hecho demuestra la eficacia de tratamiento tópico de la lesión.

Palabras clave: Úlcera arterial, Ácido Hialurónico; Cicatrización de Heridas; Técnicas de Cierre de Heridas

RECEBIDO 22/05/2017 | APROVADO 30/05/2017

Daiane Rodrigues Lopes:

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Aroeiras/PB.

Ana Gabriella Alexandre Souza da Silva:

Discente do curso de enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Maria Adriana Barbosa de

Souza: Enfermeira. Especialista em enfermagem dermatológica.

João Cezar Castilho:

Farmacêutico. Mestre em Farmacologia pela UFPR. Professor do curso de Farmácia da Faculdade de Jaguariúna. – joaocastilho@gmail.com.

Pedro Gonçalves de Oliveira:

Farmacêutico. Doutor em Fármacos e Medicamentos – FCF-USP. Especialista em Gestão e Economia em Saúde – CPES-UNIFESP – pedrofar@uol.com.br.

Introdução

No Brasil, o envelhecimento populacional é um processo estabelecido desde meados de 1960, que se deve, entre outros fatores, à redução das taxas de natalidade e mortalidade precoce e ao aumento da longevidade e expectativa de vida. Complementarmente, deve-se considerar a ocorrência de uma mudança no perfil epidemiológico, sendo evidenciada redução das doenças infecciosas e progressão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹.

As DCNT, também denominadas doenças de base, são caracterizadas por alterarem a homeostase corpórea e apresentam etiologia multifatorial e não infecciosa, com forte influência de fatores de risco comportamentais, modificáveis ou não, sendo também consideradas um problema de saúde pública². Aquelas que possuem maior destaque no cenário brasileiro são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Ambas aumentam a predisposição do paciente em desenvolver lesões, principalmente úlceras de membros inferiores, levando a perda de produtividade, necessidade de internações hospitalares e limitações físicas importantes³. Essas lesões são de difícil tratamento e também contribuem de maneira substancial para a perda de qualidade de vida, traduzindo-se em feridas crônicas quando não cicatrizam em um período de três meses².

Neste cenário, destaca-se a úlcera isquêmica, que ocorre em consequência do déficit do aporte sanguíneo em uma determinada área do corpo, afetando, geralmente, porções mais extremas das pernas e

no dorso do pé ou dos dedos. Esse tipo de lesão caracteriza-se, ao exame clínico, pela ausência de pulsos nas extremidades do membro inferior, pele fria, pálida ou cianótica. Quando comparada a outras úlceras de membro inferior, apresentam menor índice de recorrência e, geralmente, elevada intensidade de queixas algícas⁴.

O tratamento dessas lesões é complexo em razão da tendência de resultar em amputações. Por esta razão, é importante o uso de agentes capazes de acelerar o processo de reparação tecidual. Dentre eles, destaca-se o ácido hialurônico, um glicosaminoglicano componente da matriz extracelular, capaz de acelerar a cicatrização das feridas⁵.

De maneira endógena, essa substância está presente na derme, epiderme e extrato córneo, facilitando o transporte de nutrientes, além de atuar como antioxidante. Quando administrado de forma exógena, o ácido hialurônico de peso molecular específico, age como um moderador do processo de cicatrização, auxiliando a granulação inicial, entre outros fatores. Tal componente ainda é capaz de estimular a angiogênese e acelerar os mecanismos de reparo tecidual, por meio da hidratação local, da migração e proliferação de fibroblastos, da síntese de colágeno, da indução da formação de tecido cicatricial e da proliferação de células endoteliais⁵.

Além disso, em muitos casos também é importante o uso de substâncias com poder antimicrobiano, como, por exemplo, gazes impregnadas com polihexametileno de biguanida (PHMB), a fim de propiciar o ambiente ideal para a cicatrização. Tal produto possui ação bactericida e bacteriostática, podendo

ser empregado em cuidados às feridas colonizadas e infectadas. Isso se deve à sua atração pela membrana citoplasmática das bactérias, onde causa a perda de substâncias de baixo peso molecular, tais como íons de potássio e cálcio, além da inibição de enzimas responsáveis pela integridade da membrana, acarretando na sua ruptura e, conseqüente, morte bacteriana⁶.

Dentro dessa perspectiva, o profissional de saúde deverá elaborar estratégias que facilitem a implementação de medidas terapêuticas eficazes, a fim de oferecer melhores condições de qualidade de vida para pacientes com úlcera arterial e levando em consideração os aspectos de ordem biológica, psicológica e social que compõem e influenciam esse cenário.

Diante deste contexto, o presente estudo teve por objetivo relatar caso clínico de paciente diabético, hipertenso, portador de úlcera arterial, com indicação de bypass arterial, porém, conduzido com curativos contendo ácido hialurônico a 0,2% em associação com gaze impregnada com PHMB.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva, realizado em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, localizada na cidade de Campina Grande (PB), durante período de aproximadamente doze meses.

Solicitou-se autorização do cliente, por escrito, para uso de imagem a título gratuito, precedida de explicação verbal sobre os objetivos do estudo. Complementarmente, ressalta-se que não se apresentou, em nenhum momento, qualquer dado que pudesse reve-

lar a identificação do paciente.

A fim de relatar as características da lesão em seus estágios de cicatrização, destacaram-se as seguintes variáveis: tamanho, tipo de tecido presente no leito, exsudato, bordas, pele perilesional, infecção e inflamação. A coleta de dados foi efetuada por meio do prontuário do paciente e registro fotográfico em máquina digital. As observações foram registradas em prontuário através de planilha eletrônica na versão Microsoft Excel 2010©, utilizada em nossa clínica para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), antes do início do tratamento do paciente e a cada troca de curativo, objetivando analisar a evolução da ferida.

Resultados

Paciente com 60 anos, sexo masculino, aposentado, residente em Lagoa Seca – PB, portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, faz uso regular de medicações diárias para controle das morbidades supracitadas, extabagista há um ano, sedentário e nega etilismo. Admitido na clínica especializada em curativos no mês de setembro de 2015, apresentando ferimento localizado na parte anterior do membro inferior esquerdo (MIE).

Na primeira avaliação, no que se refere ao exame físico, o estado geral era regular, consciente, orientado, ativo, nutrido, normocorado, deambulando sem auxílio, sendo evidenciada lesão na região maleolar medial do MIE, com aproximadamente 12 cm², leito com presença de sinais de infecção, tecido desvitalizado de coloração amarelada frouxamente aderido, exsudação serosa escassa, com



Figura 1: Úlcera isquêmica em região maleolar medial do MIE em 21/09/2015. Arquivo da clínica, 2015.

bordas regulares e bem definidas, pele perilesional com áreas discretamente isquêmicas e frias à palpação, com ausência de pulso tibial posterior, perfusão periférica preservada, membro afetado pouco edemaciado e queixa de dor (Figura 1).

Após três meses, em 16/12/2015, a lesão apresentava-se com diâmetro maior, com discreta exposição do maléolo medial, tecido de granulação, necrose de liquefação e esfacelos, pouco exsudativa, bordas irregulares, e permanecendo a ausência de pulso tibial posterior (Figura 2).

Então, ainda no mês de dezembro de 2015, o cliente foi submetido a Ecografia Doppler do sistema arterial do MIE, sob prescrição de médica especialista em angiografia e cirurgia endovascular. Esse procedimento permitiu avaliar a estrutura do vaso em sua dimensão, presença de obstruções, velocidade e direção do fluxo sanguíneo. Posteriormente, foi solicitada uma arteriografia do MIE, realizado em aparelho de angiografia digital por punção da artéria femoral comum direita.

De acordo com a avaliação dos exames, o paciente possuía diagnóstico de úlcera arterial em MIE, decorrente de duas oclusões por placa de ateroma, originadas na



Figura 2: Úlcera isquêmica após três meses de tratamento, em 16/12/2015. Arquivo da clínica, 2015.

artéria femoral distal ao ramo profundo, sendo recanalizada por colaterais, porém com duas estenoses segmentares significativas, e na artéria tibial posterior.

A partir do diagnóstico, a equipe prestadora de cuidados esclareceu ao cliente a gravidade do quadro clínico e prognóstico desfavorável da lesão, tendo em vista que o processo de cicatrização só avança se a área afetada estiver nutrida e protegida pelos constituintes sanguíneos.

Nesta perspectiva, o paciente recebeu indicação, em caráter de urgência para realização de cirurgia de ponte, também denominada de Bypass, que possui o objetivo de revascularizar a região comprometida por meio de um enxerto, constituído por uma parte da veia, comumente a veia safena, ou um tubo sintético conectado acima e abaixo do bloqueio sanguíneo. No entanto, em razão de falta de recursos financeiros o cliente recusou a execução do procedimento, sugerindo a permanência do tratamento tópico na clínica especializada em curativos. A equipe alertou quanto ao alto risco de falha na cicatrização e, em consequência, possibilidade de amputação do membro. Posteriormente, e em comum acordo com a equipe médica e de enfermagem

da clínica, paciente e familiares, optou-se pelo método paliativo, definindo o tratamento medicamentoso e troca de curativos com programação de duas vezes na semana.

Inicialmente, orientou-se ao paciente quanto a higiene, repouso, proteção contra traumas, controle da DM e da Pressão Arterial (PA), evitar exposição a fatores de riscos, como tabagismo, refeição hiperssódica, hiperglicêmica e hiperclorídica, sedentarismo, além de alertar acerca da assiduidade ao tratamento para otimização do tempo de cicatrização. Em seguida, foi realizada a limpeza da ferida com água deionizada e degermante tóxico. Posteriormente, procedeu-se a aplicação de cobertura primária composta por creme contendo ácido hialurônico a 0,2% (Hyaluderm[®]), com o objetivo de estimular a neoangiogênese, seguida de cobertura secundária com utilização de gaze impregnada com PHMB, para prevenção e combate a infecções. Finalizou-se com bandagem não compressiva por atadura de crepom. Este procedimento foi utilizado nos curativos subsequentes.

Ao compararmos a lesão após mais dois meses de tratamento com curativos (em 23/02/2016), foi possível identificar a redução no tamanho da lesão, apresentando ilhas de epitelação na proeminência do maléolo medial, tecido de granulação e, ainda, necrose de liquefação frouxamente aderida; pouco exsudativa, bordas irregulares e aderidas ao leito, pele perilesional hiperemiada e pouco edemaciada, com ausência de pulso tibial posterior. Além disso, foram observadas pequenas áreas no centro e borda da ferida em fase de maturação e remodelamento, conforme Figura 3.



Figura 3: Úlcera isquêmica após cinco meses de tratamento, em 23/02/2016. Arquivo da clínica, 2016



Figura 5: Úlcera isquêmica após nove meses de tratamento, em 28/06/2016. Arquivo da clínica, 2016.

Aos sete meses de tratamento (em 27/04/2016), a lesão encontrava-se menor, quando comparada aos meses anteriores, e com presença predominante de tecidos de epitelação, de granulação e pouco tecido desvitalizado frouxamente aderido, bordas distintas e aderidas ao leito, pele perilesional hiperemiada e levemente edemaciada, com ausência de pulso tibial posterior à palpação (Figura 4). O mesmo tratamento foi mantido, visto que a ferida apresentava processo de cicatrização favorável.

Aos nove meses de tratamento (em 28/06/2016), foi possível verificar diminuição progressiva da lesão, apresentado leito com presença de tecido de epitelação e esfacelos em pouca quantidade, centro da ferida em fase de maturação e remodelamento, bordas regulares e bem definidas, ausência



Figura 4: Úlcera isquêmica após sete meses de tratamento, em 27/04/2016. Arquivo da clínica, 2016.



Figura 6: Úlcera isquêmica após doze meses de tratamento, em 20/09/2016. Arquivo da clínica, 2016.

de exsudato, pele perilesional hiperemiada e pouco edemaciada, perfusão periférica preservada, com ausência de pulso tibial posterior à palpação, conforme demonstrado na Figura 5.

Ao final do tratamento, que teve duração de cerca de 12 meses, a referida lesão apresentou completo processo de cicatrização, sem a necessidade da intervenção cirúrgica indicada a priori, refletindo a efetividade do tratamento tóxico da lesão, bem como de todo o manejo clínico dispensado ao longo do tratamento. No dia 20/09/2016, a lesão apresentava-se totalmente epitelizada, com a perfusão periférica preservada, ainda que com a ausência do pulso tibial posterior devido à patologia de base (Figura 6).

Discussão

Os tratamentos tóxicos de feridas

abertas representam grandes avanços e objetivam proteger a lesão e favorecer a cicatrização⁷. O desbridamento dos tecidos desvitalizados é necessário, visto que os esfacelos e necrose constituem barreiras importantes no processo cicatricial⁸. Foi utilizado creme de ácido hialurônico a 0,2%, considerado um potente fator de crescimento e indutor da angiogênese e da hidratação local, acelerando, dessa forma, a cicatrização e recomposição epitelial⁵. Ainda que a principal função desse fármaco não seja desbridamento, por se tratar de um paciente isquêmico, hipertenso e diabético, que possui déficit de aporte sanguíneo, o medicamento constituiu uma excelente forma de umedecimento do leito e amolecimento dos tecidos desvitalizados, favorecendo o desbridamento autolítico⁵.

A gaze impregnada com PHMB é uma cobertura estéril que prepara o leito da ferida, evitando contaminação e/ou combatendo infecções já instaladas, o que ocorre pela liberação gradual de partículas antimicrobianas de maneira proporcional à quantidade de exsudato presente

no leito da ferida⁶.

Ademais, foi utilizado enfaixamento não compressivo, uma vez que, no caso relatado, o curativo compressivo e as meias de compressão são contraindicadas em pacientes com insuficiência arterial nos membros inferiores, devido ao fato da compressão promover redução do aporte sanguíneo com exacerbação do quadro clínico e acentuada queixa de dor⁹.

A associação desses produtos possibilitou o êxito do tratamento, mesmo que demandando longo período de tempo, tendo em vista que, para o diagnóstico desse paciente e de acordo com as literaturas médicas recorrentemente disponíveis, a possibilidade de cicatrização da lesão por meio de curativos era remota, sendo necessária a intervenção médica específica, a qual não se fez necessária frente ao tratamento tópico utilizado e ao manejo clínico destinado a lesão.

Considerações Finais

A avaliação clínica da úlcera é essencial durante a escolha do curativo. É também fundamental o conheci-

mento da etiologia, fatores de riscos e estilo de vida do cliente, visando o manejo adequado pelo enfermeiro e demais profissionais. Nesse caso, enfatiza-se a atuação da equipe de enfermagem devido à sua presença em caráter quase permanente no transcorrer da terapêutica que envolve a realização do curativo.

A aplicação do ácido hialurônico a 0,2% associado a gaze impregnada com PHMB demonstrou ser eficaz, pois propiciou melhora significativa da úlcera em todas suas características; ou seja, redução do tamanho, alívio da dor, controle do exsudato, formação do tecido de granulação e epitelização.

Considera-se o tratamento tópico traçado para úlcera isquêmica como sendo bem-sucedido, especialmente considerando-se o fato de que este tipo de lesão possui prognóstico negativo e elevado risco de amputação por deficiência de aporte sanguíneo. Além disso, frisa-se que a intervenção cirúrgica indicada não foi necessária, culminando em menor risco de infecção, custo econômico e exposição a traumas e outros agravos. ■

Referências

1. Barbosa CPL, Lacerda AR, Neri AL, Souto RQ, Eulálio MC. Identificação de demandas físicas em idosos: estudo transversal. Anais IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 24-26 de setembro 2015; Campina Grande, Brasil. Campina Grande, Editora Realize; 2015; 2(1). Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABA-LHO_EVO40_MD2_SA7_ID1520_27072015143825.pdf
2. Santo PFE, Almeida AS, Silveira MM, Salomé GM, Ferreira IM. Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. Rev Bras Cir Plást. 2013; 28(1):133-141.
3. Gritti CC, Bene AZ, Pinheiro DM, Bianchin MA, Lamari NM. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. Cad Saúde Colet. 2015; 23(2): 214-219.
4. Fonseca C, Franco T, Ramos A, Silva C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):480-486.
5. TRB Pharma. Monografia do produto Hyaludermin (ácido hialurônico). São Paulo. 2013.
6. Siqueira KCT, Bruno VBD, Fernanda DCR, Teresa JS. O uso do polihexametileno biguanida (PHMB) como agente terapêutico na cicatrização de feridas. Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC. 2016;5: 224. Available from: <http://www.sbu.uin-camp.br/seer/ojs/index.php/simtec/article/view/7212>.
7. Harada VTT. Relato de casos: vigilância e salvamento de enxerto na doença arterial obstrutiva periférica. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2015.
8. Capella SO, Tillmann MT, Félix AOC, Fontoura EG, Fernandes CG, Freitag RA, et. al. Potencial cicatricial da Bixa orellana L. em feridas cutâneas: estudo em modelo experimental. Arq Bras Med Vet Zootec. 2016; 68(1):104-112.
9. Benevides JP, Coutinho JFV, Santos MCL, Oliveira MJA, Vasconcelos FF. Avaliação Clínica De Úlceras De Perna Em Idosos. Rev Rene. 2012; 13(2):300-8.

Feridas e suas formas de cuidado

Wounds and their forms of care

Heridas y sus formas de cuidado

Gabriela Neves Lopes:

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem - UNINORTE.

Cristina Lima Dos Santos:

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem - UNINORTE.

Raimundo Francisco de Oliveira Netto:

Enfermeiro, pela Universidade CEUMA - São Luís; Especialista em Saúde Mental e Enfermagem do Trabalho, pela Faculdade Estácio de Sá; Especialista em UTI e Mestre em Doenças Tropicais pela UFPA- Universidade Federal do Pará.

Resumo

O presente trabalho busca mostrar o conceito e o que são as feridas e suas formas de cuidado. A pesquisa foi realizada a partir de levantamento bibliográfico, ou seja, uma pesquisa de gabinete, onde a partir dos pontos de vistas dos autores iremos contrapor suas ideias e formas de trabalho, no tratamento de feridas. Visando a busca do melhor tratamento no cuidado das feridas. Dentro disso abordaremos sobre algumas formas de tratamentos como fitoterápicos que ainda são muito discutidos dentro das literaturas como forma de tratamento. Além de algumas soluções já utilizadas, que são abordadas pelos mesmos. **Palavra-chave:** Feridas, Cuidado, Tratamento.

Abstract

The present work seeks to show the concept and what are the wounds and their forms of care. The research was carried out from a bibliographical survey, that is, a cabinet research, where from the points of view of the authors we will oppose their ideas and ways of working, in the treatment of wounds. Aiming at the search for the best treatment in wound care. Within this we will cover some forms of treatments as phytotherapics that are still much discussed within the literature as a form of treatment. In addition to some solutions already used, which are addressed by them. **Keywords:** Wounds, Care, Treatment.

Resumen

El presente trabajo busca mostrar el concepto y cuáles son las heridas y sus formas de cuidado. La investigación fue realizada a partir de levantamiento bibliográfico, es decir, una investigación de gabinete, donde a partir de los puntos de vista de los autores vamos a contraponer sus ideas y formas de trabajo, en el tratamiento de heridas. Con el fin de buscar el mejor tratamiento en el cuidado de las heridas. Dentro de eso abordaremos sobre algunas formas de tratamientos como fitoterápicos que todavía son muy discutidos dentro de las literaturas como forma de tratamiento. Además de algunas soluciones ya utilizadas, que son abordadas por los mismos. **Palabras clave:** Heridas, Cuidado, Tratamiento.

RECEBIDO 22/04/2017 | APROVADO 30/05/2017

Introdução

A preocupação com o tratamento de feridas existe desde que sua ocorrência foi verificada no homem e é sabido que, na pré-história, cataplasmas de folhas e ervas já eram utilizados com intuito de estancar a hemorragia e facilitar a cicatrização (TRALDI, 2004).

Observa-se que atualmente mesmo com o conhecimento técnico-científico empregado, vale ressaltar que existe uma forma de cuidado correta e com a técnica asséptica devida. Nota-se que é necessário conhecer a fisiologia da pele quando se trata de ferida, para a partir desse conhecimento perceber quando há alguma alteração da cútis, e tendo como consequência o tipo de cuidado a ser empregado em cada ferida. Outro fator importante é o cuidado prestado com a ferida onde visamos desenvolver métodos que exemplifiquem a melhor maneira de tratá-las.

Para tanto, é necessário adotar-se uma abordagem global no tratamento das feridas, evitando tratar somente a lesão cutânea sem que sejam observados os demais fatores relativos ao desenvolvimento do processo infeccioso, pois, no atual estágio de conhecimento sobre o processo saúde-doença, a concepção de multicausalidade ou multifatorialidade não mais permite que as intervenções estejam restritas e localizadas (TRALDI, 2004).

Sendo assim, por meio do levantamento bibliográfico realizado, selecionamos os principais métodos, tipos e cuidados relacionados às feridas. No qual expõe a visão diferenciada que cada profissional têm sobre esse tema, onde se salienta seu conceito, características, cuidados direcionados ao intuito de chegar ao estado de saúde do cliente.

CAMADAS DA PELE

Em um primeiro momento devemos entender que a pele é constituída segundo Traldi (2004) por três camadas: Epiderme, derme e a hipoderme. A epiderme é a camada mais superficial fina, queratinizada e sem vascularização, e onde temos a presença de queratinócitos. A epiderme tem como função ser uma barreira para os germes e os patógenos; proteção contra os raios ultra violeta (UV).

Derme já é a camada mais profunda e espessa, ela é composta por tecido conjuntivo denso, e possui vascularização sanguínea e linfática. Hipoderme, também conhecida como tela subcutânea é constituída pelo pânículo adiposo, tecido areolar e tecido celular subcutâneo. Ela é constituída de tecido adiposo, é onde encontramos as terminações nervosas livres, possui um tecido frouxo e uma maior maleabilidade e elasticidade.

Para FERRAZ (2005), a pele é o maior órgão do corpo humano; além de está exposta a agentes traumáticos acidentais. Divide-se em camadas estratificadas de células epiteliais e basais: a epiderme superficial e a derme, mais profunda, que repousa sobre o tecido celular subcutâneo, adiposo, areolar frouxo.

A pele, o maior órgão do corpo, constitui 15% do peso corporal total do adulto (Wysocki, 2012). Segundo POTTER (2013) a pele é uma barreira protetora contra microrganismos causadores de doença e um órgão sensorial para dor, temperatura, e tato; e também sintetiza vitamina D. A lesão da pele traz risco para a segurança e desencadeia uma resposta complexa de cura.

Uma vez ocorrida uma ferida, é crítico que se conheça o processo

normal de cicatrização das feridas para identificar as intervenções de enfermagem apropriadas. Desde os primórdios já havia uma preocupação com o tratamento de feridas, existindo desde que sua ocorrência foi verificada no homem, e é sábio dizer que na pré-história o cataplasma⁵ de folhas de ervas já eram utilizados com o intuito de estancar a hemorragia e facilitar a cicatrização (TRALDI 2004).

FERIDAS

Devido à grande pressão das proeminências ósseas na pele temos a aparição de feridas.

Segundo Traldi (2004) ferida é:

“A ruptura da integridade de um tecido ou órgão corpóreo, isto é, a quebra da estrutura anatômica ou fisiológica de um tecido ou órgão, causado por um ferimento ou injúria”. TRALDI (2004), p. 115.

Há muitos modos de classificar as feridas. Os sistemas de classificação das feridas descrevem o estado de integridade da pele, a causa da ferida, a intensidade ou extensão da lesão tecidual ou do dano, a limpeza da ferida ou as qualidades descritivas do tecido da ferida, como a cor (POTTER, 2013).

TIMBY (2001), coloca como ferida sendo pele ou tecido maciço danificado, que ocorre em consequência de trauma. Os traumas tissulares podem ocorrer em decorrência de cortes, pancadas, deficiência circulatória, substâncias químicas fortes e calor ou frio em excesso. E acaba por produzir dois tipos básicos de feridas: abertas e fechadas.

Para FERRAZ (2005), feridas nada mais é do que um conjunto de alterações anatômicas e funcionais com repercussão local ou sistêmica, produzidas no organismo por causas



acidentais. Têm origem extrínseca, e seus efeitos nem sempre são proporcionais ao aspecto da lesão muitas vezes observada.

Dentro disso podemos classificá-las em:

Feridas cirúrgicas que são as feridas provocadas intencionalmente por meio de **Incisão** (quando não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura; **Excisão** (quando há remoção de uma área da pele (por exemplo, área doadora de enxerto); e **Punção** (quando resultam de procedimentos terapêuticos diagnósticos (por exemplo cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biopsia, dentre outros).

Traumáticas, são as feridas causadas acidentalmente por agente **Mecânico** (contensão, perfuração ou corte); **Químico** (iodo, cosmético, ácido sulfúrico, etc.); **Físico** (calor, frio, radiação).

E ulcerativas são as feridas escavadas, circunscritas na pele formadas por necrose, sequestração de tecido, resultante de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo.

Segundo Timby (2001), temos feridas dois tipos de feridas: A ferida aberta que é aquela que a superfície da pele ou da mucosa não se en-

contra mais intacta. E ferida fechada que é aquela onde não há abertura da pele ou da mucosa, elas ocorrem muito mais frequentes por trauma brusco ou por pressão.

“No entanto fatores adicionais, incluindo força de cisalhamento, fricção, umidade, perfusão tecidual, infecção e idade, aumenta o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e de má cicatrização de feridas no paciente. (POTTER, 2013).p.1212. 8ª ed.”

PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização pode dar-se em três fases: fase inflamatória nessa fase temos o aumento do fluxo sanguíneo para a lesão, assim ocorrerá no cliente, que passará a apresentar **eritema, calor, edema**. Quando migramos para o leito da lesão observamos à presença de leucócitos, macrófagos, fatores de crescimento e prostaglandinas.

Na fase proliferativa ou Fase de Reconstrução começamos a observar a formação do tecido de granulação que é o suporte para o tecido novo, ele se apresenta na coloração vermelho vivo, brilhante e não sangra facilmente. Temos a contração que é agregação de fibroblastos à margem da lesão, com isso começa

a ocorrer à aproximação das bordas da lesão. Ocorre a epitelização no final da fase proliferativa.

E a fase de maturação e a fase final do processo de cicatrização, nela ocorre o fechamento da ferida pelo tecido conjuntivo, e o equilíbrio na produção de colágenos, para que não ocorra o processo de queloides. É onde as fibras começam a modelar-se novamente.

Alguns danos celulares podem prejudicar o processo de cicatrização, dessa maneira há um retardo no processo cicatricial. Isso ocorre devido a infecções que podem ocorrer muitas vezes por falta da assistência do cuidador do cliente. Para avaliarmos uma ferida é necessário que observamos a profundidade, se ocorreu perda superficial, parcial ou até mesmo total do tecido.

Assim a cicatrização pode ser classificada como: 1ª intenção, tem como característica a ferida fechada, pois ocorre a cicatrização por epitelização, no qual fecha-se rapidamente com formação de cicatriz mínima, esse tipo de ferida tem pouca perda de tecido. Tem como exemplo a incisão cirúrgica, a ferida suturada ou grampeada, no qual as bordas da pele são aproximadas ou fechadas e seu risco de infecção é baixo;

2ª intenção, é tipo de ferida onde ocorre perda de tecido, no qual a ferida cicatriza por formação de tecido de **granulação, contração e epitelização**. Como o tempo de fechamento da ferida tem uma duração maior, conseqüentemente o risco de infecção é maior. Deve-se levar em consideração como ocorre a perda de tecido, se a ferida for intensa sua perda pode ser permanente. Seus principais exemplos são as úlceras por pressão (UPP) e as feridas que

tem perda de tecido;

3º intenção onde essa ferida é deixada aberta por vários dias e depois as bordas dela são aproximadas por meio de sutura. A cicatrização da ferida atrasa até que o risco de infecção esteja resolvido (Doughty e Sparks-Defriese, p. 1209, 2012). Esse tipo de cicatrização são feridas contaminadas e requerem a observação dos sinais flogísticos.

No instante que ocorrer a avaliação da ferida deve-se observar sua localização, o leito da ferida, o estágio da úlcera por pressão, os espaços mortos, a área perilesional, temperatura local, borda, característica do exsudato podendo ser seroso (plasma claro e aquoso), serossanguinolento (pálida, rósea, aquosa; mistura de líquido claro e vermelho), sanguinolento (vermelho-viva; indica sangramento ativo), purulento (espes-

sa, amarela, verde, acobreada ou castanha), dentre outros; mensuração e a presença de dor (POTTER, 2013).

Para realizar a avaliação do leito da ferida é importante observar os tipos de tecidos encontrados e suas características distintas, no qual determinará a forma de cuidado. No tecido vitalizado, há presença de tecido vascularizado, geralmente sensíveis à dor, com coloração clara, viva e brilhante. Por outro lado, no tecido desvitalizado encontra-se o tecido desvitalizado, insensível à dor com coloração escura (TRALDI, 2004).

O tecido de granulação tem como individualidade a tonalidade de ser vermelho vivo, por ser um tecido com grau elevado de vascularização e indica que está próximo da cicatrização da ferida. Outro tecido

com característica única é o tecido necrótico, onde apresenta coloração escura e revela a morte celular.

A escara apresenta crostas com textura endurecida e seca, de cor preta, cinza ou marrom em sua superfície. O tecido de cor amarela ou branco tem o nome de esfacelo, precisa ser removido por especialista (POTTER, 2013).

Devemos fazer uma avaliação no paciente em si, saber se estar nutrido ou desnutrido, limpo ou sujo, hidratado ou desidratado, suas condições emocionais, físicas e psicológicas para darmos procedimento ao tratamento das feridas.

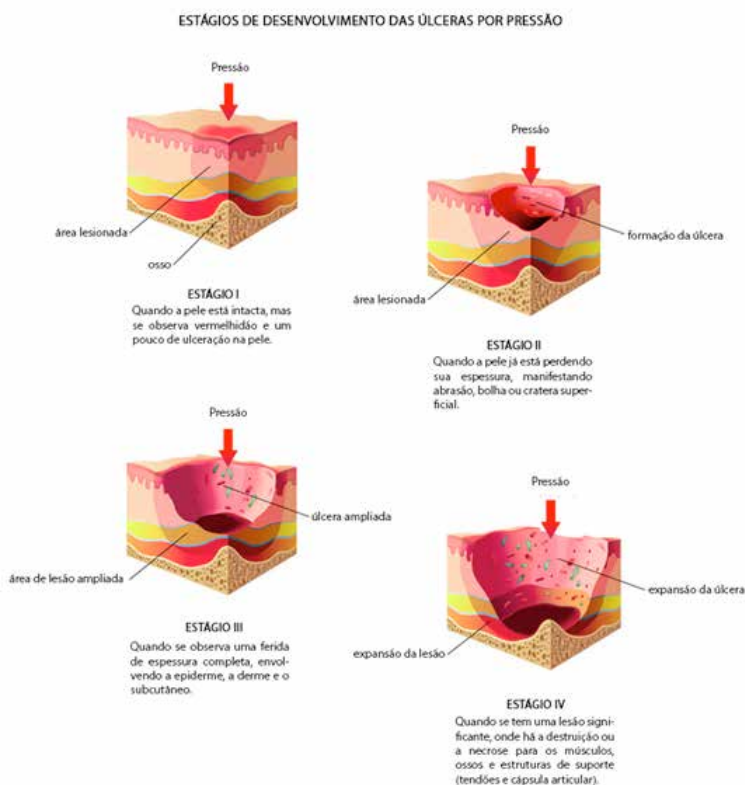
O estágio de úlcera por pressão (UPP) é classificado de acordo com o sistema de estadiamento, no qual se baseiam na descrição da profundidade do tecido destruído. O estágio I, apresenta vermelhidão não branqueável de pele intacta, geralmente sobre alguma proeminência óssea, podendo apresentar alteração de cor da pele, calor, edema, endurecimento ou dor na área lesionada.

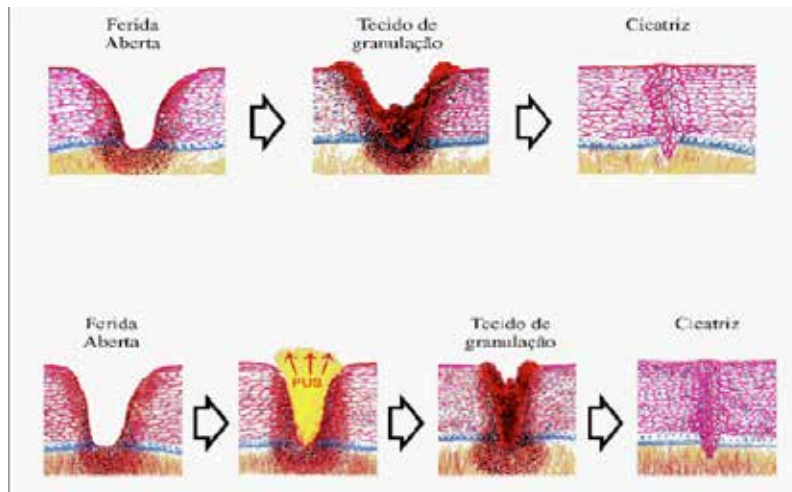
No estágio II, ocorre à perda de pele em espessura parcial ou bolha, mostra-se o leito da ferida róseo-avermelhado sem esfacelo ou contusão, além disso, pode apresentar alguma bolha com soro ou serossanguinolenta em seu interior.

No estágio III, existe a perda de pele em espessura completa, na qual é visível a gordura subcutânea, sem o aparecimento de osso, músculo ou tendões.

E no estágio IV tem-se a perda de tecido em espessura completa, onde ocorre a visibilidade dos ossos, tendões e dos músculos, pode ter a presença de esfacelo ou escara (POTTER, 2013).

Na borda avaliamos se a borda é aderida, descolada, regular ou ir-





regular. Na área perilesional avaliamos se está íntegra, se há a presença de eritema, se esta macerada, se esta intumescida, hipercrômica, hipocrômica, hiperemiada ou se há edema.

LIMPEZA

No tratamento de feridas devemos controlar ou eliminar os fatores causais de infecções, promover o suporte sistêmico para reduzir os cofatores existentes ou potenciais. Manter o leito da ferida em condições fisiológicas, limpeza e desbridamento.

Temos dois tipos de desbridamento: o desbridamento mecânico essa é uma técnica rápida de remoção do tecido necrosado de uma ferida onde pode-se utilizar o atrito mecânico ou até mesmo a escovação (IRION2005). Dentro do desbridamento mecânico temos os curativos com gases úmidos e secos dextraneros, hidroterapia, irrigação da ferida, dentre outras características.

E temos também o desbridamento químico que consiste na utilização de versões exógena de enzimas, a ocorrência natural vem ganhando popularidade (IRION 2005). Ou seja, nada mais é do que os

produtos químicos usados no tratamento de feridas. Temos o caso dos fitoterápicos que vem ganhando espaço no mercado alguns anos.

“O desbridamento é um procedimento tradicional e frequentemente empregado no tratamento de feridas. Entretanto, deve perguntar em cada caso específico, o profissional por que desbridar esta ferida em particular e qual o melhor método?” (IRION 2005). p. 178.

A limpeza pode dar-se com solução fisiológica, solução papaína, solução surfactante, e os assépticos que possuem um uso restrito.

Nas feridas cirúrgicas os curativos devem sempre estar limpos e secos, não devendo ser manipulados nas primeiras 24hs, com exceção do curativo esta saturado de exsudato e com avaliação do especialista. É necessário que no momento de realizar o curativo se obedeça sempre o critério do menos contaminado para o mais contaminado, além de utilizar a técnica asséptica devida.

No exsudato devemos sempre observar a quantidade (ausente ou pequena, moderada, grande); o odor (ausente, presente, fétido, purulento). Na temperatura local

(quente ou fria); a mensuração da ferida (altura, largura, profundidade, localização) é realizada com a finalidade de observar a melhora do estado da ferida.

As feridas podem ser limpas (feridas em condições assépticas e sem micro-organismo), limpas contaminadas (feridas com o tempo inferior a 6hs entre o trauma e o atendimento sem contaminação significativa), observamos contaminadas (feridas ocorridas com o tempo maior que 6hs entre o trauma e o atendimento sem sinal de infecção) e infectadas (feridas com presença de agentes infecciosos no local e com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos podendo conter secreção purulenta).

Dentre as diversas complicações que podem ocorrer no momento da cicatrização da ferida destaca-se a hemorragia, a infecção, deiscência e a evisceração. Segundo Potter (2013) Hemorragia é um sangramento a partir do local de uma ferida, é normal durante o trauma e imediatamente após ele. É tido como hemorragia todo derramamento de sangue do organismo humano para fora dos vasos sanguíneos, levando em consideração que existe dois tipos de hemorragia a externa e a interna.

No caso do tipo de hemorragia externa é visível a eliminação de sangue, deve-se atentar para a saturação do curativo, principalmente nas feridas cirúrgicas visto que o risco de hemorragia é elevado nas primeiras 24 a 48 horas depois da cirurgia ou lesão.

Na hemorragia interna, é necessário atenção a possíveis sinais de edema ou distensão na área lesionada, no caso do uso de dreno cirúrgico observar a quantidade e

alteração do tipo de drenagem.

Quanto às feridas que contém tecido necrótico, presença de corpos estranhos próximo ao leito da ferida ou na ferida propriamente dita, ou a área da ferida tem dificuldades de irrigação, as chances de infecção são grandes, além de inibir a cicatrização. Para a ferida ser considerada infectada deve ocorrer a drenagem de secreção purulenta.

A deiscência é a separação parcial ou total das camadas da ferida (POTTER, 2013), é importante observar se há o aumento de secreção serossanguinolenta, visto que é um fator para ocorrer à deiscência. Geralmente ocorre em feridas cirúrgicas abdominais, para prevenir é necessário sobrepor um cobertor fino na ferida abdominal quando o paciente estiver tossindo, para sustentar essa área a fim de diminuir a pressão intra-abdominal.

O principal cuidado na **evisceração**¹⁴ é colocar toalhas estéreis embebidas de soro fisiológico 0,9% na área lesionada, reduzindo as chances de contaminação e ressecamento dos tecidos. A evisceração

é considerada uma emergência por esse motivo requer atendimento imediato, e conseqüente um reparo cirúrgico, deve-se colocar o paciente em jejum absoluto, e observar os possíveis sinais e sintomas.

Metodologia

Este trabalho foi realizado a partir de levantamento bibliográfico, ou seja, uma pesquisa de gabinete, onde a partir dos pontos de vistas dos autores iremos contrapor suas ideias e formas de trabalho, no tratamento de feridas. Visando a busca do melhor tratamento no cuidado das feridas. Dentro disso abordaremos sobre algumas formas de tratamentos como fitoterápicos que ainda são muito discutidos dentro das literaturas como forma de tratamento. Além de algumas soluções já utilizadas, que são abordadas pelos mesmos.

Conclusão

Como podemos observar através do levantamento bibliográfico realizado sobre o tema Feridas e suas Formas de Cuidados, temos a abordagem colocada por diversos autores como

Ferraz (2005), Potter (2013), Traldi (2004), dentre outras fontes de pesquisa, as especificações do que são feridas e qual o procedimento de tratá-las. Buscamos com isso, conceitos essenciais para mostrar como inicia-se a lesão e as conseqüências que elas podem causar no cliente, se não são bem cuidadas.

Esse tema acabou sendo de grande conhecimento, pois, desmitificasse a ideia de que feridas não passa apenas de um "ralado" como conhecido por leigos, e sim, trabalhamos em cima das mais diversas formas de feridas que existem como traumática, ulcerativas, dentre outras. Assim como, os tipos de análise que podemos fazer a partir das mesmas.

A ideia foi esclarecer o entendimento do que realmente sejam feridas, e os cuidados necessários que devem ser tomados para que não ocorra uma infecção mais profunda, levando o cliente há passar mais tempo que o necessário em tratamento para curar aquela patologia, sejam nos Hospitais, UBS ou até mesmo em casa com o auxílio de um profissional especializado. ■

Referências

1. Barbosa CPL, Lacerda AR, Neri AL, Souto RQ, Eulálio MC. Identificação de demandas físicas em idosos: estudo transversal. Anais IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 24-26 de setembro 2015; Campina Grande, Brasil. Campina Grande, Editora Realize; 2015; 2(1). Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABA-IHO_EV040_MD2_SA7_ID1520_27072015143825.pdf
2. Santo PFE, Almeida AS, Silveira MM, Salomé GM, Ferreira IM. Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(1):133-141.
3. Griitti CC, Bene AZ, Pinheiro DM, Bianchin MA, Lamari NM. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. Cad Saúde Colet. 2015; 23(2): 214-219.
4. Fonseca C, Franco T, Ramos A, Silva C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):480-486.
5. TRB Pharma. Monografia do produto Hyaludermin (ácido hialurônico). São Paulo. 2013.
6. Siqueira KCT, Bruno VBD, Fernanda DCR, Teresa JS. O uso do polihexametileno biguanida (PHMB) como agente terapêutico na cicatrização de feridas. Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC. 2016;5: 224. Available from: <http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/simtec/article/view/7212>.
7. Harada VTT. Relato de casos: vigilância e salvamento de enxerto na doença arterial obstrutiva periférica. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2015.
8. Capella SO, Tillmann MT, Félix AOC, Fontoura EG, Fernandes CG, Freitag RA, et. al. Potencial cicatricial da Bixa orellana L. em feridas cutâneas: estudo em modelo experimental. Arq Bras Med Vet Zootec. 2016; 68(1):104-112.

Hanseníase: Um contexto epidemiológico atual no Brasil

Leprosy: An epidemiological context present in Brazil

La lepra: Un contexto epidemiológico actual en Brasil

Renato Scarsi Testa:

Graduado em Medicina pela USP. Especialista em clínica geral pela sociedade brasileira de clínica médica

José Antônio Gonçalves Silva:

Enfermeiro, mestrado acadêmico em Ciência da Saúde, Mestrado profissionalizante em Terapia Intensiva.

Resumo

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo micobacterium leprae, também conhecida como Lepra. Tem manifestação cutânea e neuronal. Pode levar a várias sequelas neurológicas incapacitantes. A doença é restrita ao ser humano não encontrado nenhum outro reservatório na natureza. Tem caráter endêmico em todos continentes. Nos EUA é extremamente rara. Tem alta prevalência em regiões subdesenvolvidas: Ásia, África e América Latina. No Brasil a situação é muito heterogênea. Nos últimos 25 anos o ministério da saúde vem tomando ações para tentar controlar a doença. O Brasil é signatário do acordo com a Organização Mundial da Saúde para se transformar em uma área de baixa endemia para Hanseníase (menos de 1 caso a cada 100.000 habitantes).

Descritores: Hanseníase; Epidemiológico; Brasil.

Abstract

Leprosy is an infectious disease contagious, caused by micobacterium leprae, also known as Leprosy. Has Skin manifestation and neuronal. Can lead to many disabling neurological sequelae. The disease is restricted to human beings not found no other reservoir in nature. Endemic in all continents have character. In the United States is extremely rare. Has a high prevalence in underdeveloped regions: Asia, Africa and Latin America. In Brazil the situation is very heterogeneous. In the last 25 years the Ministry of health has been taking actions to try to control the disease. The Brazil is signatory of the agreement with the World Health Organization to turn into an area of low endemicity for Hansen's disease (less than 1 case every 100,000 inhabitants).

Keywords: Leprosy; Epidemiologist; Brazil.

Resumen

Lepra es una enfermedad infecciosa contagiosa, causada por micobacterium leprae, también conocido como lepra. Tiene piel manifestación y neuronal. Puede llevar a muchas secuelas neurológicas discapacitantes. La enfermedad se limita a los seres humanos no encontrados ningún otro reservorio en la naturaleza. Endémica en todos los continentes tienen carácter. En los Estados Unidos es extremadamente raro. Tiene una alta prevalencia en las regiones subdesarrolladas: Asia, África y América Latina. En Brasil la situación es muy heterogênea. En los últimos 25 años el Ministerio de

salud ha tomado acciones para tratar de controlar la enfermedad. El Brasil es signatario del acuerdo con la Organización Mundial de la salud en un área de baja endemicidad para la enfermedad de Hansen (menos de 1 caso cada 100.000 habitantes).

Palabras clave: Lepra; Epidemiólogo; Brasil.

RECEBIDO 22/05/2017 | APROVADO 30/05/2017

Introdução

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo micobacterium leprae. Tem manifestação cutânea e neuronal. Pode levar a várias sequelas neurológicas incapacitantes. A doença é restrita ao ser humano não encontrado nenhum outro reservatório na natureza. Tem caráter endêmico em todos continentes. Nos EUA é extremamente rara. Tem alta prevalência em regiões subdesenvolvidas: Ásia, África e América Latina.¹

No Brasil a situação é muito heterogênea. Nos últimos 25 anos o ministério da saúde vem tomando ações para tentar controlar a doença. O Brasil é signatário do acordo com a Organização Mundial da Saúde para se transformar em uma área de baixa endemia para Hanseníase (menos de 1 caso a cada 100.000 habitantes)².

No presente artigo procuramos apresentar o panorama da doença em território brasileiro.

Breve comentário sobre os indicadores de vigilância epidemiológica e análise de desempenho dos serviços brasileiros no tratamento da hanseníase.

O Ministério da saúde acompanha a Hanseníase por 2 grupos de indicadores.² O primeiro grupo são nove indicadores, eles procuram

descrever a endemia no Brasil (tabela 1). O segundo grupo são seis indicadores, que descrevem e acompanham o resultado dos aparelhos de saúde no tratamento da Hanseníase no Brasil (tabela 2).

Indicadores de Hanseníase no Brasil

Avaliando-se a taxa de prevalência de Hanseníase no Brasil temos que em 1990 tínhamos 19,5 casos para cada 10 mil habitantes. Estávamos na faixa de hiperendemia. Ao longo destes 25 anos houve uma redução importante da prevalência de casos novos. Em 2015 este indicador estava na faixa de baixa endemia: 1,01 caso para cada grupo de 10 mil habitantes. (gráfico 1)³. No entanto a situação geográfica brasileira é muito heterogênea. O estado do Mato Grosso tem um índice de 27 casos para cada grupo de 10 mil habitantes. Estados do norte e do nordeste brasileiro estão na faixa média de endemia (entre 10-20 casos para cada grupo de 10 mil habitantes). Os estados do sul e sudeste estão nos estratos de endemia baixa.⁴

No indicador de detecção de casos há 25 anos estávamos no patamar hiperendêmico de 19,96 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, a taxa diminuiu para 14,07 não mudamos

de classificação, ainda temos um padrão hiperendêmico. Apenas o estado do Rio Grande do Sul tem um padrão endêmico baixo. Estão no estrato hiperendêmico os estados do Mato Grosso, Tocantins e Maranhão.²

Apesar de o Brasil ter avançado na questão em muitas regiões, a meta foi cumprida nos últimos 25 anos, mas a situação é preocupante. Ainda alarmante em regiões carentes do país. Aonde o controle foi atingido preocupa a falta de continuidade que vemos com frequência em situações de crise econômica. O segundo indicador revela um potencial de aumento de casos e consequentemente voltamos ao estrato médio de endemia de Hanseníase.

Quanto à qualidade do atendimento dos casos de Hanseníase o indicador de cura em acompanhamento das coortes, mostrava em 2000 uma taxa de 83% situação classificada como regular. Em 2015 o número estava em 83,5%, ou seja, pouca mudança aconteceu nestes 15 anos.⁵

Segundo a classificação operacional podemos ter a Hanseníase na forma paucibacilar (casos com até 5 lesões de pele), ou multibacilar (mais de 5 lesões de pele). Esta classificação é importante. Nos casos paucibacilares o tratamento é mais curto por 6 meses,

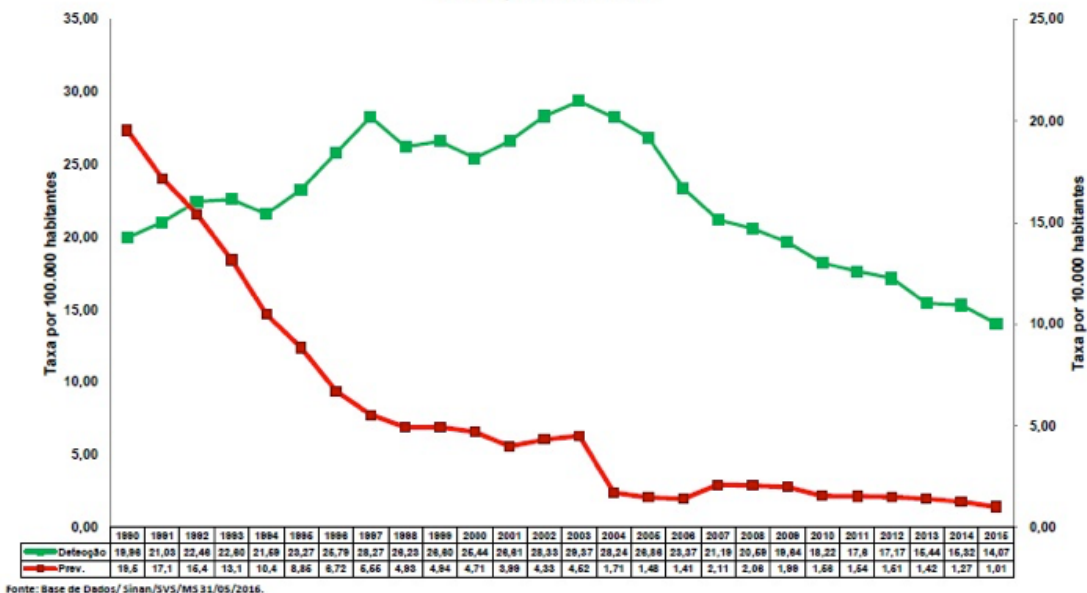
Tabela 1. Indicadores de vigilância de endemia

INDICADOR	COMO INTERPRETAR
Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes.	Mede a magnitude da endemia.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	Mede a força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100 mil habitantes.	Mede força de transmissão da endemia e sua tendência.
Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes.	Tendência de redução da taxa de detecção acompanhada de queda deste indicador caracteriza redução de endemia.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados no ano.	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e ou precoce dos casos.
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano.	Avaliar a transcendência da doença subsidiária programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós alta.
Proporção de casos de hanseníase segundo gênero entre o total de casos novos.	Avaliar capacidade dos serviços em assistir casos de hanseníase.
Proporção de casos segundo a classificação operacional entre o total de casos novos.	Avaliar os casos em risco de desenvolver complicações e planejamento de tratamento.
Taxa de detecção de casos novos segundo raça /cor entre população das respectivas raça/cor	Medir a endemia por raça /cor

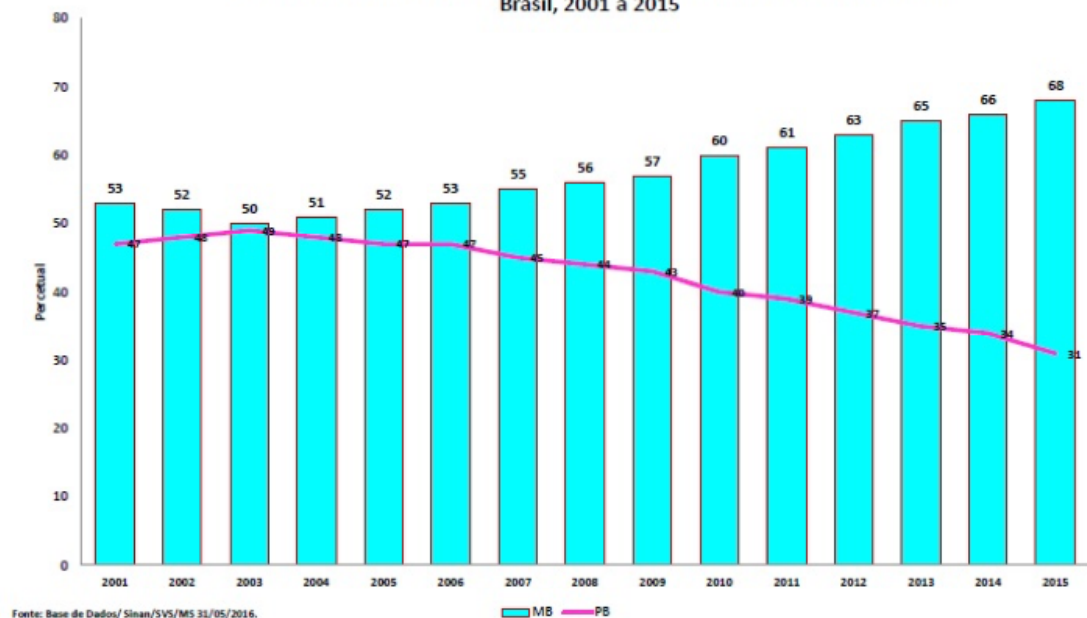
Tabela 2. Indicadores de qualidade de assistência a Hanseníase

INDICADOR	COMO INTERPRETAR
Proporção de cura de Hanseníase entre casos novos diagnosticados nos anos nas coortes.	Avalia a qualidade de atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até completar o tratamento.
Proporção de casos de Hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos casos das coortes.	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados e completude do tratamento.
Proporção de contatos de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase aumentando a detecção oportuna de casos novos.
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano.	Identificar municípios notificados de casos de recidiva para monitorização de falência terapêutica.
Proporção de casos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico.	Medir a qualidade do atendimento no serviço de saúde.
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes	Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

Taxas de prevalência e detecção em hanseníase Brasil, 1990 a 2015



Percentual de casos novos de hanseníase segundo classificação operacional Brasil, 2001 a 2015

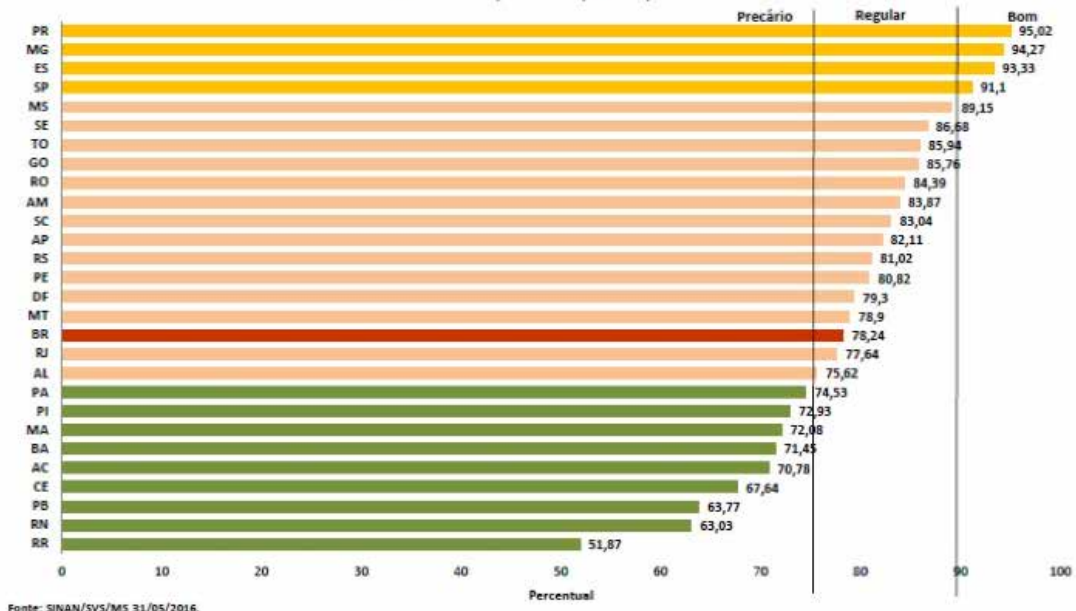


nos multibacilares é preconizado o tratamento por 12 meses. A forma multibacilar apresenta mais reações da Hanseníase que são

classificadas em tipo 1 e tipo 2 (eritema nodoso hansêmico- ENH), a forma multibacilar também apresenta mais lesões neuríticas e neu-

ropáticas². Em 2001 tem-se que 53% dos casos novos detectados forma classificados como paucibacilar, em 2005 este número su-

Percentual de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes, estados, Brasil, 2015



biu para 68%. Mais um indicador preocupante para aferir o controle da doença.⁶

Quanto a capacidade de acompanhamento dos pacientes com Hanseníase os estados do Espírito Santo, São Paulo e Acre encontram-se numa boa situação acima de 90% dos casos são acompanhados até o termino do tratamen-

to. Situação é precária com menos de 75% da capacidade de acompanhamento nos estados: Para, Piauí, Maranhão, Acre, Bahia, Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte e Roraima.⁷

Conclusão

Com o exposto podemos concluir que o Brasil avançou na redução

de prevalência da endemia de Hanseníase, tem dados sólidos e consistentes. O desafio para o futuro é manter as conquistas dos últimos 25 anos e avançar no controle da doença em áreas onde ações na saúde tem impacto, no entanto estas áreas são pobres e com certeza exigem desenvolvimento nas demais áreas sociais. ■

Referências

1. Rouquaryol MZ, Veras FMF, Távora LGF. Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In Rouquaryol MZ e Gurgel M, Rio de Janeiro, sétima edição, 2013, p.201-234
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>.
3. Taxas de prevalência e detecção em hanseníase Brasil, 1990 a 2015 Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS 31/05/2016. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase.
4. Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase, estados, Brasil, 2015 Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS

31/05/2016. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase.

5. Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, estados e Brasil, 2015 Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS 31/05/2016. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase.

6. Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2015 Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS 31/05/2016. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase.

7. Percentual de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes, estados, Brasil, 2015 Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS 31/05/2016. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/hanseníase.

Tecnologia DACC – Análise de Custo Efetividade no Gerenciamento de Feridas de Difícil Cicatrização

DACC Technology - Analysis of Cost Effectiveness in the Management of Wounds of Difficult Healing

Tecnología DACC - Análisis de Coste Efectividad en la Gestión de Feridas de Difícil Cicatrización

Resumo

As feridas são uma fonte importante de custos para os doentes e para a economia da saúde (1). Em muitos serviços da prática assistencial, os resultados são mal definidos e mensurados, o foco de decisão dos gestores das despesas de saúde está na maioria das vezes no custo unitário do produto (tecnologia) e não sobre o custo total do plano de cuidados e resultados obtidos (5). O objetivo deste trabalho foi avaliar o custo-efetividade entre dois produtos similares, cruzando dados de custos e evolução no processo de cicatrização. Trata-se de estudo de caso, retroativo, comparativo e observacional entre duas tecnologias avançadas, realizado num serviço de Assistência Domiciliar em paciente diabético, dialítico com lesão em calcâneo E infectado comparando duas tecnologias avançadas, a primeira com curativo diário nos primeiros 21 dias, de 14/01 a 04/02 (1ª análise): com AGE em bordas, hidrogel com alginato em necrose, espuma de poliuretano com silicone e prata, e curativo secundário com curativo algodoado e enfaixamento. A segunda terapia, a partir de 04/02 até 25/02, por mais 21 dias (2ª análise): Espuma de poliuretano com Cloreto de Dialquil Carbamoil (DACC) e silicone, e como cobertura secundária curativo algodoado e enfaixamento. Após este período realizado análise de custos de cada conduta terapêutica através de planilha comparativa e análise da efetividade através da aplicação do instrumento BeatJensen Wound Assessment Tool (BWAT), e aplicativo MOVA. Como resultados, no comparativo custos, observou-se que a tecnologia DACC mostrou-se 9% acima dos custos apresentados em relação à conduta anterior, porém quando analisamos a efetividade na cicatrização, a nova tecnologia demonstrou ser mais eficaz, apresentando pela escala BWAT redução de 2 pontos, 39 - 37; pelo aplicativo MOVA redução da área da lesão de 17,7% contra 2,8%, redução de necrose 10,3% contra 18,5%, redução da fibrina 36,4% contra 14,5% e aumento do tecido de granulação 46,7% contra 4%. Portanto ao cruzar análises de custos com avaliações clínicas da evolução da ferida a tecnologia DACC demonstrou ter um custo efetivo nos resultados apresentados, sendo mais eficaz no processo cicatricial.

Descritores: Custo efetividade, Feridas Infectadas, Tratamento de feridas, DACC, Gerenciamento de Feridas, Avaliação de custo efetividade em feridas.

Abstract

Wounds are an important source of costs for patients and for the health economy (1). In many care practice services, outcomes are poorly defined and measured, health care managers' decision focus is mostly on the

Cristina Gomes Barbosa:

Coordenadora da Estomaterapia da Projeto Home Care, Enfermeira com Especialização em dermatologia (UNIFESP) e Estomaterapia (USP).
cristinagomes@projetohomecare.com.br
(11)97150-2185.

Elaine Alboledo Monteiro:

Gerente Clínica da BSN medical, Enfermeira Specialist em Dermatologia (SOBENDE) e Queimaduras (SBQUEIMADURAS e UNIFESP)
elaine.monteiro@bsnmedical.com
(11) 98928-5981.

unit cost of the product (technology) and not on the total cost of the care plan and Results obtained (5). The objective of this study was to evaluate the cost-effectiveness between two similar products, crossing cost data and evolution in the healing process. This is a retroactive, comparative and observational case study between two advanced technologies performed in a home care service in a diabetic, dialytic patient with calcaneus lesion and infected by comparing two advanced technologies, the first with daily dressing in the first 21 days, From 14/01 to 04/02 (1st analysis): with AGE on edges, hydrogel with alginate in necrosis, polyurethane foam with silicon and silver, and secondary dressing with cotton dressing and bandage. The second therapy, from 04/02 to 02/25, for a further 21 days (2nd analysis): Polyurethane foam with Dialquil Carbamoyl Chloride (DACC) and silicone, and as a secondary dressing for cotton dressing and dressing. After this period, a cost analysis of each therapeutic conduct was performed through a comparative worksheet and an analysis of the effectiveness of the BeatJensen Wound Assessment Tool (BWAT) and MOWA application. As a result, in the comparative costs, it was observed that DACC technology showed to be 9% above the presented costs in relation to the previous conduct, however when analyzing the effectiveness in the cicatrization, the new technology proved to be more effective, presenting by the scale BWAT reduction Of 2 points, 39 - 37; By the application MOWA reduction of the lesion area of 17.7% versus 2.8%, reduction of necrosis 10.3% against 18.5%, reduction of fibrin 36.4% against 14.5% and increase of granulation tissue 46.7% versus 4%. Based on cost analyzes with clinical evaluations of wound evolution, DACC technology has been shown to be cost effective in the presented results, being more effective in the cicatricial process.

Descriptors: Cost effectiveness, Infected wounds, Wound treatment, DACC, Wound Management, Cost Effectiveness in Wounds.

Resumen

As heridas são uma importante fonte de custos para los pacientes y para la economía de la salud (1). Em muitos servicios de cuidados de salud, los resultados son mal definidos y los resultados, o el foco de los gestores de cuidados de salud sobre todo el costo del producto y los resultados obtenidos. El objetivo de este estudio es evaluar la relación costo-beneficio entre dos productos similares, cruzando datos de costo y evolución no proceso de cicatrización. Trata de un estudio de caso retroactivo, comparativo y observacional entre dos tecnologías avanzadas realizadas en un servicio domiciliario en un paciente diabético, un dialogo con la calcificación y una infección en los resultados de dos tecnologías avanzadas, un primer con curativo diario de 21 días. / 01 a 04/02 (1º análisis): con AGE em bordas, hidrogel con alginato en necrose, espuma de poliuretano con silicio y plata, y curativo secundario con curativo de algodón y vendaje. A segunda terapia, de 04/02 a 25/02, por más 21 días (2º análisis): Espuma de poliuretano con Dialquil Carbamoyl Chloride (DACC) e silicona, y como un curativo secundario para vestir algodón. Después de este período, se realizó un análisis de custodia de una conducta terapéutica a través de una hoja de trabajo comparativa y una evaluación de la herramienta de evaluación de resultados BeatJensen (BWAT) e MOWA. Como resultado, los costos comparativos, la observación y la tecnología DACC mostró ser 9% sobre los costos de la emisión a la conducta anterior, Sin embargo, a la evaluación de la eficacia de la cicatrización, una nueva tecnología se muestran más efectivas, mostrando Pela reducción da escala BWAT De 2 pontos, 39 - 37; A redução del área de lesión de 17,7% contra 2,8%, reducción de necrose 10,3% contra 18,5%, reducción de fibrina 36,4% contra 14,5% y aumento de tejido de granulación 46,7% versus 4%. Con base en análisis de costo con evaluaciones clínicas de la evolución de la fería, una tecnología DACC demostrar ser rentable los resultados, ser más eficaz no proceso cicatricial. **Conclusión:** es evidente la efectividad de terapias con sanación de tejido de 100%.

Descriptores: Costo efectividad; Heridas Infectadas; Tratamiento de heridas; DACC; Gestión de Heridas; Valoración de costo efectividad en heridas.

RECEBIDO 15/03/2017 | APROVADO 25/03/2017

Introdução

As feridas são uma fonte significativa de custos para os doentes e para a economia da saúde. As feridas crônicas são muitas vezes difíceis de curar, resultando num ciclo de dor, ansiedade e reduzida qualidade de vida para o paciente individual, assim como o custo considerável de tratar.⁽¹⁾

O aumento do número de feridas está previsto em decorrência do aumento da população idosa com condições de longo prazo e as necessidades mais complexas. Dados sobre as despesas de serviços de saúde sugerem que o financiamento dos cuidados de saúde não deve conseguir manter o ritmo deste aumento e, que mudanças fundamentais precisam ser feitas no tratamento de feridas complexas.⁽²⁾

Para equilibrar custo e cuidado para o futuro, os profissionais de saúde terão de ser mais proativos na sua abordagem no tratamento de feridas, a adoção de novas e avançadas tecnologias que aceleram o processo de cicatrização, capacitam e envolvem os pacientes nos cuidados, criam redução no custo e agregam valor econômico, portanto o atendimento de má qualidade é mais caro para o paciente e para a economia da saúde.⁽³⁾

Além disso, os pacientes e suas patologias intensificam a complexidade, estudos demonstram que 76% dos pacientes com uma ferida crônica apresentam mais três comorbidades e, dentre elas até 46% apresentam diabetes, tornando a ferida em condição difícil de cicatrizar. Tais feridas que são difíceis de cicatrizar são mais propensas a desenvolver complicações,

como infecção, necessitando de intervenções mais caras e trocas de curativos mais frequentes, colocando maiores exigências sobre os recursos disponíveis.

Curativos continuam a ser o pilar do tratamento para pacientes com feridas e uma ampla variedade de curativos está disponíveis para uso atualmente, portanto a escolha da melhor terapia deve basear-se em vários fatores, incluindo avaliação detalhada do paciente e ferida, identificação da causa subjacente, objetivo do tratamento, custo-efetividade, disponibilidade do curativo e adesão do paciente ao tratamento.⁽⁴⁾

Em muitos serviços da prática assistencial, os resultados são mal definidos e mensurados, tornando difícil a demonstração do valor de uma nova tecnologia avançada. Além disso, o foco de decisão dos gestores das despesas de saúde está na maioria das vezes no custo unitário do produto (tecnologia) e não sobre o custo total do plano de cuidados e resultados obtidos.⁽⁵⁾

Objetivo

Avaliar o custo-efetividade através de dados comparativos entre a espuma de poliuretano com prata e silicone e nova tecnologia DACC associada a espuma ultra-absorvente e silicone, cruzando dados de custos, evolução no processo e taxa de cicatrização.

Matérias e Métodos

Trata-se de estudo de caso, comparativo e observacional entre duas tecnologias avançadas, realizado em um serviço de Assistência Domiciliar. Paciente R.A.R., masculino, 54 anos, diabético,

com lesão em calcâneo E infectado, com cultura positiva para KPC, realizado fasciotomia em lesão, conduta inicial de antibiótico terapia sistêmica, câmara hiperbárica diária e curativo: AGE em bordas + hidrogel com alginato em necrose + espuma de poliuretano, silicone e prata + curativo algodoado + enfaixamento, sendo mantida por 21 dias, de 14/01 a 04/02 (1º análise). A partir de 04/02 até 25/02 (2º análise), por objetivo comparativo de custo-efetividade, alterado a conduta do curativo para: Espuma de poliuretano, DACC e silicone + curativo algodoado + enfaixamento com trocas diárias mantendo antibiótico e hiperbárica. Após este período realizado análise de custos através de planilha comparativa e análise da efetividade através da aplicação do instrumento "BeatJesen Wound assessment Tool (versão brasileira), e aplicativo MOWA.

Resultados

Ao analisar o comparativo de custos, observou-se que a tecnologia DACC mostrou-se cerca de 9% acima dos custos apresentados com a conduta anterior.

Entretanto quando analisamos a efetividade no processo de cicatrização, a nova tecnologia demonstrou ser mais eficaz, apresentando uma redução de 22,5% da área total da lesão contra 3,5% de redução com a tecnologia antiga, num mesmo período avaliado. Também a evolução com o DACC foi significativa em relação as demais análises: redução de tecido necrótico e fibrina 46,7% contra 4% da outra tecnologia e em relação a formação de tecido de granulação 46,7% contra 4%.





Resultados: 1ª ANÁLISE

21 dias: 14/01 a 04/02 - AGE em bordas + hidrogel com alginato em

necrose + espuma de poliuretano, silicone e prata + curativo algodoado + enfaixamento. Pelo aplicativo

MOWA houve neste período com a terapêutica utilizada: redução da necrose em 18,5%, aumento da fibrina em 14,5%, aumento da granulação de 4% e redução da área em 2,8 cm².

1ª ANÁLISE

	14/01/2016 17:43:25		06/06/2016 15:47:08
Exsudato: Muito		Necrose: 34.8%	
Infecção: Sim		Fibrina: 60.2%	
Hemorragia: Não		Granulação: 5.0%	
Profunda: Não		Área: 81.6 cm (largura:10.4 cm - Altura: 10.5cm)	
	04/02/2016 18:24:24		06/06/2016 14:53:05
Exsudato: Muito		Necrose: 16.3%	
Infecção: Sim		Fibrina: 74.7%	
Hemorragia: Não		Granulação: 9.0%	
Profunda: Não		Área: 78.8 cm (largura:10.0 cm - Altura: 11.0cm)	

2ª ANÁLISE

04/02 até 25/02 - Espuma de poliuretano, DACC e silicone + curativo algodoado + enfaixamento. Pelo aplicativo MOWA houve neste período com a terapêutica utilizada: redução da necrose em 10,3%, redução da fibrina em 36,4%, aumento da granulação de 46,7% e redução da área em 17,7 cm².

Conclusão:

Diante da análise conseguimos comprovar a importância da análise detalhada dos custos cruzando com avaliações clínicas da evolução da ferida, comprovando as recomendações de melhores práticas, onde a análise e resultado do custo do tratamento e objetivos alcançados demonstrou ser diferente da simples análise dos custos dos materiais.

A tecnologia DACC demonstrou ter um custo efetivo com os resultados apresentados, contribuindo para a melhora do processo cicatricial em questão, além de demonstrar efetividade em outros fatores como facilidade de troca do curativo, bem estar do paciente, alívio da dor e bom gerenciamento da exsudação. ■

2ª ANÁLISE

	04/02/2016 18:24:24		06/06/2016 14:53:05
Exsudato: Muito		Necrose: 16.3%	
Infecção: Sim		Fibrina: 74.7%	
Hemorragia: Não		Granulação: 9.0%	
Profunda: Não		Área: 78.8 cm (largura:10.0 cm - Altura: 11.0cm)	
	25/02/2016 06:29:34		06/06/2016 15:27:05
Exsudato: Muito		Necrose: 6.0%	
Infecção: Sim		Fibrina: 38.3%	
Hemorragia: Não		Granulação: 55.7%	
Profunda: Não		Área: 61.1 cm (largura:9.6 cm - Altura: 9.4 cm)	

Referências

1. Posnett J, Gotttrup F, Lundgren H, Saal G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *J Wound Care* 2009; 18(4): 154-61
2. Dowsett C, Bielby A, Searle R. Reconciling increasing wound care demands with available resources. *J Wound Care* 2014; 23(11): 552-62
3. Dowsett C, White R. Delivering quality and High Impact Actions. *Br J Healthcare Manage* 2010; 16(2): 609-10
4. Vowden P. Hard-to-heal wounds made easy. *Wounds International* 2011; 2,4: 1-6. Available at: <http://bit.ly/1EYUGOE> (accessed 20.04.2015)
5. Wounds International. Making the case for cost-effective wound management. An international consensus. *Wounds International*, 2013. Available at: <http://bit.ly/19pg6MB> (accessed 20.04.2015)

Tudo o que você espera dos curativos de espuma, com a exclusiva tecnologia AQUACEL™

11224



NOVO
AQUACEL™ Ag.
Foam

- Borda de silicone projetada para aderir à pele adjacente, não ao leito da ferida
- Disponível em vários tamanhos, adesivos e não adesivos
- O único curativo que oferece o conforto e a simplicidade da espuma aliados aos benefícios da tecnologia Aquacel™.

NOVO
AQUACEL™
Foam



Serviço de Atendimento ao Cliente

0800-7276-115
sac.brasil@convatec.com

Para mais informações visite www.convatec.com.br

AQUACEL, o logo Aquacel, ConvaTec, o logo ConvaTec, Hydrofiber e o logo da Hydrofiber são marcas registradas da ConvaTec Inc. e são marcas registradas nos E.U.A.
© 2012 ConvaTec Inc.

AP-011757-MM



AQUACEL Dressings
TRIED. TRUE. TRUSTED.™

ConvaTec



Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

Compressão inelástica com tecnologia patenteada. Sistema circaid foi projetado com a capacidade de ser facilmente ajustado para compressão necessária e colocação rápida proporcionando a redução de edemas.