



Percursos

13ª Edição

Julho-Setembro 2008

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

**NÚMERO ESPECIAL
TRATAMENTO DE FERIDAS E
VIABILIDADE TECIDULAR**

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
Ano 4, Nº 13
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

*Armandina Antunes
Alice Ruivo
Joaquim Lopes
Paula Leal
Sérgio Deodato*

Colaboradores Permanentes

*Ana Paula Gato
Cândida Ferrito
Fernanda Costa
Lurdes Martins
Mariana Pereira*

Revisão pelos Pares

Regras de Publicação: N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt



Sumário

Editorial

Prevalência de Úlceras por Pressão no serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo

A Educação Terapêutica na Prevenção do Pé Diabético

A Terapia compressiva: cuidar efectivo na úlcera de perna

Prevalência da Úlcera de Perna nos Utentes da Unidade de Saúde de Azeitão

Os pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna: Requisitos para terapia compressiva

Impacto da ferida crónica: Caracterização da população de doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da Freguesia de S. Domingos de Benfica

Preparação do leito da ferida nas úlceras de perna venosas: uniformização das práticas em duas Unidades de Saúde

FICHAS TÉCNICAS - Apresentação e descrição de Agentes no Tratamento de Feridas

Editorial

Mariana Pereira

A formação Pós-graduada no âmbito do Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecedular procura responder à necessidade de permanente actualização, desenvolvimento e partilha do conhecimento específico nesta área. O Curso de Pós-Graduação em Tratamento de Feridas, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, teve como objectivo desenvolver competências de avaliação, intervenção e investigação em prevenção e tratamento de feridas, permitindo o desenvolvimento de boas práticas através de um projecto de intervenção em contexto de trabalho.

Os resultados são visíveis nos trabalhos apresentados nesta edição da Percursos, dedicada exclusivamente ao Tratamento de Feridas, onde são apresentados seis artigos resultantes dos Projectos de Intervenção realizados pelos autores no âmbito da 2ª Edição da Pós-Graduação em Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecedular, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Um segundo capítulo é destinado às Fichas Técnicas, onde é feita a apresentação e descrição de Agentes no tratamento de feridas, sendo o conhecimento apresentado nestas fichas técnicas ancorado em estudos recentes sobre a utilização de cada agente terapêutico.

Esta área é um bom exemplo de como a formação Pós-Graduada, a Investigação e a Prática Baseada na evidência, devem ser aliadas, num imperativo para o desenvolvimento do conhecimento específico, para a uniformização de procedimentos e consequentemente para a melhoria da qualidade de cuidados.

Convido-vos a conhecer e reconhecer o trabalho de profissionais que têm investido nesta área, sendo a partilha dos seus projectos uma oportunidade de reflexão sobre as práticas, incremento das mesmas e divulgação de conhecimento específico sobre o Tratamento de Feridas.

Votos de boas leituras

Prevalência de Úlceras por Pressão no serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo

Filipe Alexandre Bettencourt*, Luís Miguel Gomes**

Resumo

Por existir um desconhecimento total da prevalência de úlceras por pressão no Serviço de Internamento (SI) do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (CSVFC), pretendi determinar a prevalência do problema, uniformizar procedimentos a nível da identificação correcta dos graus das úlceras por pressão (UPP), de forma a promover uma adequação dos tratamentos a executar, instituir a aplicação regular de uma escala de avaliação de risco (escala de Braden) e adoptar as guidelines da european Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) para a prevenção e tratamento de UPP.

Os objectivos gerais a que me propus foram: calcular a prevalência de UPP; calcular o grau de risco de desenvolvimento de UPP; uniformizar procedimentos de actuação através da adopção de protocolos. Neste sentido, foi realizada uma formação aos enfermeiros do serviço e realizada uma recolha de dados, separadas por quatro semanas.

A prevalência pontual na primeira observação era de 21,40% e na segunda era de 22,20%. A incidência foi de 18,40%, embora possa afirmar que, apenas 1 utentes (2,60%), desenvolve uma UPP durante o internamento.

Na aplicação da escala de Braden, verificou-se que 44,74% dos utentes eram considerados de alto risco e 55,26% de baixo risco, quer na 1ª, quer na 2ª observações.

A úlcera por pressão mais grave é a de grau III com 77,78%.

Palavras chave: prevalência, úlcera por pressão, projecto de intervenção

Introdução

No tratamento de feridas, devemos ter presente o doente como uma unidade funcional, no qual esta manifestação pode ser a representação de uma patologia subjacente. O tratamento do doente deverá ter sempre como objectivo o controlo dos sintomas e a prevenção de possíveis complicações, de forma a proporcionar o maior conforto possível, garantindo a sua qualidade de vida.

As úlceras por pressão são um problema de saúde que afecta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e com outras patologias de base associadas (Morison, 2004). Estas

consomem muito tempo de trabalho e exigem recursos financeiros elevados, e podem prolongar-se durante muito tempo. Caso não haja uma avaliação correcta o consequente tratamento também não será o mais eficaz, perdendo-se assim tempo precioso para a resolução do problema e gastando-se recursos económicos e humanos que poderiam ser canalizados noutras direcções. Contudo, são os utentes quem mais sofre com este problema, quer a nível físico, quer emocional. Nesta linha de pensamento, Baranoski e Ayello (2004) referem que as feridas têm variados efeitos, quer na vida dos que sofrem quer na vida dos que cuidam, nomeadamente, a nível físico, social, espiritual, psicológico, entre outros.

Sem deixar de ter em conta factores como os custos elevados e o tempo de trabalho exigido, é no bem-estar dos utentes e na melhoria da sua qualidade de vida que o profissional deve centrar a sua atenção. Num doente acamado, totalmente

*Enfermeiro no Serviço de Internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo
filipe_bettencourt@hotmail.com

**Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo - Universidade dos Açores
lmsmgomes@uac.pt

dependente, e, conseqüentemente, diminuído a nível social e psicológico, qualquer ganho em qualidade de vida vale mais do que qualquer diminuição dos custos do tratamento. Deste modo, o conhecimento dos factores de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, a sua correcta avaliação e a das práticas que daí advêm podem levar a uma diminuição da incidência do problema e conseqüentemente a um aumento da qualidade de vida dos utentes.

Baranoski e Ayello (2004) referem ainda que a identificação de indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão permite tomar decisões sobre quando adoptar medidas preventivas, que são importantes para o uso mais efectivo dos recursos, porque o nível de risco guia a intensidade e o custo das medidas preventivas.

Num serviço em que o risco dos doentes desenvolverem úlceras por pressão urge aplicar um método de avaliação que permita ter uma noção real do problema, de forma a adoptar medidas que permitam minimizá-lo.

Dealey (2001) afirmou que as evidências científicas têm demonstrado que as úlceras por pressão não são apenas da responsabilidade da classe de enfermagem, mas sim de toda uma equipa multidisciplinar, atendendo à multicausalidade da sua ocorrência.

Por este motivo, pretendi realizar este estudo, não só por existir um desconhecimento generalizado da prevalência de úlceras por pressão no serviço onde trabalho, mas também, por ser onde tenho maior acesso e aquele onde mais se verifica o aparecimento de úlceras por pressão. Pretendi com este estudo colher dados, de forma a poder avaliar a prevalência do problema, fazer o tratamento estatístico e disponibilizar todos os resultados, tentando, posteriormente, uniformizar alguns procedimentos a nível da identificação correcta dos graus das úlceras por pressão de forma a promover uma adequação dos tratamentos a

executar, instituir a aplicação regular de uma escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão (escala de Braden) e adoptar as guidelines da European Pressure Ulcer Advisory Panel¹ (EPUAP) para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão de forma a aumentar a qualidade de vida dos utentes que estão internados.

Paralelamente ao objectivo geral, surgiram os objectivos parcelares. Neste caso, adoptei protocolos em conjunto com a restante equipa de enfermagem do serviço que permitiram actuar em função do risco de desenvolvimento de UPP que os utentes apresentam e promover a uniformização de procedimentos para que a avaliação de risco passasse a ser um procedimento feito a todos os utentes do serviço.

Descrição do Serviço

O serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo dispõe de vinte camas, assistindo, salvo raras excepções, doentes idosos, acamados ou com fraca mobilidade, que requerem cuidados de longa duração. A maioria dos utentes sofre de patologias crónicas e/ou incapacitantes que afectam também aspectos como a nutrição e a eliminação.

A equipa de enfermagem é composta por nove profissionais, cujo tempo médio de trabalho ronda os 5 anos. Todos os enfermeiros acreditam que podemos fazer mais pelos doentes do serviço no que diz respeito às úlceras por pressão. Trabalham também no serviço 9 auxiliares de acção médica que prestam serviços gerais e apoio à equipa de enfermagem, 6 médicos e 2 fisioterapeutas que assistem os utentes.

Não existe uma avaliação formal do risco dos utentes desenvolverem uma úlcera por pressão, bem como um plano de posicionamentos devidamente fundamentado e de acordo com as guidelines do European Pressure Ulcer Advisory Panel, ficando o posicionamento

¹http://www.epuap.org/review3_3/page5.html, acedida a 27/06/2008

dos utentes a cargo do enfermeiro destacado para a sua enfermaria.

Objectivos

Os objectivos gerais deste estudo foram calcular a prevalência de úlceras por pressão no Serviço de Internamento (SI) do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (CSVFC), bem como calcular o grau de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em utentes internados no SI do CSVFC. A finalidade do estudo foi uniformizar procedimentos de actuação através da adopção de protocolos.

Metodologia

Este foi um estudo epidemiológico transversal de avaliação da prevalência de úlceras por pressão e de avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

Cumpriu com os princípios éticos preconizados pelo Código de Helsínquia, tendo sido solicitados aos utentes e/ou familiares autorização para a recolha de dados, mediante a assinatura de um consentimento informado, cedido pelo Projecto Investigação Científica em Enfermagem (ICE)², tendo também sido previamente solicitada uma autorização para a realização deste estudo ao Conselho de Administração, mediante o envio de uma carta formal, o que foi autorizado.

A população em estudo foi a totalidade dos utentes internados no SI do CSVFC (38 utentes) no período compreendido entre os dias 18 de Março e 15 de Abril de 2008 (4 semanas).

Devido à inexistência de dados estatísticos anteriores no SI do CSVFC e ao apertado calendário da pós graduação em tratamento de feridas e viabilidade tecidual, a recolha de dados efectuou-se no mesmo período, tendo os utentes sido observados em dois momentos distintos, e sendo o método de recolha realizado com recurso a uma folha de registo adaptada pelo Projecto ICE, e que já foi utilizada

noutro estudo da EPUAP em vários países europeus. Este método consiste num questionário, a preencher pelo enfermeiro, onde são assinalados uma de várias opções em cada pergunta de resposta múltipla.

De forma a atingir os objectivos propostos e porque não existiam no serviço dados relativos à prevalência de úlceras por pressão, foi realizado um cálculo dessa prevalência, que, à partida, nos permitiu avaliar o número de doentes afectados pelo problema, bem como o grau das úlceras e a sua localização. Isto permitiu-me criar um mapa geral elucidativo da dimensão do problema.

Foi realizada uma formação na sala de reuniões do serviço, onde estiveram presentes todos os elementos da equipa de enfermagem do serviço, na qual foi apresentado o estudo e a justificação da sua pertinência, tendo sido também apresentado o PUCLAS³, com o objectivo de uniformizar critérios de avaliação dos estadios das úlceras de pressão e da classificação do tipo de lesões da pele, apresentada a escala de Braden e o seu modo de aplicação, bem como os protocolos de actuação.

Cada utente foi observado em dois momentos distintos, ou seja, na admissão e na alta, por dois enfermeiros, o que permitiu reduzir a subjectividade da avaliação.

Para a recolha de dados utilizei uma folha de registo onde o enfermeiro, após observação do utente, registou o número de lesões e a sua localização exacta, bem como o seu estadio de desenvolvimento, antes de iniciar a aplicação da escala de Braden⁴.

Por apresenta maior especificidade e Utilizando a escala de Braden (utilizada por ser recomendada pela EPUAP e validada a

²O Projecto ICE - Investigação Científica em Enfermagem, nos Arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias, tendo sido aprovado no âmbito do INTERREG III B.

³Software de formação e uniformização da classificação das lesões da pele e dos estádios da úlceras por pressão, disponível em <http://www.puclas.ugent.be/puclas/p/>

⁴Por apresenta maior especificidade e sensibilidade e está recomendada pela EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) e pelo GAIF (Grupo Associativo de Investigação de Feridas), desde 2001.

nível nacional pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas desde 2001), foi feita uma avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em todos os doentes, os quais tenham ou não desenvolvido, até a data, úlceras de pressão. Segundo Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado (2007) é considerado de alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão todo o indivíduo que apresente uma pontuação final igual ou inferior a 16, sendo os indivíduos considerados de baixo risco desde que obtenham um score de 17 ou superior.

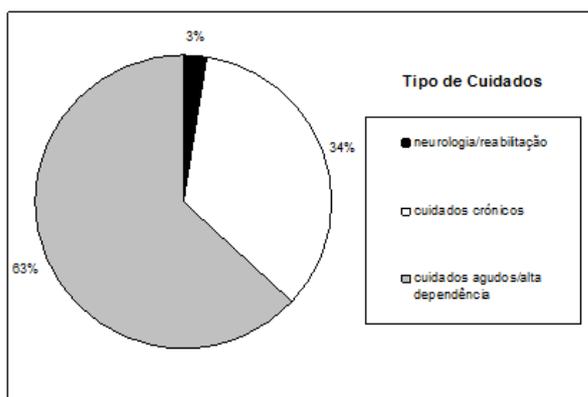
Foram reavaliados os utentes, quatro semanas depois, através de nova aplicação da escala de Braden, de forma a avaliar o seu grau de risco, e, conseqüentemente, uma alteração de procedimentos preventivos em relação a cada utente. Foi também efectuado um novo cálculo da prevalência para verificar a evolução ou regressão do problema.

Os dados foram tratados no programa Microsoft Excel® e sujeitos a uma análise descritiva com referencia a medidas de tendência central e dispersão, e serão realizadas algumas correlações entre variáveis.

Resultados

Relativamente à idade dos utentes, posso afirmar que a média é de 73,89 anos, sendo o desvio padrão 11,17, o máximo 89 e o mínimo 39 anos.

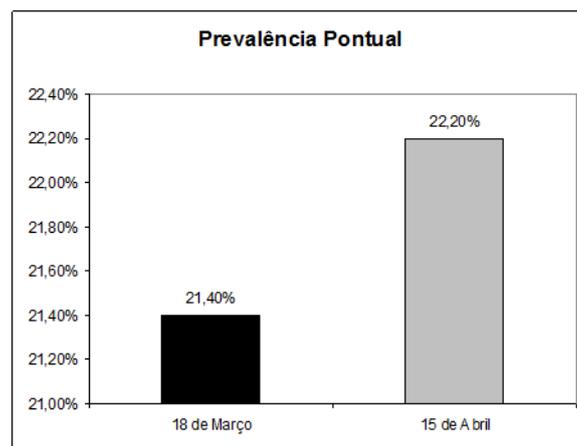
Os utentes do sexo feminino eram 60,53% e os restantes 39,47% do sexo masculino.



Relativamente ao tipo de cuidados, 2,63% dos utentes enquadrava-se nos cuidados de neurologia/reabilitação, 34,21% nos cuidados crónicos e 63,16% nos cuidados agudos/alta dependência (Tipo de Cuidados).

sensibilidade e está recomendada pela EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) e pelo GAIF (Grupo Associativo de Investigação de Feridas), desde 2001.

A prevalência pontual a 18 de Março era de 21,40% e a 15 de Abril era de 22,20%

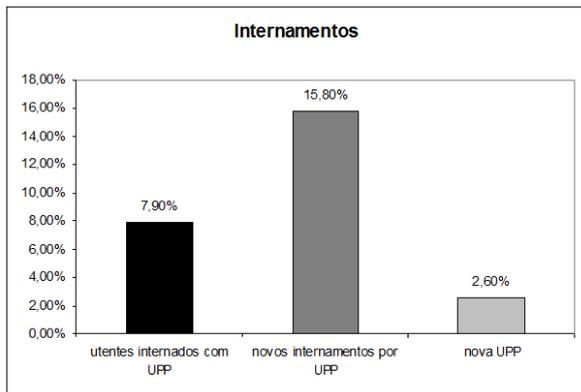


(Prevalência Pontual).

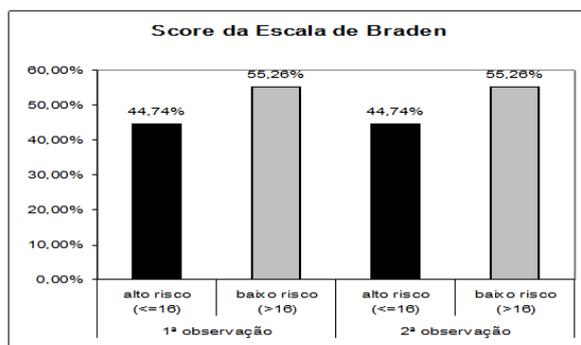
Durante 4 semanas, dos 38 utentes observados, 10 utentes (26,30%) tinham UPP, sendo que 3 utentes (7,90%) já estavam internados por Úlcera por Pressão, 6 utentes (15,80%) foram internados devido a UPP, e 1 utente (2,60%) desenvolveu UPP no serviço. Relativamente à incidência, esta foi então de 18,40% (7 utentes), embora possa afirmar que apenas 1 utente (2,60%) desenvolveu uma úlcera por pressão durante o internamento, tendo os restantes 6 utentes (15,80%) sido internados devido a esta problemática (Internamentos).

Na aplicação da escala de Braden, verificou-se que 44,74% dos utentes eram considerados de alto risco e 55,26% dos utentes considerados de baixo risco. Na 2ª observação, verificou-se que os valores obtidos eram exactamente os mesmos, não se verificando alterações entre as duas observações (Score da Escala de Braden).

A nível da incontinência, e na 1ª observação, verificou-se que 42,11% dos

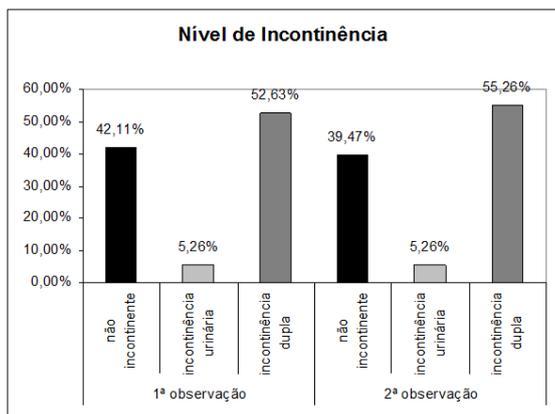


utentes não era incontinente, 5,26% dos utentes tinha apenas incontinência urinária, e 52,63% dos utentes tinha dupla incontinência. Na 2ª observação, verificou-se que 39,47% dos utentes não era



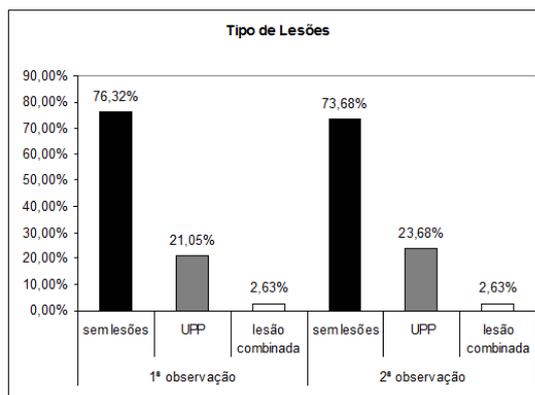
incontinente, 5,26% dos utentes tinha apenas incontinência urinária, e 55,26% dos utentes tinha dupla incontinência (Nível de Incontinência).

A respeito das lesões na pele, e na 1ª observação, verificou-se que 76,32% dos utentes não tinha lesões, 21,05% dos utentes tinham úlceras por pressão, e 2,63% dos utentes tinham lesão combinada. Na 2ª observação, verificou-se que 73,68% dos utentes não tinha lesões,



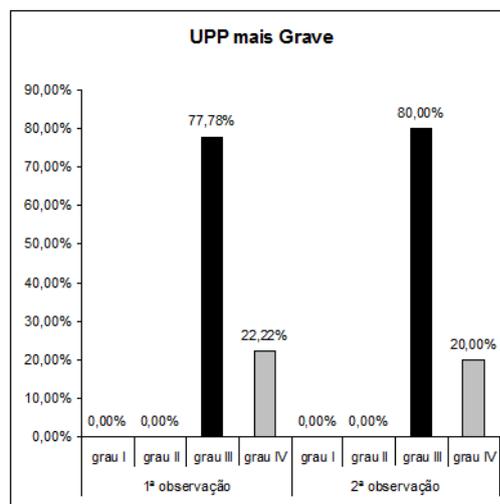
23,68% dos utentes tinha úlceras por pressão, e 2,63% dos utentes tinha lesão combinada. Verificou-se um aumento da percentagem de utentes com úlcera por pressão (Tipo de Lesões).

Aquando da 1ª observação, em 77,78% dos utentes a úlcera por pressão mais grave era de grau III, e em 22,22% dos utentes a úlcera de pressão mais grave era de grau IV. Na 2ª observação, em 80% dos utentes a úlcera de pressão mais grave era de grau III, e em 20% dos utentes a úlcera



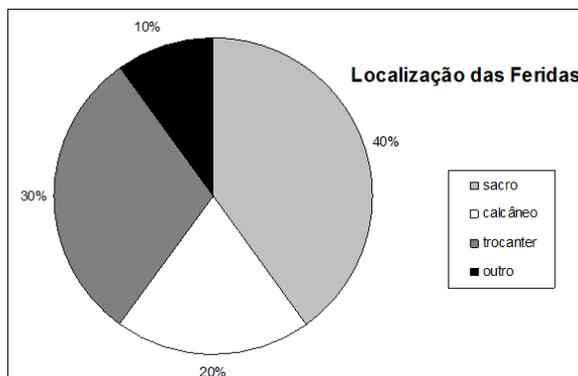
de pressão mais grave era de grau IV (UPP mais Grave).

Relativamente à localização das feridas, posso afirmar que 40% dos utentes tinha úlcera por pressão na zona sacro, 20% dos utentes tinha úlcera por pressão na zona do calcâneo, 30% dos utentes tinha úlcera por pressão na zona do trocânter, e 10% dos utentes tinha úlcera noutra local



(Localização das Feridas).

A média de úlceras por pressão, por utente, na 1ª observação era de 1,79, e na



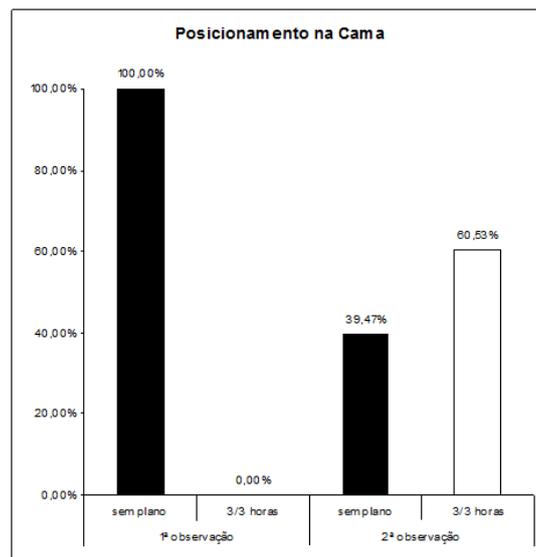
2ª observação de 1,70.

Em relação à presença de equipamento, posso afirmar que a totalidade dos utentes (100%) tinha à sua disposição material estático de alívio de pressão na cama, e 0% na cadeira.

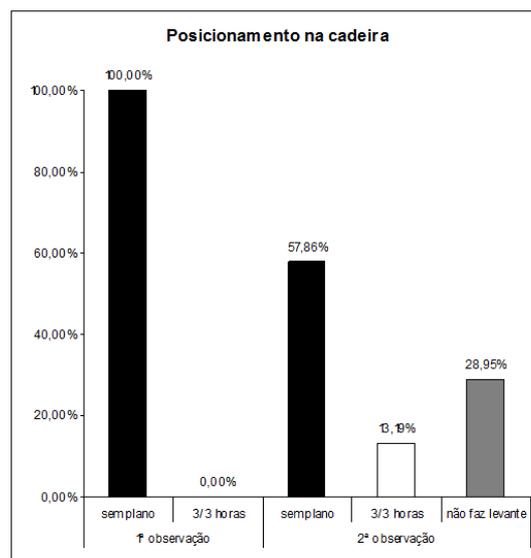
No que diz respeito aos posicionamentos, não existia um plano regular de posicionamentos, ficando este a cargo do (a) enfermeiro(a) responsável pela enfermaria. Deste modo, e na 1ª observação, 100% dos utentes não tinham um plano regular de posicionamento, quer na cadeira, quer na cama. No entanto, na 2ª observação, e em relação aos posicionamentos no leito, 60,53% dos utentes eram posicionados de três em três horas, sendo que 39,47% dos utentes se mantinha sem um plano de posicionamento, em virtude de serem utentes semi-dependentes nas suas actividades de vida diárias (Posicionamentos na Cama).

Ainda na 2ª observação, mas em relação aos posicionamentos na cadeira, verificou-se que 28,95% dos utentes não tinha indicação para levantar, 13,19% dos utentes eram posicionados de três em três horas, e que 57,86% dos utentes se mantinha sem um plano de posicionamento em virtude de serem utentes semi-dependentes nas suas actividades de vida diárias (Posicionamentos na Cadeira).

Relativamente ao local onde a úlcera tinha sido adquirida, 60% dos utentes adquiriu-a no domicílio, 20% dos utentes adquiriu-a no hospital, e 20% dos utentes adquiriu-a no Centro de Saúde. De salientar que durante o estudo, apenas 1 utentes



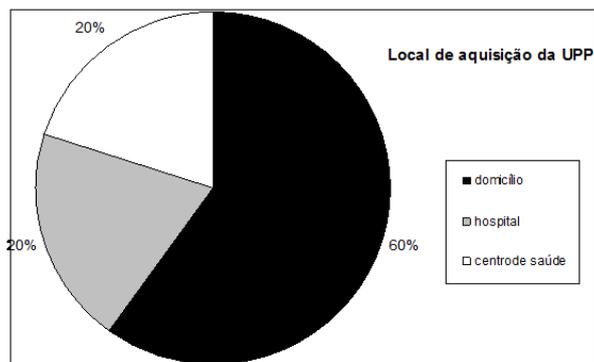
desenvolveu uma nova úlcera por pressão. O segundo utente com úlcera por pressão adquirida no Centro de Saúde, desenvolveu -a neste Centro de Saúde há alguns meses atrás (Local de Aquisição da UPP). Sobre quem informou os enfermeiros sobre local de aquisição da úlcera por pressão,



em 60% dos utentes foi o cuidador informal, sendo em apenas 40% dos utentes transmitida essa informação pelo cuidador formal (Quem Informou o Enfermeiro).

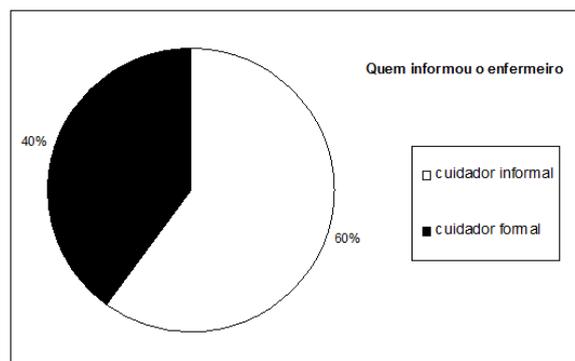
Discussão

Conclui-se que a maioria dos utentes é idoso, com uma média de idades de 73,89 anos, sendo a sexo feminina dominante, com 60,53%. Os cuidados agudos/alta dependência abrangem a maioria dos



utentes com 63,16%, resultados que vão de encontro à maioria dos estudos epidemiológicos. Morison (2004) afirma que as úlceras por pressão são um problema de saúde que afecta muitos doentes, principalmente pessoas com pouca mobilidade, alterações do estado de consciência, idade avançada, deficiências nutricionais e com outras patologias de base associadas.

A prevalência pontual na primeira observação era de 21,40% e, na segunda, era de 22,20%. A incidência foi de 18,40%, embora possa afirmar que apenas 1 utente (2,60%) desenvolveu uma úlcera por pressão durante o internamento. De facto, Ferreira et al. (2007) referem que existem poucos dados relativos à incidência e prevalência de úlceras por pressão em Portugal, mas que o primeiro estudo realizado em Portugal verificou uma prevalência de 31,3%, e que, após a aplicação da escala de avaliação de risco, desceu para 19,3%. Referem também, citando o relatório da EPUAP (2002) que em 2002 foi realizado um estudo europeu multicêntrico de prevalência, no qual foi incluído



Portugal, tendo sido constatada uma prevalência de 12,5%, e, citando Ferreira et al. (2004) que, em 2003 foram obtidos valores de prevalência média de 30,2%. Considerando estes dados, verifica-se que as taxas de prevalência apresentam variações consideráveis, mas sempre com valores altos. Comparando com os resultados que obtive, afirmo que estes não são muito diferentes dos que acabei de referir, podendo também afirmar que foi atingido um dos objectivos deste estudo e que era a determinação da prevalência no serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo.

A respeito das lesões na pele posso afirmar que a maioria dos utentes não tinham lesões e que o aumento de 21,05% para 23,68%, da 1ª para a 2ª observação nos utentes com ÚPP, comprova o aparecimento de uma nova ÚPP no serviço. Sendo que a ÚPP mais grave era de grau III, quer na 1ª quer na 2ª observação com 77,78% e 80% respectivamente. A média de úlceras por pressão, por utente, na 1ª observação era de 1,79 e na 2ª observação era de 1,70.

Na aplicação da escala de Braden, verificou-se que 44,74% dos utentes eram considerados de alto risco e 55,26% dos utentes considerados de baixo risco. Na 2ª observação, verificou-se que os valores obtidos eram exactamente os mesmos, não se verificando alterações entre as duas observações.

No que diz respeito aos posicionamentos, na 1ª observação 100% dos utentes não tinha um plano regular de posicionamento. Na 2ª observação 60,53% dos utentes eram posicionados no leito de três em três horas e na cadeira, verificou-se que 28,95% dos utentes não tinha indicação para levantar, 13,19% dos utentes eram posicionados de três em três horas. Bergstrom e Braden (1992), citadas por

Ferreira et al. (2004), referem que relativamente aos indivíduos acamados, em cadeiras de rodas ou com dificuldades em se reposicionarem, estes devem ser reavaliados tendo em conta factores que potenciam o risco de desenvolver úlceras por pressão, como a imobilidade, a incontinência, factores nutricionais ou estado de consciência. Deste modo, a aplicação da escala de Braden permitiu avaliar o grau de risco dos utentes e estabelecer um plano de posicionamentos individualizado que até a data não existia no serviço. Apesar de não existir variação dos graus de risco entre as duas observações, sei que a alteração dos posicionamentos com a criação de um plano individualizado ajudou a prevenir o aparecimento de novas úlceras por pressão nos utentes do serviço, o que vai de encontro a outro dos objectivos propostos para este estudo.

Quero referir que maior limitação deste estudo possa ter sido o curto espaço de tempo em que decorreu. Em virtude do calendário apertado da pós graduação e do horário de trabalho por vezes absorvente, este estudo teve de ser comprimido num período de apenas 4 semanas, podendo, caso tivesse existido mais tempo, chegar a resultados mais concretos e mais abrangentes.

Este estudo pode e deve ser continuado pois os seus resultados levarão a uma adequação mais precisa dos procedimentos efectuados e permitirão a adopção de novas ferramentas para o combate às UPP. Este será apresentado aos enfermeiros do serviço de forma a consciencializar os profissionais para os benefícios da avaliação do risco de desenvolver UPP, pois permite uma actuação mais precoce e consequentemente permite ganhos em saúde, levando a uma redução de custos e a um aumento da qualidade de vida dos utentes.

Referências Bibliográficas

- Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2004). O Essencial Sobre Tratamento de Feridas - Princípios Práticos. Loures. Lusodidacta. ISBN: 9728930038
- Bergstrom, N. (1997). Treatment of Pressure Ulcers - Clinical Practice Guideline. Diane Publishing. ISBN: 0788124188
- Dealey, C. (2001). Cuidando de feridas – um guia para as enfermeiras. 2ed. São Paulo. Atheneu Editora
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, www.epuap.org/review3_3/page5.html, acedida a 27/06/2008
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Implementação nacional da escala de Braden. Prefácio de Barbara Braden. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-37-0
- Morison, J. M. (2004). Prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão. Loures. Lusociência.
- Lahmann, N., Halfens, R. J. G. & Dassen, T. (2006) Effect of non-response bias in pressure ulcer prevalence studies. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing Ltd
- Vanderwee, K. Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L. & Defloor, T. (2006). Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Society/Blackwell Publishing Ltd. ISSN 1356-1294

A EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Carlos Gabriel *, Natália Santos**, Cândida Ferrito***

Resumo

O Pé Diabético é uma das complicações que tem vindo a aumentar na população com Diabetes na última década, ocasionando as amputações não-traumáticas. A Educação Terapêutica é essencial, de forma a habilitar o utente/ família a prevenirem complicações da Diabetes Mellitus.

No presente estudo foi definida a seguinte questão: "A Educação Terapêutica no utente diabético contribui para um controlo das complicações associadas ao pé diabético?". Estabelece-se como objectivo geral, avaliar os conhecimentos dos utentes diabéticos sobre o controlo da Diabetes Mellitus e as medidas preventivas do pé diabético. Trata-se de um estudo descritivo. O método de amostragem utilizado foi a não probabilística. A amostra foi composta por 69 utentes diabéticos da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, 30 utentes do Centro de Saúde das Velas e 39 utentes do Centro de Saúde da Calheta (11,9% da população diabética da Ilha). O estudo teve por base 2 etapas com 2 momentos de avaliação.

Foram identificados e avaliados os conhecimentos que os utentes têm sobre a prevenção do pé diabético, houve assimilação de conhecimentos e mudança de comportamentos, apesar desta mudança estar longe da ideal. É necessário um melhor seguimento e prevenção do pé diabético dos utentes por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pé Diabético; Educação Terapêutica; Prevenção

Introdução

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica com elevados custos humanos, sociais e económicos em rápida expansão por todo o mundo. Mais de 120 milhões de pessoas no mundo sofrem desta doença e muitas destas têm feridas relacionadas com o pé diabético, que eventualmente podem evoluir para amputação (International Working Group on the Diabetic Foot, 1999).

Actualmente estima-se que a doença afecte mais de 300.000 portugueses, tornando-se uma doença crónica grave e prevalente (Direcção Geral de Saúde (DGS), 2001). Calcula-se que em Portugal existirão, na

segunda década deste novo século, perto de 700.000 diabéticos (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2001). Segundo a Direcção Regional da Saúde (2003) da Região Autónoma dos Açores, no ano de 2003 nos Açores, com uma população de 241763 habitantes, existiam 9024 utentes diabéticos distribuídos pelas nove ilhas açorianas.

As complicações da Diabetes Mellitus, cujo surgimento pode ser evitado ou retardado, têm um impacto negativo na qualidade de vida do diabético, pelas incapacidades que, com frequência, acabam por surgir. De acordo com a DGS (2001) as mais graves são a cegueira, causada pela retinopatia e maculopatia diabética, as amputações não traumáticas dos membros inferiores, a insuficiência renal e as doenças cardiovasculares. Apesar de se manter a tendência de aumento das complicações da diabetes, tem-se observado uma redução no número

*Enfermeiro Nível I, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo – Cirurgia I
gabrielcarlos@sapo.pt

**Enfermeira Nível I, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo – Pediatria. santosnatalia82@hotmail.com

***Docente da ESS-IPS. candida.ferrito@ess.ips.pt

de episódios de cetoacidose diabética o que poderá começar a significar uma eventual melhoria do autocontrolo (Plano Nacional de Saúde, 2004).

No entanto as outras complicações tendem a aumentar, tais como as amputações não traumáticas em diabéticos. De acordo com a DGS, citada por Mateus (2005) "o pé diabético é uma das complicações mais graves e dispendiosas, sendo o principal motivo de ocupação de camas hospitalares pelos diabéticos e o responsável por 40 a 60% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas." Mousley (citado por Athayde, Ferreira, 2004) refere que dados epidemiológicos dos Estados Unidos sugerem que o risco de amputação em diabéticos é 15 vezes superior relativamente aos não diabéticos.

Estima-se que cerca de 15% da população diabética seja vulnerável ou apresente condições de vir a desenvolver lesões nos pés, nomeadamente com o surgimento de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular aterosclerótica (DGS, 2001). Ainda segundo dados da DGS, estima-se que em Portugal possam ocorrer por ano cerca de 1200 amputações não traumáticas dos membros inferiores.

O pé diabético é caracterizado pela presença de lesões nos pés, em consequência das alterações vasculares e/ou neurológicas peculiares da diabetes mellitus. Trata-se de uma complicação crónica que ocorre em média após dez anos de evolução da doença. Assim sugere-se que uma intervenção intensiva possa prevenir o aparecimento ou atenuar a evolução (Milman et. al, 2001).

Como se pode constatar, os utentes diabéticos constituem um grupo de risco no que se refere ao desenvolvimento de complicações a nível dos pés, sendo a melhor forma de controlar estas complicações a prevenção. Prevenir os problemas associados ao pé diabético constitui um dos objectivos prioritários da declaração de S. Vicent, (Guerreiro & Bia, 2006). A educação e avaliação dos conhecimentos do diabético são aspectos cruciais na prevenção do pé dia-

bético, daí falar-se de Educação Terapêutica. Este deve ser um "processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e sua família a lidar com a sua situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações" (DGS, 2000).

A educação estruturada na Diabetes Mellitus permite, a curto prazo, melhorar os parâmetros biológicos e capacitar o utente para ser o principal gestor da sua doença. Segundo a American Diabetes Association (citado por Guerreiro & Bia, 2006), 50% das amputações podem ser evitadas com a prevenção de práticas inadequadas nos cuidados aos pés. Também "vários estudos têm demonstrado que programas educacionais abrangentes, que incluem exame regular dos pés, classificação de risco e educação terapêutica, podem reduzir a ocorrência de lesões nos pés até 50% dos pacientes com Diabetes Mellitus, já que modificam a atitude do paciente e da família frente a simples e consistentes orientações sobre os cuidados preventivos e/ou terapêuticos com os pés" (Cosson, Ney-Oliveira & Adan, 2005). Assim, o doente e a família podem contribuir com o autocuidado para a prevenção de lesões nos pés e, dessa forma, prevenir e/ou diminuir o número de amputações delas decorrentes. Assim sendo, e tendo como base a temática por nós definida, definiu-se a seguinte questão: "A Educação Terapêutica no utente diabético contribui para um controlo das complicações associadas ao pé diabético?".

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO – A realidade das instituições

A Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge é constituída pelo Centro de Saúde das Velas e Centro de Saúde da Calheta, numa ilha onde não existe nenhum Hospital. Por este motivo, estes Centros de Saúde são entidades com algumas particularidades especiais, tais como:

- Funcionam 24 h por dia;

- Têm serviço de internamento;
- Serviço de urgência que também funciona como sala de pensos;
- Serviço domiciliário;
- Consultas de Saúde Materno-Infantil, de Dietista e de Médico de Clínica Geral.

Também existem algumas especialidades médicas que se deslocam periodicamente à Unidade de Saúde da ilha, tais como endocrinologia, cirurgia geral e vascular, entre outros.

Face à questão colocada, e fazendo a ponte para a realidade da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, verificámos que não há um seguimento eficaz aos utentes diabéticos quanto à problemática definida. Os únicos recursos existentes em ambos os Centros de Saúde, para dar resposta a este problema são a consulta médica de clínica geral e o enfermeiro das diferentes valências. Não há uma sistematização na avaliação dos cuidados aos pés como, por exemplo, a própria avaliação e vigilância dos pés dos utentes diabéticos, através de uma consulta de enfermagem.

Actualmente, na Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge estão inscritos 11.814 utentes, entre os quais 579 são diabéticos, 247 do sexo masculino e 332 do sexo feminino, ou seja 4,9% da população.

Centro de Saúde de Velas:

Após a consulta da base de dados "Consultórios", conseguiu-se aferir que, no Centro de Saúde de Velas, estão inscritos 6995 utentes, distribuídos por seis freguesias, 3490 do sexo masculino (49,89%) e 3505 do sexo feminino (50,11%), sendo que 349 destes utentes são diabéticos, 155 do sexo masculino (44,41%) e 194 do sexo feminino (55,59%).

Na unidade de internamento do Centro de Saúde de Velas, com a capacidade de 30 camas, no período de 1/01/2006 a 30/10/2007, houve um total de 1142 internamentos, 33 dos quais relacionados com complicações associadas directamente à diabetes como, por exemplo, por des-

compensação da diabetes, nomeadamente as hiperglicémias, como também por feridas nos membros inferiores ou somente por insuficiência venosa ou arterial periférica em doentes diabéticos – dados retirados dos livros de internamento do Centro de Saúde de Velas.

É importante referir que, dos 6995 utentes inscritos no Centro de Saúde de Velas, 1574 (22,5%) têm mais de 60 anos de idade, revelando este dado a existência de uma faixa etária idosa como sendo a faixa etária mais predominante, devendo muitas actividades realizadas ter este indicador como um dado importante.

Centro de Saúde da Calheta:

A recolha dos dados neste centro de saúde foi feita através da base de dados "Consultórios" e do registo do Guia do Diabético, observou-se que estão inscritos neste centro de saúde 4819 utentes, distribuídos por cinco freguesias (2406 utentes do sexo masculino e 2421 utentes do sexo feminino). Em relação aos utentes diabéticos, existem 230 utentes, 92 dos quais do sexo masculino e 138 do sexo feminino. No ano de 2006 foram registados 20 novos utentes diabéticos.

Na unidade de internamento do Centro de Saúde da Calheta, com a capacidade para 20 camas, e no mesmo período acima referido, houve um total de 525 internamentos, 49 dos quais eram de diabéticos. Os principais motivos de internamento dos utentes com diabetes foram os seguintes: insuficiência renal, HTA, complicações a nível dos membros inferiores, sendo o motivo de internamento de maior taxa de ocupação hospitalar a diabetes descompensada – dados retirados dos livros de internamento do Centro de Saúde da Calheta.

Há que referir que, dos 4819 utentes inscritos no Centro de Saúde da Calheta, 1215 (25,2%) têm mais de 60 anos de idade, verificando-se também a existência de uma faixa etária predominantemente idosa.

Após constatarmos a realidade em que nos inserimos, surgiu a necessidade de se criar este projecto, e assim definimos os seguintes objectivos:

Objectivo geral

- Avaliar os conhecimentos dos utentes diabéticos sobre o controlo da Diabetes Mellitus e as medidas preventivas do pé diabético;

Objectivos parcelares

- Identificar os conhecimentos e competências dos utentes diabéticos no autocuidado dos pés;
- Avaliar os cuidados realizados pelos utentes diabéticos na prevenção do pé diabético;
- Efectuar sessões educativas de forma a promover o autocuidado e prevenir eventuais complicações nos utentes diabéticos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, em que os conceitos a estudar são melhor conhecidos que nos estudos exploratórios, visando obter mais informações, como são as características de uma determinada população.

A amostra foi composta por 69 utentes diabéticos da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, sendo 30 utentes do Centro de Saúde das Velas e 39 utentes do Centro de Saúde da Calheta (11,9% da população diabética da Ilha).

Após a obtenção da listagem dos utentes com diabetes, foi feita a convocatória via telefone. Este contacto foi realizado pelas telefonistas da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, que contactaram 50 utentes em cada um dos Centros de Saúde, em cada uma das etapas. A adesão dos utentes contactados no Centro de Saúde das Velas foi de 60% e no Centro de Saúde da Calheta de 78%.

As entrevistas foram realizadas nos Centros de Saúde e em alguns Postos de Saúde.

Considerando que o utente pode contribuir

com o auto-cuidado na prevenção de úlceras nos pés e dessa forma, prevenir e/ ou diminuir o número de amputações. O estudo realizado teve por base duas etapas, em que ambas seriam compostas pela mesma amostra. No entanto, na 2ª etapa a participação foi de 59,4%, pelo que os dados da 2ª avaliação não contemplam os 69 utentes iniciais, mas sim 41 utentes.

A colheita de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada e grelha de observação aos pés. A construção dos instrumentos de colheita de dados foi baseada nas Guidelines do International Working Group on the Diabetic Foot e nas orientações da APDP, nomeadamente na observação de alterações nos pés, na observação do calçado e na avaliação da sensibilidade com o monofilamento Semmes-Weinstein, e respectiva categorização do risco de vir a desenvolver feridas, que foi feita através da Categorização de Risco do International Consensus on the Diabetic Foot. Numa primeira etapa, aplicámos a entrevista semi-estruturada, para identificação dos utentes (identificação, factores de risco e situação clínica); avaliação dos conhecimentos e competências (compensação diabética/ problemas com os pés, comportamentos adequados na prevenção e perante alterações nos pés). Também aplicámos uma grelha de observação dos pés dos utentes (alterações, calçado e sensibilidade por pressão, através do monofilamento de Semmes-Weinstein). Na primeira etapa foram realizadas as primeiras sessões educativas e a entrega de um panfleto com os principais cuidados preventivos para o pé diabético.

Na segunda etapa, aplicámos novamente a entrevista semi-estruturada com a grelha de observação dos pés dos utentes e reforçámos alguns ensinamentos.

Na primeira etapa, as entrevistas foram realizadas entre os dias 24 a 29 de Fevereiro de 2008, cada sessão teve a duração de 30 minutos. A segunda etapa teve lugar entre o dia 1 a 4 de Abril de 2008, com aplicação das entrevistas semi-

estruturadas para validação de conhecimentos e ensinamentos realizados na primeira etapa, e aplicação novamente da grelha de observação dos pés (excepto a avaliação da sensibilidade por pressão, através do monofilamento de Semmes-Weinstein). Foi feito o reforço dos ensinamentos, com a mesma duração do que a primeira etapa. No estudo foram incluídos utentes diabéticos com mais de 40 anos de idade, tendo sido excluídos do estudo aqueles com mobilidade comprometida, deficiência mental, cegueira e com bi-amputação transtibial ou transfemural.

Foi realizado um pré-teste a 21 de Fevereiro de 2008 de modo a proceder às alterações necessárias à entrevista semi-estruturada e à grelha de observação dos pés.

Foi pedido a autorização ao Conselho de Administração para a realização do estudo, bem como aprovado o termo de consentimento livre e esclarecido, que todos os utentes da amostra assinaram.

Foram treinados dois colegas enfermeiros, um de cada Centro de Saúde, de modo a colaborarem na colheita e tratamento de dados.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com recurso ao programa informático Microsoft Excel.

Resultados

Características da amostra

A amostra foi composta por 69 utentes, 40 do sexo masculino (57,9%) e 29 do sexo feminino (42%).

A faixa etária predominante no sexo masculino foi a de 50-60 anos (35%) e no sexo feminino foi a de 60-70 anos (37,9%).

Em relação à escolaridade (tabela 1), a predominância foi de 42 utentes (60,9%) que tinham o 1º ciclo completo.

Dos 69 utentes da nossa amostra 12 (17,4%) vivem sozinhos e 26 utentes (37,7%) já estão Reformados.

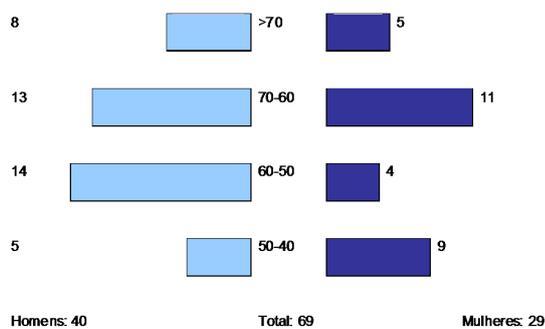


Gráfico 1: Distribuição da amostra por faixa etária

Dados relativos à diabetes

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), 30 utentes (43,5%) apresentavam obesidade, 32 (46,4%) excesso de peso, 6 (8,7%) tinham um peso considerado dentro da normalidade e 1 (1,5%) tinha obesidade mórbida. Quanto ao perímetro abdominal, somente 8 utentes (11,6%) apresentavam um perímetro abdominal com valores dentro dos limites considerados normais.

Escolaridade	Frequência	Percentual (%)
Analfabeto	7	10,1%
1º Ciclo incompleto	9	13%
1º Ciclo completo	42	60,9%
2º Ciclo incompleto	10	14,5%
2º Ciclo completo	1	1,5%
Total	69	100,0

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a escolaridade.

Também 58% (40) dos utentes referiram ter hipertensão arterial, e 20,3% (14) da amostra consome bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por dia. Em relação aos hábitos tabágicos, 10 utentes (14,5%) têm hábitos tabágicos.

Na análise da situação clínica da amostra constatou-se que os 67 utentes (97%) eram diabéticos do tipo II e 2 utentes (3%) diabéticos do tipo I. Na evolução da doença predominavam os utentes que tinham a doença há menos de 5 anos (45%), como mostra o gráfico 2.

No que diz respeito ao conhecimento que os utentes têm sobre o que é a diabetes, na 1ª avaliação 40,6% demonstraram saber o que é a patologia, e na 2ª avaliação houve um aumento para 63,4%.

Somente 5 utentes (7,2%) faziam insulina, 61 utentes (88,4%) faziam anti-diabéticos orais e os restantes 3 utentes (4,4%) controlavam a diabetes apenas através dos hábitos alimentares.

Quanto às complicações associadas à Diabetes Mellitus, 3 utentes (4,4%) referiram retinopatia diabética e 66 (95,7%) não referiram complicações.

Relativamente à realização de uma dieta fraccionada e equilibrada, constatou-se que 32 utentes (46,4%) tinham este aspecto em conta. No que diz respeito à realização de



Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com o tempo de diabetes

exercício físico, somente 18 utentes (26,1%) referiu realizar exercício físico de forma regular, como passear os cães durante uma hora ou também fazer caminhadas superiores a 30 minutos.

Dados referentes aos cuidados com os pés Quanto à relação entre a compensação da Diabetes Mellitus e o surgimento de problemas nos pés, recorrentes nesta doença, na

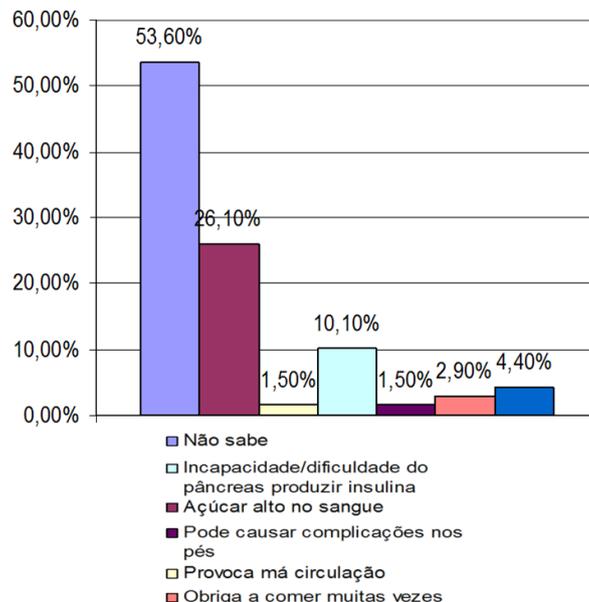


Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo os conhecimentos sobre o que é a diabetes na 1ª avaliação.

1ª avaliação 38 dos utentes (55,1%) referiram esta relação, enquanto os restantes 31 utentes (44,9%) não estabeleceram qualquer relação. Na 2ª avaliação, 38 dos utentes (92,7%) referiram esta relação.

Os utentes foram questionados sobre os comportamentos adequados na prevenção de alterações nos pés. Os resultados que se seguem dizem respeito às respostas positivas que se obtiveram durante a 1ª e a 2ª avaliação.

O número de diabéticos que mudou pelo menos um comportamento na prevenção de complicações nos pés, da 1ª para a 2ª sessão, foi de 38 utentes (92,7%).

Quanto à observação de alterações nos pés dos utentes, com a grelha de observação obtivemos os seguintes resultados (tabela 2). Na 1ª avaliação 42% dos utentes apresentavam calçado adequado, enquanto na 2ª avaliação apenas 36,6% utilizavam calçado adequado.

Quanto à avaliação da sensibilidade por pressão, através da aplicação do Monofilamento Semmes-Weinstein, e à categorização do risco de desenvolvimento da ferida, segundo o Consenso Internacional no Pé Diabético, obtivemos os seguintes resultados (gráfico 6).

Á questão: "Acha que deveria haver conti-

Gráfico 4: Distribuição de acordo com as respostas afirmativas sobre comportamentos adequados na prevenção de alterações nos pés na 1ª avaliação.

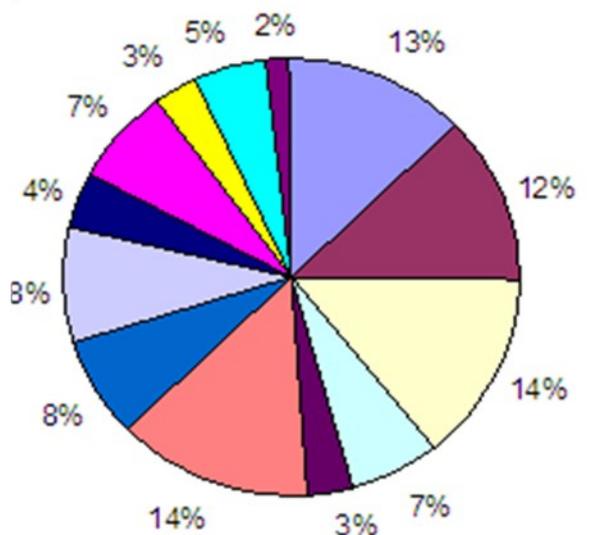
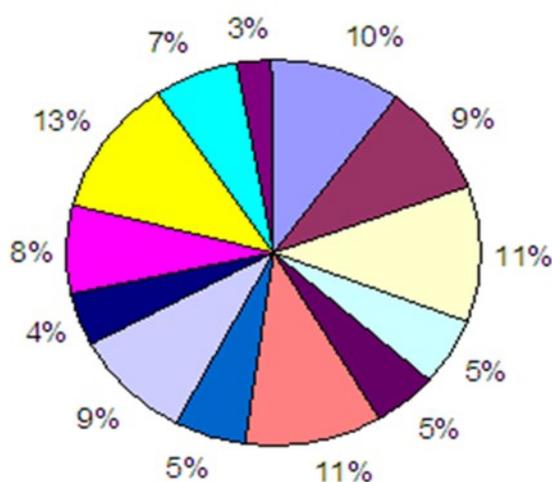


Gráfico 5: Distribuição de acordo com as respostas afirmativas sobre comportamentos adequados na prevenção de alterações nos pés na 2ª avaliação.



- Antes de calçar os sapatos costuma verificar se há algum corpo estranho no seu interior
- pés já foram examinados por algum profissional de saúde
- usa meias adequadas
- tem preocupação em especial quando compra meias
- Observa diariamente os pés: dorso, planta, espaços inter-digitais
- Quando não consegue observar os pés, pede a alguém que o faça
- costuma andar descalço ou andar sem meias
- Corta as unhas a direito
- higiene diária dos pés
- antes da lavagem dos pés verifica a temperatura da água
- secar os espaços inter-digitais
- Hidrata habitualmente os pés
- Consegue observar os pés

nuidade deste tipo de sessões? Porquê?” - 39 utentes (95,1%) responderam que sim (gráfico 7).

Discussão

O estudo realizado foi composto por uma amostra predominantemente do sexo mas-

	1ª AVALIAÇÃO		2ª AVALIAÇÃO	
	Frequência (sim)	Percentual (%)	Frequência (sim)	Percentual (%)
Corte correcto das unhas	40	58,0%	30	73,1%
Onicomicoses	34	49,3%	18	43,9%
Onicocriptose	3	4,4%	3	7,3%
Onicogrifose	29	42,0%	16	39,0%
Zonas de hiperqueratose	27	39,1%	15	36,6%
Pulsos pediosos palpáveis (tibial posterior e dorsal)	68	98,6%	40	97,6%
Edema	4	5,8%	1	2,4%
Pele ruborizada	1	1,5%	1	2,4%
Pele pálida	1	1,5%	1	2,4%
Fissuras na pele	13	18,8%	10	24,4%
Rigidez articular (ex. plantiflexão, eversão, etc.)	6	8,7	4	9,8%
Deformidade dos pés (dedos em garra, em martelo, halux valgus, etc.)	17	24,6%	10	24,4%
Úlceras nos pés	0	0%	0	0%
Amputações anteriores a nível dos pés	0	0%	0	0%
Total	69		41	

Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com a presença de alterações nos pés durante a observação.

culino, contrariamente a outros estudos do mesmo carácter, que demonstraram uma maior adesão do sexo feminino (Barbui & Cocco, 2002; Laurindo, Recco, Roberti & Rodrigues, 2005). A adesão de 57,9% dos utentes do sexo masculino foi um aspecto a valorizar, uma vez que, segundo Laurindo, Recco, Roberti e Rodrigues (2005), há maior risco para o desenvolvimento de úlceras nos pés entre utentes do sexo mas-

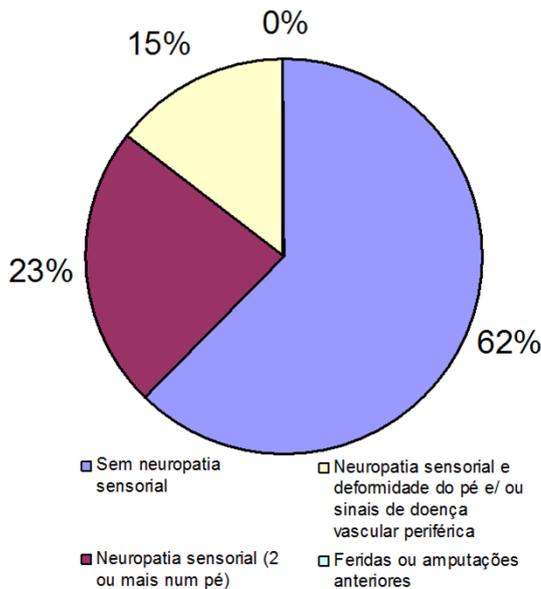


Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com a categorização do risco de desenvolvimento da ferida.

culino com mais de 10 anos de diabetes. As faixas etárias entre os 50 e os 70 anos foram as predominantes. Tal como refere a DGS (2007), A diabetes apresenta variações de incidência e prevalência nas várias

regiões do mundo, sendo que a sua maior prevalência se situa no grupo etário acima dos 45 anos.

A amostra do estudo apresentou uma escolaridade maioritariamente baixa, (84% da amostra tinham no máximo o 1º ciclo completo). A escolaridade é um aspecto essencial a ter em conta em intervenções futuras. O baixo nível de escolaridade é um factor agravante para o aparecimento de complicações crónicas, pela limitação de acesso a informação, devido ao possível comprometimento das aptidões de leitura, escrita e compreensão das actividades de educação para o autocuidado preventivo (Ochoa-Vogo et al., 2006).

Ao serem analisados os resultados, observou-se que 17,4% da amostra vivem sozinhos. Alguns autores referem que o apoio da família (cônjuges ou filhos) é fundamental para o utente com diabetes, estimulando-o para a realização do autocuidado e auxiliando-o sempre que necessário (Barbui & Cocco, 2002).

Apenas 8,7% da amostra apresentou o peso considerado normal, e unicamente 11,6% dos utentes apresentavam um perímetro abdominal com valores dentro dos limites considerados normais. Estes dados demonstram a correlação entre o excesso de peso e a Diabetes do tipo II (97% dos utentes eram diabéticos do tipo

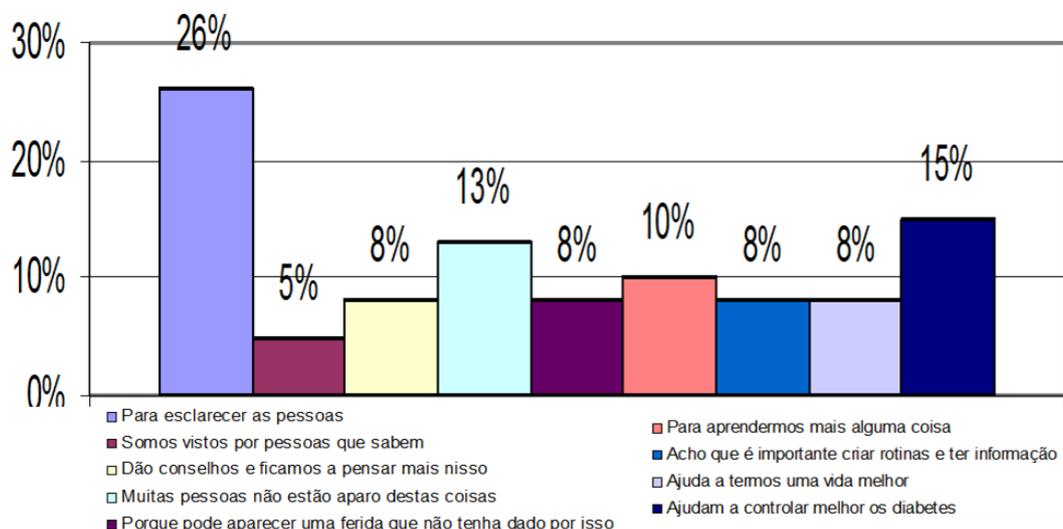


Gráfico 7: Distribuição da amostra quando questionada sobre: “acharam importante a existência duma continuidade destas sessões educativas? Porquê?”

II). Também é evidente a relação entre a Diabetes do tipo II e a hipertensão arterial (58% dos utentes eram hipertensos). Segundo Brito (2007), "A obesidade, em particular a obesidade abdominal, são fundamentais para o desenvolvimento de Diabetes tipo II e doenças relacionadas (...) o aumento da actividade física é particularmente importante na manutenção da perda de peso. A actividade física regular também melhora a sensibilidade à insulina, melhora a dislipidemia e reduz a pressão arterial".

Ao serem avaliados os conhecimentos elementares da amostra, na 1ª avaliação constatou-se que 53,6% da população não soube explicar o que é a diabetes. Após a realização de ensinios, verificou-se, na 2ª avaliação dos conhecimentos, que 63,4 % da amostra respondeu de forma correcta a esta questão, demonstrando, desta forma, que houve uma assimilação de conhecimentos.

Na avaliação dos comportamentos adequados da amostra, relativamente aos cuidados com os pés, constatou-se que da 1ª avaliação para a 2ª avaliação os principais resultados foram o aumento da percentagem de utentes a realizar a hidratação dos pés, uma maior preocupação de observação dos pés (região dorsal, plantar e espaços interdigitais) e a verificação da existência de objectos estranhos no interior do calçado. Com base nestes resultados, definimos como resultado final positivo a mudança de pelo menos um comportamento na prevenção de problemas nos pés por cada utente. Na amostra da 2ª sessão, 38 utentes (92,7%) mudaram pelo menos um comportamento.

Na observação de alterações nos pés dos utentes, constatamos que os resultados poderiam ter sido mais positivos se, porventura, o período entre as duas sessões fosse maior, pois o intervalo de tempo pode não ter sido suficiente para resolver

determinados problemas nos pés, tais como as onicomicoses, onicogrifoses, zonas de hiperqueratose. No entanto, verificou-se uma evolução positiva no corte das unhas e na diminuição de edemas nos pés da 1ª para a 2ª sessão.

Na realização do estudo constatou-se que houve uma mudança de comportamentos após a realização de ensinios. Contudo, achamos importante uma continuidade destes mesmos ensinios. Como referem Cosson, Ney-Oliveira e Adan (2005), para prevenir úlceras do pé diabético é necessário um intervalo de seis meses a um ano de aplicação de um programa, de intervenções educativas breves, para reduzir a incidência de úlceras e melhorar os cuidados com os pés.

Em relação ao calçado inapropriado, em ambas as sessões a amostra apresentou valores percentuais superiores a 50%, não havendo uma mudança de comportamentos, sendo este aspecto de difícil mudança, tal como também foi demonstrado por Laurindo, Recco, Roberti, Rodrigues (2005), que referiram que os sujeitos do seu estudo submetidos a amputação no passado, apresentavam de igual forma calçado inapropriado no momento do seu estudo.

Na avaliação da sensibilidade por pressão na 1ª sessão e quanto à categorização do risco de desenvolvimento de feridas, conclui-se que existem utentes com um risco elevado de vir a desenvolver feridas nos pés. Cerca de 23% da amostra na 1ª sessão apresentava neuropatia sensorial e 15% neuropatia sensorial com deformidade do pé e/ ou sinais de doença vascular periférica.

Quanto à avaliação das sessões, destaca-se que 95,1% da amostra referiu na 2ª sessão a importância de haver continuidade das mesmas.

Pode-se constatar que houve uma boa receptividade por parte dos utentes que

participaram no estudo, que acharam importante existir um seguimento/ acompanhamento por parte da equipa de enfermagem.

Há que referir que o utente com diabetes deve ser sempre visto como um todo. O International Working Group on the Diabetic Foot (1999), na abordagem do doente com pé diabético, com o objectivo de diminuir complicações nas extremidades inferiores, refere cinco pilares fundamentais, sendo eles: exame regular dos pés; identificação dos utentes mais propícios a desenvolver lesões; consciencialização do utente, família e profissionais de saúde sobre a importância do exame minucioso dos pés; utilização de meias e calçado adequado e tratamento das doenças não-ulcerativas.

Conclusão

No presente estudo foi constatado que é fundamental incidir nos ensinamentos não apenas sobre a prevenção do pé diabético, mas também sobre a diabetes em geral, começando pelas noções elementares da Diabetes Mellitus.

Ao serem identificados e avaliados os conhecimentos que os utentes têm sobre a prevenção do pé diabético, verificou-se que na 2ª avaliação houve uma assimilação de conhecimentos e mudança de comportamentos, apesar desta mudança estar ainda longe da ideal.

Verificou-se que 38% da amostra pode vir a desenvolver uma ferida devido ao pé diabético.

Foi demonstrado que existe necessidade de um melhor seguimento e de ensinamentos por parte dos profissionais de saúde a estes utentes.

No planeamento de intervenções e ensinamentos futuros é importante ter em conta as características desta população, tais como a escolaridade predominantemente baixa, e

as idades maioritariamente entre os 50 e os 70 anos, de modo a que os ensinamentos sejam mais direccionados.

Também será importante haver uma sensibilização dos profissionais de saúde para um compromisso na prevenção do pé diabético e num melhor seguimento dos utentes com Diabetes Mellitus.

Agradecimentos:

Ao Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge; aos enfermeiros colaboradores, Hélia Gabriel e Tony Vieira, bem como a todos os utentes e à coordenadora do Projecto de Intervenção, realizado no âmbito da Pós-Graduação Tratamento de feridas & Viabilidade Tecidual, a Professora Cândida Ferrito.

A todos o nosso muito obrigado.

REFERÊNCIAS

- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2001). Viver com a Diabetes. Lisboa: Climepsi. Acedido a 13 de Junho de 2008, em www.apdp.pt
- Athayde, A. G. P. & Ferreira, A. C. V. (2004). Nível de conhecimentos preventivos de Úlcera do Pé Diabético e auto-cuidado. Referência, (11), 43-48.
- Brito, C. P. (2007). Prevenção da Diabetes Tipo 2: Consenso da "International Diabetes Federation". Revista Portuguesa de Diabetes. 2 (2), 34-37 Acedido a 13 de Junho de 2007, em http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf#page=33
- Barbui, E. C. & Cocco, M. I. M. (2002). Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. Rev Esc Enferm USP 36(1), 97-103 Acedido a 12 de Junho 2008, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/638.pdf>
- Cosson, I. C. O., Ney-Oliveira, F. & Adan, L. F. (2005). Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. Arq Bras Endocrinol Metab. 49 (4), 548-556. Acedido a 16 de Outubro de 2007, em: <http://www.schielo.br/pdf/abem/v49n4/a13v49n4.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº8/ DGCG de 24/04/2001. Pé Diabético – Pro-

grama de Controlo da Diabetes Mellitus. Acedido a 27 de Outubro de 2007, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006015.pdf>

Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 14/ DGCG de 12/12/2000. Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus. Acedido a 29 de Outubro de 2007, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006016.pdf>

29 de Outubro de 2007-10-29

Direcção Geral de Saúde (2002). Ganhos de Saúde em Portugal – relatório de 2001 do Director Geral e Alto-Comissário da Saúde. 2ª Edição. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa nº23/ DGCG de 14/11/2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Acedido a 19 de Junho de 2007, em: <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7E5AA884-5536-4464-8B3F-A042A66D2461/11547/>

Programa_Nacional_de_Prevencao_e_Controlo_da_Diabe.pdf

Guerreiro, C. M. G. & Bia, F. M. M. (2006). Pé Diabético – Papel do Enfermeiro na Prevenção de lesões. *Nursing*, 16 (207), 24-29.

International Working Group on the Diabetic Foot (1999). International Consensus on the Diabetic Foot.

Laurindo, M. C., Recco, D. C., Roberti, D. B. & Rodrigues, C. D. S. (2005). Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. *Arq Ciência Saúde*. 12(2), 80-84. Acedido a 12 Junho de 2008 em http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/4.pdf

Mateus, C. (2005). O Pé Diabético: uma revisão. Acedido a 15 de Outubro de 2007, em <http://www.gaif.net/artigos/segartigorevisFev2005.pdf>

Milman, M., et al. (2001). Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 45(5), 447-451. Acedido a 16 de Outubro de 2007, em: <http://www.schielo.br/pdf/abem/v45n5/6860.pdf>

Nursing Best Practice Guideline – Shaping the future of Nursing (2005). Assessment and Management of foot ulcers for people with Diabetes. Acedido a 16 de Janeiro de 2008, em http://www.rnao.org/Stora-ge/11/536_BPG_Assessment_Foot_Ulcer.pdf

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional da Saúde 2004-2010, orientações estratégicas. Direcção Geral de Saúde. (Vol. 1) Lisboa. Acedido a 17 de Outubro de

2007, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/006757.pdf>

Ochoa-Vogo, K., Pace, A. E., Caliri, M. H. L. & Fernandes, A. P. M. (2006) O conhecimento sobre Diabetes Mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 14(5). Acedido a 11 de Junho de 2008, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a14.pdf

A Terapia compressiva: cuidar efectivo na úlcera de perna

Joana Escórcio*, Kátia Furtado**

Resumo

A abordagem à úlcera de perna nos Módulos de Santa Maria Maior e São Gonçalo não tem reflectido práticas recomendadas. Os tempos de evolução são elevados e a resposta ao tratamento convencional é pouco significativa.

Pretendendo minimizar o problema e o seu impacto na qualidade de vida dos utentes, propôs-se a implementação de uma consulta de úlcera de perna, em que a terapia compressiva fosse opção no tratamento à úlcera de origem venosa. Contudo, para dar início ao projecto, a equipa necessita de formação específica e os serviços necessitam estar dotados de recursos. A aquisição dos materiais está em avaliação pelos órgãos de gestão. Posto isto, tornou-se importante dar visibilidade às vantagens deste tratamento.

A intervenção consistiu em sessões de formação sobre a avaliação e tratamento da úlcera de perna e no estudo do custo-eficácia da nova abordagem em dois estudos-caso.

Numa primeira fase, conclui-se que a formação deve ser reformulada, uma vez que os contributos da mesma não foram os esperados. Dela está dependente a qualidade dos cuidados. Pela utilização da terapia compressiva reduziu-se significativamente as áreas das úlceras em estudo e demonstrou-se igualmente que a compressão graduada é mais económica que a abordagem tradicional

Palavras-chave: Úlcera de perna; avaliação, terapia compressiva; custo-eficácia

A úlcera de perna é um dos problemas que diariamente requer da parte da Equipa de Enfermagem muita atenção, quer no tratamento da ferida, quer no apoio e escuta dos utentes e família, que em muito vêem a sua qualidade de vida comprometida. Muitos dos utentes perante os anos evolução das úlceras, manifestam ter perdido a esperança de algum dia ver a sua perna cicatrizada. Muitas das úlceras de perna tratadas nos módulos de Santa Maria Maior e São Gonçalo deparam-se com o tempo de evolução prolongada, sem que o tratamento convencional consiga melhorias na cicatrização.

Em Março de 2007 foram identificados no serviço de visitação domiciliária, por meio de um estudo de prevalência (total de 40

indivíduos), 18 utentes com úlcera de perna e 25 úlceras. Entre os vários dados recolhidos, destaca-se o tempo de evolução das feridas- 56% com duração superior a 9 meses.

O tratamento da úlcera de perna de origem venosa na Região Autónoma da Madeira não inclui a compressão graduada. Baseia-se essencialmente na escolha do penso mais adequado à situação. Foi iniciada formação aos enfermeiros, pretendendo introduzi-la nos cuidados de saúde primários, contudo não foi dada continuidade. Apenas quatro elementos da equipa tiveram esta formação específica, contudo é pertinente que abranja os restantes enfermeiros.

A maioria dos utentes com úlceras de perna não complicadas não beneficiam da avaliação com doppler manual, como recomendam as boas práticas, uma vez que os Centros de Saúde não têm capacidade para realizar este tipo de avaliação. As equipas

*Enfermeira no Serviço Regional de Saúde, E.P.E; Centro de Saúde do Bom Jesus- Módulo Santa Maria Maior
Email: larus_marinus@hotmail.com

**Enfermeira da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano; Centro de Saúde de Arronches
Email: kaxfurtado@gmail.com

de enfermagem não têm competência para a executar, nem as instituições estão equipadas com estes dispositivos. Apenas as úlceras sem evolução, referenciadas à consulta de Cirurgia Vasculuar, efectuam o rastreio.

A aquisição dos recursos necessários para se iniciar a compressão graduada foi já proposta pelo Grupo de Feridas do Serviço Regional de Saúde E.P.E, mas aguarda a avaliação da equipa de Cirurgia Vasculuar e do Conselho de Administração.

Perante a resposta pouco significativa aos tratamentos utilizados, e sensibilizada pelo impacto das úlceras na qualidade de vida dos nossos utentes, considera-se urgente repensar a abordagem à úlcera de perna.

Os serviços que apostaram na reformulação das suas práticas verificaram grandes ganhos em saúde. [Morrell et al (1998), Moffatt et al (1992), Harrison et al (2005), Simon et al (1996)]. Pretendendo mostrar as vantagens de uma abordagem avançada, tanto para os cuidados de saúde como para os utentes, este projecto-piloto tem como objectivo principal implementar a consulta de úlcera de perna nos Módulos de Santa Maria Maior e São Gonçalo.

Surgem, conseqüentemente, alguns problemas parcelares- o conhecimento da equipa sobre a avaliação e tratamento da úlcera de perna, nomeadamente sobre a avaliação do índice pressão tornozelo- braço (IPTB) e aplicação da compressão graduada, e a aquisição de recursos para iniciar o projecto. Uma vez que essa aquisição pondera o custo- eficácia do método, é importante mostrar aos órgãos de gestão os benefícios na cicatrização e as vantagens económicas. Pretende-se então, nesta primeira fase, otimizar o conhecimento da equipa sobre avaliação e tratamento da úlcera de perna de modo a que a equipa seja capaz de assinalar correctamente 25 respostas no questionário, 14 respostas no grupo avaliação, 5 no tratamento e 6 respostas no controlo de infecção. Com a implementação da terapia compressiva pretende-se reduzir em 25% a área das úlceras após 4 semanas de

tratamento, de modo a que às 12 semanas a taxa de cicatrização seja aproximadamente 67% [Moffatt et al (1992)]. É também objectivo reduzir os custos inerentes ao tratamento.

O tratamento á úlcera de perna torna-se mais efectivo se avaliação que o precede for criteriosa e exaustiva. Conhecendo a causa de ulceração e intervindo de forma a corrigi-la ou melhorá-la, os resultados na cicatrização são claramente mais positivos [Donnelly e London (2000)].

A terapia compressiva, recomendada como "tratamento de primeira linha em úlceras venosas não complicadas" é um método que intervém no problema subjacente à ulceração [Albino, Furtado e Pina (2007); Stacey et al (2002); Royal College of Nursing (2006)], uma vez que corrige a hipertensão venosa, diminuindo o edema local e melhorando as trocas a nível celular [Dix, McCollum e Simon (2004); Parstch (2003)].

Apenas o tratamento local não garante a eficácia na cicatrização. As taxas de cicatrização quando a compressão graduada é utilizada são mais elevadas em relação aos tratamentos convencionais em que não é incluída [Cullum, Fletcher e Sheldon (1997); Morrell et al (1998)]. O estudo de Palfreyman, Michaels e Nelson (2007) também apoia que a cicatrização não depende apenas do tratamento à úlcera. O material de penso utilizado com a terapia compressiva não é factor determinante no processo.

Para além de tratar a úlcera com maior efectividade, a compressão graduada também demonstrou ser menos cara em relação ao tratamento tradicional (£630 por paciente em comparação com £681) [Morrell et al (1998)].

Moffatt et al (1992) pretenderam mostrar que mudar o foco de atenção da úlcera em si para o processo patológico torna a nova abordagem mais efectiva. Pela criação de serviços especializados (clínicas comunitárias) que apostaram na avaliação da causa de ulceração e utilizaram a terapia com-

pressiva como tratamento, verificaram que 63% das úlceras venosas cicatrizaram às 12 semanas de tratamento e 83% às 24 semanas.

Harrison et al (2005) também verificou que após reformulação de práticas as taxas de cicatrização triplicaram, diminuíram o número de tratamentos e consequentemente os custos dos mesmos. Passados três meses de implementação da terapia compressiva as taxas de cicatrização foram entre 48 e 61%.

Simon et al (1996) compararam o custo-efectividade de uma nova abordagem em dois distritos (Stockport e Trafford) no Reino Unido. Verificaram que o número de úlceras no activo no distrito em que foram implementadas clínicas especializadas reduziu em 9%. O número médio de tratamento também reduziu (2.55/semana para 1.06/semana nas clínicas distritais e 1.01/semana nas suas clínicas especializadas) e conseguiram uma redução de custos de 38,2% em relação ao distrito de comparação. Estes ganhos estiveram associados à implementação da terapia compressiva a maior número de utentes. A taxa de cicatrização às 12 semanas passou de 26% para 42%, nas clínicas para 65% enquanto que no distrito vizinho não houve alteração relevante (de 23% para 20%).

METODOLOGIA

Os problemas parcelares tornam-se assim prioridades para o projecto. Validar que conhecimento os enfermeiros têm sobre a avaliação e tratamento da úlcera de perna é dos primeiros aspectos a considerar na intervenção.

Esta avaliação foi realizada por meio de um questionário com 12 questões, elaborado com base no manual de Boas práticas para o tratamento e prevenção da úlcera de perna de origem venosa de Albino, Furtado e Pina (2007). É constituído por três grupos de perguntas - avaliação, tratamento e con-

trolo de infecção- e considerou-se, em cada grupo, um número de respostas correctas para que a análise posterior fosse possível. Eram esperadas 18 respostas correctas para a avaliação, 6 respostas para o tratamento e 8 respostas para o controlo da infecção. Portanto, o questionário previa 32 respostas correctas.

No diagnóstico de situação, os enfermeiros no grupo avaliação assinalaram uma média de 14,1 respostas correctas, 4,1 respostas para o tratamento e 5,2 respostas para o controlo da infecção, num total de 23,3 respostas correctas. Concluí-se assim que o conhecimento é satisfatório. Contudo o treino das técnicas de avaliação do IPTB e aplicação de ligaduras de compressão exigiu formação, uma vez que este seria para a maioria dos elementos o primeiro contacto com estes conceitos.

Assim foram planeadas duas formações entre Março e Maio, de acordo com disponibilidade do serviço, para recordar alguns conteúdos relacionados com avaliação pela observação clínica, reflectir o tratamento à úlcera e conhecer e treinar a avaliação do IPTB e terapia compressiva. Após a formação foi distribuído o mesmo instrumento para avaliar os seus contributos.

O estudo de custo-efectividade foi realizado em estudos-caso. Apenas foram possíveis graças ao apoio de empresas farmacêuticas que cederam as ligaduras de compressão, uma vez que o projecto aguarda a autorização e a aquisição de recursos pelo Conselho de Administração. Os utentes que voluntariamente aceitaram participar, assinaram um consentimento após informados dos procedimentos.

Estudo-caso 1- avaliação

No primeiro estudo de caso participa uma utente de 66 anos, com antecedentes de traumatismo no membro em que apresenta a úlcera e obesidade. O membro apresenta

sinais de doença venosa- edema, veias varicosas e vénulas peri- maleolares. Pela avaliação do IPTB (1.1) utente não apresenta doença arterial que contra-indique a terapia compressiva. Anda livremente, sem limitações na mobilização do tornozelo. A actual úlcera no terço interno da perna esquerda é recidiva e tem a duração de aproximadamente 3 anos. A 21 de Maio apresentava uma área de 75 cm². A dor no membro é intermitente, mas após toma de analgesia rapidamente é aliviada. Já utilizou em tratamento anteriores pachos de permanganato de potássio, poliuretanos, pensos impregnados de prata iónica, maltodextrina e outros. Utente já foi referenciada a consultas de dermatologia, cirurgia vascular e cirurgia geral e realizou em 1999 um enxerto para cicatrização da úlcera que foi rejeitado.

Avaliando os custos dos tratamentos já realizados à utente entre 13 de Agosto de 2007 e 21 de Maio de 2008 contabilizam-se 2764.80€. O cálculo dos gastos incluiu materiais utilizados no tratamento (agentes de limpeza, material de penso, ligaduras crepe) e tempo de Enfermagem. Os custos anteriores a Agosto de 2007 não foram possíveis determinar por falta de registos. O transporte até ao Centro de Saúde em dias alternados era realizado por uma filha, pelo que deve ser contabilizado como custo indirecto neste processo.

Estudo- caso 2- avaliação

Num segundo estudo caso participa um idoso de 79 anos com uma recidiva de úlcera venosa. A ferida no maléolo interno esquerdo tem aproximadamente dois anos de duração. A 28 de Maio apresentava uma área de 3,45 cm². Tem com antecedentes pessoais uma cirurgia abdominal, insuficiência cardíaca compensada, hipertensão e dislipidémia. Vive com sobrinha que o apoia no seu autocuidado e anda com ajuda de bengala. O membro esquerdo apresenta ligeiro eczema agudo, vénulas peri- maleolares dilatadas e lipodermoesclerose. O tor-

nozelo esquerdo está fixo e houve dificuldade em palpar o pulso pedioso. O seu IPTB é de 1.2. Utente já foi referenciado à consulta de cirurgia vascular e de dermatologia. A dor, à semelhança do primeiro caso é intermitente e facilmente aliviada após a toma de analgesia. Utilizou em tratamento anteriores poliuretanos, hidrofibras e pensos impregnados com prata iónica.

Os custos dos tratamentos anteriores ao mês de Agosto de 2007, momento em que foi implementada a agenda electrónica, não foram possíveis determinar. Todavia entre 10 de Agosto de 2007 e 24 de Junho de 2008 os cuidados à úlcera custaram aos serviços aproximadamente 2995.20€. Como custos indirectos são de contabilizar os transportes públicos pagos pelo idoso para se deslocar em dias alternados ao Centro de Saúde.

RESULTADOS

Os dezasseis enfermeiros que compõem a equipa assistiram às formações planeadas, excluindo um elemento com licença de aleitamento em que os horários das sessões não eram compatíveis com o seu horário reduzido. Foram realizadas três sessões de formação.

As formações sobre a avaliação do utente com úlcera de perna e sobre o tratamento preconizado, foram classificadas pela equipa como "muito bom" nos contributos para evolução dos seus conhecimentos e "boa" a "muito boa" a organização global das sessões. A maioria considerou os conteúdos práticos e teóricos como "muito bom" e a apresentação como "muito boa", no entanto foram apresentados como aspectos menos positivos, em ambas as formações, o conteúdo vasto de cada sessão e a pouca possibilidade para manusear o doppler e os materiais de compressão. Posto isto, foi planeado mais um momento de formação com uma componente mais prática, contudo o treino da avaliação do IPTB ficou limitada à primeira sessão.

A avaliação dos contributos da formação foi

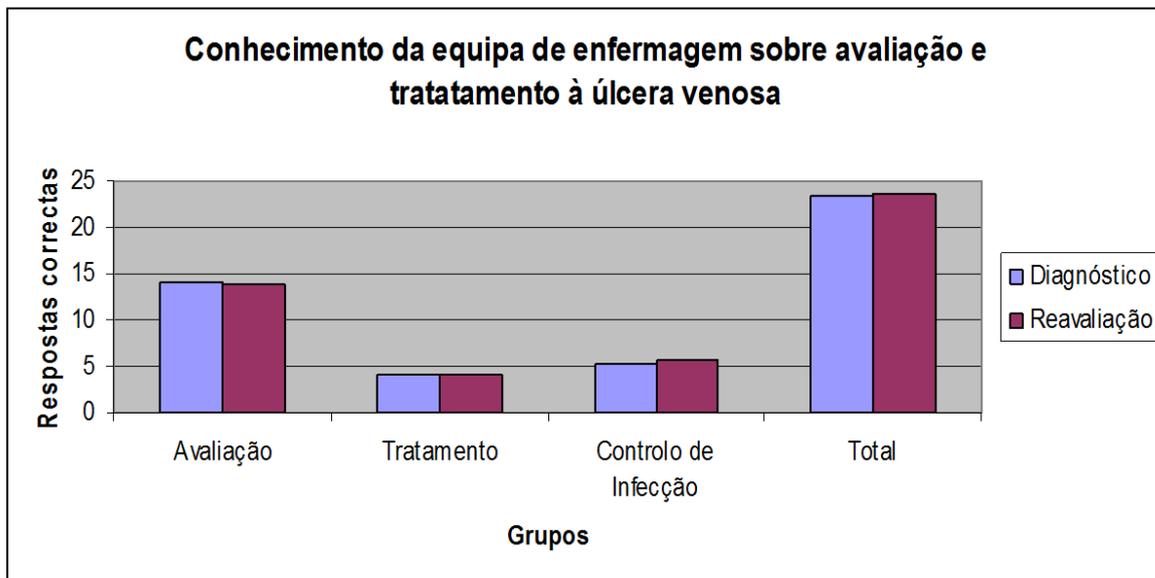


Gráfico 1- Conhecimento da equipa de enfermagem sobre avaliação e tratamento à úlcera venosa no diagnóstico de situação e na reavaliação após formação

realizada em Julho e como resultados obteve-se uma média de 13,9 respostas correctas para o grupo avaliação, 4,2 respostas correctas para grupo tratamento e 5,7 respostas para o grupo controlo de infecção. Globalmente nos questionários foi assinalada uma média de 23,8 respostas correctas.

Avaliando a evolução das feridas com a nova abordagem, obteve-se no primeiro estudo-caso, após 8 semanas de tratamento, uma taxa de cicatrização de 40%, reduzindo-se a área da úlcera para 30 cm². O edema da perna também diminuiu significativamente (de 29 cm de diâmetro no tornozelo para 27 cm e de 42,5 cm de diâmetro do terço médio gemelar para 40

cm).

Esta utente apresentou na segunda semana de aplicação das ligaduras sinais de infecção local. Em dois dos tratamentos calendarizados, apresentou a ligadura larga no pé e em outros dois momentos retirou ligadura após contacto telefónico por se encontrar húmida e por repasse com exsudado abundante num dia que o Centro de Saúde se encontrava encerrado.

Os custos inerentes à aplicação da ligadura de curta-tracção reutilizável foram de 164,36€. Reduziu-se a frequência de tratamentos desde o início da compressão graduada para dois tratamentos semanais e seguidamente um tratamento semanal, diminuindo-se os custos (média de 18,26€/

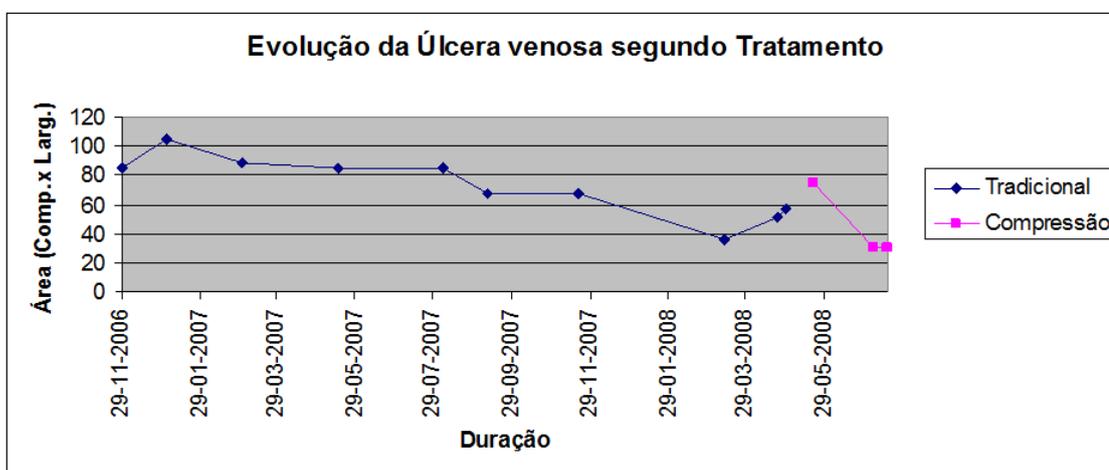


Gráfico 2- Evolução da úlcera venosa do estudo-caso 1 segundo tratamento utilizado



Figura 1- Úlcera venosa a 21/05/2008



Figura 3- Úlcera venosa a 11/07/2008



Figura 2- Úlcera venosa a 23/06/2008



Figura 4- Úlcera venosa a 17/07/2008

semana).

O segundo estudo- caso obteve-se uma taxa de cicatrização de 38,3 % após 3 semanas de aplicação de uma ligadura de longa- tracção. O seu diâmetro de tornozelo manteve-se (22 cm) mas o terço médio gemelar diminui significativamente (33 cm para 31 cm).

Apesar da evolução favorável, o utente apresentou à quarta aplicação de ligadura uma infecção por anaeróbios. Foi necessário iniciar antibiótico sistémico, uma vez que coloração do leito não melhorou após uma semana de tratamento local com penso de prata iónica. O idoso apresentou igualmente eczema de contacto pelo membro que, de início, estava integro. Originou pequenas feridas superficiais, conforme a

pele descamativa ia sendo destacada.

O pé esquerdo durante as primeiras semanas encontrava-se edemaciado, ao contrário da restante perna. O primeiro dedo apresentou flictena e rubor no espaço interdigital. Estes sinais indicaram que a técnica de compressão não estava a ser correctamente executada.

Uma vez que a quantidade de kits para este estudo- caso era limitada, foi necessário reutilizar ligaduras nas últimas aplicações.

À semelhança do primeiro estudo- caso, também foi possível reduzir-se os custos inerentes ao tratamento (150,22€). A frequência dos tratamentos foi igualmente reduzida para duas vezes por semana e os custos semanais diminuíram (37,56€/

Duração \ Tratamento (€)	Duração								
	1s	2s	3s	4s	5s	6s	7s	8s+ 1d	Total
Tradicional ¹	56,40	56,40	56,40	56,40	56,40	59,70	59,70	59,70	461,10
Compressão graduada	48,10	18,24	18,66	18,86	9,53	17,30	8,17	16,56	164,36

¹Custos realizados tendo em conta os custos estipulados pelo sistema operativo se utente mantivesse tratamentos em dias alternados

Tabela 1- Custos do tratamento tradicional e do tratamento com compressão graduada no estudo- caso 1

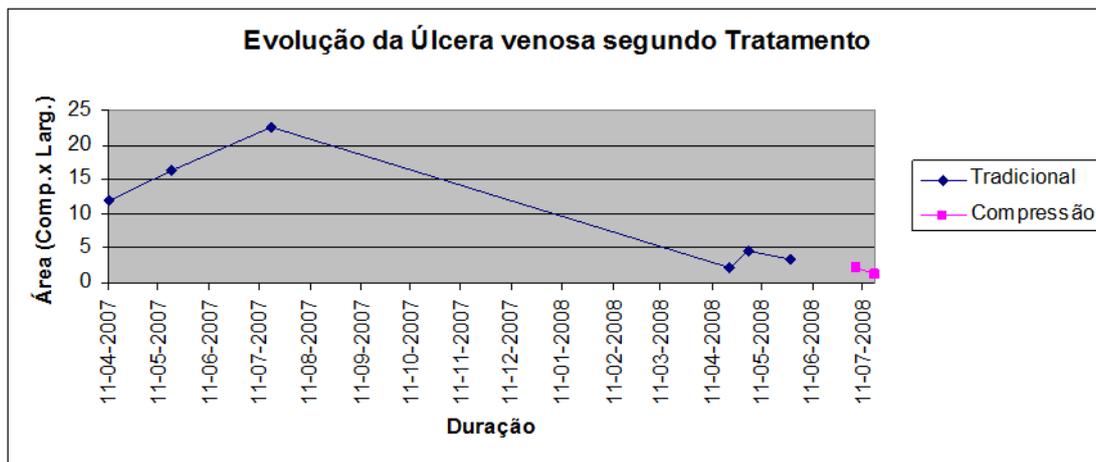


Gráfico 2- Evolução da úlcera venosa do estudo- caso 2 segundo tratamento utilizado

semana)

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Analisando os resultados obtidos verifica-se que o objectivo traçado para o conhecimento da equipa de enfermagem não foi atingido. Eram esperadas 25 respostas correctas, contudo apenas 23,8 respostas foram obtidas. O conhecimento antes da formação é semelhante ao conhecimento reavaliado. O

conteúdo vasto em cada sessão pode eventualmente ter sido umas das razões para que não tenha sido apreendido, assim como a estratégia escolhida (expositiva participativa) pode ter limitado a aprendizagem.

Em ambos os estudos- caso foi possível verificar as vantagens da compressão graduada sobre a cicatrização e o custo- eficácia do método. Ambas as úlceras venosas evoluíram favoravelmente após algumas semanas de aplicação das ligaduras. No pri-



Figura 5- Úlcera de perna do idoso a 24/06/2008



Figura 7- Úlcera venosa com infecção parcialmente resolvida a 09-07-2008



Figura 6- Úlcera com infecção por anaeróbios a 07/07/2008



Figura 8- Úlcera venosa com recidiva de infecção por anaeróbios e pé com ferida traumática provocada pelo calçado (18/07/2008)

Tratamento (€) \ Duração	Duração				Total
	1s	2s	3s	3s+ 4d	
Tradicional ¹	56,40	56,40	59,70	59,70	232,20
Compressão graduada	41,08	20,81	51,43	36,90	150,22

¹Custos realizados tendo em conta os custos estipulados pelo sistema operativo se utente mantivesse tratamentos em dias alternados

Tabela 2- Custos do tratamento tradicional e do tratamento com compressão graduada no estudo- caso 2

meio estudo caso, a úlcera não tinha antes registado uma diminuição da área tão significativa num espaço de tempo tão reduzido. Apesar de alcançado o objectivo para o período estipulado, as taxas de cicatrização possivelmente teriam sido superiores se a perícia na aplicação das ligaduras fosse maior por parte do profissional que as aplicou. Albino, Furtado e Pina (2007) e o Royal College of Nursing (2006) salvaguardam a importância do profissional treinado na aplicação. As ligaduras largas de um tratamento para outro no primeiro estudo-caso e a compressão incorrecta no pé do segundo caso, são aspectos que poderão ter influenciado a reversão da hipertensão venosa local e estão directamente associados à técnica.

A compressão adequada pode também ter sido comprometida devido à reutilização das ligaduras de longa- tracção. A eficácia do kit não é garantida após lavagem, uma vez que os elastómetros podem ficar danificados. A elasticidade do material de compressão uma vez alterada afecta a sua performance. [Partch, (2006)]

Um outro aspecto a considerar foram as infecções que surgiram durante o tratamento num caso e noutro. A Infecção deteoriza a úlcera, uma vez que os mediadores inflamatórios levam à degradação da matriz extracelular e inibem a epitelização [Moffatt, Morrison e Pina (2004)]. A considerar como factor predisponente para a infecção, a dieta adoptado pelos utentes, onde o aporte nutricional necessitou ser reforçado.

A terapia compressiva, para além das van-

tagens no processo de cicatrização, reduziu os custos nos cuidados com ambos os utentes. Uma vez diminuída a frequência dos tratamentos semanais, os custos também reduziram significativamente.

As infecções, contudo, tornaram o tratamento mais caro. Esta é uma das razões pelas quais os custos na segunda semana de tratamento do estudo- caso 1 e terceira semana no estudo- caso 2 foram superiores.

As ligaduras descartáveis de longa- tracção tornaram os custos do estudo-caso 2 superiores ao do estudo- caso 1. Por se tratar de utilização única, o risco de infecção seria menor. Todavia, no estudo-caso em que foi utilizada, a infecção surgiu antes da reutilização pelo que a contaminação não está apenas dependente da técnica utilizada no tratamento. Existem outros factores que determinam a infecção.

CONCLUSÃO

Desta primeira fase do projecto constatou-se a importância da formação e a necessidade da sua reformulação antes de qualquer avanço. Os casos em que a compressão graduada foi utilizada obtiveram ganhos efectivos na cicatrização e redução significativa dos custos nos tratamentos, mas analisando todo o percurso, a perícia na técnica e a competência numa área com grande especificidade pode ter determinado, em algum momento, a evolução. Assim torna-se relevante consolidar conceitos e treinar a técnica do profissional que actualmente a aplica e dos restantes enfermeiros. As vantagens da compressão graduada e da nova abordagem foram visíveis. Neces-

sário será incentivar a restante equipa de enfermagem a utilizar o novo método, aumentar o número de tratamentos com compressão graduada e reforçar as parcerias com outros profissionais para que a intervenção multidisciplinar também se apoie em práticas recomendadas e contribua na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipa multidisciplinar de Santa Maria Maior e São Gonçalo e às empresas Smith & Nephew e Lohmann & Rauscher pela sua colaboração neste projecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cullum, N., Fletcher, A. e Sheldon, T. A. (1997). A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. *British Medical Journal*, Vol. 315, p. 576- 580. Acedido a 13 de Março de 2008 em <http://www.bmj.com/cgi/content/full/315/7108/576>

Furtado, K. (2003). Úlceras de perna- tratamento baseado na evidência. In *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*, Nº176, p. 35- 42

Harrison, M B. et al (2005). Leg- ulcer care in the community, before and after implementation of and evidence based- service [versão electrónica]. *Canadian Association Medical Journal* Vol. 172, p. 1447- 1452. Acedido a 13 de Março de 2008 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=557980&blobtype=pdf>

Moffatt, C, Morison, MJ, Pina, E. (2004). Wound bed preparation on venous leg ulcers. *EWMA Position Document Wound bed preparation in practice*, p.12- 17. Acedido a 13 de Março de 2008 em <http://www.ewma.org/english/english.htm>

Moffatt, C.J. et al.(1992) Community clinics for leg ulcer and impact on healing.[versão electrónica] In *British Medical Journal*, Vol. 305, p.1389 - 1392. Acedido a 14 Novembro 2007 em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1883915&blobtype=pdf>

Morrell, C. J. (1998) Cost effectiveness os com-

munity clinics: a randomized control trial [versão electrónica]. *British Medical Journal*, Vol.316, p.1487- 1491. Acedido a 13 de Março de 2008 em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=28546&blobtype=pdf>

Palfreyman, S., Nelson, A. & Michaels, J. (2007). Dressing for venous leg ulcers: systematic review and meta- analysis. [versão electrónica]. *British Medical Journal*, Vol. 335, p. 1-12. Acedido a 27 de Janeiro de 2008 em <http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7613/244>

Parstch, H. (2003). Understanding the pathophysiological effects of compression. [versão electrónica]. *EWMA Position Document Understanding compression therapy*, p. 2- 4. Acedido a 31 de Março de 2008 em <http://www.proguide.net/pdf/english.pdf>

Partsch, H.(2006) Compression therapy on venous ulcer: haemodynamic effects depend on interface pressure and stiffness.[versão electrónica] In *EWMA Journal*, Vol. 6, No. 2, p. 16- 20 acedido a 13 Novembro 2007 em http://www.ewma.org/pdf/fall06/Journal_2_2006_ar3.pdf

Pina, E., Furtado K., Albino, A. (2007). Boas práticas no tratamento e prevenção das úlceras de perna de origem venosa. *Pampilhosa da Serra: Grupo Associativo de Investigação em Feridas*

Royal College of Nursing (2006). *The nursing management of patients with venous leg ulcers*. Acedido a 7 de Abril de 2008 em http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0003/107940/003020.pdf

Simon D. A., Dix, F. P, McCollum, C. N. (2004) Management of venous leg ulcers.[versão electrónica]. *British Medical Journal*, Vol. 328, p.1358- 1362. Acedido a 13 Novembro 2007 em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=420292>

Stacey, M. et al (2002), *The use of Compression Therapy in the Treatment of Venous Leg Ulcer: a recommended Management Pathway* [versão electrónica] *EWMA Journal*, Vol. 2, p.9- 13. Acedido a 13 Novembro 2007 em <http://www.ewma.org/pdf/spring02/03-CompressionTherapyInTheTreatmentOfVenousLegUlcers.pdf>

Prevalência da Úlcera de Perna nos Utentes da Unidade de Saúde de Azeitão

Solange Rodrigues Pestana*, Lucília Nunes **

Resumo

A ausência de dados relativos à prevalência da úlcera de perna é uma lacuna na prestação de cuidados. Ao estudar-se a prevalência poder-se-ão identificar as necessidades da Unidade de Saúde de Azeitão, permitindo, assim, uma melhor planificação dos recursos humanos e materiais, sendo o problema deste projecto: "Qual a prevalência da úlcera de perna na população inscrita na Unidade de Saúde de Azeitão?".

O estudo baseou-se no levantamento de dados dos utentes inscritos na Unidade de Saúde de Azeitão que têm o diagnóstico de úlcera de perna, tendo sido utilizado um questionário de estudo epidemiológico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sendo um estudo quantitativo epidemiológico.

No final do estudo chegou-se ao resultado de uma prevalência de úlcera de perna na Unidade de Saúde de Azeitão, no mês de Março, de 0,11%, apesar das suas graves limitações, uma vez que não foram incluídos os utentes dos Cuidados Continuados da Unidade e os utentes que, apesar de inscritos, não frequentam a Unidade.

Palavras-chave: Prevalência, Úlcera de Perna, Projecto de Intervenção.

Introdução

O que foi experienciado/observado na Sala de Tratamentos da Unidade de Saúde de Azeitão, foi o desperdício de material de tratamento devido à sua deficiente utilização, registos escassos ou inexistentes e dificuldades na avaliação da ferida por parte dos Enfermeiros, e tudo isto leva a um aumento do tempo de tratamento da úlcera de perna e conseqüentemente o aumento do sofrimento e incapacitação do doente. Estando-se em contacto diário com estes utentes, com este sofrimento, sente-se necessidade de fazer algo para alterar a

situação. Por, isso se decidiu estudar a prevalência da úlcera de perna na Unidade.

Ao estudar-se a prevalência da úlcera de perna nos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão poder-se-á identificar as necessidades da Unidade relativamente à Sala de Tratamentos e Cuidados Continuados. Pretende-se saber quantos utentes existem com úlcera de perna, quantos recidivaram e qual a faixa etária com utentes a frequência mais elevada de úlceras de perna. O estudo da sua prevalência permite, assim, uma melhor planificação dos recursos humanos e materiais.

É, então, necessário saber qual a realidade da Unidade de Saúde para se saber quais as necessidades dos utentes e da Unidade relativamente ao tratamento de úlcera de perna, adaptando os recursos humanos e

*Enfermeira no Agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela – Unidade de Saúde de Azeitão, sol3@clix.pt

**Prof. Coordenadora na ESS-IPS, lucilia.nunes@ess.ips.pt

materiais às necessidades estudadas, que seria uma segunda abordagem após a execução deste projecto.

Apesar de existirem poucos estudos relativos à prevalência da úlcera de perna, esta patologia é muito frequente e a sua frequência tem tendência para aumentar exponencialmente com o envelhecimento da população/ aumento da esperança média de vida (Abbate & Lastória, 2006).

Segundo Bolander (1998) "As feridas crónicas...têm impulsionado muita da investigação e a utilização de novos produtos nos regimes actuais de tratamento de feridas." (pág. 1614). Os materiais usados em tratamento de feridas evoluíram muito rapidamente, não tendo os Enfermeiros acompanhado esse ritmo, o que leva a uma ineficaz e incorrecta utilização dos materiais, prolongando-se e encarecendo-se ainda mais o tratamento de feridas.

As úlceras vasculares são um importante problema de saúde, com elevada incidência e prevalência, cronicidade e recorrência, alteram a qualidade de vida e têm grandes repercussões socioeconómicas (Lozano, 2003). "A carga de tratamento destes doentes recai sobretudo nos Centros de Saúde consumindo grande parte do tempo de enfermagem com visitas regulares com uma média de 3 vezes por semana (Furtado et al, 2005)." (Marques & Pina, 2006). Provoca também um grande sofrimento e incapacidade aos doentes que dela sofrem, causando, assim um grande impacto a nível social e económico.

Já em 1998, Bolander afirmava que "Os custos do tratamento das feridas, sejam directos ou indirectos, têm um impacto económico significativo." (pág. 1614). As pessoas com úlcera de perna têm uma mobilidade reduzida, e muita dor, levando a um grande consumo de analgésicos e uma grande taxa de absentismo ao trabalho (Herber, Schnepf & Rieger, 2007).

Abbate e Lastoria (2006), referem que "A

maioria dos estudos mostra prevalência de úlcera venosa ativa (não cicatrizada) de aproximadamente 0,3%, ou seja, em torno de um em 350 adultos, enquanto história de úlcera ativa ou cicatrizada ocorre em aproximadamente 1% da população adulta." Acrescentam também que "A prevalência aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima dos 65 anos."

Também Miguéns (2006) confirma que "A úlcera de perna é um problema comum e muito relevante nos serviços de saúde a nível mundial, com estudos que apontam para prevalências entre 0,1% e 1% da população adulta em todo o mundo." E que relativamente a Portugal "existem já alguns dados de prevalência da úlcera de perna, num estudo realizado em 5 centros de saúde de Lisboa, numa população de 186000 e esta é de 1,41/1000 habitantes." Mas os estudos nacionais ainda são poucos e não se consegue fazer um cálculo da prevalência da úlcera de perna em Portugal por falta de dados, com todas as desvantagens desse facto, como por exemplo não se investir na resolução deste problema de saúde, adquirindo material de tratamentos de feridas mais adequado e dar formação aos profissionais nesta área.

Apesar da alta prevalência referida anteriormente e da importância da úlcera de perna, esta patologia é frequentemente negligenciada e abordada de maneira inadequada, não se valorizando os tratamentos mais eficazes para a cura desse tipo de feridas. Mas antes de se tentar melhorar a qualidade dos cuidados é necessário estudar-se a prevalência da úlcera de perna para, então, se satisfazer as necessidades existentes.

Tem-se uma noção empírica de que existem bastantes utentes com úlcera de perna na Unidade de Saúde de Azeitão, mas não se sabe ao certo qual o número exacto. Daí surge o problema deste projecto: Qual a prevalência da úlcera de perna na população inscrita na Unidade de Saúde de Azeitão?

Este projecto tem como finalidade contribuir para melhorar a qualidade de vida do utente com úlcera de perna.

Tem como objectivo geral: Determinar qual a prevalência da úlcera de perna nos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão.

Tem como objectivos específicos:

Identificar, no final do estudo, quantos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão têm úlcera de perna;

- Identificar, no final do estudo, quantos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão que têm úlcera de perna são do sexo feminino;
- Identificar, no final do estudo, quantos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão que têm úlcera de perna são do sexo masculino;
- Identificar, no final do estudo, quantos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão, que têm úlcera de perna, recidivaram;
- Identificar, no final do estudo, qual a faixa etária com maior prevalência de úlcera de perna, dos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão.

Enquadramento Teórico

Para alguns autores uma ferida não é mais que uma solução de continuidade dos tecidos moles que ocorre quando é exercida sobre eles uma força extrema superior à que podem suportar (Bolander, 1998), para outros "Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que acciona as frentes de defesa orgânica para o contra ataque." Blanes (2004). Para Dealey "Qualquer lesão que dê origem a uma quebra de continuidade da pele pode ser chamada uma ferida." (2006, pág. 19). "As úlceras de perna estão invariavelmente incluídas no grupo de feridas crónicas, ..." (Furtado, 2003). Ferida crónica é uma ferida em que a sua etiologia subjacente torna-se o processo de cicatrização muito demorado (Dealey, 2006, pág. 28). "As feridas crónicas não cicatrizam tão

facilmente, podem persistir durante semanas, meses ou mesmo anos. Muitas vezes, as pessoas com feridas crónicas têm outros problemas de saúde, tais como infecções, distúrbios metabólicos ou nutricionais, que interferem com a cicatrização da ferida." (Bolander, 1998, pág. 1614).

Segundo Dealey (2006) "...algumas feridas crónicas podem ter começado por ser feridas agudas que não conseguiram cicatrizar durante um longo período de tempo, talvez anos." (pág. 28)

Uma úlcera crónica dos membros inferiores (úlcera de perna), é uma ferida que não cicatriza dentro do período de seis semanas (Abbade & Lastória, 2006). Mas não existe uma definição consensual de úlcera de perna (Furtado, 2003). Não se vai incluir neste estudo as feridas crónicas confinadas ao pé, mas apenas as localizadas na perna.

Uma vez que neste estudo se vai incidir sobre a prevalência de úlcera de perna será necessário definir prevalência. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007) "A taxa de prevalência consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período", sendo, então neste caso, uma contagem do número de pessoas com úlcera de perna que existe na população de Azeitão, no espaço de tempo em que vai ser efectuado o estudo, incluindo casos novos e antigos.

Os utentes foram divididos em diferentes faixas etárias: inferior a 60 anos, entre 60 e 69 anos, entre 70 e 79 anos e superior a 80 anos, à semelhança de estudos anteriores para se poder comparar.

A Unidade de Saúde de Azeitão é constituída pela freguesia de São Lourenço e São Simão. Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2002) a freguesia de São Lourenço tem 8.487 habitantes, dos quais 4.206 são do sexo masculino e 4.281 do sexo feminino, e a freguesia de São Simão

tem 4.598 habitantes, dos quais 2.238 são do sexo masculino e 2.360 são do sexo feminino, dando um valor total de 13.085. Existem 14.000 utentes inscritos na Unidade de Saúde de Azeitão (dados de 1/10/2007), desses utentes não se sabe ao certo quantos sofrem de úlcera de perna. Tal como foi referido anteriormente apenas se tem uma noção empírica de que existem muitos utentes com esse problema de saúde, pretendendo-se com este projecto o estudo da sua prevalência. Entendendo-se como utentes, a população inscrita na Unidade de Saúde, que beneficia/frequenta a mesma.

Metodologia

Solicitou-se a autorização da execução deste estudo ao Senhor Director do Agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela através de Fax, com resposta positiva.

O estudo baseou-se no levantamento de dados de utentes inscritos na Unidade de Saúde de Azeitão que têm o diagnóstico de úlcera de perna. Foi utilizado um questionário de estudo epidemiológico da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Sendo um estudo Quantitativo epidemiológico. O estudo decorreu durante o mês de Março.

Após conhecimento e assinatura do termo de consentimento informado os utentes foram submetidos a um questionário de

estudo epidemiológico e avaliação física da úlcera de perna, que foi executado pela própria autora do projecto, garantindo uma avaliação uniforme.

Após a recolha, os dados foram analisados e procedeu-se á apresentação dos resultados através do presente relatório escrito do projecto. Posteriormente foi efectuado um artigo para publicação e poster ou comunicação livre, para divulgação.

Este estudo teve como Recursos - Humanos: a autora do projecto; - Materiais: Fotocópias, Computador e Programa de Análise estatística, SPSS; - Físicos: sala de tratamentos da Unidade de Saúde de Azeitão

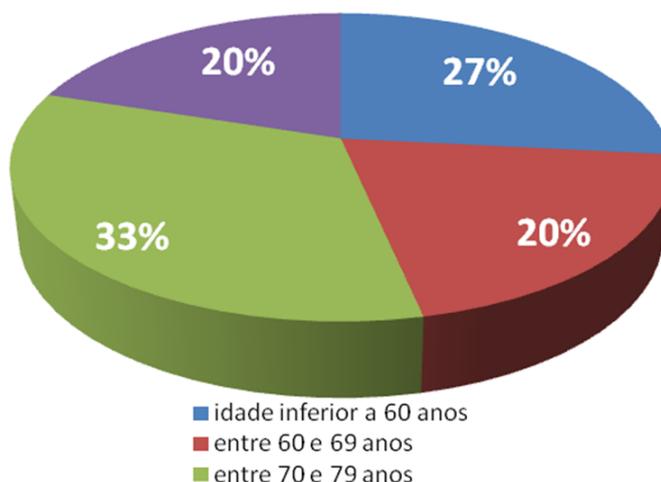
Resultados e Discussão

Após a análise dos questionários obtiveram os seguintes resultados. Existem 15 utentes na Unidade de Saúde de Azeitão, que frequentam a Sala de Tratamentos, com úlcera de perna. Dos quais 8 (53%) do sexo feminino e 7 (47%) do sexo masculino. Com idade inferior a 60 são 4 (27%), entre 60 e 69 anos são 3 (20%), entre 70 e 79 são 5 (33%), e idade superior a 80 são 3 (20%). (Gráfico I)

Como se verifica no gráfico II houve 33% (5) de recidivas, causa fisiopatológica 40% (6) e Traumática 27% (4).

Sendo a Prevalência da úlcera de perna dos utentes da Unidade de Saúde de Azeitão de

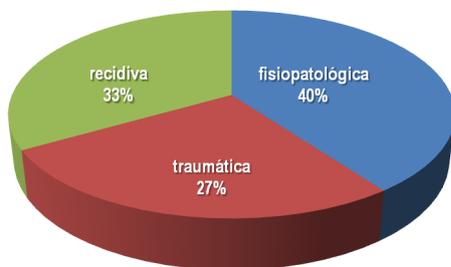
Gráfico I - Idades



0,11%.

Este estudo tem como limitações a não inclusão no estudo de utentes que, apesar de inscritos na Unidade de Saúde de Azeitão, recorrem a outras instituições como Hospitais, Clínicas Particulares e lares, não tendo sido contabilizados os utentes com úlcera de perna dos Cuidados Continuados, devido à falta de disponibilidade da Enfermeira. Os resultados do projecto baseiam-se, assim, na prevalência da úlcera de perna dos utentes da Sala de Tratamentos da Unidade de Saúde de Azeitão. Sendo, assim esta prevalência respectiva aos utentes da Sala de Tratamentos da Unidade de Saúde de Azeitão.

Gráfico II - Causas das úlceras de perna



Tal como referido anteriormente, segundo Abbade e Lastoria (2006), A maioria dos estudos mostra uma prevalência de úlcera venosa activa de aproximadamente 0,3%. Também Miguéns (2006) aponta para prevalências entre 0,1% e 1% da população adulta em todo o mundo, referindo que, relativamente a Portugal esta é de 1,41/1000 habitantes. Segundo Briggs e Closs (2003) "The precise prevalence is difficult to report as estimates generated from Scotland, Ireland, England, Sweden and Australia range from 0.11% - 4.3%" Trata-se, então, de uma baixa prevalência de úlcera de perna relativamente a outros estudos. Mas, tal como referido, esta prevalência corresponde apenas aos utentes da sala de tratamentos da Unidade.

Existem, então, 15 utentes com úlcera de perna a frequentar a sala de tratamentos da Unidade de Saúde de Azeitão, havendo um

grande equilíbrio entre os sexos, 8 mulheres e 7 homens, que se explica pela faixa etária com maior percentagem, entre os 70 e os 79 anos de idade com 33%, pois quanto maior for a idade maior é a probabilidade de atingir o sexo feminino, devido à esperança média de vida das mulheres ser maior.

Abbade e Lastoria (2006) referem que "A prevalência aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima dos 65 anos." e Graham, Harrison, Shafey e Keast (2003) afirmam que "Leg ulcers are known to be associated with age; among people older than 85, prevalence increases to about 10 to 30 per thousand." Tendo em conta que 80% dos utentes do estudo têm uma idade inferior a 80 anos também explica a baixa prevalência deste estudo.

Houve uma grande percentagem de recidivas, 33%, que leva a pensar em desenvolver novas estratégias na prevenção das mesmas, como a utilização por parte dos utentes com úlcera de perna, curada, de meias de compressão, e uma maior vigilância, após a cura da úlcera, do estado da pele, estado nutricional e patologias dos utentes, na Unidade de Saúde.

Considerações Finais

Será necessário fazer um diagnóstico diferencial, com eco-doppler portátil, do tipo de úlcera de perna que os utentes sofrem, para um melhor tratamento e prognóstico da úlcera de perna.

Seria de extrema importância a implementação de Terapia Compressiva na Unidade para tratar os utentes com úlcera de perna de etiologia venosa e assim diminuir o tempo de cura da úlcera venosa, com todos os benefícios que acompanha tal facto.

O primeiro resultado deste projecto foi a execução do projecto "Atendimento de Enfermagem ao Utente com Ferida Crónica", a aguardar resposta por parte da direcção do Agrupamento, para ser operacionalizado, que prevê o diagnóstico diferencial

das úlceras de perna, implementação da terapia compressiva e vigilância dos utensílios após a cura da úlcera de perna, entre outras.

Referências Bibliográficas:

- Abbade, L., & Lastoria, S. (2006). Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros Dermatologia*, 81 (6), 509-522. Consultado em 29 de Outubro de 2007 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000600002&lng=pt&nrm=iso
- Blanes, L. (2004). Tratamento de feridas. São Paulo: Baptista-Silva JCC. Consultado em 26 de Outubro de 2007 em: http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodicta (Obra original publicada em 1994)
- Briggs, M., & Closs, J. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, 3 (2), 14-20. Consultado em 29 de Junho de 2008 em: <http://www.ewma.org/pdf/fall03/s04.pdf>
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas – Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada em 2005)
- Furtado, K. (2003). Úlceras de perna – Tratamento baseado na evidência. *Nursing*, 176, 35-42
- Graham, I., Harrison, M., Shafey, M., & Keast, D. (2003). Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers – Survey of family physicians. *Canadian Family Physician*, 49, 896-902. Consultado em 22 de Janeiro de 2008 em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2214258&blobtype=pdf>
- Herber, O., Schnepf, W., & Rieger, M. (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. Consultado em 22 de Março de 2008 em: <http://www.hqlo.com/content/5/1/44>
- Instituto Nacional de Estatísticas (2002). *Censos 2001 – Resultados Definitivos – Lisboa*. Lisboa: Autor. Consultado em 25 de Outubro de 2007 em: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Publicacoes?PUBLICACOES-pub_boui=377750&PUBLICACOESmod_o=2
- Lozano, F. (2003). Diagnóstico y tratamiento de las úlceras de etiología vascular. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular*, 9 (5), 318-332
- Miguéns, C. (2006). Diagnóstico diferencial da úlcera de perna. Consultado em 29 de Outubro de 2007 em: <http://www.gaif.net/artigos/DIAGNOSTICO%20DIFERENCIAL%20DA%20ULCERA%20DE%20PERNA%20-artigo%20revisao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde. Lisboa: Autor. Consultado em 22 de Janeiro de 2008 em: www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf

Os pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna

- Requisitos para terapia compressiva

Xénio Terra*, Miguel Gomes**

Resumo

O tratamento de pacientes com úlcera de perna é algo de complexo. A ausência de uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada tem conduzido a uma prática de cuidados pouco efectiva e por vezes pouco segura. O objectivo geral deste projecto visou, precisamente, a caracterização dos pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna, para se eleger aqueles que eram susceptíveis de serem tratados através da terapia compressiva. Efectuou-se um estudo epidemiológico de natureza descritiva, estruturado em 2 fases. Na primeira procedeu-se à avaliação da prevalência de úlcera de perna e numa segunda fase, operacionalizou-se a caracterização dos 28 pacientes que constituíram a população do estudo. Os resultados indicaram uma elevada prevalência de úlcera de perna e que as avaliações clínicas foram determinantes para se identificar os 14 pacientes elegíveis para tratamento com terapia compressiva.

Palavras chave: Úlcera de perna, prevalência, avaliação clínica, índice pressão tornozelo-braço, terapia compressiva;

INTRODUÇÃO

As úlceras de perna são habitualmente classificadas como feridas abertas, localizadas abaixo do joelho e que não cicatrizam em 4 semanas. Quando não tratadas adequadamente, cerca de 30% reaparecem no primeiro ano e 78% após 2 anos (Abbade & Lastória, 2006; Moffatt et al, 2004). São sinónimo de desconforto, dor, angústia e provocam diminuição da mobilidade, reflectindo-se na perda de qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares.

Todavia, a sua prevalência tem diminuído substancialmente em Países como o Reino Unido que criaram e adoptaram guidelines para a uniformização dos cuidados (incluindo a avaliação clínica, as novas tec-

nologias auxiliaadoras no exame físico, a terapia compressiva e uma melhor articulação com as unidades especializadas) (Moffatt et al, 2004). Dos poucos estudos realizados em Portugal, Pina et al. (2001) calculou uma prevalência de 1.46/1000, análoga à encontrada no Reino Unido em meados dos anos 80. Esta circunstância pode ser compreendida pelo facto da úlcera de perna ser um problema de saúde subestimado no nosso país, devido à carência de profissionais com competências na avaliação e tratamento de pacientes com úlcera de perna (Mateus & Furtado, 2006).

Consequentemente, as úlceras de perna acarretam elevados custos sócio-económicos, primeiro devido à sua natureza incapacitante e recorrente e segundo por consumirem imensos recursos materiais e humanos aos serviços de saúde. Collier (1996) estima que os custos relacionados com o tratamento de úlceras de perna no

*Enfermeiro de Nível I do Centro de Saúde da Horta
mail: xenioterra@sapo.pt

**Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo - Universidade dos Açores
lmsmgomes@uac.pt

Reino Unido, variam entre 300 e 600 milhões de Libras por ano e que a maior fatia deste bolo corresponde aos gastos com os cuidados de enfermagem (Bonsaquet, 1992).

A terapia compressiva tem sido mencionada como a primeira linha de tratamento (Fletcher et al, 1997). Porém, requer alguns cuidados na sua aplicação sendo fundamental uma avaliação clínica que inclua os antecedentes e história familiar do paciente, sinais e sintomas da doença venosa e arterial e avaliação da circulação vascular nos membros inferiores, através do índice de pressão tornozelo/braço: IPTB (Furtado, 2003).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o enfermeiro deve “aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas” apropriando-se dos “resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências”.

No Centro de Saúde da Horta (CSH) o tratamento à úlcera de perna não se encontra baseado no conhecimento científico. Este facto não se deve propriamente à carência de formação dos enfermeiros, mas à falta de recursos (instrumentos de avaliação, materiais de tratamento e de unidades especializadas a quem referenciar). Foi no sentido de se obter um retrato fiel da população do CSH com úlcera de perna, que surgiu a ideia deste projecto.

Numa fase inicial foi calculada a prevalência de úlcera de perna e numa segunda fase, realizada a colheita de dados para se caracterizar a população a quem são dirigidos os cuidados e identificar as suas necessidades. A determinação do IPTB e posterior comparação com Lanarkshire oximeter index (LOI) foi outro objectivo parcelar que contribuiu para a identificação dos pacientes elegíveis para o tratamento com terapia compressiva.

A caracterização destes pacientes foi determinante, quer na avaliação da úlcera de

perna quer na escolha do próprio tratamento.

METODOLOGIA

O projecto de intervenção foi apresentado ao Conselho de Administração e Enf^a Chefe do CSH e solicitada a autorização para a sua realização. O parecer de ambos foi favorável e considerado de interesse para a instituição pelas repercussões na melhoria dos cuidados.

A população alvo foi definida pelos critérios de selecção. Os pacientes inscritos e seguidos pelo CSH com de úlcera de perna prevalente à mais de 4 semanas ou cicatrizada externamente à menos de um mês, foram os únicos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

O facto dos pacientes de outras unidades de cuidados não terem sido incluídos deveu-se às finalidades do próprio estudo, pois foram estruturadas para a realidade do CSH e consideraram a implementação de um protocolo de terapia compressiva. Além disso, possibilitou que alguns enfermeiros do CSH adquirissem competências na avaliação clínica, colocando em prática os conhecimentos que obtiveram em diversas formações nos últimos meses, tendo decorrido a selecção durante a primeira semana do mês de Março.

Após a identificação da população alvo, procedeu-se à 2^a fase do projecto que decorreu entre 1 e 31 de Maio de 2008. Sendo um estudo epidemiológico de natureza descritiva, usou-se um formulário como instrumento de colheita de dados, baseado no questionário cedido gentilmente pela Prof^a Dulce Cabete e complementado com informação de outras fontes. O instrumento incluiu entre outros, a colheita de dados sobre a doença venosa e respectivas alterações das características da pele, os factores de risco da doença venosa e arterial periférica, os estadios da doença arterial periférica, a avaliação do IPTB, a avaliação do LOI, o impacto da úlcera na qualidade de vida e a avaliação das circunstâncias sociais.

A aplicação do instrumento foi apresentada a todos os colegas que participaram na selecção dos pacientes. Consequentemente, foram sugeridas algumas alterações representando uma envolvimento de toda a equipa neste projecto. Realizadas as alterações e esclarecidas as dúvidas, ficou assente perante todos a sua correcta aplicação.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado individualmente a cada paciente, após devidamente informados dos objectivos do estudo, de pedido o seu consentimento informado, assim como, de garantida a protecção de todos os seus dados pessoais.

Foi construída uma base de dados com a informação recolhida e efectuada análise estatística através do programa Microsoft Excel® para Windows®.

RESULTADOS

Durante a primeira fase do projecto foram identificados 35 pacientes com úlcera de perna, reflectindo uma prevalência de 2.34/1000 (Quadro 1). Esta elevada prevalência representa o dobro da observada por P i n a e t a l . (2001) em Portugal Continental e foi 5 vezes superior à encontrada no Reino Unido, onde a uniformização dos cuidados com

	N	População	Prevalência (por 1000)
Mulheres	22	7726	2,84
Homens	13	7229	1,80
Total	35	14955	2,34

Quadro 1. Número de casos identificados por género, população inscrita no CSH e respectivas prevalências específicas

recurso às boas práticas já vigora à mais de 2 décadas (Moffatt et al, 2004). Além disso, não foram considerados os pacientes que apesar de estarem inscritos no CSH, recorreram eventualmente a outros cuidadores assim como os que praticavam o autocuidado. Contudo, esta prevalência pode ser compreendida devido à úlcera de perna ser um problema de saúde ainda subestimado nos Açores e no Faial em particular, aliás como de resto se verifica no Continente

Português (Mateus & Furtado, 2006).

Em relação à população do estudo, a classificação segundo o género determinou 22 mulheres e 13 homens. De acordo com Benbow (2005), a úlcera de perna afecta maioritariamente mulheres idosas principalmente se for de origem venosa. Esta afirmação é sustentada pelo facto das mulheres viverem mais anos e pelo risco acrescido de trombose venosa profunda durante os períodos de gravidez (Moffatt et al, 2007).

Os critérios de abandono reduziram a população para 28 pacientes, tendo estes 7 indivíduos continuado seleccionados para o cálculo da prevalência e excluídos dos restantes objectivos que compõem a sua caracterização.

A média de idades foi de 77,5 anos (Quadro 2) corroborando a evidência científica que refere que a prevalência da úlcera de perna aumenta com a idade. (Callam et al, 1999; Franks et al, 1992). A média da altura foi de 1,63m (pacientes de baixa estatura) e do peso de 80,3kg, indicativo de elevados índices de massa corporal - IMC (Gráfico 1).

A avaliação do IMC revelou 17 pacientes com um peso acima do normal. Segundo Moffatt et al. (2007) o excesso de peso é responsável pelo aumento da pressão sobre as válvulas, comprometendo a circulação no interior das veias e estando também relacionado com a redução da mobilidade potenciando o sedentarismo. Benbow (2005) considera a obesidade como mais um obstáculo ao processo de cicatrização, uma vez que está relacionada com a má perfusão nos tecidos gordos agindo como potenciadora da infecção. Aliás, ser obeso

	Mulheres	Homens	Total/Média
Incluídos	18	10	28
Excluídos	0	0	0
Abandono	4	3	7
Média Idades	76,9	78,6	77,5
Média Peso	81,3	78,6	80,3
Média Altura	1,58	1,73	1,63

Quadro 2. Caracterização dos pacientes quanto aos critérios de inclusão, exclusão e de abandono do estudo e média de idades, peso e altura

não significa que se tem um aporte nutricional equilibrado sendo muitas vezes necessários suplementos vitamínicos, de zinco e de proteínas para se retomar os processos de cicatrização.

Conforme vimos anteriormente, o envelhecimento e a obesidade contribuem para o aumento do risco de ulceração de perna e também para o prolongamento dos tempos de cicatrização. No entanto, outros factores devem ser considerados.

A ausência de uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada tem conduzido a uma prática de cuidados pouco eficaz, e em muitos casos a tratamentos inapropriados e bastante prolongados. (Royal College of Nurses, 1998 citando Cornwall et al, 1986; Elliott et al, 1996; Roe et al, 1993; Stevens

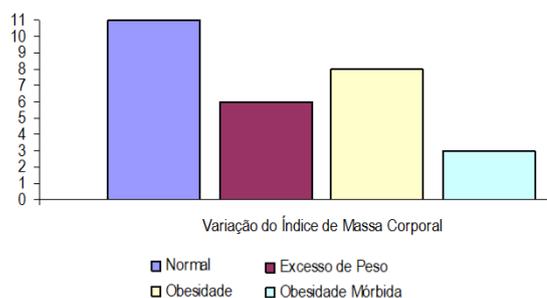


Gráfico 1. Caracterização dos pacientes segundo o IMC

et al, 1997). Uma investigação ao historial clínico e a realização de um exame físico é importante (Callam, 1992). Estes juízos clínicos fazem parte de uma avaliação pormenorizada para se identificar as causas que estão subjacentes à ulceração, suportando qualquer decisão sobre o tratamento e/ou referenciação.

Em relação ao historial clínico e de acordo com Gráfico 2, as doenças cardiovasculares constituíram o problema de saúde que mais afectou os pacientes do estudo, e a hipertensão arterial (HTA) a complicação mais frequente (Gráfico 3). Para Jones (2001) a HTA é responsável pela evolução da arteriosclerose estando associada ao desenvolvimento de doença arterial periférica.

Outras patologias que devem ser consideradas aquando da investigação do historial clínico são a insuficiência cardíaca e renal,

a neuropatia diabética, demência ou perturbação mental. A terapia compressiva, nestes casos, tem que ser ponderada e supervisionada por um especialista (Moffatt, et al, 2007).

A doença venosa, a doença arterial periférica ou a combinação de ambas, são frequentemente consideradas como as principais causas de ulceração vascular nos membros inferiores (Moffatt et al, 2007).

Para este autor, existe evidência científica que relaciona a doença venosa com a componente hereditária. Esta evidência foi corroborada por 12 pacientes do estudo que referiram que os seus familiares directos tal como eles, apresentaram sinais desta doença ao longo de suas vidas.

Em relação à história familiar de doença arterial, os familiares directos de 9 pacientes desenvolveram complicações arteriais e de 5 pacientes, úlceras nos pés, não sendo no entanto diabéticos.

O risco de ulceração vascular inclui também o consumo de tabaco, que não só constitui o maior factor de risco de desenvolvimento de doença arterial periférica, como também afecta e prolonga o processo de cicatrização das feridas (Benbow, 2005). De acordo com este autor, o British Heart Foundation revelou que 97% dos indivíduos com doença arterial periférica foram fumadores activos por mais de 20 anos. Em relação ao estudo, 4 pacientes referiram ser fumadores e 5 ex-fumadores, embora todos com mais de 20 anos de vício (Gráfico 3).

Para além dos factores de risco supracitados, outros foram igualmente relatados. Cerca de 9 pacientes referiram permanecer longos períodos de pé ou sentados durante o dia. A ausência de exercício físico (sedentarismo) é um problema que está enraizado na população tendo sido relatado por 20 pacientes. Ambas as situações potenciam o risco de ulceração venosa. Por outro lado, 3 apenas pacientes apresentaram diabetes com valores de glicemia não estáveis. A diabetes é um conhecido factor de risco da doença arterial periférica e que prolonga o processo de cicatrização das

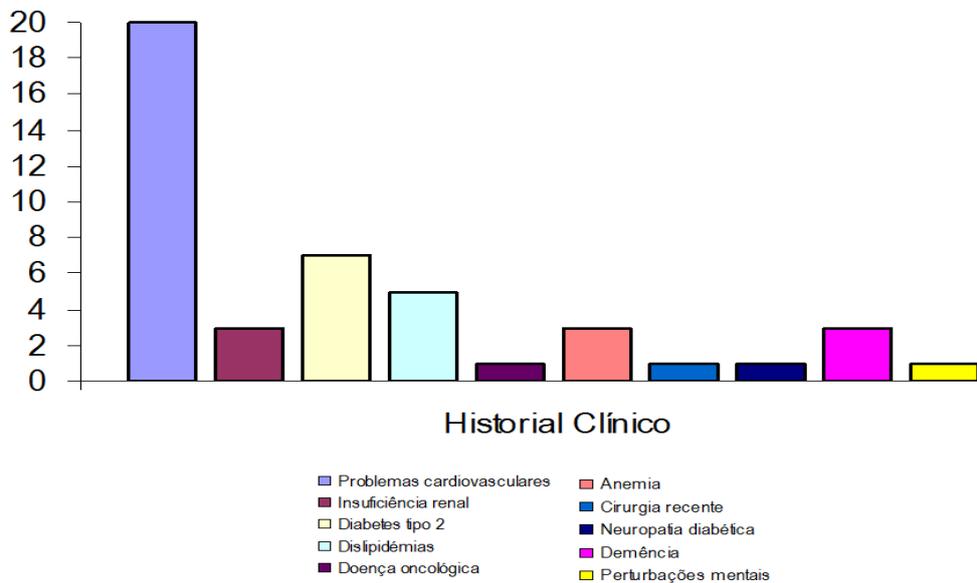


Gráfico 2. Caracterização dos pacientes em relação ao seu historial clínico

feridas (Benbow, 2005).

Outro factor de risco da doença venosa é relacionado apenas com as mulheres. Para Moffat et al. (2007) existe uma forte ligação entre o desenvolvimento de veias varicosas e a gravidez, devido a um risco aumentado de trombose venosa profunda relacionado com o aumento da pressão abdominal. No Gráfico 4 podemos observar que todas as mulheres do estudo tiveram, pelo menos, uma gravidez.

A doença venosa é a patologia que mais

contribui para a ulceração dos membros inferiores. Diversos estudos publicados suportam esta afirmação ao identificar evidência de doença venosa em 57 a 80% das ulcerações de perna (Moffatt e tal. 2007). Como tal, todos os pacientes com úlcera de perna devem ser examinados para se identificar evidência clínica da doença venosa envolvendo uma investigação minuciosa da história venosa e das alterações das características da pele.

Como se pode verificar no Gráfico 5, 27

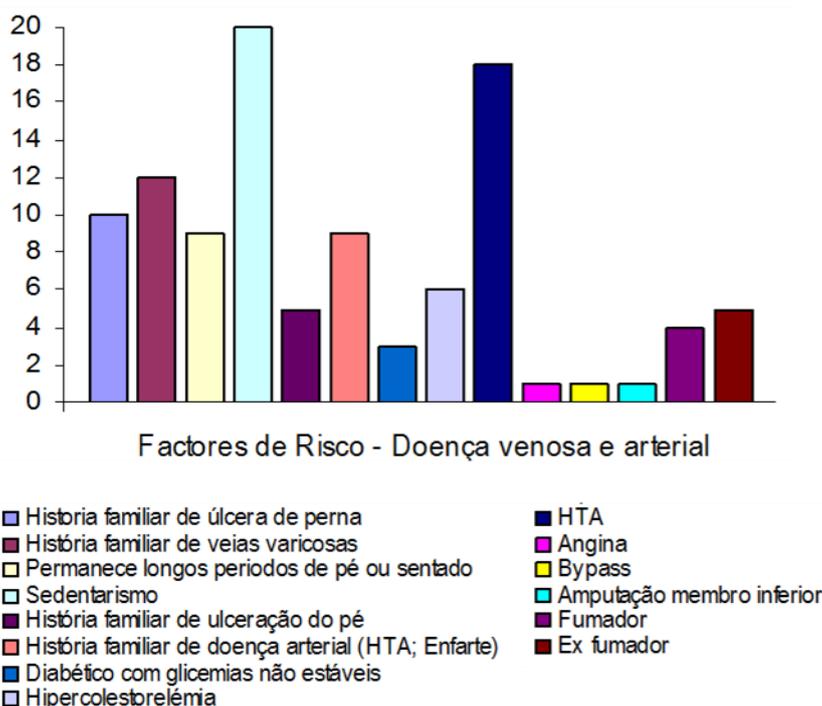


Gráfico 3. Caracterização dos pacientes em relação aos factores de risco da doença venosa e arterial

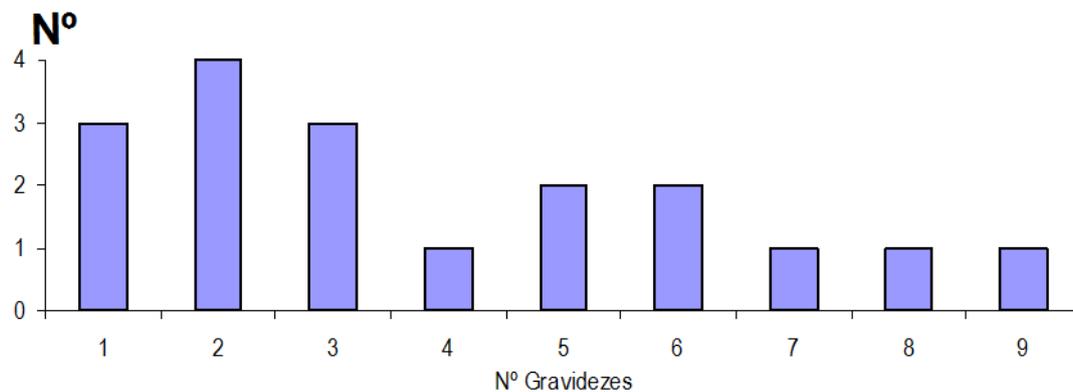


Gráfico 4. Distribuição do número de gravidezes

pacientes apresentaram um historial de desenvolvimento de úlceras nos membros inferiores, corroborando diversos estudos que determinaram percentagens de recorrência elevadas, ocorrendo a ulceração quase sempre espontaneamente ou ao mínimo trauma.

As alterações das características da pele relacionadas com a doença venosa são sinais que se localizam predominantemente entre os maléolos e a região gemelar (Moffatt et al, 2007). De acordo com este autor, apenas um ou dois sinais são suficientes para se sugerir a presença desta doença. A avaliação clínica direccionada aos pacientes do estudo determinou que a hiperpigmentação e o edema nos membros inferiores, fossem os sinais mais observados. A hiperpigmentação esteve mesmo presente em 24 dos 28 pacientes do estudo. Em relação ao edema venoso e de acordo com Hoffman (1998), este é muitas vezes confundido com o edema de origem

cardíaca ou renal sendo necessária uma pesquisa do historial clínico e de outros sinais e sintomas para se obter um diagnóstico diferencial de edema. Dois pacientes referiram insuficiência renal e 5 insuficiência cardíaca em associação com edema nos membros inferiores. Como já foi referido anteriormente, o tratamento compressivo tem que ser ponderado nestes casos, estando estes pacientes caracterizados à priori como não elegíveis para o tratamento com terapia compressiva, pelo menos enquanto não for realizado um diagnóstico diferencial de edema por um médico especialista.

Outros sinais de doença venosa comumente relatados são a presença de veias varicosas e de vénulas perimaleolares dilatadas, presentes em 16 pacientes (Franks et al, 1992). A atrofia branca caracterizada por áreas esbranquiçadas, avascularizadas e extremamente dolorosas obteve igualmente alguma expressão, estando presente

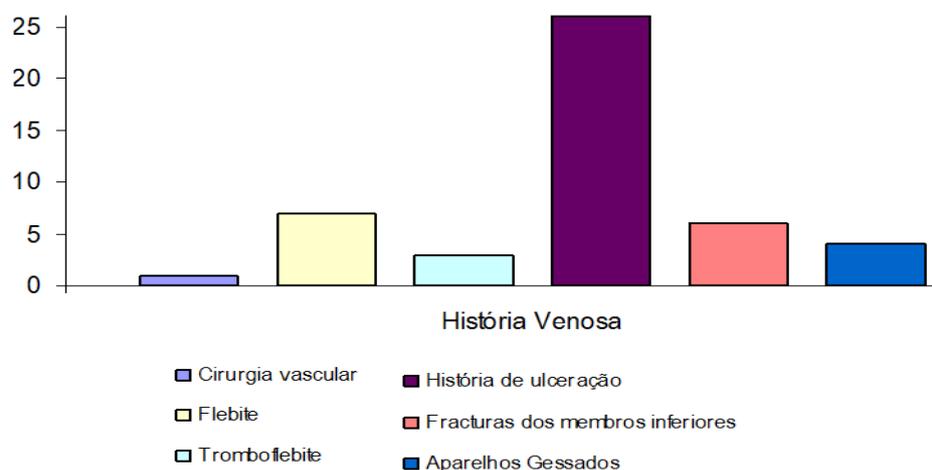


Gráfico 5. Caracterização dos pacientes em relação à história venosa

em 14 pacientes, ou seja, em exactamente 50% da população do estudo (Moffatt et al, 2007).

A doença arterial periférica constitui segundo Benbow (2005), a segunda principal causa de ulceração de perna nos países ocidentais. Diversos autores publicaram estudos em que cerca de 25% das ulcerações de perna eram de etiologia mista (venosa e arterial) e que apenas uma percentagem inferior a 10% estava relacionada exclusivamente com a doença arterial.

A determinação da etiologia da úlcera é importante para se obter uma diferenciação entre a úlcera venosa e a úlcera arterial e ambas com a úlcera mista, e assim gerir os tratamentos da forma mais segura e eficaz possível.

A terapia compressiva considerada como a pedra angular no tratamento de úlceras de perna de origem venosa pode ser perigosa quando aplicada num membro inferior com a circulação arterial comprometida, pois poderá conduzir à destruição dos tecidos de uma forma totalmente irreversível (Benbow, 2005).

A doença arterial periférica está relacionada com o deficiente aporte de sangue arterial e oxigenação dos tecidos e existem uma série de sinais e sintomas que poderão contribuir para a sua avaliação (Moffatt et al, 2007). A diminuição da temperatura nos membros

inferiores em relação à temperatura ambiente, a cor azulada ou ruborizada do membro inferior quando elevado, a presença de formigueiro, a ausência de pêlos, as alterações tróficas das unhas e atrofia dos músculos gemelar e coxa, são sinais comumente relacionados com a insuficiência arterial. No Gráfico 7 podemos observar os sinais e sintomas de insuficiência arterial que mais afectaram os nossos pacientes.

Num estadio avançado da doença arterial irrompe a dor isquémica que ocorre quando os músculos da perna são privados de oxigénio. Inicialmente, ocorre a claudicação intermitente tendo 8 pacientes referido estes sintomas. Para Dumas (1995) a claudicação intermitente é como uma câibra localizada nos membros inferiores e/ou nádegas, que ocorre durante a actividade física devido à incapacidade das artérias responderem às necessidades crescentes de oxigenação dos músculos em exercício. A dor desaparece com o repouso, ou seja, quando as necessidades de oxigenação dos músculos diminuem. Os pacientes descrevem frequentemente que não são capazes de percorrer distâncias longas, necessitando de parar muitas vezes para recuperarem da dor.

Numa fase avançada de dor isquémica, os pacientes queixam-se de dores nos mem-

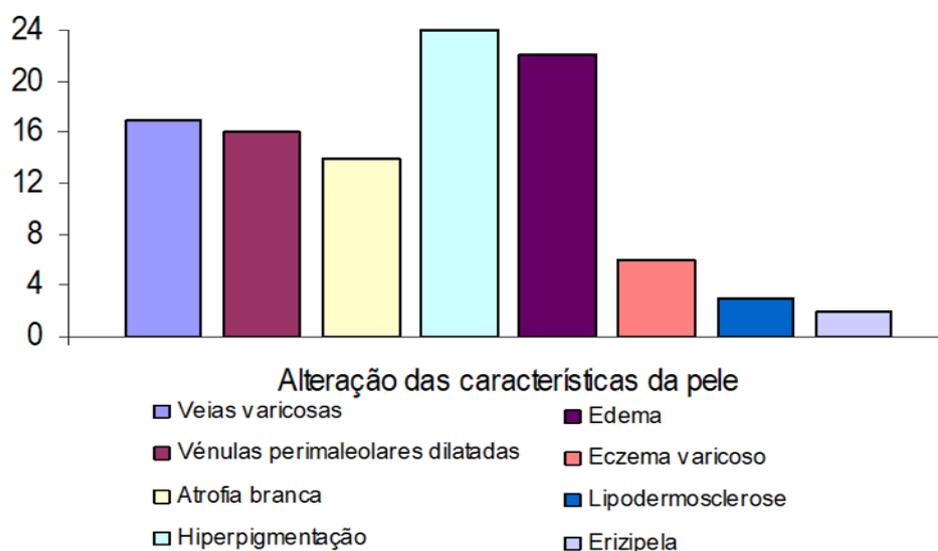


Gráfico 6. Caracterização dos pacientes em relação à presença de alterações das características da pele

bros inferiores durante a noite, principalmente quando estes estão elevados sobre a cama. Durante o sono, a pressão sanguínea baixa sendo incapaz de manter uma perfusão adequada até às extremidades. Os pacientes geralmente ganham algum alívio quando colocam as pernas fora da cama em contacto com o chão, facilitando o aporte sanguíneo devido à força da gravidade (Moffatt et al, 2007).

O último estadió da dor isquémica é referente à dor em repouso. Ocorre quando o paciente encontra-se sentado e envolve frequentemente os pés. Esta dor indica uma severa diminuição do aporte de sangue arterial, abaixo do que é normal para o metabolismo celular podendo ocorrer gangrena e conseqüentemente a amputação de uma parte ou da totalidade do membro inferior, tendo sido verificada em um paciente. (Benbow, 2005).

O método mais recomendado para a monitorização da circulação arterial nos membros inferiores é a avaliação do IPTB, através de um Doppler portátil de ultra sons (Royal College of Nurses, 1998; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998). Contudo, a utilização de um Doppler exige prática (Ray et al, 1994). É considerado tecnicamente difícil obter uma avaliação

fidedigna em situações complexas como nos pacientes particularmente obesos, com edemas acentuados nos membros inferiores, linfedema ou com uma ulceração bastante extensa envolvendo todo o tornozelo. Também é considerado impreciso em pacientes com diabetes, com calcificação das artérias ou quando aplicado por profissionais inexperientes (Bianchi & Douglas, 2002). Durante a colheita de dados as dificuldades sentidas foram na detecção do sinal nas artérias, dorsal pedioso e tibial posterior, em pacientes obesos ou com comprometimento arterial.

Segundo Bianchi e Douglas (2002) a avaliação da circulação arterial com o LOI, constitui um método alternativo viável e preciso e que já existe alguma evidência que sugere que o LOI é pelo menos tão preciso quanto o IPTB, tendo no entanto muitas mais vantagens. Este método é particularmente eficaz em praticamente todos os pacientes, mesmo apresentando edema, obesidade, linfedema e diabetes.

Este projecto de intervenção apresentou como um dos seus objectivos parcelares a comparação entre o IPTB e o LOI, uma vez que ainda existem poucos estudos comparativos entre os dois métodos. A avaliação foi efectuada a apenas 26 dos 28 pacientes

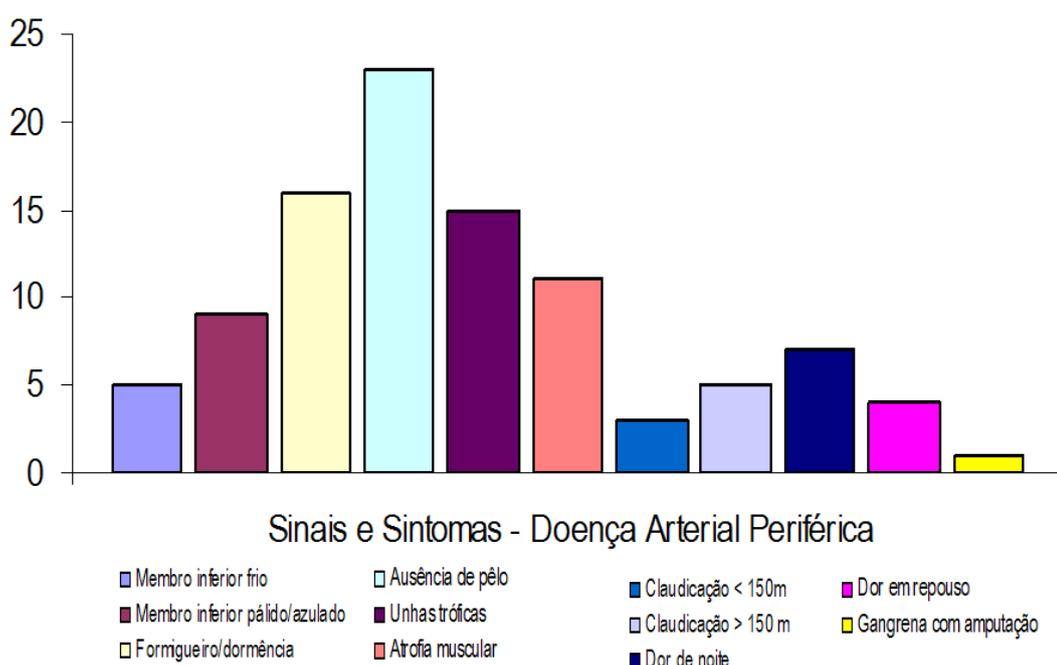


Gráfico 7. Caracterização dos pacientes em relação aos sinais e sintomas da doença arterial periférica

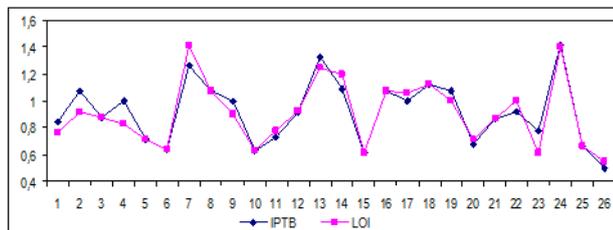
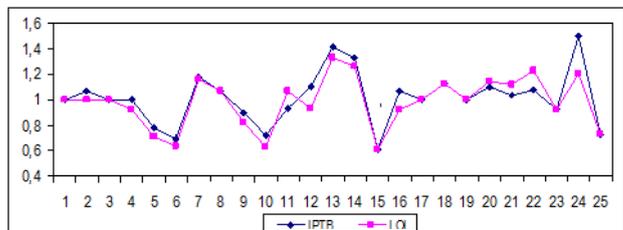


Gráfico 8 e 9. Comparação entre o IPTB e o LOI nos membros inferior esquerdo e direito, respectivamente

em estudo. As dificuldades detectadas com este método e que impossibilitaram mesmo estas duas avaliações, foram na obtenção de sinal em pacientes com unhas tróficas ou com dedos extremamente edemaciados. Nos Gráficos 8 e 9 podemos observar que as avaliações demonstraram concordância, corroborando os resultados dos poucos estudos que compararam os dois métodos (Bianchi et al, 2000).

A média dos resultados obtidos foi de 1,01 para o IPTB e 0,98 para o LOI em relação ao membro inferior esquerdo. A média para o membro inferior direito foi de 0,92 e 0,91 respectivamente. O valor máximo obtido com o IPTB foi de 1,50 para o membro inferior direito e 1,42 para o esquerdo. Com o LOI foi de 1,33 para o direito e de 1,41 para o esquerdo. Analogamente, em relação ao valor mínimo obtido voltou-se a verificar valores muito similares entre ambos os métodos. O desvio padrão assumiu uma dispersão estatística muito semelhante. Toda esta concordância de valores é transmitida pela Correlação de Pearson que foi quase perfeita.

Um IPTB normal ocorre quando os valores obtidos são superiores a 1 enquanto que valores inferiores a 0,8 indicam comprometimento arterial importante. Na presença de sintomatologia, como nos estadios mais avançados da doença arterial periférica, torna-se imprescindível a referenciação para o cirurgião vascular.

De acordo com alguns autores, um IPTB entre 0,8 e 0,5 em simultâneo com a presença de sinais de doença venosa, não impede a aplicação de níveis reduzidos de compressão (inferiores a 25mmHg) mas necessitará sempre de um acompanhamento por um profissional qualificado (Vowden

& Vowden, 2001).

Como se pode verificar no Gráfico 10, cinco pacientes apresentaram valores inferiores a 0,8, ou seja, com comprometimento arterial significativo. Outros 3 pacientes apresentaram um IPTB inferior a 0,8, embora em apenas um dos membros inferiores. Em qualquer dos casos, um encaminhamento para um cirurgião vascular será importante para se garantir um diagnóstico mais efectivo.

Dezassete pacientes apresentaram valores superiores a 0,8, aparentemente com mar-

	IPTB (ME)	LOI (ME)	IPTB (MD)	LOI (MD)
Média	1,01	0,98	0,92	0,91
Máximo	1,50	1,33	1,42	1,41
Mínimo	0,62	0,61	0,50	0,55
Desvio padrão	0,21	0,20	0,24	0,24
Correlação de Pearson	0,90		0,95	

Quadro 3. Representação estatística dos resultados obtidos com as variáveis IPTB e LOI.

gens de segurança para aplicação de terapia compressiva. Porém, segundo Vowden e Vowden (2001) será incorrecto decidir pela aplicação de terapia compressiva baseando-nos unicamente no valor do IPTB. Há toda uma avaliação holística que deve ser feita aos pacientes, assim como, o respeito pela vontade destes em relação à terapia (Moffatt et al, 2007).

A caracterização dos pacientes envolveu também o impacto da úlcera de perna na qualidade de vida. Para Moffatt et al. (2007) este impacto é ainda pouco compreendido porque a úlcera crónica que não cicatriza pode representar os mais variados estados de alma para o paciente e respectiva família. Mesmo assim, recorreu-se a um questionário extraído do programa de tratamento de úlcera de perna de Tower Hamlets da National Health Services (NHS) no Reino Unido, com a devida autorização de

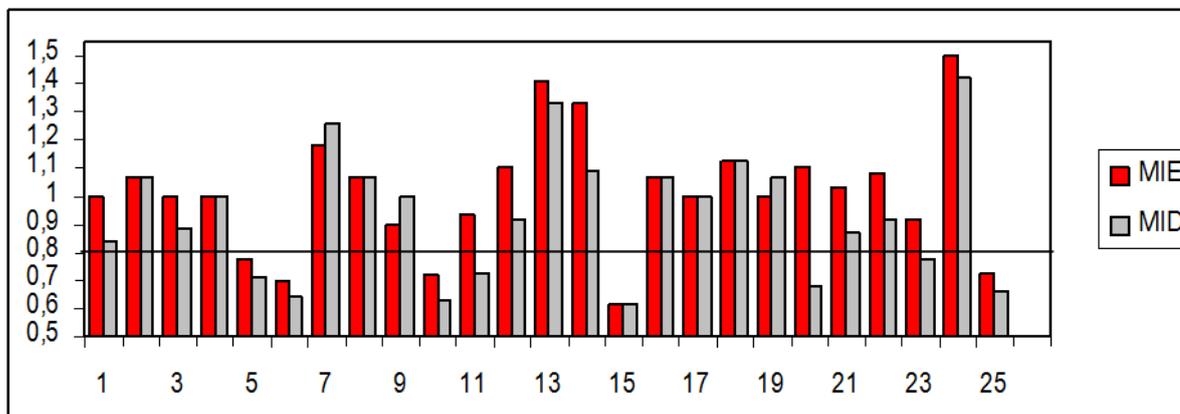


Gráfico 10. Caracterização dos pacientes de acordo com o IPTB obtido em ambos os membros inferiores

Sr^a Enf^a Allison Hopkins. Foram colocadas 10 questões envolvendo diferentes dimensões da qualidade de vida, as quais estão referenciadas no Gráfico 11. As condições cujo impacto se fez sentir com maior intensidade foram as relacionadas com a dimensão psicológica (ansiedade em 8 pacientes, pior disposição em 6, dificuldade em dormir em 6 e presença de dor intensa na úlcera em 5 pacientes).

A ulceração de perna em pacientes de classes sociais baixas é uma analogia que continua pouco clara. No entanto, diversos estudos revelam que a duração da ulceração é sempre superior naqueles que pertencem a estas classes ou simplesmente nos possuem menores rendimentos (Moffatt et al, 2007). Franks et al. (1995) descreve num estudo em que participaram 168 pacientes com ulceração de perna, que os que pertenciam a classes sociais baixas ou que eram simplesmente solteiros experimentaram todos interrupções e atrasos nos processos de cicatrização. Além disso,

ser homem e viver sozinho também está associado a processos de cicatrização morosos e instáveis.

A avaliação das circunstâncias sociais permitiu-nos concluir que apenas 3 pacientes viviam sós sendo 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto á determinação da classe social, foi aplicada a escala de Graffar cujos resultados corroboraram o que vem descrito na bibliografia, ou seja, 24 dos 28 pacientes deste estudo foram classificados como pertencentes a uma estratificação social baixa.

CONCLUSÕES

Dos 5 pacientes que apresentaram um IPTB inferior a 0,8, quatro são do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Todos os indivíduos do sexo masculino são ou foram fumadores activos durante 20 ou mais anos. Outros 4 pacientes apresentaram um IPTB inferior a 0,8, embora em apenas um dos membros inferiores. Novamente 3 são do sexo masculino e fumadores e 1 do sexo

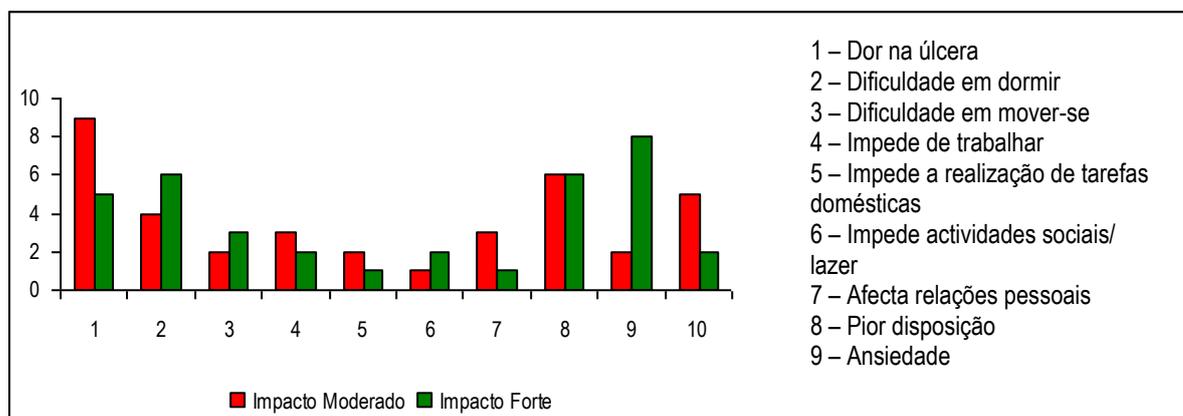


Gráfico 11. Caracterização dos pacientes em relação ao impacto da úlcera na sua qualidade de vida

feminino não fumador.

Analisando o historial clínico dos 7 pacientes masculinos que constituem este grupo, conclui-se que 3 são hipertensos, 3 insuficientes cardíacos e 2 diabéticos, ou seja, apresentam igualmente outros factores de risco da doença arterial assim como outras complicações relacionadas com os estadios da doença arterial periférica. Em relação aos sinais e sintomas da doença venosa, 5 pacientes apresentam hiperpigmentação, 4 edema venoso e 3 vénulas perimaleolares dilatadas, indicando que as suas úlceras poderão ter uma etiologia mista. Analogamente, as duas pacientes que fazem parte deste grupo são hipertensas e uma refere insuficiência cardíaca. Evidencia-se a presença de complicações arteriais e de alguns sinais de doença venosa como as veias varicosas e a hiperpigmentação, sugerindo também uma componente mista na etiologia das suas úlceras.

Foi também neste grupo que se verificou os IMC mais baixos (7 pacientes apresentaram um IMC dentro dos parâmetros normais).

Contudo, por apresentarem todos sinais e sintomas de doença arterial clinicamente significativas, permite-nos concluir que a terapia compressiva forte não será o tratamento de eleição para as suas úlceras, sendo importante a referência para um cirurgião vascular.

Um IPTB entre 0,8 e 1 foi avaliado em 6 pacientes, existindo algum comprometimento arterial mas não impeditivo de uma compressão forte nos membros inferiores. Dois são do sexo masculino e novamente fumadores e 4 do sexo feminino, não fumadoras. Em relação ao IMC, todos apresentaram excesso de peso e obesidade. A análise do historial clínico revela que 4 são hipertensos e 1 insuficiente cardíaco. Quanto à história familiar de doença venosa, 3 pacientes referem que os seus familiares mais directos sofreram de veias varicosas e de úlceras de perna. O historial venoso permite-nos verificar que já apresentaram

úlceras de perna em outros momentos. Algumas das alterações das características da pele resultantes da insuficiência venosa são visíveis, sendo que o edema e a hiperpigmentação os sinais mais característicos. Não são significativos os sinais e sintomas da doença arterial presentes. Um paciente apresentou edema e simultaneamente insuficiência cardíaca, havendo a necessidade da realização de um diagnóstico diferencial de edema. De resto, a aplicação de terapia compressiva será muito provavelmente uma boa opção para estes pacientes.

Um IPTB normal foi avaliado nos restantes 13 pacientes. De realçar que é neste grupo que se verificou os IMC mais elevados. Em relação ao historial familiar de doença venosa, 7 indivíduos referem que os seus familiares mais directos também sofreram da doença. Uma análise cuidadosa ao seu historial clínico, permite-nos concluir que 9 são hipertensos, 2 apresentam insuficiência cardíaca e 3 insuficiência renal. Curiosamente, estes 13 pacientes já apresentaram úlceras de perna em outras ocasiões. Dez apresentam também, de uma forma aleatória, veias varicosas, vénulas perimaleolares dilatadas, atrofia branca, hiperpigmentação e edema nos membros inferiores. Quatro indivíduos apresentam edema nos membros inferiores e simultaneamente um quadro insuficiência cardíaca ou renal, pelo que a aplicação de terapia compressiva terá que ser ponderada. Os restantes 9 pacientes não possuem aparentemente qualquer contra-indicação e a terapia compressiva constitui a principal linha de tratamento para as suas úlceras de perna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objectivo principal deste estudo foi caracterizar os pacientes do CSH com úlcera de perna de forma a se eleger aqueles que são susceptíveis de serem tratados através de terapia compressiva. Os resultados do estudo revelam que 14 pacientes não possuem aparentemente qualquer contra-indicação ao tratamento. Por outro lado, 5

pacientes necessitam de um encaminhamento para um cirurgião vascular para se confirmar algumas situações que poderiam, eventualmente, constituir um problema para utilização de compressão forte nos membros inferiores. Por fim, 9 pacientes apresentam características de doença arterial periférica clinicamente significativas e estão, à priori, excluídos do tratamento compressivo, sendo no entanto prioritário o seu encaminhamento para um cirurgião vascular para se confirmar os diagnósticos. Ficou então assente que, para se aplicar um tratamento como a terapia compressiva, é rigorosamente necessário se proceder a uma caracterização dos pacientes, de uma forma sistematizada e uniformizada, tendo em atenção os antecedentes clínicos e história familiar, sinais e sintomas da doença venosa e arterial e avaliação do IPTB ou LOI.

A prevalência pontual encontrada neste estudo foi bastante superior à de outros estudos nacionais e internacionais, corroborando o facto da úlcera de perna ser um problema de saúde ainda subestimado ilha do Faial e revelando a importância da uniformização de cuidados com recurso às boas práticas, que inclui as novas tecnologias, a terapia compressiva e uma melhor articulação com as unidades especializadas.

A comparação entre o IPTB e o LOI permite-nos aferir que o LOI é um instrumento de diagnóstico válido, principalmente em situações mais complexas.

Este projecto de intervenção irá continuar tendo como objectivo a criação de protocolos de orientação para o tratamento dos pacientes com úlcera de perna no CSH, uma vez que uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada permite-nos eleger aqueles que são susceptíveis de serem tratados através de terapia compressiva, o que por sua vez traduzir-se-á na melhoria da qualidade dos cuidados, de acordo com o que a população e os serviços de saúde exigem dos profissionais de saúde, isto é,

cuidados eficazes, melhores resultados e uma prática baseada no conhecimento científico.

Agradecimentos: A todos os utentes com úlcera de perna que participaram neste estudo; À direcção do CSH; Aos enfermeiros do CSH e em especial à minha chefe, Enf^a Conceição Santos, por todo o apoio e disponibilidade que me concedeu.

REFERÊNCIAS

- Benbow, M. (2005). *Evidence-based wound management*: Whurr publishers.
- Bianchi, J., Douglas, S., Dawe, R., Lucke, T., Loney, M., McEvoy, M. & Urcelay, M. (2000). Pulse oximetry: a new tool to assess patients with leg ulcers. *Journal of wound care*, 9, March, 109-112.
- Bianchi, J. & Douglas, S. (2002). Pulse oximetry vascular assessemnet in patients with leg ulcers. *Woundcare Journal*, September, 23-28.
- Bosanquet N. (1992). Costs of venous ulcers: from maintenance therapy to investment programs. *Phlebology; Suppl. 1*, 44-46.
- Callam, M. (1992). Prevalence of chronic leg ulceration and severe chronic disease in Western Countries. *Phlebology Supplement; 1*, 6-12.
- Callam, M. (1999). Epidemiology of varicose veins. *British Journal of Surgery*; 81, 167-173.
- Collier, M. (1996). Leg ulceration: a review of causes and treatment. *Nursing Standard*, 10(31), 49-51.
- Dumas, . (1995). Intermittent claudication: clinical snapshot. *American Journal of nursing*, December, 34-35.
- Fletcher, A., Cullum, N. & Sheldon, T. (1997). A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. *British medical Journal* (on-line). Acedido em 4 de Novembro de 2007, em <http://www.bmj.com/cgi/content/full/315/7108/576>
- Franks, P., David, D., Moffat, C., Stirling, J., Fletcher, A., Bulpitt, C. & McCollum, C. (1992). Prevalence of venous disease: a community study in West London. *European journal of Surgery*, 18, 143-147.
- Franks, P., Bonsaquet, N., Connoly, M., Oldroyd, M., Moffat, C., Greenhalgh, R. & McCollum, C. (1995). Venous ulcer healing: effect of socio-economic factors in London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(4), 385-388.

- Furtado, K. (2003). Úlceras de Perna - Tratamento baseado na evidência. Acedido a 1 de Março de 2008, em <http://www.gaif.net/ulceraperna.pdf>
- Hoffman, D. (1998). Oedema and the management of venous ulcers. *Journal of Wound Care*, 7(7), 345-348.
- Jones, S. (2001). *Anatomy & physiology of the vascular system*. London: Whurr Publishers.
- Mateus, C. & Furtado, K. (2006). Prevalência de úlcera de perna numa população suburbana de Lisboa. In Cabete, D., *Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual - Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*; Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal. 85-86.
- Moffatt, C., Franks, P., Doherty, D., Martin, R., Blewett, R. & Ross, F. (2004). Prevalence of Leg Ulceration in a London population. *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 431-437.
- Moffat, C., Martin, R. & Smithdale, R. (2007). *Leg Ulcer Management*. Blackwell Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. (pp. 18) Acedido em 4 de Novembro de 2007, em http://conversamos.files.wordpress.com/2007/10/brochura_competenciasenfcg.pdf
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P. & Moffat, C. (2001). Úlceras de perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vasculuar*, Vol. XI(4).
- Ray, S., Srodon, P., Taylor, R. & Dormandy, J. (1994). Reliability of ankle: brachial pressure index measurement by junior doctors. *British Journal of Surgery*, 81, 188-190.
- Royal College of Nursing. (1998). The management of Patients with Venous Leg Ulcers. *RCN*, Acedido a 01 de Abril de 2008, em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/107941/001269.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (1998). The Care of Patients with Chronic Leg Ulcers. *SIGN*, Acedido a 01 de Abril de 2008, em <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign26.pdf>
- Vowden, P. & Vowden, K. (2001). Doppler assessment and ABPI: Interpretation in the management of leg ulceration. Acedido a 01 de Abril de 2008 em <http://www.worldwidewounds.com/2001/march/Vowden/Doppler-assessment-and-ABPI.html>

Impacto da ferida crónica

- Caracterização da população de doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da Freguesia de S. Domingos de Benfica

Guilhermina Ribeiro*, Dulce Cabete**

Resumo

Entender o impacto da ferida crónica nos cuidados continuados na área geográfica da Unidade de Saúde de Familiar Tílias (USFT) na freguesia de S. Domingos de Benfica, Lisboa, surgiu da necessidade de aprofundar o conhecimento face a esta população de forma a minorar os vários obstáculos sociais de redes de apoio e com isso poder estabelecer parcerias com outras entidades, com o objectivo de reduzir o possível isolamento do portador de uma ferida crónica, maioritariamente recorrente e com elevada morbidade. Este trabalho tem como objectivo avaliar o impacto da ferida crónica na população de doentes tratados no contexto de cuidados continuados/ visitação domiciliária, inscritos na USFT. Trata-se de um estudo descritivo baseado nos pressupostos do método qualitativo de investigação, com abordagem metodológica, o estudo caso de um pequeno grupo de uma comunidade, neste caso colectivo. Desenvolvido no período de Fevereiro a Julho de 2008. Para a recolha dos dados, utilizei o questionário. Os passos metodológicos prosperaram o conhecimento mais profundo do impacto que tem uma ferida crónica, nesta amostra. Os vários itens do questionário abordam questões que nos ajudaram a aprofundar conhecimentos sobre os seus dados biográficos e de saúde em geral, permitiram avaliar a autonomia do doente com ferida crónica assim como o impacto da doença e por último, efectuar uma avaliação social da população do estudo.

Palavras-Chave: Idoso. Ferida crónica. Impacto da doença. Avaliação global da autonomia. Caracterização Social.

Trabalhar nos cuidados de saúde primários começou com grande expectativa e vontade de desempenhar um bom trabalho, um desafio. Sabia que a população de S. Domingos de Benfica era maioritariamente idosa e conhecer esta população, os seus antecedentes pessoais, familiares e sociais. Tornou-se numa finalidade com o desígnio de melhorar a nossa intervenção (USF Tílias) e a minha, como enfermeira recentemente chegada aos cuidados de saúde primários. A Unidade de Saúde Familiar já a funcionar desde Janeiro de 2007, projectou a organização de uma equipa que intervesse junto das famílias nas suas habita-

ções, a criação de um grupo de trabalho para assistência comunitária. Inicialmente abrangente apenas à área do Bairro das furnas e posteriormente alargada a toda a população da área de intervenção da USF Tílias, S. Domingos de Benfica, Lisboa. A formação deste grupo foi cautelosa, necessária e exigente, aspirando a criação de redes de apoio eficazes de ajuda, atendendo à situação da actual rede de apoio comunitário. Foi compreendendo esta problemática que achei pertinente desenvolver um projecto em que ambiciono contribuir para a caracterização da população dos cuidados continuados da área de S. Domingos de Benfica, especificamente a população com ferida crónica. Surgem as perguntas: Até que ponto a existência maioritariamente recorrente de uma ferida crónica tem um impacto importante na vida das pessoas?

*Enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Tílias, Agrupamento I, Lisboa.

guisinha@hotmail.com

**Professora adjunta da ESS-IPS

dcabete@ess.ips.pt

Ao respondermos a esta questão poderemos contribuir para a melhoria das redes de suporte existentes de forma a minorar o seu isolamento? Será apenas um ponto de partida para aprofundar o conhecimento desta população e criar redes de apoio social na freguesia de forma a colmatar as várias lacunas existentes da actual rede de cuidados continuados.

“O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas”¹.

Os progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tiveram um papel fulcral no aumento da esperança de vida e a realidade é que o nosso País não tem redes

de suporte social que apoie com eficácia a população mais idosa. É necessário mudar comportamentos e atitudes da população em geral, formar os profissionais de saúde e criar outros campos de intervenção social enquadrando-os nas novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e ajustando-as às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada². De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ao serem criadas redes de suporte social em articulação com a rede de cuidados continuados, podemos atingir uma melhoria da qualidade de vida dos mais idosos, através da manutenção da autonomia e da recuperação global das pessoas idosas, no seu domicílio³.

O efeito conjunto da diminuição da mortalidade e da diminuição da natalidade traduz-se no progressivo envelhecimento da população portuguesa (projeções demográficas da Eurostat, Portugal 2005- 2050) o que aumenta o grau incapacidade e por conseguinte de dependência da população muito idosa. Por outro lado em Portugal o rácio de enfermeiro comunitário por habitante é bai-

xo, em 2002 de 403,7% por 100.000 habitantes. Contudo os cuidados domiciliários são uma alternativa na assistência de saúde. À base da experiência Mundial conclui-se que essa actividade pode, com o tratamento no domicílio, diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar a perda do contacto com a família, reinternamentos e reduzir os custos gastos no internamento⁴. Das demais vantagens refiro uma, o enfermeiro comunitário ao entrar no ambiente do doente, no seu domicílio, proporciona um maior grau de satisfação e harmonia do doente/família.

Como está subentendido, os cuidados continuados estão ao encargo dos enfermeiros. Ao trabalhar directamente na comunidade podemos identificar outros problemas que vão além da resolução da doença aguda.

Em suma, se não podemos melhorar o rácio enfermeiro/doente nos cuidados domiciliários mas, podemos tentar melhorar a nossa prestação proporcionando um serviço diferenciado e abrangente prefigurando um plano assistencial ao doente e suas famílias, eficaz.

A nossa população em tratamento domiciliário, idosa, apresenta maioritariamente uma ou mais ferida (s) crónica (s). Feridas de várias etiologias com elevada recorrência na maioria dos casos. Antes de efectuar o estudo o grupo de cuidados continuados/visitação domiciliária tinha a noção que esta população alvo, apresentava-se menos autónoma mas, até que ponto a nossa suspeita seria real, o estudo permitirá compreender melhor essa questão com exactidão.

Entende-se por ferida crónica, “qualquer lesão que dê origem a uma quebra da continuidade da pele”, pode ter várias origens, traumática, intencional, isquémica e de pressão⁵, por outro lado, “Fower (1990), definiu uma ferida crónica como aquela em que há défice de tecido em resultado de um dano ou lesão de longa duração ou de frequente recorrência. Apesar dos cuidados

médicos e de enfermagem, elas não cicatrizam facilmente, é mais provável que ocorra nos idosos e naqueles com problemas multissistémicos⁶. "A cicatrização da ferida pode ser definida como o processo fisiológico através do qual o organismo restaura e restabelece as funções dos tecidos lesionados. Isto envolve uma série de eventos complexos que estão interligados e dependentes uns dos outros"⁷. É do conhecimento científico que o estado geral de saúde pode condicionar a vulnerabilidade do indivíduo para aumentar o tempo de cicatrização. A idade é um desses factores que pode contribuir para incrementar esta vulnerabilidade, como se verificou num estudo desenvolvido em 1996 durante quatro semanas por Bergstrom e colaboradores, em que estudaram a incidência das úlceras de pressão numa amostra de 843 doentes de uma diversidade de serviços de saúde e descobriram que quem desenvolvia com maior facilidade úlceras de pressão eram significativamente mais velhos do que aqueles que não as desenvolviam⁸. Com a idade ocorre uma diminuição dos processos metabólicos, da vascularização, da elasticidade da pele e da formação de colagénio o que prolonga o tempo de cicatrização. Por outro lado, a diminuição da espessura da pele do idoso proporciona o aparecimento de lesões de continuidade, assim como a susceptibilidade aos factores mecânicos. Inúmeros estudos constataam que os doentes com mais de 65 anos têm uma probabilidade seis vezes maior de desenvolver infecção numa ferida cirúrgica limpa, do que uma criança de idade inferior a 14 anos. Constatou-se também, uma maior incidência de doentes com idade superior a 55 anos com feridas infectadas⁹. A importância de compreendermos os antecedentes pessoais ajuda-nos a perceber melhor a cicatrização possível da ferida crónica em causa. É frequente nestes doentes existirem problemas multifactoriais que lhes afectam a capacidade de cicatrização. Alterações resultantes da diminuição da perfusão tecidual, doenças circulatórias como a

anemia, doença vascular periférica e arteriosclerose; doenças do foro respiratório, como a doença pulmonar crónica obstrutiva a bronquite e a pneumonia; doenças metabólicas, tais como a diabetes mellitus, a insuficiência hepática e renal; doenças de má absorção, com é o caso da doença de Crohn; doenças que alterem a mobilidade, como a paraplegia, hemiplegia e neuropatia e por fim as doenças do foro imunológico, como o síndrome de imunodeficiência adquirida, carcinoma ou a artrite reumatóide¹⁰.

Após percebermos a nossa dúvida, estabelecemos o objectivo geral de contribuir para a caracterização da população da freguesia de S. Domingos de Benfica, no âmbito dos cuidados continuados, traçamos outros objectivos parcelares, que são respectivamente, conhecer a prevalência de doenças concomitantes dos doentes com ferida crónica, conhecer o grau de dependência do doente portador de ferida crónica em tratamento domiciliário, contextualizar as famílias da freguesia de S. Domingos de Benfica, quanto ao suporte social e económico e futuramente, calcular a taxa de prevalência de úlceras no domicílio, monitorizar o tratamento e eficácia do mesmo em doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário e com este conhecimento mais profundo da população em tratamento domiciliário da freguesia de Lisboa em questão, estabelecer parcerias estratégicas na Comunidade, com a finalidade de dar apoio às famílias mais carenciadas ou aos idosos sem rede de suporte familiar.

Como já foi referido a população alvo determinada neste estudo são todos os doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da área de S. Domingos de

¹Direcção - Geral da Saúde. (07/2004).

²idem

³ ibidem

⁴ Jorge, Sílvia. & Dantas, Sónia. (2003)

⁵Dealey, Carol. (2006).

⁶idem

⁷Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

⁸Dealey, Carol. (2006).

⁹Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

¹⁰Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília. (2006).

Benfica, Lisboa, utentes da USF Tílias. O estudo como já foi supramencionado tem a finalidade de perceber qual o impacto da ferida crónica nas vidas destes utentes. Durante o mês de Março de 2008, mês em que estava destacada para a visita domiciliária, a população em tratamento domiciliário com ferida crónica perfazia um total de 7 doentes e apenas um destes apresentava uma úlcera por pressão, por esse motivo não desenvolvi o objectivo inicialmente proposto de cálculo da taxa de prevalência de úlceras no domicílio. Para a recolha e tratamento de dados, utilizei como instrumento um inquérito da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, onde recolhi informação sobre os seus antecedentes pessoais, familiares e situação social de cada utente/ doente portador de ferida crónica. Foram preenchidos 7 inquéritos respeitando a confidencialidade dos intervenientes no estudo, através do preenchimento de um formulário de consentimento pelos próprios ou pelo cuidador nas situações em que o próprio não apresentava condições físicas e ou psicológicas para o fazer. A população alvo, maioritariamente feminina, integra um conjunto de 6 elementos e a completar o grupo, 1 elemento do sexo masculino, todos portadores de ferida crónica.

METODOLOGIA

Como já referi a USF Tílias a funcionar desde Janeiro de 2007 tinha em mente a criação de um grupo funcional que assistisse a população da área de S. Domingos de Benfica, Lisboa. Na primeira fase do projecto limitada ao Bairro das Furnas dessa mesma freguesia mas alargada posteriormente após ultrapassadas questões do foro logístico, a toda a freguesia, contudo o nosso plano assistencial apenas apresenta critérios de assistência e que em função dos mesmos os doentes podem ser tratados pelo grupo da USF Tílias ou pelo grupo de cuidados continuados do Centro de Saúde de Sete Rios. Depois de torneadas algumas ques-

tões preambulares de recursos para o desempenho dessa nova actividade; surge a necessidade de se aprofundar conhecimentos sobre a mesma população de forma a melhorar a prestação dos nossos cuidados assistenciais. Constatamos que a rede de apoio na Freguesia é insuficiente para as necessidades de uma população envelhecida e em algumas situações, com frágil apoio familiar, muitas vezes ausente ou com fracos recursos económicos. Para que se pudesse prestar um serviço visando colmatar as necessidades desta população seria necessário caracterizar através de um estudo mais científico a mesma. O estudo é qualitativo, experimental porque o mesmo se baseia em fontes múltiplas de dados, é descritivo, de investigação por meio de procedimentos e metodologias de natureza científica com vista a entender como as pessoas equacionam e agem, constituindo-se, portanto numa tarefa científica e não filosófica¹¹. Com abordagem metodológica, o estudo caso. Este método pode ser aplicado no domínio da saúde porque com alguma facilidade podemos elaborar estudos descritivos, usando como objecto de estudo casos colectivos, quando necessitamos de obter um conhecimento da comunidade, como é o caso. É um método generalista e colectivo que neste caso complementar uma história ou poderá mesmo ilustrar um contexto social. Depois de efectuado um diagnóstico da situação e de despertado o problema debruçamo-nos na fase seguinte do projecto, a recolha de dados. Podia ter recolhido os dados através de diversificados métodos de recolha, mas optei por utilizar um questionário elaborado pela professora Dulce Cabete da Escola Superior de Saúde de Setúbal (em apêndice I). O instrumento utilizado é um questionário temporal, dividido por indicadores que aprofundam conhecimento sobre a população alvo, respectivamente, dados biográficos e de saúde em geral, que permite estudar a média das variáveis da idade, peso, altura e índice de

¹¹Zoboli, Elma. & Fortes, Paulo. (2004)

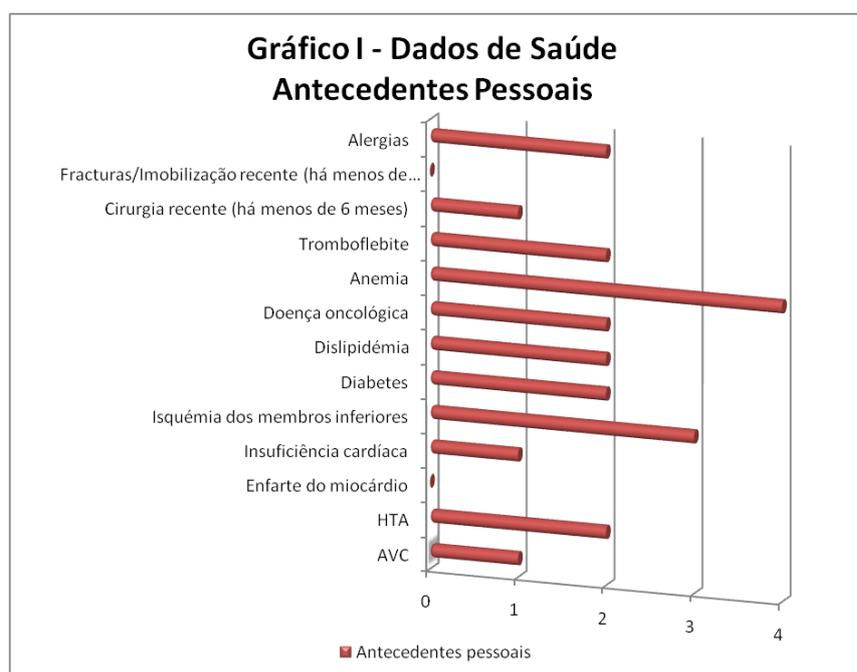
massa corporal, permite-nos também saber a prevalência de outras doenças coexistentes (antecedentes pessoais), avaliação dos problemas de saúde actuais e de consumo; avaliação do desempenho global da autonomia, com variáveis que nos possibilitam avaliar o desempenho nas actividades de vida diária e que nos facultam a avaliação do impacto da dor na autonomia e ainda neste item a avaliação do estado de consciência; avaliação do impacto da doença e por fim avaliação social do grupo alvo. Com o estudo destas variáveis podemos cumprir os objectivos propostos de saber a prevalência das doenças concomitantes dos doentes com ferida crónica, conhecer o grau de dependência do doente/ utente portador de ferida crónica, relativamente com as actividades de vida diárias e contextualizar as famílias da freguesia de S. Domingos de Benfica, quanto ao suporte social e económico.

Este tipo de investigação é útil para o conhecimento das experiências de cada indivíduo e está assegurado o cumprimento dos princípios éticos. O grupo foi tratado com equidade, estabelecida uma relação de confiança foram esclarecidos e informados sobre o estudo e consentiram livremente a sua inclusão e a divulgação dos resultados do estudo. Reserva-se o direito à confidencialidade dos dados, ou seja os resultados

do estudo serão apresentados globalizando todos os participantes do estudo e não a fracção do todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como enunciei anteriormente o questionário aborda vários itens, começando pelo primeiro, os dados biográficos e de saúde em geral, na população de 7 doentes, todos portadores de ferida crónica, apresentam uma média de todas as variáveis de 78 anos de idade, 57kg de média de peso, 1.56 cm de altura e com um índice de massa corporal médio de 23.7kg/m² (em apêndice II). Relativamente aos antecedentes pessoais o questionário comporta 13 variáveis nesse item, tenta-se saber através dos mesmos a prevalências das doenças coexistentes desta população alvo, as variáveis/ doenças são, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão arterial (HTA), enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, isquémia dos membros inferiores, diabetes, dislipidémia, doença oncológica, anemia, tromboflebite, cirurgia recente (há menos de 6 meses), fracturas/imobilização recente (há menos de 6 meses) e por fim o item alergias. Conclui-se que as doenças mais comuns desta amostra com maior ou igual a 3 doentes com a mesma patologia são, a isquémia dos membros inferiores e a anemia (ilustrado os resultados no gráfico I e



apêndice II). Relativamente aos problemas de saúde actuais o questionário comporta três variáveis apenas, a referir o Acidente Vascular Cerebral (AVC) a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes. Neste caso da população alvo 2 referiram ter HTA e 2 diabetes e apenas 1 AVC (ver apêndice II). Face aos hábitos de consumo foram avaliadas as variáveis, tabagismo, alcoolismo e medicação. Nestes casos colectivos, 0 doentes com hábitos tabágicos, 1 doente com antecedentes de alcoolismo, contudo, toda a população medicada.

Na segunda parte do questionário o objectivo é avaliar a autonomia destes doentes. Apresenta três itens, o desempenho nas actividades de vida diária, a dor e a avaliação do estado de consciência. No primeiro item as variáveis estudadas são: mobilidade na cama; transferência; mover-se em casa; andar; vestir-se; alimentar-se; casa de banho; higiene quotidiana; banho e duche e função urinária. Os resultados resultam da média de todas as variáveis, isto é, realizou-se um somatório de cada uma das variáveis referidas e dividiu-se pelo total da amostra, assim sendo quanto maior for o resultado de cada item menos autónomo é o doente. Explicitarei posteriormente para complementar a informação no gráfico 2. Os resultados permitiram concluir neste item que as variáveis às quais os doentes são menos autónomos e portanto necessitam de ajuda mais presente de terceiros são nas actividades de vida diária de banho e duche, andar e higiene quotidiana. As actividades em que apresentaram mais autonomia com uma média de 1.4 foram a mobilidade na cama e função urinária (ver apêndice III).

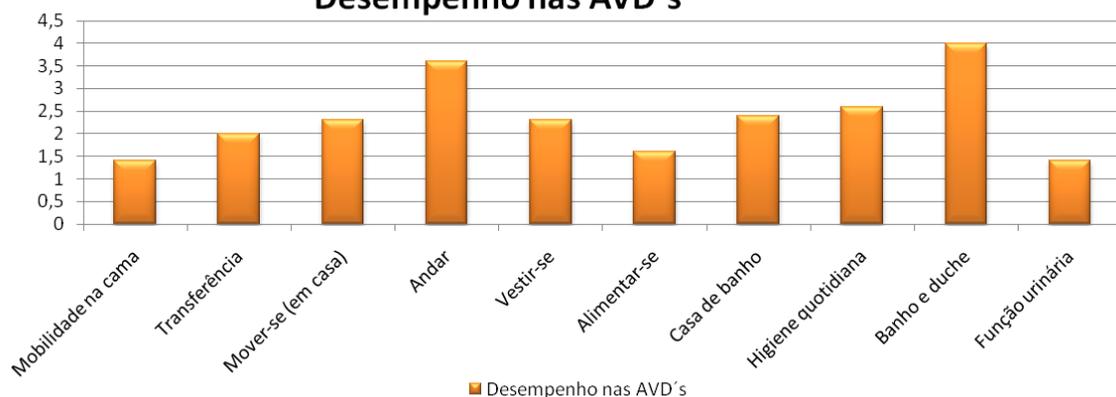
No item, dor o objectivo é tentar perceber até que ponto a dor afecta a autonomia destes casos colectivos, os itens aparecerão em quadro com os resultados para que se compreenda melhor este fenómeno. Conclui-se neste item que a maioria da população apresenta dor todos os dias, que a mesma não tem características ou intensidade diferentes das habituais, que a sua intensidade

perturba as actividades habituais, 3 caracterizaram a dor como sendo num só local e outros 3 caracterizaram-na em vários pontos do corpo, a maioria sente alívio da dor com a toma dos medicamentos e a maioria também descreve que a intensidade da dor é moderada. Conclui-se portanto, que a dor afecta as actividades de vida diária desta população. No último item desta parte do questionário, foi avaliado através da escala de coma (WHO) o estado de consciência do grupo, maioritariamente consciente apenas com um elemento sonolento mas que reage a estímulos verbais.

Na terceira parte do questionário avalia-se o impacto da doença, as variáveis são uma modificação da escala de Rankin (Oxford) e compreendem as seguintes variáveis: sem sintomas; sintomas minor, isto é, sintomas que não interferem com o estilo de vida; dependência minor, que são os sintomas que conduzem a algumas restrições do estilo de vida, mas que não interferem com a capacidade de o doente olhar por si próprio; dependência moderada (sintomas que restringem o estilo de vida do doente e/ou impedem totalmente a sua existência independente); dependência moderada grave, em que os sintomas impedem uma existência independente, no entanto não carece de atenção constante ou tratamento; dependência grave, em que o doente apresenta total dependência requerendo constante atenção/cuidados de dia e de noite e a última variável, a morte. Os resultados deste item enunciam por ordem do grau de dependência que, 3 dos doentes apresentam dependência grave, 1 moderadamente grave, 1 com dependência moderada e 2 com dependência minor (apêndice IV).

A última parte do questionário ostenta a avaliação social, utilizando como instrumento a escala de Graffar. São avaliadas as variáveis de: instrução, rendimentos; conforto no alojamento e meio envolvente. O somatório das variáveis distribui os sujeitos por classes, assim sendo da nossa amostra, 4 enquadram-se na classe média baixa e 3 na classe média alta. Podemos concluir que

**Gráfico II - Avaliação Global da Autonomia
Desempenho nas AVD's**



face aos objectivos propostos que conseguimos saber qual a prevalência das doenças concomitantes do grupo alvo, conseguimos saber qual o grau de dependência face à autonomia destes doentes em tratamento domiciliário e conseguimos saber qual a situação social dos mesmos. Para além dos objectivos propostos alcançamos conhecimento sobre até que ponto a dor afecta a autonomia dos indivíduos e o impacto que tem a sua doença, e podemos concluir que todos apresentam um grau de dependência. Dos objectivos propostos iniciais, não calculamos a taxa de prevalência de úlceras no domicílio em virtude de apenas 1 dos doentes da amostra apresentar uma ferida da etiologia em causa. Propusemo-nos monitorizar o tratamento e eficácia do mesmo nos doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário mas devido a questões do foro pessoal e de tempo não tivemos oportunidade de efectuar dois momentos de avaliação para corroborar a eficácia dos tratamentos. Este estudo apresenta limitações, ponderando que a amostra é pequena não podemos tirar conclusões generalizadas do universo de utentes da USF Tílias com ferida crónica, isto porque na USF Tílias existem doentes que por apresentar critérios para uma visita domiciliária superior ou igual a 2 vezes por dia estão ao encargo da unidade de cuidados continuados do Centro de Saúde de sete Rios e por isso não fazem ou não fizeram parte do universo de doentes na altura da recolha

de dados, mas contudo assim mesmo foi importante a realização do estudo para o conhecimento mais profundo deste universo de doentes em tratamento domiciliário neste período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sùmula, podemos considerar como já referi anteriormente que a nossa população alvo apresenta uma autonomia reduzida, precisando de ajuda de terceiros na sua maioria. A dor e a existência de uma ferida crónica têm um significado muito importante na vida destas pessoas condicionando as actividades de vida diárias e sua autonomia. Desde o início do projecto que aspiramos a necessidade de se criarem redes de apoio eficazes projectando futuramente parcerias na comunidade, com vista a prestação de um melhor serviço de saúde. Pensamos que será muito útil monitorizarmos os tratamentos face à sua eficácia e será um projecto de futuro a realizar pela USF Tílias.

AGRADECIMENTOS

Este ano de trabalho duro e de muitas mudanças foi sobretudo um ano de aprendizagem. Agradeço à Escola Superior de Saúde de Setúbal a oportunidade em ingressar para este segundo curso de pós graduação em Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecedular. Agradeço à Sr.ª coordenadora da USF Tílias e à equipa de enfermagem, com especial relevo à enfermeira

Dor (nº de doentes)	a) Tem queixas ou manifestação evidente de dor nos últimos dias?	Sem dor	3
		Dor menos de uma vez por dia	0
		Dor todos os dias	4
	b) Se existe dor, as características ou intensidade são diferentes das habituais?	Não (ou não têm dor)	5
		Sim	2
	c) A intensidade da dor perturba as actividades habituais?	Não	4
		Sim	3
	d) Tipo de dor	Sem dor	1
		Dor num só local	3
		Dor em vários pontos do corpo	3
	e) Uso de medicamentos	Sem dor	2
		Os medicamentos aliviam parcial ou completamente a dor	3
		Os medicamentos não aliviam a dor	2
	f) Intensidade da dor: diria que a dor que sente é:	Sem dor	2
		Ligeira	1
		Moderada	3
		Intensa	0
		Insuportável	1

Quadro 1- Avaliação Global da Autonomia face à Dor

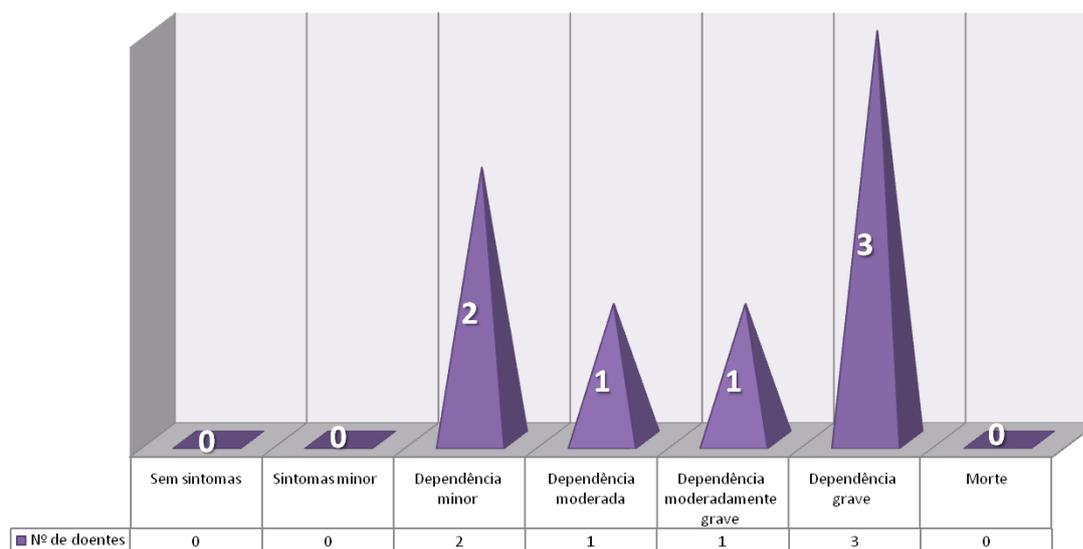
representante do grupo de enfermagem, enfermeira Margarida Leão Serra, por incentivarem e assegurarem o serviço nas minhas ausências durante este ano lectivo. Aos meus pais e familiares mais chegados que me ampararam e compreenderam as privações. Em suma, obrigado a todos que me apoiaram nas dúvidas nas incertezas e

me ajudaram a percorrer este caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dealey, Carol. (2006). *Fisiologia da cicatrização de feridas*. In A. Dealey, Carol. (1ª ed.), Tratamento de feridas (pág. 19, 139 e 144). (traduzido por: Andersen, Fátima)

Gráfico III
Escala de Rankin Modificada (Oxford)
Impacto da Doença



Lisboa: Climepsi editores.

Direcção - Geral da Saúde. (07/2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Circular normativa, nº 13/ DGCG*, pág. 1,2,3. Acedido em dia 9 Novembro 2007, em: <http://www.dgs.pt/>

Direcção - Geral da Saúde. (07/2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Circular normativa, nº 13/ DGCG*, pág. 10. Acedido em dia 10 Novembro 2007, em: <http://www.dgs.pt/>

Nunes, Lucília. (s.d). *Ética na investigação em enfermagem*. Lisboa: Autor.

Gondim, Sónia. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: *desafios metodológicos*. Acedido em Novembro de 2008, em <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>

Coelho, Catarina., Cunha., Dinis, Ana. & Rocha, Marília (2006). Feridas uma arte secular - *Avanços tecnológicos no tratamento de feridas* (pág.138 e 141). Coimbra: Minerva.

Codato, Lucimar. & Nakama, Luiza. Pesquisa em saúde: *metodologia quantitativa ou qualitativa?* Acedido em 27 Julho de 2008, em http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_6_nota.pdf

Estrela, Edite., leitão, Maria. & Soares, Maria. (2006). *Saber escrever uma tese e outros textos*, (5ª ed.), Lisboa: Dom Quixote.

Jorge, Sílvia. & Dantas, Sónia., (2003). Tratamento de feridas no contexto domicili-
liar. In A. Ben, Luísa. (1ª ed.), *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas* (pág.363). Lisboa: Atheneu.

Silvério, Maria. & Patrício, Zuleica. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: *uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde*. Acedido em 27 de Julho de

2008, em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/23.pdf>

Zoboli, Elma. & Fortes, Paulo. Bioética e atenção básica: *um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos*. Acedido em 20 de Julho de 2008, em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n6/28.pdf>

Preparação do leito da ferida nas úlceras de perna venosas:

-uniformização das práticas em duas Unidades de Saúde

Deolinda Caxaria*, Marisol Louro**, João Dias***, Lucília Nunes****

Resumo

Nas U.C.S.P. da Moita e Pinhal Novo observou-se que as práticas realizadas aos utentes com feridas crónicas, revelam disparidades na mesma situação. Após reunião com as enfermeiras chefes decidiu-se que a área da preparação do leito da ferida era a que carecia de intervenção prioritária.

O conceito de preparação do leito da ferida (PLF) oferece aos profissionais de saúde uma abordagem abrangente para remover as barreiras à cicatrização e estimular o processo de cicatrização, Dealey (2006) refere que todos o devem conhecer e utilizar adequadamente, seguindo uma avaliação completa do doente e da ferida.

Para Gouveia (2003), o domínio deste conceito por parte da equipa multidisciplinar, permite-lhes fazer a adequação de velhas estratégias, rever e discutir procedimentos bem como uniformizá-los.

Para o diagnóstico da situação, aplicou-se um questionário para avaliação dos conhecimentos aos enfermeiros em salas de tratamentos, visita domiciliária e cuidados continuados, verificando-se na 1ª U.C.S.P. 66% de respostas correctas e na 2ª U.C.S.P. 61% de respostas correctas, conforme a literatura científica existente.

Esta avaliação levou à realização de acções de formação, divulgação do manual de boas práticas existente, elaboração de um poster e de uma norma de procedimentos. Após a intervenção, aplicou-se novamente o questionário, obtendo-se em ambas as U.C.S.P. mais de 80% de respostas correctas.

Palavras-Chave: Preparação do leito da ferida, úlceras de perna, TIME, Projecto de intervenção

Introdução

Nos últimos anos temos assistido a uma crescente inovação científica e tecnológica nas mais variadas áreas de intervenção. A área da prevenção e tratamento de feridas passou a ser mais estimulante para os prestadores de cuidados, pois a crescente investigação nestas últimas décadas possibilitou o recurso a novas técnicas ao nível da genética e de materiais de penso inte-

ractivos. Mas será que os profissionais conseguem assimilar toda esta oferta e utilizar os produtos mais adequados a cada situação? Será que possuem conhecimentos sobre como preparar o leito da ferida para depois escolher o material de penso mais adequado?

Este projecto de intervenção surgiu no decorrer da 2ª Pós-graduação em Tratamento de feridas e Viabilidade tecidual.

Foi desenvolvido por duas enfermeiras de locais distintos, mas com um problema comum. As práticas realizadas aos utentes com feridas crónicas não revelavam uniformidade.

Para além da motivação pessoal de ambas as autoras do projecto, a área de intervenção foi escolhida através de conversas

*Enfermeira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alhos Vedros – e-mail: deoland@sapo.pt

**Enfermeira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Pinhal Novo – Extensão Poceirão

e-mail: marisollouro@gmail.com

***Enfermeiro, Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja – e-mail: jmidbest@gmail.com

****Prof. Coordenadora da ESS-IPS, e-mail: lucilia.nunes@ess.ips.pt

informais com os colegas que prestam cuidados em sala de tratamentos, visita domiciliária e cuidados continuados, onde se constatou a vontade de investir na temática das feridas crónicas, pois as salas de tratamentos das Unidades de saúde da Moita e do Pinhal Novo comportam diariamente um elevado número de utentes, onde os utentes portadores de feridas crónicas são uma presença assídua.

Nestas feridas as que apresentam maior representatividade são as úlceras de perna, nomeadamente as de origem venosa.

Constatou-se através da observação directa de alguns procedimentos que não existe uma uniformidade ou consenso no tratamento das úlceras de perna. Todos os procedimentos e técnicas utilizadas são frequentemente baseados em práticas tradicionais e resultantes de experiências pessoais, apesar de já existirem vários guidelines disponíveis. Continuamos a actuar com base em "vidências" em detrimento das "evidências".

Dentro dos procedimentos observados podemos destacar que:

- Uma grande percentagem dos enfermeiros desconhece o acrónimo TIME, e o conceito de Preparação do leito da ferida;
- A lavagem da ferida não é realizada por irrigação, existindo ainda a necessidade de passar a compressa no leito da ferida;
- Existe dificuldade na avaliação de feridas, em conseguir distinguir em que estadio é que esta se encontra, que tipo de tecido está presente e que tipo de penso adequar;
- A medição das feridas nem sempre é realizada;
- A utilização de hidratantes na pele circundante é prática comum;
- Os registos efectuados são escassos e insuficientes;
- O manual de boas práticas recomendadas existente nos serviços não é consultado.

Após análise destes factores com as enfermeiras chefes concluiu-se que é precisamente na área da preparação do leito da ferida onde se denota uma maior lacuna em termos de informação, de conhecimentos e posterior actuação. Assim foi definido como principal objectivo:

Uniformizar as práticas na avaliação e tratamento dos utentes portadores de úlcera da perna.

Foram determinadas as seguintes prioridades de intervenção:

Sensibilizar os enfermeiros para a importância de uma correcta avaliação e tratamento dos utentes portadores de úlceras de perna; Avaliar nível de conhecimentos dos enfermeiros na área da preparação do leito da ferida.

O projecto foi implementado em duas Unidades de Saúde: Unidade de Cuidados de Saúde personalizados da Moita e Extensão agrupada de Alhos Vedros e Unidade de Cuidados de Saúde personalizados de Pinhal Novo e Extensões agrupadas, Venda do Alcaide; Pinhal Novo 6; Bairro dos Marinheiros; Olhos de Água. A extensão do Poceirão foi excluída pois a única enfermeira que possui é uma das autoras do projecto.

Revisão da literatura

Vowden & Vowden (2002) referem que a utilização de produtos sofisticados e dispendiosos, no tratamento de feridas, apenas se justifica se for garantido um pré-requisito essencial: a formação de um leito de ferida saudável, através da sua adequada preparação.

Falar de feridas e de preparação do leito da ferida implica antes de mais a sua definição. Assim pode dizer-se que uma ferida é um compromisso da integridade dos tecidos, ou como Dealey (2006) "qualquer lesão que dê origem a uma quebra da continuidade da pele". As feridas podem dividir-se em agudas (aquelas em que o seu processo de cicatrização é considerado normal), ou crónicas (aquelas que o seu processo cicatricial é interrompido numa das fases de cicatrização, geralmente na fase inflamatória).

As feridas crónicas são uma realidade cada vez mais presente no nosso dia-a-dia, a não cicatrização da ferida ou a sua morosa cicatrização potenciam inúmeras complicações.

As úlceras de perna são um problema comum a nível mundial com grandes implicações para os sistemas de saúde. Furtado (2003) refere que "1,5 a 3 indivíduos em cada 1000 têm uma úlcera da perna e a prevalência aumenta com a idade para 20 em cada 1000 em indivíduos com mais de 80 anos", Miguéns (2006) diz-nos que os estudos apontam para "prevalências entre 0,1% e 1% da população adulta em todo o mundo". Segundo um estudo da Eurostat (2001) a população da Europa era de aproximadamente 376 455 153 habitantes estimando-se que cerca de 40 000 000 eram portadores de úlcera de perna. Segundo ainda o mesmo estudo existiam em Portugal cerca de 200 000 utentes com úlceras em actividade. Em Portugal existem já alguns estudos de prevalência nesta área, mas são ainda insuficientes para uma correcta caracterização da população portuguesa. Pina, Furtado, Franks & Moffatt (2004) efectuaram um levantamento deste tipo de patologia em 5 Centros de Saúde em Lisboa. Para 186 000 habitantes a prevalência é de 1,41/1000 habitantes. A sub-região de Saúde de Setúbal também realizou um pequeno estudo em 2004 onde se estima que neste distrito existam mais de 1500 pessoas com úlcera de perna de origem venosa, o que corresponde aproximadamente a 1% a 2% da população.

Esta patologia é a doença de etiologia venosa que mais afecta o ser humano, e da qual se encontram registos nos papiros egípcios. Júnior (2003) diz-nos que cerca de 10 a 20% da população do mundo desenvolvido apresenta algum grau de insuficiência venosa dos membros inferiores.

As úlceras venosas são feridas de difícil e morosa cicatrização, com a agravante de que frequentemente ocorrem recidivas.

Os utentes com este tipo de feridas neces-

sitam frequentemente de cuidados, o que os leva a prolongadas ausências da sua vida profissional e por vezes até a necessidade de se reformarem antecipadamente. São feridas que provocam dor, angústia e diminuição da auto-estima, isto é, alteração do estilo e da sua qualidade de vida.

Persoon, Heiden & Vleuten (2004) fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto psicológico e social das úlceras de perna. Analisaram 37 estudos, tendo referido como limitações major a dor, a imobilidade, a frustração, o absentismo, o isolamento social, as alterações no sono, entre outros.

Dealey (2006) para além destes factores refere também a sensação de desespero/culpa que estas situações podem despolar nos profissionais de saúde devido ao tratamento prolongado e ineficaz, e os encargos financeiros que acarretam para as próprias instituições (pois impulsionam gastos elevados).

Todos estes estudos parecem demonstrar a grandiosidade deste problema e a necessidade de intervenção nesta área.

Os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros têm um papel crucial na vida destas pessoas, uma vez que são eles os principais cuidadores, um tratamento bem conduzido e respeitado pelo utente é a chave para a cicatrização.

Um Tratamento bem conduzido passa não só, mas também, pelo conhecimento e interiorização do conceito de preparação do leito da ferida.

A preparação do leito da ferida é um conceito relativamente recente que pode ser definido de uma maneira simplista como "a eliminação de obstáculos existentes ao processo de cicatrização" (Falanga 2004). Este conceito foi rapidamente aceite por vários autores por permitir uma abordagem estruturada no tratamento de feridas crónicas.

Em 2004 a European Wound Management Association propõe uma alteração ao acrónimo TIME inicialmente proposto por Falanga, sugerindo que este não se utilize literalmente em todas as línguas, mas que se

baseie em 4 princípios chave: “Controle do tecido viável”, “controle da infecção ou inflamação”, “controle do exsudado” e “estimulação dos bordos epiteliais”. (Moffat & Agreda, 2004)

Este processo pode ser considerado um conceito dinâmico pois deve ser adaptado às necessidades da ferida e do seu processo de cicatrização (Falanga 2004).

A preparação do leito da ferida é um procedimento essencial para todos os enfermeiros, pois só assim se conseguirá otimizar todos os recursos existentes. Dealy (2006) refere que todos os devem conhecer e utilizar adequadamente.

Para Gouveia (2003), o domínio deste conceito por parte da equipa multidisciplinar, permite-lhes fazer a adequação de velhas estratégias, rever e discutir procedimentos bem como uniformizá-los.

Uma boa preparação do leito da ferida implica a utilização das boas práticas na identificação dos factores condicionantes, na correcção e na aplicação dos tratamentos direccionados para que a cicatrização da ferida seja uma realidade, com o mínimo de limitações para o utente.

Metodologia

Implementar um Projecto de Intervenção numa unidade, serviço ou organização, implica percorrer uma sequência de etapas/actividades bem estruturadas e enca-

deadas entre si.

Numa primeira fase procurou-se identificar o nível de conhecimentos que os enfermeiros possuíam na área da preparação do leito da ferida nas úlceras de perna venosas.

Etapas do projecto de intervenção:

A 1ª etapa do Projecto de Intervenção passou pelos pedidos de autorização às pessoas responsáveis, para implementação do projecto. Durante a 1ª semana de Março procedeu-se a avaliação do nível de conhecimentos dos enfermeiros na área da Preparação do Leito da Ferida (PLF) na Úlcera de Perna (UP). O instrumento utilizado foi um questionário elaborado na 1ª Pós graduação (com consentimento dos autores), o qual foi submetido a algumas modificações. Foi aplicado em ambas as unidades de cuidados de saúde e a todos os enfermeiros que prestassem cuidados na sala de tratamentos ou/ e cuidados domiciliários.

O questionário inicial era composto por 20 questões de escolha múltipla, que abordavam a PLF em vários tipos de ferida, pelo que foram substituídas 3 questões com o objectivo de o direccionar para a PLF na úlcera de perna de origem venosa.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Moita e Extensão agrupada O questionário foi aplicado a todos os enfermeiros que desenvolviam actividades

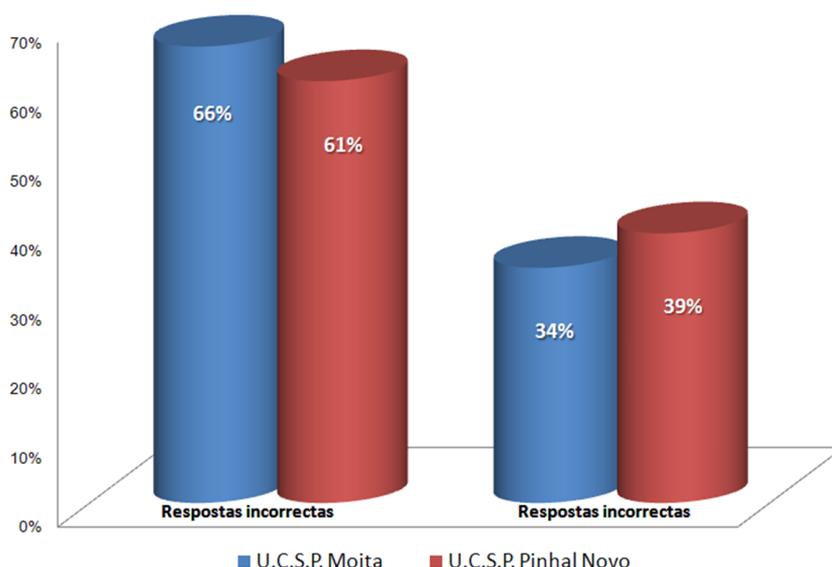


Gráfico nº1 – Respostas obtidas na 1ª fase

na sala de tratamentos, visita domiciliária e cuidados continuados, tendo sido excluídas a autora do projecto, a enfermeira chefe, a enfermeira coordenadora da extensão de Alhos Vedros, a enfermeira especialista em saúde infantil, uma enfermeira que se encontra de atestado prolongado, cinco enfermeiros que se encontram em regime de trabalho de acumulação de horas por não demonstrarem disponibilidade de horário para comparecer às sessões formativas. Obteve-se assim um total de 21 questionários respondidos.

Após o tratamento estatístico dos dados (em programa informático SPSS 16,0) verificou-se uma média de 66% de respostas correctas frente a 34% de respostas incorrectas (gráfico nº1).

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Pinhal Novo e Extensões agrupadas Dos 20 enfermeiros da unidade foram excluídos, a autora do projecto, 3 enfermeiros ausentes por motivos de saúde e 1 que não desenvolvia as suas actividades em sala de tratamentos ou cuidados domiciliários. Obteve-se portanto um total de 15 questionários.

Após o tratamento estatístico dos dados (em programa informático SPSS 10) verificou-se uma média de 61% de respostas correctas e de 39% de respostas incorrectas (gráfico nº1).

Com o objectivo de refinar os dados recolhidos para permitir uma actuação mais direccionada, agruparam-se as questões de acordo com as componentes do acrónimo TIME, como se pode observar na tabela nº1.

Ambas as unidades de cuidados de saúde De acordo com os resultados obtidos, estabeleceram-se como prioridades de actuação as seguintes intervenções:

- Resposta às necessidades de formação dos enfermeiros, relativamente ao conceito de preparação do leito da ferida e processo cicatricial na úlcera da perna de origem venosa;
- Divulgação de suporte teórico sobre esta temática para consulta na unidade;
- Divulgação do Manual de Boas Praticas existente;
- Dotação dos serviços de régua para medição das feridas;
- Elaboração de um poster acerca da temática;
- Elaboração de uma norma de procedimentos.

Estas intervenções foram delineadas para dar resposta aos seguintes objectivos:

- Que os enfermeiros destas unidades de saúde adquiram conhecimentos e competências para realizarem uma correcta avaliação e adequação do tratamento aos utentes portadores de úlceras de perna venosas;
- Obter uma percentagem de respostas correctas superior a 80% no segundo momento de avaliação;
- Implementar uma norma de procedimentos sobre preparação do leito da ferida nas úlceras de perna venosas para uniformizar procedimentos.

Tendo em vista as intervenções delineadas pareceu-nos pertinente iniciar a 2ª etapa

	U.C.S.P. Moita	U.C.S.P. Pinhal Novo
Antes do TIME	61%	51%
Controle do tecido viável	73%	84%
Controle da infecção ou inflamação	62%	68%
Controle do exsudado	69%	62%
Estimulação dos bordos epiteliais	62%	56%

Tabela nº1 – Respostas correctas obtidas na 1ª fase

do projecto de intervenção com a formação dos enfermeiros, pois a criação de alicerces sólidos é vital para dar continuidade a qualquer projecto. O Royal College of Nursing (2006) reforça a importância da formação para reduzir as variações nas práticas entre profissionais, sugerindo também, que profissionais com treino reconhecido em cuidados em úlceras venosas devem transmitir os seus conhecimentos em “cascata”, ao resto da equipa em que estão inseridos.

Assim, as autoras do projecto realizaram um estágio no Centro de Saúde de Arronches, sob orientação da enfermeira Kátia Furtado com o objectivo de adquirir e aprofundar conhecimentos na área da preparação do leito da ferida e terapia compressiva, que decorreu nos últimos dias de Abril. Este estágio foi muito proveitoso pois os subsídios adquiridos foram uma mais-valia não só para a realização deste projecto, mas também para a nossa prática diária.

Como os resultados obtidos nesta fase de diagnóstico foram similares entre as duas unidades de Saúde, as acções de formação foram planeadas e delineadas em comum. Assim dividiram-se as acções em dois módulos: No primeiro módulo abordou-se o processo cicatricial da ferida e as duas primeiras letras do acrónimo TIME (Controle do tecido viável e o Controle da inflamação/infecção). Realizou-se também uma articulação com os procedimentos descritos no manual de boas práticas recomendadas. O segundo módulo focou o

Controle da humidade, a Estimulação dos bordos epiteliais, assim como a dor nas úlceras de perna. Foram também discutidos durante esta sessão casos práticos de utentes com úlceras de perna venosas.

Durante a segunda acção foi apresentada á equipa o poster elaborado sobre esta temática, reunindo um consenso geral. Entregaram-se 2 artigos científicos relacionados com a temática, os documentos de posicionamento da European Wound Management Association sobre preparação do leito da ferida, e outros documentos relacionados com o tema. Também se forneceram régua para medição de feridas.

A realização destas acções decorreu entre os meses de Março e Junho de 2008, tendo sido efectuadas um total de 4 reuniões de trabalho na primeira Unidade de Saúde e 5 na segunda Unidade. Para não prejudicar a dinâmica dos serviços, houve necessidade de repetir os módulos de formação, pois era impossível reunir todos os enfermeiros em simultâneo. Assim dividiram-se os enfermeiros em pequenos grupos, de modo a abranger o maior número de formandos possível. Na Unidade de Saúde do Pinhal Novo e de Alhos Vedros todos os enfermeiros participaram nos módulos de formação, enquanto na Unidade de Saúde da Moita não se conseguiu atingir a totalidade dos enfermeiros devido a indisponibilidades do serviço.

Para finalizar as intervenções planeadas procedeu-se à elaboração de uma norma de procedimentos, que se encontra até à presente data sujeita a revisão para apro-

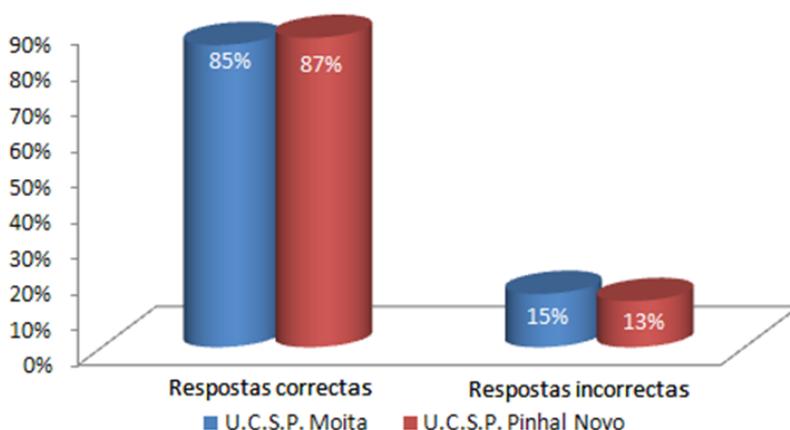
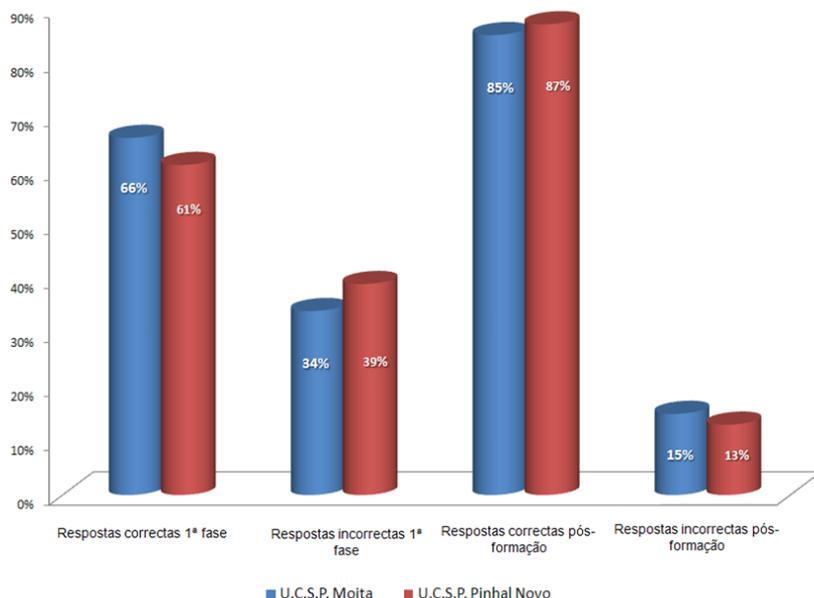


Gráfico nº2 – Respostas obtidas na 2ª fase



vação e homologação. Será apresentada a ambas as equipas posteriormente.

A 3ª fase deste projecto teve como objectivo realizar a avaliação das intervenções efectuadas. Para isso procedeu-se à aplicação do mesmo instrumento de colheita de dados, tendo esta acção decorrido durante a última quinzena de Junho.

Resultados

O número de questionários aplicados foi coincidente com o do primeiro momento de avaliação, assim na 1ª Unidade de saúde temos um total de 21 questionários e na segunda unidade de 15.

De acordo com os resultados obtidos após tratamento estatístico dos dados verificou-se uma melhoria significativa dos resultados em ambas as Unidades de Saúde, verificando-se uma média superior a 85% de respostas correctas, conforme demonstrada no gráfico nº 2.

Este aumento de conhecimentos foi observado em todos os componentes do instrumento TIME (Tabela nº2).

Discussão dos resultados

De acordo com os resultados obtidos em ambas as Unidades, podemos afirmar que, comparativamente ao primeiro momento de avaliação, se verificou um aumento superior a 20% na média dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a preparação do leito da ferida nas úlceras de perna venosas. (gráfico nº3).

Este aumento dos conhecimentos revelou-se mais significativo na primeira Unidade ao nível dos componentes Controle da Inflamação/infecção (26%) e Controle do exsudado (21%). Na segunda Unidade de Saúde destacam-se os componentes Antes da TIME (33%) e do Equilíbrio da humidade (28%), conforme observado na tabela nº 3. De todas as intervenções efectuadas, a for-

	U.C.S.P. Moita	U.C.S.P. Pinhal Novo
Antes do TIME	74%	84%
Controle do tecido viável	90,5%	96%
Controle da infecção ou inflamação	88%	83%
Controle do exsudado	91%	90%
Estimulação dos bordos epiteliais	79%	80%

Tabela nº 2 – Respostas correctas obtidas pós-formação

	U.C.S.P da Moita		U.C.S.P do Pinhal Novo	
	Respostas correctas 1ª fase	Respostas correctas pós-formação	Respostas correctas 1ª fase	Respostas correctas pós-formação
Antes do TIME	61%	74%	51%	84%
Controle do tecido viável	73%	90,5%	84%	96%
Controle da infecção ou inflamação	62%	88%	68%	83%
Controle do exsudado	69%	91%	62%	90%
Estimulação dos bordos epiteliais	62%	79%	56%	80%

Tabela nº 3 – Comparação dos resultados obtidos

mação realizada foi a que mais impacto teve para a obtenção destes resultados, de acordo com os participantes. cremos que a discussão de casos práticos facilitou a apreensão da formação, promovendo a troca de ideias e esclarecimento de dúvidas.

Um dos aspectos que suscitou mais discussão foi a lavagem da perna com água da torneira, pois a lavagem das feridas com soro fisiológico e outros produtos está fortemente enraizada na nossa prática diária. O acto de limpar a ferida continua a ser uma prática ritualista, de acordo com os hábitos adquiridos em vez de ser assente em práticas baseadas em evidências científicas.

Também nos cuidados á pele peri-lesional se verificaram algumas lacunas de conhecimento, pois a maioria dos presentes aplicava um creme hidratante preterindo o emoliente, talvez devido ao desconhecimento das diferenças entre ambos. Após a formação denota-se já uma preocupação em escolher o produto mais adequado.

Podemos ainda salientar que ambas as unidades de saúde apresentaram maior deficit no conhecimento nas questões relacionadas com o Antes do TIME e com a Estimulação dos bordos epiteliais, no primeiro momento de avaliação. Pensamos que estes resultados se devem à especificidade dos assuntos, pois o processo cicatricial e as suas fases, assim como as terapias avançadas para o tratamento de feridas, foram áreas consideradas pelos formandos como muito complexas, onde o investimento em termos

de formação era escasso para alguns e praticamente inexistente para o restante grupo. Esta lacuna foi superada com a formação apresentada. No entanto, pensamos que será pertinente voltar a investir nestes assuntos num futuro próximo, talvez englobado na formação em serviço.

Pelos resultados apresentados podemos concluir que os objectivos a que nos propusemos foram atingidos, ou seja, os enfermeiros destas Unidades de Saúde, possuem agora conhecimentos mais sedimentados nesta área para poderem uniformizar os cuidados prestados, caminhando assim no sentido das boas práticas.

Dificuldades e constrangimentos

No decorrer deste projecto deparámo-nos com algumas dificuldades e constrangimentos, que de alguma maneira condicionaram o correcto encadeamento das etapas planeadas. Dessas dificuldades destacamos o tempo reduzido para implementação do projecto, devido a algumas limitações do foro académico o que protelou algumas fases já para a principal época de férias dos serviços.

Outra dificuldade sentida prendeu-se com o agendamento dos módulos de formação, que para tentar abranger o maior número de formandos possível, se prolongou por vários meses, o que impossibilitou a realização de uma observação directa das práticas para avaliarmos quais as mudanças efectuadas nos procedimentos realizados pelos

enfermeiros.

Por último gostaríamos de referir que por motivos económicos apenas se imprimiram dois posters, ficando um na Unidade de Saúde de Alhos Vedros e outro na extensão de Pinhal Novo 6. Pensamos que posteriormente se conseguirá colocar um poster em todas as salas de tratamentos destas unidades.

Considerações finais

Acreditamos que já se deu um passo muito grande no tratamento dos utentes com úlcera de perna, no entanto ainda há um longo caminho a percorrer, pois apesar de existirem guidelines de orientação nas mais variadas temáticas, estas nem sempre são tidas em conta para a prestação de cuidados no dia-a-dia. Todos os procedimentos e técnicas utilizadas são frequentemente baseados em práticas tradicionais e resultantes de experiências pessoais. É necessário incutir nos enfermeiros uma busca crescente pela formação.

Pensamos que tudo passa por um investimento na formação dos profissionais e também pela dotação dos serviços de meios materiais e humanos para caminhar-mos num sentido de boas práticas.

Pelos resultados obtidos podemos concluir que o objectivo deste projecto foi atingido, uma vez que, em ambas as Unidades de Cuidados os enfermeiros responderam correctamente a mais de 80% das questões.

Observamos também que ambas as equipas cada vez mais recorrem às autoras colocando questões acerca da PLF o que revela mudança das práticas, reforçando a necessidade de uma formação contínua, em "cascata" (RCN, 2006), de modo a garantir que as práticas sejam uniformes.

Contudo estamos conscientes que a mudança é um processo complexo, que deve ser implementado gradualmente, e que leva tempo, pelo que se torna necessário propiciar tempo suficiente para que todos os envolvidos a assimilem totalmente.

É pensando nesta complexidade da mudan-

ça que as autoras delinearão projectos futuros de continuidade.

A implementação da norma de procedimentos será uma realidade já programada nos planos de formação de ambas as unidades. Na Unidade de Saúde da Moita este projecto irá ter continuidade de uma forma faseada. O ponto de partida será a lavagem das feridas, e depois de este procedimento apresentar uma uniformidade passaremos para outro patamar, até ao último que será o alargamento do projecto de terapia compressiva a todos os enfermeiros da área de tratamento.

Está também no horizonte a criação de um grupo de articulação de feridas entre o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Barreiro.

Na Unidade de Saúde do Pinhal Novo, a enfermeira autora do projecto conjuntamente com uma médica irão realizar um estágio de terapia compressiva agendado para Julho/Agosto de 2008 com o objectivo de implementar na referida extensão uma consulta de úlcera de perna. A implementação desta consulta irá permitir à equipa de enfermagem realizar estágios com o objectivo de adquirir conhecimentos e competências na área da terapia compressiva e dar continuidade ao presente projecto contribuindo assim para a sedimentação da mudança.

Agradecimentos:

À nossa família que nos apoiou apesar do pouco tempo que lhes dedicámos.

A ambas as equipas de enfermagem pela vontade de mudar.

À enfermeira Isabel Santos pela sua disponibilidade e capacidade de organização da equipa.

À Dra. Maria do Carmo Mateus e à enfermeira Kátia Furtado pela disponibilidade.

Referências

- Brandão, S. (2005). Dois milhões de mulheres sofrem de doença venosa. Acessado em 28 de Outubro de 2007 em

- http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/167/
- Dealy, C. (2006). Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros. Lisboa: Climepsi.
 - European Wound Management Association. (2003). Documento de Posicionamento: Comprendiendo la terapia compressiva. London: MEP Lda.
 - Falanga, V. (2004). Wound Bed Preparation: Science applied to practice. EWMA Document Posicion, pp. 2-5. London: MPE Ltd.
 - Furtado, K. (Abril 2003). Úlceras de perna – Tratamento baseado na evidência. Nursing, (176), 35-42.
 - Gouveia, J. (2003). Preparação do Leito da Ferida: Porquê, para quê? Acedido em 10 de Abril de 2008, em <http://gaif.net/artigos/PREPLEITOFERIDA.pdf>
 - Jorge, S. J. & Dantas, S.R.P.E. (2003). Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. SãoPaulo: Editora Ate-neu.
 - Júnior, B. N. (2003). Insuficiência Venosa Crónica. Acedido em 28 de Outubro de 2007 em <http://www.lava.med.br/livro>
 - Miguéns,C. (2006). Diagnóstico Diferencial da Úlcera da Perna. Nursing, 213, 26 – 29.
 - Moffat, C & Agreda, J. (2004). Wound Bed Preparation: Science applied to practice. EWMA Document Posicion, pp 12.
 - Nunes,L. (1995). Formação contínua e investigação realidade e/ou utopia. Enfermagem em foco, Ano V, 25 – 30.
 - Persoon, A., Heiden, N.M & Van der Vleuten. (2004). Leg ulcers: a review of their impact on daily life. Journal of Clinical Nursing.
 - Pina, E., Furtado, K.,Franks, P.J. & Moffatt, C.j. (2004). Úlceras de perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vasculuar. XI (4), 217-221.
 - Royal College of Nursing. (2006). Clinical Practice Guidelines. The Nursing Management of patients with Venous Leg Ulcers.Recommendations. Acedido a 23 de Abril de 2008 em http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/venous_leg_ulcers.pdf
 - Vowden, K & Vowden, P. (2002). Wound Bed Preparation. Acedido a 11/04/2008 e m h t t p : / / www.worldwidewounds.com/2002/april/Vowden/Wound-BedPreparation.html
 - Wipke-Tevis, D., & Sae-Sia, W. (October 2005). Management of vascular leg ulcers. Advances in Skin & Wound Care. Acedido a 10 de Abril de 2008, em <http://www.woundcarejournal.com>



FICHAS TÉCNICAS

Apresentação e descrição de Agentes no Tratamento de Feridas

- ***Alginato de cálcio***
- ***Colagenase***
- ***Hidrofibras + Prata Iónica***
- ***Carvão Activado***
- ***Larvoterapia (MDT - Maggot Debridment Therapy)***
- ***Cadexomero de iodo***
- ***Protector Cutâneo Não Irritante (Spray)|Creme Barreira Hidratante***
- ***Sulfadiazina de Prata***

Ficha Técnica

Alginato de cálcio

Marisol Rodriguez Nuñez Louro

Nome Genérico	Alginato de cálcio
Nome(s) Comercial	Algisite M; Askina Sorb, Askina Sorbsan Plus; Cutinova Alginate; Kaltostat; Melgisorb; Sorbalgon; Suprasorb; 3M Tegagen;
Grupo Terapêutico	Pensos para feridas crónicas - Absorventes
Apresentação	Pensos com várias dimensões (10x10cm, 10x20cm, 5x5cm, 7,5x12cm) e tiras. Todas estas apresentações são não adesivas.
Modo de utilização	Lavar a lesão com soro fisiológico à temperatura do corpo e secar a pele circundante. Aplicar o penso directamente sobre a lesão e somente sobre o leito da ferida para evitar a maceração da pele circundante. Numa lesão profunda utilizar as tiras.
Modo de Acção	Os alginatos derivam das algas marinhas castanhas, as suas fibras são sais de cálcio algínico. É um material de penso muito absorvente. Na presença do exsudado da ferida, a estrutura fibrosa do alginato de cálcio troca os iões de cálcio pelos iões de sódio, convertendo-se num gel hidrofílico de alginato de sódio que se molda a superfície da ferida mantendo um ambiente húmido que favorece a cicatrização, alivia da dor (por humedecimento das terminações nervosas evitando a propagação de estímulos intensos), facilita o desbridamento autolítico do tecido necrosado e permite ainda as trocas gasosas.
Indicações	Qualquer alginato pode ser usado como penso primário em feridas exsudativas / altamente exsudativas e / ou sangrantes, infectadas ou não.
Reacções Adversas e Efeitos colaterais	Não foram observadas ou relatadas quaisquer reacções e efeitos colaterais.
Interacções com outros Agentes	Não se conhecem
Contra-indicações e Precauções	Não deverão ser utilizados em feridas com pouco ou nenhum exsudado, podem desidratar o leito da ferida.

<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>O penso deve ser aplicado directamente sobre a lesão e após esta ter sido lavada com soro fisiológico à temperatura do corpo. Numa lesão profunda utilizar tiras e preencher até cerca de metade da cavidade. Requer um penso secundário que o fixe, como por exemplo um hidrocolóide, um poliuretano com rebordo adesivo (se a ferida não estiver infectada), ou um poliuretano sem adesividade (se a ferida estiver infectada). A frequência de mudança de penso vai depender do volume do exsudado, pode variar de 1-4 dias até ao máximo de 7 dias.</p>
<p>Dados de evidência</p>	<p>Limová (2003) realizou um estudo prospectivo, randomizado e clinicamente controlado com 19 doentes. Verificou que dois pensos de alginato de cálcio de diferentes fabricantes foram eficazes na gestão do exsudado, apresentaram fácil remoção e aplicação, não são desconfortáveis para o doente, não provocam dor e não deixam resíduos no leito da ferida. Torres et al. (1997) realizaram um estudo multicentrico em que analisaram o comportamento dos pensos de alginato de cálcio. Baseado nos resultados deste estudo afirmaram não existirem reacções adversas, verificar-se diminuição do tamanho da lesão, ser um penso de fácil aplicação e que não requer mudança diária.</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dealey, C. (2006). Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros. Lisboa: Climepsi. (Obra publicada em inglês, 2005) - Formulário hospitalar nacional de medicamentos: Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos. Acedido em 19 de Março de 2008 em http://www.infarmed.pt/formulario/frames.php?fich=ift - Limová, M. (2003). Evaluation of two calcium alginate dressings in the management of venous ulcers. Acedido em 19 de Março de 2008 em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14581707?orcid=na&pos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum - Rocha, M., Cunha, E., Dinis, A., & Coelho, C. (2006). Feridas uma arte secular: Avanços tecnológicos no tratamento de feridas, (2ªed.). Coimbra: Minerva. - Torres, C., Galindo, C. & Torra, B. (1997). Pure calcium-sodium alginate dressing. Multicenter evaluation of chronic cutaneous lesions. Acedido em 19 de Março de 2008 em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9385189?orcid=na&pos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA
<p>Data</p>	<p>19 de Março, 2008</p>

Ficha Técnica

Colagenase

Ana Paula Melo Figueiredo Rocha

Nome Genérico	Colagenase
Nome(s) Comercial	Ulcerase
Grupo Terapêutico	Medicamentos usados em alterações cutaneas
Apresentação	Bisnaga - 1 unidade - 30 Gramas
Modo de utilização	Aplicação tópica. A pomada deve manter contacto pleno com toda a area lesada, devendo ser aplicada uniformementenuma camada de cerca de 2mm de espessura. O seu efeito nas crostas de necrose melhora se se fizer uns cortes em cima das mesmas. Deve ser aplicada uma compressa embebida em soro fisiologico ou água bidestilada de modo à pomada permanecer em meio humido (Infarmed, 2008).
Modo de Acção	A colagenase decompõe o colagenio nas suas regiões helicoidais, degradando o substracto N-carbobenzoxiglicil-L-propil-glicil-glicil-L-propil-L-alanina. Actua em pH fisiológico (6-8) e a temperaturas variadas, tornando-se assim eficiente na remoção de detritos (Infarmed, 2008). Teoricamente promove a cicatrização, digerindo o colagenio nativo que inviabiliza a proliferação do tecido de granulação (Falabella, 2006).
Indicações	Aplicar 2 vezes por dia até ao desbridamento estar completo e haver desenvolvimento de tecido de granulação. A limpeza pode ser efectuada com soro fisiologico ou com peroxido de hidrogênio (Infarmed,2008).
Reacções Adversas	Não estão descritos reacções adversas ou efeitos colaterais em aplicações topicas mas as preparações à base de enzimas são susceptíveis de provocar reacções alergicas (Infarmed, 2008).
Interacções com outros Agentes	A eficacia do produto é diminuida quando em conjunto com outros agentes tópicos; a tirotricina, a gramicidina e a tetraciclina que inativam a acção da colagenase (Infarmed, 2008).
Contra-indicações e Precauções	A sua aplicação exige a manutenção de condições de assepsia e limpeza de qualquer contacto prévio com detergentes, antisepticos e metais pesados, tais como: o mercúrio e a prata que são usados nalguns antisepticos. Deve precaver-se o contacto com os olhos e a sua aplicação em cavidades profundas. Pacientes debilitados devem ser monotorizados cuidadosamente em relação às infecções bacterianas sistémicas. Nos pacientes diabéticos, e com ganguerena seca as crostas devem ser humedecidas cuidadosamente (Infarmed, 2008).

<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>De acordo com Marazzi et al (2006) este tipo de desbridamento para além de diminuir o tempo de cicatrização também diminui os custos do tratamento de feridas em regime ambulatorio, facto que é corroborado por Enoch & Harding (2003) quando se referem que é o metodo de desbridamento mais apropriado em cuidados de longo termo e domiciliares. O tempo médio de desbridamento é de cerca de 7 dias, tendo em conta o estudo de Triller, Parac e Smrke (2003).</p>
<p>Dados de evidência</p>	<p>A investigação reporta que a colagenase é efectiva e eficaz num grande tipo de feridas (Enoch & Harding, 2003). É também bem tolerada nas queimaduras e úlceras crónicas de varias etiologias (Marazzi et al, 2006). O estudo de Triller, Parac e Smrke (2003) refere que o desbridamento com colagenase é selectivo, não causa hemorragias, dor e não deteriora a pele saudavel.</p>
<p>Outras informações relevantes</p>	<p>A colagenase é utilizada há mais de 25 anos e reporta uma serie de vantagens clinicas, nomeadamente a selectividade com que remove o tecido necrótico (Enoch & Harding, 2003); diminui a area de cicatriz de certas queimaduras o que tem grandes implicações na qualidade de vida dos pacientes (Kirshan, et al, 2006). A colagenase "natural" é uma metaloendoproteinase produzida pelos queratinocitos, fibroblastos, macrofagos e neutrofilos e está envolvida em vários estadios do processo de cicatrização (Falabella, 2006).</p>
<p>Referências Bibliográficas</p>	<p>Enoch, S. & Harding, K. (2003) Wound Bed Preparation: The Science behind the removal of barriers to healing. <i>Wounds</i> 15(7): 213-229. Falabella, A. (2006) Debridement and wound bed preparation. <i>Dermatologic Theraphy</i> Vol.19, 317-327, acedido em www.blacwell-sinergy.com em 25-03-2008. Kirshen,C.; Woo, K.; Ayello, E. & Sibbald, R. (2006) Debridement: A vital component of wound bed preparation. <i>Advances in Skin and Wound Care</i>, 19 (9): 506-517 acedido em www.woundcarejournal.com em 20.03.2008. Marazzi, M.; Stefani, A.; Chiratti, A.; Ordenini, M. & Rapisarda, V. (2006) Effect of enzymatic debridement with collagenase on acute and chronic hard-to-heal wounds. <i>Journal of Wound Care</i>, 15 (5): 222-227 acedido em lib.bioinfo.pl/pmdi:16711179 em 20.03.2008. Infarmed (2008) <i>Prontuario Terapeutico</i> em linha. acedido em www.infarmed.pt em 21.03.2008. Triller, C.; Parac, Z. & Smrke, D (2003) The efficacy of collagenase in the management of wound patients in a hospital setting. 7th EPUAP open Meeting, Tampere, Finland, Poster Abstracts acedido em www.epuap.or em 21.03.2008.</p>
<p>Data</p>	<p>29 de Março, 2008</p>

Nome Genérico	Hidrofibras + Prata Iónica
Nome(s) Comercial	AQUACEL Ag
Grupo Terapêutico	ANTIMICROBIANO
Apresentação	É um penso absorvente antimicrobiano, com carboximetilcelulose sódica, sendo o factor inovador a aplicação de prata iónica (1,2%), que se apresenta distribuída homogeneamente por todo o penso. É um penso macio, estéril, apresentando-se em almofada ou em fitas.
Modo de utilização	O AQUACEL Ag foi desenvolvido para ser utilizado em feridas exsudativas. Em feridas secas, deve-se aplicar o penso, humedecendo apenas a área directamente sobre a ferida. Em feridas superficiais o penso deve ser aplicado com um sobreposição de pelo menos 1 cm sobre os bordos da ferida. Em feridas cavitárias deve-se colocar a compressa ou tira até preencher cerca de 80% da capacidade da cavidade, não pressionando e deixando uma extremidade de fora de pelo menos 2,5 cm para facilitar a remoção do penso. O AQUACEL Ag pode permanecer na ferida até ao momento da sua saturação, ou pode ser mudado consoante as necessidades clínicas. Pode ser facilmente removido, sem deixar resíduos na ferida.
Modo de Acção	Quando estamos perante uma ferida em colonização crítica (população microbiana estabelecida, ferida não-evolutiva, desequilíbrio microbiano, sem sinais de infecção) e/ ou uma ferida já com infecção instalada tem de haver um controlo microbiano com antimicrobianos tópicos e antibiótico sistémicos. A prata iónica é um potente agente antimicrobiano, que actua por ligação aos grupos sulfidrílicos, carboxílicos, fosfatados, aminados, ou seja, levando à alteração físico-química das proteínas, causando assim alterações estruturais na parede e membranas bacterianas. O uso proactivo de pensos com prata pode inibir a progressão da penetração bacteriana e pode ser eficaz contra os MRSA e contra a maioria dos agentes patogénicos superficiais. A prata iónica contida no Aquacel Ag tem demonstrado eficácia bactericida, proporcionando actividade antimicrobiana sustentada até 7 dias para um largo espectro de agentes patogénicos que são absorvidos no penso (MRSA, VRE, Pseudomonas aeruginosa, e E. Coli). Os iões de sódio do exsudado da ferida ligam-se ao penso, provocando a libertação dos iões de prata das fibras do penso, estando continuamente disponível no interior deste ambiente húmido, garantindo uma actividade bactericida durante o período de utilização do penso. As fibras secas do Aquacel Ag gelificam em contacto com o fluido da ferida, aumentando de volume à medida que retém o exsudado no seu interior, afastando-o da ferida por absorção vertical.
Indicações	O AQUACEL Ag está indicado para utilização em feridas agudas e crónicas infectadas, ou em risco de infecção. Está então indicado para úlceras de pé diabético de origem neuropática, isquémica e neuroisquémica, úlceras vasculares de perna (úlceras por estase venosa, úlceras arteriais e úlceras de perna de etiologia mista), úlceras de pressão, queimaduras de 2º grau, feridas cirúrgicas e traumáticas. Pode-se ainda incluir feridas que sejam propensas a sangrar (após desbridamento cirúrgico ou mecânico) e a feridas oncológicas com exsudado (tumores fungóides-cutâneos, carcinoma exófito, metástase cutânea, sarcoma de Kaposi e angiossarcoma). Pode ser utilizado em combinação com antibióticos sistémicos.

Reacções Adversas e Efeitos colaterais	Durante o processo de cicatrização normal do corpo, o tecido inviável é removido da ferida (desbridamento autolítico), o que no início pode fazer com que a ferida pareça maior.
Interacções com outros Agentes	Não é compatível com produtos à base de óleos, como a parafina.
Contra-indicações e Precauções	Não deve ser utilizado em indivíduos que sejam sensíveis ou tenham apresentado uma reacção alérgica à prata ou à carboximetilcelulose sódica. Deve ser usado uma única vez, estando a esterilidade garantida, a menos que a embalagem esteja danificada ou aberta antes do seu uso. Se houver dificuldade na remoção do penso, deve-se embebê-lo em soro fisiológico até que se desprenda facilmente.
Implicações para os Cuidados de Enfermagem	Antes da aplicação do penso, a ferida deve ser limpa com soro fisiológico. O penso pode ser recortado numa medida mais adequada sem perda de fibras. Após a aplicação do penso tem de se providenciar um segundo penso de cobertura, como por exemplo Versiva, Varihesive extra fino, compressa de gaze ou ligadura, onde o principal objectivo é manter um ambiente húmido, de modo a evitar a ressecção. Como referi anteriormente, deve ser mudado quando atinge um ponto de saturação, ou seja quando o exsudado atinge o penso secundário. Em caso de aderência ao leito da ferida, o penso pode ser facilmente removido depois de humedecido com soro fisiológico. Apesar de poder permanecer na ferida por algum tempo, as feridas devem ser avaliadas regularmente, para o caso de haver aumento do exsudado e suas características, como também avaliar o grau de dor com a aplicação do penso. Nas feridas secas deve-se aplicar colocando soro fisiológico na zona do penso que fica em contacto com a ferida, de modo a prevenir a maceração e a aderência à ferida.
Dados de evidência	Devido à sua acção bactericida, a prata tem sido usada desde tempos remotos no tratamento de várias doenças incluindo a epilepsia, infecções venéreas, acne, úlceras de perna, etc. Foi utilizada primariamente sob a forma de nitrato de prata e mais tarde, em 1960 como sulfadiazina de prata de grande utilidade no tratamento de queimaduras infectadas. Num estudo clínico multicêntrico não comparativo em pacientes com úlceras de perna crónicas, foi observado que 95% das úlceras incluídas no protocolo de tratamento com AQUACEL Ag apresentaram melhorias significativas ou moderadas após 28 dias (Vanscheidt, Lazareth & Routkovsky-Noval, 2003). Num outro estudo prospectivo e comparativo em pacientes com queimaduras do 2º grau, foi reportado que o AQUACEL Ag está associado a menos dor e ansiedade durante as mudanças de penso, menos desconforto após aplicação, menos mudanças de penso e menos tempo de enfermagem dispendido, relatando também uma boa relação custo-eficácia (Caruso et al, 2006).
Outras informações relevantes	A baixa concentração de prata sob a forma iónica não apresenta citotoxicidade nem induz resistência bacteriana.
Referências Bibliográficas	Caruso, D.M., et al (2006). Randomized clinical study of Hydrofiber dressing with silver or silver sulfadiazine in the management of partial-thickness burns. Acedido em 13 de Março de 2008, em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=16679897&cmd=showdetailview&indexed=google Vanscheidt, W., Lazareth, I. & Routkovsky-Norval, C. (2003). Safety evaluation of a new ionic silver dressing in the management of chronic ulcers. Acedido a 13 de Março de 2008 em http://www.medscape.com/viewarticle/466562 www.forumenfermagem.org
Data	23 de Março de 2008

Ficha Técnica

Carvão Activado

Cristiana Isabel Baltazar Sá

Nome Genérico	Carvão Activado
Nome(s) Comercial	Askina Carbosorb® (B.Braun) e Vliwaktiv® (Novamed).
Grupo Terapêutico	Absorventes.
Apresentação	Apresentam-se individualmente numa saqueta de papel, esterilizada. No caso da Askina Carbosorb® pode-se encontrar caixas de 10 unidades, com pensos de 10x10, ou em caixas de 10 unidades, com pensos de 10x20cm. Os pensos da marca Vliwaktiv® encontram-se em caixas de 20 unidades, de 10x10cm e em caixas de 20 unidades, de 10x20cm.
Modo de utilização	De acordo com B.Braun (2006), a utilização do penso de carvão activado deve respeitar as seguintes etapas: <ul style="list-style-type: none"> - Limpar a ferida, irrigando com Soro Fisiológico; - Secar a pele circundante da ferida; - Proceder a um desbridamento, caso seja necessário, para remover o tecido necrótico; - Escolher um apósito de tamanho apropriado para a área da lesão (cobrir completamente a superfície da ferida, deixando uma margem com 2-3 cm) e retirar do invólucro, de modo a não o conspurcar. - Colocar o penso directamente na ferida, como penso primário, em feridas com pouco exsudado, em feridas com muito exsudado combinar o penso de carvão activado com um penso de alginato de cálcio; - Proceder à sua renovação sempre que o exsudado for muito, e já ultrapasse a face externa do penso, ou se a intensidade de odor for elevada, devido a este já não estar a ser adsorvido. - Se a ferida estiver infectada, renovar este penso diariamente, se a ferida tiver odor e não se encontrar infectada, o apósito pode ser renovado passado 3-4 dias.
Modo de Acção	Segundo Cunha e João (2006), o apósito de carvão activado é constituído por três camadas, a camada externa é formada por viscosa-poliamida, com função de suporte, a camada intermédia é constituída por carvão activado e a camada interna é feita por viscosa que vai estar em contacto directo com a ferida. Este penso tem a capacidade de absorver o exsudado excessivo presente na ferida, adsorver microrganismos, toxinas e os produtos de degradação da lesão efectuando a sua quelação no seu interior. Este também é responsável por neutralizar odores (aminas voláteis e ácidos gordos), adsorvendo-os.
Indicações	Está indicado no tratamento de feridas agudas e crónicas de cheiro intenso, visto este ser um bom adsorvente de odores. Para B.Braun (2006), o penso de carvão activado pode ser utilizado em feridas infectadas ou não, com mau odor e com exsudado moderado a elevado.

Reacções Adversas	Para B. Braun (2006) São raros os casos de irritação e/ou maceração da pele, bem como de hipergranulação.
Interações com outros Agentes	Não encontrei nenhum dado científico sobre este tema.
Contra-indicações e Precauções	De acordo com B. Braun (2006), não utilizar o penso de carvão activado se já se conhecer anteriormente sensibilidade ao penso ou a alguns dos seus componentes. O apósito vem em embalagem estéril, se esta se encontrar danificada não deve ser utilizado. Não cortar o penso, pois pode haver libertação de carvão para o leito da ferida, agindo como corpo estranho.
Implicações para os Cuidados de Enfermagem	Cabe ao enfermeiro avaliar as características da ferida e escolher o penso mais adequado. Tanto para úlceras venosas, úlceras de pressão, feridas fúngicas, feridas cirúrgicas e traumáticas, desde que apresentem mau odor e exsudado o enfermeiro pode recorrer aos pensos de carvão activado. O penso de carvão activado pode ser importante na melhoria do bem-estar do doente consigo próprio e com os outros, pois tanto ele como as pessoas que contactam com ele não vão sentir com tanta intensidade o odor provocado pela sua ferida. Para B.Braun (2006), o penso de carvão activado pode ser utilizado na terapia compressiva na úlcera venosa de perna, sempre com a observação de um médico ou enfermeiro. O enfermeiro vai avaliar a evolução do tratamento, verificando a existência, ou não de combinação com outro produto, ou mesmo de alteração do tratamento.
Dados de evidência	Após pesquisa bibliográfica e na internet e envio de vários e-mails de pedido de colaboração tanto à B.Braun, como ao grupo Jaba para envio de dados de evidência, respectivamente do apósito de Askina Carbosorb® e do apósito de Vliwaktiv® , aos quais não obtive qualquer resposta, não consegui obter dados de evidência destes produtos.
Outras informações relevantes	Após vária pesquisa verifiquei que existe pouca informação sobre os pensos de carvão activado. Constatei que com o aparecimento de pensos mistos, tais como o Carboflex® (carvão activado com feridas de alginato e de carboximetilcelulose sódica) da Convatec, e de pensos impregnados como o Actisorb® silver (carvão activado com prata) de Johnson & Johnson, o penso de carvão activado foi colocado um pouco de parte. Mesmo a nível do serviço onde desempenho funções, Cirurgia Mulheres, utilizamos mais o penso de carvão activado com prata do que o de carvão activado pois partimos do princípio que a ferida ao ter um odor muito intenso e exsudado abundante e cicatrização retardada está infectada.
Referências Bibliográficas	B.Braun España (2006). Askina® Carbosorb®- Apósito de carbón Activo. Acedido em 25 de Março de 2008, em: http://www.bbraun.es/doc/doc_download_ir.cfm?uuid=A0604E362A5AE62665FE34019B8B3328 Cunha, E. P., & João, M. (2006). Material para o tratamento de feridas. In C. Coelho, E. P. Cunha, A. P. Dinis & M. J. Rocha. Feridas uma arte secular - Avanços tecnológicos no tratamento de feridas. (2ª ed.). (pp. 171-172). Coimbra: MinervaCoimbra Ficha técnica e folhetos informativos, fornecidos pelo laboratório B.Braun, que comercializa o penso Askina® Carbosorb.
Data	29 de Março de 2008

Ficha Técnica

Larvoterapia

Filipe Alexandre Bettencourt

Tratamento de Feridas e viabilidade Tecidual

Nome Genérico	Larvoterapia (MDT - Maggot Debridment Therapy)
Nome(s) Comercial	Segundo o site www.BTERFoundation.org , os laboratórios que produzem as larvas são o Monarch Labs (www.MonarchLabs.com), BioMonde (www.biomonde.de), Zoo-Biotic Ltd (www.zoobiotic.com), Japan Maggot Company (www.icn-jp.com/~maggot/), Department of Medical Entomology of Australia, Department of Zoology of Egypt, Department of Parasitology of Israel (http://www.md.huji.ac.il/conf/biotherapy.html)
Grupo Terapêutico	Sem informação no Índice Nacional Terapêutico ou Prontoário Terapêutico
Apresentação	Segundo Thomas (2004), as larvas são embaladas em contenedores estéreis, contendo, aproximadamente, 300 unidades, posteriormente fechados com um filtro de membrana, que embora permita a entrada do ar, não permite a transmissão de microorganismos. Mais recentemente, estão também disponível no mercado umas embalagens semelhantes a pequenos sacos de chá, que embora pareçam trazer apenas vantagens no manuseamento das larvas, estudos comprovam que as larvas livres tem um crescimento muito superior e conseguem deste modo executar de forma mais regular o seu trabalho de limpeza.
Modo de utilização	Segundo Jones & Thomas (2000) o grande problema com a aplicação de larvas nas feridas é a construção de um apósito que consiga mantê-las na ferida sem as sufocar. O método recomendado, e que é também o mais utilizado, é aquele em que um penso hidrocolóide é aplicado aos bordos da ferida como se se tratasse de uma moldura. Neste caso o hidrocolóide tem três funções importantes, nomeadamente, fornece uma base para o segundo componente do penso, faz diminuir qualquer sensação de que as larvas se estão a movimentar para o exterior da ferida, e protege a pele circundante das enzimas libertadas pelas larvas impedindo a sua irritação ou escoriação. Quando o hidrocolóide está colocado, uma rede de retenção é recortada de forma a ter um tamanho mais pequeno do que o hidrocolóide, garantindo que tem área suficiente para cobrir todo o leito da ferida. As larvas são vertidas do recipiente para cima da rede de suspensão, devendo, no entanto, ser colocado uma camada de gaze debaixo da rede de suspensão, nesta altura, de forma a garantir que o líquido é removido, deixando apenas as larvas num ambiente húmido no centro da rede. A rede é voltada ao contrário, sendo vertido o conteúdo e colocado na ferida. Neste momento as larvas estão sobre a rede na superfície do leito da ferida. A rede é então segura ao hidrocolóide utilizando adesivo resistente à água. É aconselhável a aplicação de uma compressa embebida em solução salina na superfície externa da rede de suspensão de forma a evitar a desidratação das larvas.

<p>Modo de utilização (continuação)</p>	<p>Um apósito perfurado é então aplicado, seguido de um apósito absorvente de forma a conter o tecido necrótico liquefeito. Segundo Thomas & Jones (2000) este método garante que as larvas ficam retidas no local da ferida, e garante também a passagem de oxigénio para as larvas e a drenagem de exsudado para o exterior. Ainda segundo Jones & Thomas (2000) é importante explicar ao paciente que é de esperar um aumento do exsudado produzido pela ferida, e alterações da cor e do cheiro. Embora a remoção de tecido desvitalizado reduza o odor, numa primeira fase da larvoterapia, a combinação de enzimas libertadas pelas larvas com o tecido necrótico liquefeito</p>
<p>Modo de Acção</p>	<p>Jones & Thomas (2000) dizem-nos que as larvas são criaturas vivas que necessitam de oxigénio para sobreviver. Habitualmente, os enfermeiros pensam que as larvas limpam as feridas porque comem e mastigam o tecido desvitalizado no local da lesão. O que não é verdade porque as larvas não possuem dentes, motivo pelo qual estas não conseguem morder, puxar ou arrancar os tecidos das feridas. As larvas são de facto verdadeiras fábricas químicas vivas. Movem-se sobre a superfície da ferida e segregam uma poderosa mistura de enzimas proteolíticas que destroem o tecido morto, liquefazendo-o. Depois, aspiram o líquido resultante da degradação do tecido morto e ingerem-no. É relevante salientar que a poderosa mistura de enzimas libertadas pelas larvas, irá apenas liquefazer o tecido desvitalizado. Quando as enzimas entram em contacto com tecido saudável, estas são neutralizadas, não havendo por isso perigo de as larvas removerem tecido não danificado juntamente com o tecido desvitalizado. As larvas também eliminam os previnem o crescimento de bactérias no leito das feridas, recorrendo a diversos métodos. Segundo Robinson & Norwood (1933), citados por Jones & Thomas (2000), as larvas ingerem e digerem bactérias que se encontram associadas ao tecido desvitalizado da ferida, sendo destruídas com juntamente. Segundo Messer & McClellan (1935), citados por Jones & Thomas (2000), a secreção produzida pelas larvas aumenta o pH das feridas para cerca de 8 a 8.5 devido à produção de amónia, que inibe o crescimento de algumas bactérias. Robinson (1940), citado por Chan & Fong & Leung & Patil & Leung (2007), diz que a amonia excretada pelas larvas aumenta o pH das feridas criando um ambiente desfavorável ao crescimento bacteriano. Na opinião de Pavilliard & Wright (1957), citados por Jones & Thomas (2000), os químicos libertados pelas larvas possuem capacidades anti microbianas que podem ajudar a combater infecções. Segundo Prete (1997), citado por Jones & Thomas (2000), muitos investigadores notaram que a presença de larvas nas feridas, aparentemente, estimula o aparecimento do tecido de granulação, e por consequência, acelera o processo de cicatrização. Isto foi comprovado em estudos laboratoriais onde a presença de secreções das larvas estimulou o desenvolvimento dos fibroblastos.</p>
<p>Indicações</p>	<p>A larvoterapia é útil quando se necessita de uma rápida limpeza do leito da ferida. No caso da ferida estar limpa e com boa evolução da granulação não existem muitas vantagens em usar larvas como tratamento. No entanto, nas feridas cheias de tecido desvitalizado, as larvas irão rapidamente desbridá-las, o que pode ser benéfico em pacientes com tratamentos de longo prazo. No caso de pacientes em que o desbridamento cirúrgico é declarado não viável, devido a possível risco anestésico, mas que beneficiariam com o rápido desbridamento da ferida, o tratamento com larvas assume um papel de relevo.</p>

<p>Indicações (continuação)</p>	<p>Segundo Sherman et al (1995), citados por Jones & Thomas (2000), se as larvas são utilizadas para limpar o leito das feridas, sendo o processo reduzido, por vezes, em várias semanas, isto tem implicações óbvias na gestão de recursos e nos benefícios para os pacientes. Habitualmente os paciente não sentem as larvas na ferida, não sendo necessária analgesia, nem mesmo durante a mudança de apósito. A excepção a esta situação, são os doentes com componente isquémica na sua ferida. Acredita-se que isto acontece devido à alteração do pH na ferida, e geralmente um ligeiro aumento da analgesia é tudo o que é necessário. Rayman et al (1998), citados por Jones & Thomas (2000), defendem que no tratamento de áreas necróticas nos pés de doentes com diabetes, as larvas provaram ser muito eficazes, diminuindo dramaticamente o tempo do tratamento, e em muitos casos, evitando amputações de dedos e outras partes do pé.</p>
<p>Reacções Adversas e efeitos colaterais</p>	<p>Segundo Jones & Thomas (1997) as larvas adultas são muito adaptáveis a situações adversas e permanecem viáveis durante mais tempo. As larvas utilizadas em tratamento de feridas são jovens e menos robustas e por isso correm o risco de se desidratar mais rapidamente se forem aplicadas em feridas cobertas com material necrótico duro e seco. É por isso recomendado que este material necrótico duro e seco seja tratado com hidrogéis durante alguns dias, antes de serem aplicadas as larvas, de forma a aumentar a humidade da ferida. Thomas & Andrews (1999), citados por Jones & Thomas (2000), salientam que a escolha do hidrogel é importante na larvoterapia, porque muito hidrogéis contém propilenoglicol, e qualquer resíduo deste químico no leito da ferida pode ter um efeito adverso na viabilidade e crescimento das larvas. Sherman et al (1995b), citados por Jones & Thomas (2000), referem que não existem evidências que sugiram que as larvas são afectadas pela administração concomitante de antibióticos, quimioterapia ou radioterapia. Wollina & Karte & Herold & Looks (2000), citados por Chan et al (2007), referem a mesma temática, salientando que o propilenoglicol dos hidrogéis pode limitar o crescimento e a viabilidade das larvas, enquanto que os antibióticos sistémicos não afectam o seu desenvolvimento. Jones & Thomas (2000) reconhecem que os enfermeiros têm reportado casos em que as larvas têm morrido no local da ferida antes de começarem a desbridar o tecido desvitalizado. Após alguma discussão, acredita-se que a ferida se encontra coberta por um apósito impermeável à passagem de oxigénio. Normalmente estes apósitos são utilizados para impedir a contaminação da ferida, por fezes ou urina, mas tem o inconveniente de sufocar as larvas. Outro problema comum é a perda de componentes do penso. Isto deve-se normalmente devido a utilização de adesivo não resistente à água. Mas pode dever-se também à localização da ferida, o que é resolvido com a mudança das redes de retenção que podem ter diversas formas e tamanhos.</p>
<p>Interacções com outros Agentes</p>	<p>Segundo o site WWW.drugs.com, as interacções não se encontram bem documentadas.</p>
<p>Contra-indicações e Precauções</p>	<p>Segundo Thomas & Jones (1999), citados por Jones & Thomas (2000), existem muito poucas contra-indicações no uso de larvoterapia, mas, como precaução, é recomendado que não seja aplicada em feridas que contenham fistulas, ou feridas que entrem em contacto com órgãos vitais. Existem alguns casos isolados, onde foram relatados hemorragias provocadas por larvoterapia. Acredita-se que nestes casos, isto se deve à erosão das paredes dos vasos sanguíneos provocada pelas enzimas segregadas pelas larvas.</p>

<p>Contra-indicações e Precauções (continuação)</p>	<p>Como resultado, recomenda-se o uso de larvas com precaução junto a vasos sanguíneos e a monitorização regular da ferida. No entanto, e dado que as larvas limpam as feridas devido a liquefacção do tecido desvitalizado, dá-se geralmente um aumento da quantidade de exsudado, geralmente de cor rosa-avermelhado, que pode ser confundido com sangue. Richardson (2004), citado por Chan et al (2007), defende que as feridas secas são a principal contraindicação porque as larvas necessitam de humidade para conseguirem actuar. Refere também que o uso destas deve ser evitado em feridas abertas, dentro de cavidades corporais, em proximidade dos grandes vasos, pois estas situações dificultam a remoção posterior das larvas. Drisdelle (2003), citado por Chan et al (2007), salienta que as larvas não devem ser utilizadas em pacientes alérgicos a ovos, rebentos de soja, ou, à própria larva. Wollina & Karte & Herold & Looks (2000) referem que a larvoterapia não foi associada a quaisquer efeitos ou complicações adversas, embora existam relatos de desconforto e odor acentuado aquando da mudança do primeiro penso, bem como de fuga de larvas. Wolff & Hanson (2003), citados por Chan et al (2007), dizem que a aplicação excessiva de pressão em partes da ferida pode matar algumas das larvas que se encontrem sobre esse local, levando a uma diminuição da resposta das larvas devido à diminuição do seu número. No entanto, e apesar destes problemas, mesmo os paciente que referiram dor durante o tratamento, no final, apresentavam melhoria das condições da ferida. Segundo Richardson (2004), citado por Chan et al (2007), o maior obstáculo na utilização de larvoterapia parece ser, aparentemente, a fraca aceitação por parte de profissionais e pacientes. Crenças sociais e culturais e o chamado factor "YUK" podem inicialmente dificultar a sua aceitação, mas alguns estudos confirmam que pacientes que receberam uma preparação psicológica adequada e informação adequada de profissionais de saúde, aceitaram melhor o início da terapia e os tratamentos seguintes. Chan et al (2007), refrem que apesar da experiência da larvoterapia ter a tendência para ser menos assustadora e mais benéfica do que se imaginava, é importante que os profissionais de saúde expliquem e tirem dúvidas aos pacientes, respondendo a todas as dúvidas e preocupações, sempre e em qualquer situação.</p>
<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>Segundo Jones & Thomas (2000), as vantagens para os enfermeiros podem resumir-se a um rápido desbridamento de feridas, eliminação da infecção, controlo de odor, estimulação do crescimento do tecido de granulação e a relação custo efeito. Segundo Chan et al (2007), a larvoterapia é um meio efectivo e seguro no tratamento de feridas crónicas, visto que providencia um rápido e efectivo desbridamento das feridas e diminuí os custos totais do tratamento.</p>
<p>Dados de evidência</p>	<p>Wayman & Nirojogi & Walker & Sowinski & Walker (2000), citados por Chan et al (2007) demonstraram a relação custo-benefício da larvoterapia (MDT) em pacientes com úlceras venosas. No seu estudo, o custo do tratamento por paciente, tratados com larvoterapia, era cerca de metade dos custo dos doentes tratados com hydrogel, tendo o grupo da larvoterapia necessitado de apenas um quinto das visitas hospitalares, em relação ao grupo do hydrogel, para atingir o desbridamento pretendido. De acordo com Thomas and Jones (1999), citados por Chan et al (2007) quando os custos de enfermagem foram incluídos, a despesa total em materiais utilizados num desbridamento favorável foi de £82 versus £503 a favor da utilização de larvoterapia.</p>

Dados de evidência (continuação)	A redução no total da despesa pode ser atribuída, não só, à diminuição do tempo de desbridamento, como também ao reduzido número de visitas hospitalares, ou dias de internamento, que resultaram numa poupança significativa para o sistema de saúde.
Outras informações relevantes	Wollina et al (2000), citados por Chan et al (2007), referem que as larvas da mosca <i>Lucilia (Phaenicia) sericata</i> são as mais utilizadas no tratamento e desbridamento de feridas. No entanto, segundo o site www.drugs.com , podem ser utilizadas larvas de <i>Phaenicia sericata</i> , <i>Lucilia caesar</i> e <i>Pharmia regina</i> . Esta mosca (<i>Lucilia (Phaenicia) sericata</i>) pertence à ordem Díptera, conhecida devido à capacidade dos seus membros infectarem hospedeiros e tecidos vivos. As larvas eclodem dos ovos com cerca de 1-2 mm ao fim de 12 a 24 horas. Ao encontrarem tecido necrótico nas feridas, elas crescem rapidamente e atingem a maturação dentro de 4 a 5 dias, medindo 10 mm de comprimento. Mais tarde, e dentro de um casulo, a larva adulta transforma-se em mosca. Segundo Richardson (2004), citado por Chan et al (2007), a larva utilizada em larvoterapia tem de ser estéril para prevenir a contaminação, e, por isso, deve ser criada num ambiente controlado com humidade e esterilidade. Larvas recém nascidas devem ser utilizadas dentro de 8 horas ou guardadas no frigorífico entre 8 e 10°C de forma a reduzir o seu metabolismo. Collier (2006), citado por Chan et al (2007) defende que de forma a maximizar o desbridamento é importante garantir uma óptima temperatura corporal, um aporte adequado de oxigénio e humidade.
Referências Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Chan, D., & Fong, D., & Leung, J., & Patil, NG., & Leung, G. (2007, Outubro) Maggot debridment therapy in chronic wound care. <i>Hong Kong Medical Journal</i>. 13, 5, 382-286. - Jones, M., & Thomas, S. (2000, Fevereiro) Larval Therapy. <i>Nursing Standard</i>. 14, 20, 47-51. Data de aceitação: 12 Janeiro 2000. - Thomas, S. (2004, Fevereiro) Advice for community pharmacists on how to order and dispose of maggots. <i>The Pharmaceutical Journal</i>. 272, 222-223. - www.BTERFoundation.org, acedido dia 29 de Março de 2008, www.drugs.com, acedido dia 29 de Março de 2008 às 18h00.
Data	29 de Março 2008

Ficha Técnica

Cadexomero de iodo

Helena Vicente

Nome Genérico	Cadexomero de iodo
Nome(s) Comercial	Iodosorb - Iodoflex
Grupo Terapêutico	Dispositivo médico de Classe III
Apresentação	O cadexómero de iodo apresenta-se em doses unitárias com 3 apresentações diferentes: Compressas: Caixa com 5 x 5g; 3x10 g; 5x10g e 2x17g. Creme: Caixa com 2 bisnagasx20 g; 4x10g e 1x 40g. Pó: Caixas com carteiras: 7x3g; 1x25g e 1x50g
Modo de utilização	Após limpeza da ferida com soro fisiológico, aplicar o cadexómero de iodo na apresentação que for mais conveniente; usar um penso secundário adequado ; trocar o penso quando se este apresentar branco (normalmente 2 a 3 vezes por semana) ou quando o penso secundário estiver saturado; se a ferida for muito exsudativa pode ser necessário trocas diárias. sempre que se trocar o penso deve remover-se cuidadosamente o cadexómero de iodo restante da superfície da ferida por meio de fluxo de água ou solução salina. No caso de apresentação em pó ou creme, estes devem aplicados sob a superfície da ferida numa camada de 3 mm de profundidade com a mesma forma da lesão. Na apresentação de compressa, a pasta de cadexomero de iodo vem envolvida em 2 gases protectoras de poliéster, que devem ser retiradas antes de aplicar na ferida. Esta, pode ser cortada.
Modo de Acção	Cadexómero de iodo consiste numa matriz de microesferas de amido modificado, polietilenglicol e iodo. As esferas de cadexomero são biodegradáveis. este penso promove uma libertação prolongada de iodo, de forma continua, mantendo os níveis de iodo na lesão. Uma dose unitária de 1g contém cadexómero de iodo 600mg equivalente a 9mg de iodo (0,9% de iodo activo) e 591 mg de cadexómero. Quando em contacto com o exsudado da ferida, o cadexomero de iodo absorve o fluido e remove o exsudado, o pús e também fibrina da superfície da ferida (1g de cadexómero de iodo pode absorver até 6ml de fluido). O iodo que está imobilizado na matriz de cadexómero de iodo seco, é libertado lentamente numa forma activa durante a captação de fluido da ferida, formando-se um gel branco, húmido e suave. Este gel formado pode ser removido sem lesar o novo epitélio
Indicações	Tratamento de feridas crónicas infectadas com exsudado moderado a elevado, incluindo úlceras de perna, úlceras de pressão e úlceras diabéticas. Situações onde a fibrina, infecção ou risco de infecção, são um problema. Cadexomero de iodo pode ser utilizado com terapia compressiva

Tratamento de Feridas e viabilidade Tecidual

<p>Reacções Adversas e efeitos colaterais</p>	<p>Cerca de 5% dos doentes tratados com cadexomero de iodo sentem um ardor ou uma dor transitórios na primeira hora após a aplicação. Foram comunicados casos raros de alergia de contacto, alteração da função tiroideia e edema local. Podem ocorrer um rubor ou tumefacção de menor importância à volta da ferida sem significarem necessariamente uma reacção alérgica, e sendo esta manifestação, passageira. Observou-se, ocasionalmente, a formação de uma crosta aderente quando o cadexómero de iodo não é mudado com frequência suficiente.</p>
<p>Interacções com outros Agentes</p>	<p>Existe um risco potencial de interacção com lítio, o que origina uma maior possibilidade de hipotiroidismo. O cadexomero de iodo não deverá ser utilizado com antisépticos mercuriais, p.ex. mercurocromo e tiomersal. Como o iodo pode ser absorvido por via sistémica, pode influenciar os resultados das provas da função tiroideia</p>
<p>Contra-indicações e Precauções</p>	<p>Contra - indicações: O cadexómero de iodo está contraindicado: em doentes com sensibilidade conhecida ou suspeita ao iodo; na Tiroidite de Hashimoto; no bócio nodular não tóxico; em crianças. O cadexómero de iodo não deverá ser utilizado: por mulheres grávidas ou que estejam a amamentar. Este produto também não deve ser aplicado em necroses secas. Advertências e Precauções especiais de utilização: O iodo pode ser absorvido por via sistémica, especialmente quando são tratadas feridas grandes. Doentes com alteração grave da função renal ou com antecedentes clínicos de perturbações tiroideias são mais susceptíveis a alterações do metabolismo da tiróide resultantes da acção prolongada com cadexómero de iodo. No bócio endémico, houve comunicações isoladas de hipertiroidismo associado ao iodo exógeno. Uma só aplicação de cadexomero de iodo não deve exceder os 50 g e nunca se deve aplicar mais de 150g por semana. A duração do tratamento não deve ser superior a 3 meses em cada ciclo de tratamento. O contacto com a pele imediatamente em volta da ferida e com a pele intacta deve ser minimizado</p>
<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>Avaliar se o doente conhece alergia ao iodo. Atenção à quantidade de cadexomero de iodo que se aplica por forma a não exceder os limites de segurança, referidos nas precauções</p>
<p>Dados de evidência</p>	<p>Comparação da actividade antimicrobiana do cadexomero de iodo (camada simples e penso com iodopovidona (Inadine-4 camadas): Cadexomero de iodo (ao contrário do Inadine) manteve-se activo ao fim 3 dias e reduziu significativamente a contagem de bactérias MSRA e Pseudomonas Aeroginosas. Fonte: Smith & Nephew 2004, 6763/IODOSORB/TECHMON/GLOBAL/0404. Avaliação in vitro da redução de bactérias pelo cadexomero de iodo e pelos seus competidores pensos antimicrobianos de prata (Aquacel Ag; Atrauman Ag; Maxorb Extra Ag, e Tegaderm Ag Mesh). Estudou-se o logaritmo de redução de 4 Microorganismos: MSRA, E.Coli; P.Aeoriginosa e VRE. Verificou-se esta redução aos 30', 2h, 4h, 24h e 72h.e, obteve-se que nenhum dos pensos de prata superou a actividade do cadexomero de iodo para todos estes microorganismos, sendo que alguns igualaram-no mas apenas às 24 e 72 horas. Fonte: Smith & Nephew Wound Management, Data On File Report - 0607023, July 2006.</p>

Dados de evidência	Dez estudos comparativos da aplicação de cadexomero de iodo em úlceras de perna versus tratamento standard (com e sem terapia compressiva), dextranomer, hidrocoloide e gaze vaselinada. Estes envolveram 645 doentes, e foram desenvolvidos entre 1985 e 1998 em vários países da Europa. Os resultados destes 10 estudos apontam para uma maior eficácia do cadexomero de iodo do que todos os outros produtos. Fonte: Revisão de antibióticos e antisépticos em úlceras de perna, publicado na Cochrane em Janeiro de 2008
Referências Bibliográficas	Rocha, M.J. , Cunha, E.P., Dinis, A.P., & Coelho, C., (2006). Feridas , uma arte secular. Coimbra: Minerva, 2ª edição Smith & Nephew (2005). Informação do produto (Bula) - Smith & Nephew Wound Management, (2006) An in vitro assessment oh the bacterial log reduction properties induced by IO-DOSORB dressings and competitor antimicrobial dressings Data on File Report - 0607023, July 2006 - Smith & Nephew (2004) A comparison of the antimicrobial activity of a cadexomer iodine dressing and a povidone iodine dressing 6763/IODOSORB/TTECHMON/GLOBAL/0404 - O'Meara S, Al-Kurdi D, Ovington LG (2008) - Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers (Review) in The Cochrane Library publicado em Janeiro de 2008 e acedido em Março de 2008
Data	Março, 2008

Ficha Técnica

Protector Cutâneo Não Irritante (Spray) Creme Barreira Hidratante

Patrícia Raquel Rodrigues Homem e Silva

Tratamento de Feridas e viabilidade Tecidular

Nome Genérico	Protector Cutâneo Não Irritante (Spray)/Creme Barreira Hidratante
Nome(s) Comercial	Cavilon
Grupo Terapêutico	Medicamentos Usados em Afecções Cutâneas: Emolientes e Protectores
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">• Protector Cutâneo Não Irritante:<ul style="list-style-type: none">- Spray- Com aplicador de espuma• Creme Barreira Hidratante
Modo de utilização	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar em pele limpa e seca.• Protector Cutâneo com aplicador de espuma – aplicar uma camada uniforme de película sobre toda a área a tratar.• Protector Cutâneo em spray – aplicar numa camada uniforme, entre 10 a 15 cm da pele, cobrindo a área a tratar. Se uma fracção da área pretendida não tiver sido abrangida, aguardar cerca de 30 segundos, para que o produto seque, antes da nova aplicação. Na presença de pregas cutâneas, mantê-las separadas até a camada de película ficar bem seca, deixando então a pele retomar a sua posição normal. Apenas é necessário renovar a aplicação a cada 72h ou após 3 lavagens.• Creme – aplicar uma pequena quantidade suavemente, na região afectada, para facilitar a sua absorção. Quando utilizado para protecção da pele devido a incontinência, efectuar nova aplicação após a 3ª lavagem. Se for utilizado como hidratante da pele com secura extrema, aplicar de 2 em 2 dias.
Modo de Acção	<ul style="list-style-type: none">• Protector Cutâneo Não Irritante – barreira a fluidos corporais e a drenagem de úlceras, através de formação de uma película barreira de Terpolímero de Acrilato (transparente), livre de álcool, que produz um espessamento da camada córnea da epiderme. Esta película mantém-se por 72h ou resiste a 3 lavagens.• Creme – forma uma barreira contra os fluidos e os agentes irritantes, resistente à água, que se prolonga até 24h.
Indicações	<ul style="list-style-type: none">• Protector Cutâneo Não Irritante:<ul style="list-style-type: none">- Barreira primária a fluidos corporais, para melhorar ou ultrapassar problemas relacionados com incontinência;- Protecção da pele fragilizada pela utilização contínua de apósitos e adesivos;- Protecção da pele peri-estomas;- Protecção da pele circundante da ferida.• Creme:<ul style="list-style-type: none">- Prevenção de lesões cutâneas associadas a incontinência;- Hidratação da pele com secura extrema ou com tendência a lacerar.
Reacções Adversas e efeitos colaterais	<ul style="list-style-type: none">• A aplicação de diversas camadas do produto poderá conduzir a rigidez local da pele;• A utilização de outros cremes, loções ou hidratantes de forma concomitante, poderá reduzir a eficácia deste produto;• Permitir que o produto seque completamente, antes de colocar almofadas, outro material de prevenção de úlceras ou roupas, devido à propensão para aderir aos mesmos.

Interações com outros Agentes	<ul style="list-style-type: none"> • Auxilia na aderência a apósitos secundários, se estes forem necessários; • A aplicação do produto sob eléctrodos poderá afectar a monitorização.
Contra-indicações e Precauções	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilizar as duas apresentações em simultâneo. • Protector Cutâneo Não Irritante - não deve ser usado na presença de infecção. <ul style="list-style-type: none"> -Spray - Utilizar apenas a partir de 1 mês de idade. O spray é inflamável, pelo que deve ser utilizado em áreas bem ventiladas. • Creme - está contra-indicado em recém-nascidos e na protecção da pele vulnerável contra lacerações (uma vez que promove a aderência). Neste caso, não aplicar o creme sob materiais adesivos.
Implicações para os Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • A película barreira promove a cicatrização da pele circundante de uma úlcera, o que permite a optimização do seu tratamento, através da aplicação de materiais adesivos, apenas possível sobre a pele íntegra. • Película em spray e creme - o período de actuação é de 72 horas. Por conseguinte, há redução no tempo de enfermagem utilizado para a intervenção - aplicar protector da pele. Esta intervenção, que seria efectuada de 3 em 3 horas para um hidratante usual, passa a realizar-se 1 a 2 vezes por dia, caso sejam necessárias aplicações muito frequentes.
Dados de evidência	<p>Segundo Schuren, Becker e Sibbald (2005), não há diferença entre as propriedades de protecção dos diferentes métodos de barreira, utilizados para proteger a pele circundante das úlceras crónicas. No entanto, a película líquida de acrilato tem impacto significativo na integridade da pele circundante da úlcera, quando comparada com um placebo, ou se não for efectuado tratamento. Apresenta ainda benefícios significativos no controlo da dor e conforto do doente e a sua utilização pode reduzir o tempo de enfermagem.</p>
Outras informações relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Não é necessária a sua remoção, pois é eliminado através das lavagens ou com a renovação do estrato córneo. • Não deve ser utilizado como a única protecção física em feridas (profundas) em que o estrato córneo se encontre danificado, visto que o produto necessita da presença desse estrato, para se fixar; não se forma película no leito da ferida.
Referências Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Cavilon durable barrier cream - frequently asked questions. 3M™. http://solutions.3m.co.uk/wps/portal/3M/en_GB/Cavilon/skin-care/service-support/faq/#no_sting Acedido em 20/03/2008 - Cavilon™ no sting barrier film - frequently asked questions. 3M™. http://solutions.3m.co.uk/wps/portal/3M/en_GB/Cavilon/skin-care/service-support/faq/#no_sting Acedido em 20/03/2008 - Cavilon™ no sting barrier film - product application. 3M™. http://solutions.3m.co.uk/wps/portal/3M/en_GB/Cavilon/skin-care/products/application/ Acedido em 20/03/2008 - Baatenburg de Jong H, Admiraal H (2004) Comparing cost per use of 3M Cavilon No Sting Barrier Film with zinc oxide oil in incontinent patients. [versão electrónica]. Journal of wound care, 13(9), 398-400. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15517755 - Issberner, K. & Schuren, J. (sem data) A Comparative Study of the Skin Protectant Performance of Five Barrier Films. 3M™ http://multimedia.mmm.com/mws/media/webserver.dyn?6666660Zjcf6IVs6EVs66S9U6COrrrrQ - Newlin, P. (200). Treatment of Multiple Stage II Ulcers in Sacral-Coccygeal Region of a Faecally-Incontinent Patient. 3M™. http://multimedia.mmm.com/mws/media/webserver.dyn?6666660Zjcf6IVs6EVs666bCyCOrrrrQ - Schuren, J. & Becker A & Sibbald RG (2005) - A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3M Cavilon no-sting barrier film). International Wound Journal, vol. 2, nº 3, 230-238. - http://www.ingentaconnect.com/bsc/iwj/2005/00000002/00000003/art00012
Data	Março, 2008

Sulfadiazina de Prata

Márcia Lemos
Patrícia Olímpio

Nome Genérico	Sulfadiazina de Prata
Nome(s) Comercial	Silvadene® ;Silvaderme® Creme; SSD AF®; SSD®; Thermazene®; Flammazine creme
Grupo Terapêutico	Antibacteriano tópico
Apresentação	A Sulfadiazina de prata a 1% é composta por nitrato de prata e sulfadiazina de sódio (Ferreira, Lucas, Rossi & Andrade, 2003). Todas as marcas se apresentam como creme a 1%, ou seja, apresenta 1g de princípio activo por cada 100g de creme. As marcas Silvadene® e Thermazene® podem ser encontrados no mercado nas seguintes posologias tubos de 20g, 50g, 85g e boiões de 400g, a marca Thermazene® pode ainda ter a posologia de 1000g; Silvaderme® Creme apresenta-se em tubos de 50 g e boiões de 500 g, já as marcas SSD AF® e SSD® podem ser encontradas no mercado em doses individuais de 50g e 400g, sendo que a marca SSD® apresenta-se ainda nas quantidades de 25g e 85g (Folheto informativo de Silvaderme® Creme, 1999) (Lexi-Comp, Inc., 2008)
Modo de utilização	Deve-se lavar as mãos antes e depois do seu uso, calçar luvas esterilizadas. A área lesada deve ser lavada e os tecidos macerados devem ser removidos (tecido necrosado e desvitalizado), em seguida deve-se espalhar uma fina camada do produto na área afectada sem esfregar, pode-se aplicar 1 a 2 vezes por dia, ou consoante indicação médica, a área lesada deve estar permanentemente coberta de creme. Se necessário, é possível aplicar um apósito (Lexi-Comp, Inc., 2008).
Modo de Acção	Actua directamente na membrana da parede celular das bactérias. Bacterisida para muitas Gram-negativas e Gram-positivas, também é eficaz contra certas leveduras (Lexi-Comp, Inc., 2008), incluindo algumas espécies resistentes às Sulfanamidas (Alguire & Mathes, 2008). Também se torna particularmente eficaz contra Pseudomonas aeruginosa e maltophilia, Enterobacter, Klebsiella, Serratia, Escherichia coli, Proteus vulgaris e mirabilis, Morganella morganii, Providencia, Citrobacter, Acinetobacter calcoaceticus, Staphylococcus aureus e epidermidis, Enterococcus, Candida albicans, Corynebacterium diphtheriae e Clostridium perfringens (Lexi-Comp, Inc., 2008). Reduz a colonização microbial das feridas através da libertação lenta da prata nas concentrações que são selectivamente tóxicas para as bactérias (Alguire & Mathes, 2008). Uma absorção significativa a nível cutâneo pode ocorrer, especialmente quando aplicado em grandes áreas corporais (ex. grandes queimados). Tem cerca de 10 horas de tempo de vida, que pode ser mais prolongado em casos de insuficiência renal. Em casos de terapia prolongada apresenta um maior p _h o a nível sérico entre os 3 e os 11 dias. É excretado pelo rim, cerca de 50% deste produto pode ser encontrado na urina ainda sob a forma original do mesmo (Lexi-Comp, Inc., 2008).

<p>Indicações</p>	<p>É utilizada, principalmente, na prevenção e tratamento de infecções em queimaduras de segundo e terceiro grau (Ferreira, Lucas, Rossi & Andrade, 2003). Mas também tem bons resultados na prevenção e tratamento de diversas infecções cutâneas por bactérias e leveduras (Lexi-Comp, Inc., 2008). Segundo Alguire e Mathes (2008), este produto também tem indicação para ser utilizada na gestão da insuficiência venosa crónica e no tratamento de úlceras venosas de perna, em locais dadores de enxertos sendo ainda adjuvante no tratamento em abrasões extensas.</p>
<p>Reacções Adversas e efeitos colaterais</p>	<p>REAÇÕES ADVERSAS - Dermatológicas: prurido, rash cutâneo, eritema multiforme, despigmentação, fotosensibilidade; Hematológicas: anemia hemolítica, leucopenia, granulocitose, anemia aplásica; Hepáticas: hepatite; Renais: nefrite intersticial e Reacções alérgicas por hipersensibilidade ao grupo das sulfanamidas ou outro componente do creme (rash cutâneo, prurido, dispneia, tosse, edema da face, lábios, língua ou garganta) (Lexi-Comp, Inc., 2008). EFEITOS COLATERAIS - alteração da coloração da pele, irritação/rash cutâneo e anemia (Lexi-Comp, Inc., 2008).</p>
<p>Interacções com outros Agentes</p>	<p>A prata presente na sulfadiazina de prata pode interagir com enzimas proteolíticas usadas topicamente inactivando-as (Lexi-Comp, Inc., 2008).</p>
<p>Contra-indicações e Precauções</p>	<p>CONTRA-INDICAÇÕES: hipersensibilidade à sulfadiazina de prata ou outro elemento da sua composição; em bebés prematuros e neo-natais com idade inferior a 2 meses, no terceiro trimestre de gravidez no período de aleitamento, discrasia sanguínea e em doentes com deficiência da desidrogenase glicose-6-fosfato (G-6-PD) pode desencadear anemia hemolítica; usar com precaução em doentes com IH ou IR (Prontuário tareapêutico online, ANO). Os factores de risco na gravidez e aleitamento não podem ser regulados por falta de estudos em humanos e/ou animais ou por alguns deles apresentarem risco para o feto. No entanto, os benefícios alcançados poderão justificar os riscos potenciais (Lexi-Comp, Inc., 2008). PRECAUÇÕES: estão directamente relacionadas com as reacções adversas. Alergia à sulfamidas ou outro componente do produto, deve-se evitar o seu uso quando tem história prévia de reacção alérgica ao produto. O uso prolongado pode provocar infecção bacteriana ou fúngica. A absorção a nível sistémico é significativa e pode levar ao aparecimento de reacções adversas. Utilizar com precaução em utentes insuficientes hepáticos (a sulfadiazina pode-se acumular) e em doentes com insuficiência renal, a sulfadiazina também se poderá acumular. Como outros produtos de uso tópico deve se evitar o contacto com a boca, olhos, nariz e mucosas. Deve-se evitar exposição solar, utilizar protector solar e óculos escuros. Os autores Ferreira, Lucas, Rossi e Andrade (2003) apresentam, no seu estudo que o uso prolongado da sulfadiazina de prata pode tornar-se tóxica para o crescimento de queratinócitos e fibroblastos, atrasando, deste modo, o processo de cicatrização.</p>
<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>A utilização de sulfadiazina de prata em grandes queimados exige a vigilância quanto à presença de cristais de sulfadiazina na urina, relativamente à diurese, esta deverá manter-se entre 50cc/h e 100cc/h de modo a evitar a acumulação de cristais e/ou posterior obstrução do tracto urinário. Uma forma de reforçar a diurese poderá ser através da administração de líquidos, quer por via entérica, quer parentérica, ou ambas. A equipa de enfermagem deverá estar atenta a certos sinais e sintomas, tais como hematúria e oligúria.</p>

<p>Implicações para os Cuidados de Enfermagem</p>	<p>O facto deste produto ter uma taxa de absorção variável (atendendo ao grau da queimadura, à extensão da área lesada, aos tecidos presentes, entre outros) a vigilância por parte da equipa de enfermagem torna-se imperativa, estendendo-se também às reacções alérgicas. Outro sinal de alarme a ter em consideração poderá ser o aparecimento de equimoses/hematomas e hemorragias sem causa aparente.</p> <p>Poderá ser importante a monitorização de certos parâmetros , tais como, o equilíbrio hidroelectrolítico, análises à urina, testes da função renal e isto torna-se premente em grandes queimados ou em doentes com tratamento prolongado. Aquando da realização do penso poderá ser necessária a administração de analgésicos antes da aplicação do creme, a lavagem diária é aconselhável, uma vez que potencia o desbridamento mecânico (Lexi-Comp, Inc., 2008), segundo Joffe (2008), este desbridamento poderá ser realizado com compressa esterilizada e soro fisiológico.</p>
<p>Dados de evidência</p>	<p>Há consenso na literatura quanto à sua utilização no tratamento de queimaduras, com a finalidade de desbridar tecidos necrosados e combater a infecção local. A sulfadiazina de prata é um produto efectivo contra uma ampla microbiótica de Gram-negativos, como Escherichia coli, Enterobacter, Klebsiella sp e Pseudomonas aeruginosa, além de incluir bactérias Gram-positivas, como Staphylococcus aureus e também Candida albicans (Ferreira, Lucas, Rossi & Andrade, 2003). A gestão de insuficiência venosa e úlceras venosas crónicas pode incluir diversas modalidades de terapias, entre estas terapias e tratamentos encontra-se a sulfadiazina de prata que, segundo Alguire e Mathes (2008) tem sido indicada nestas patologias. Estas autoras referem ainda que, relativamente a este produto que "...tem uma longa tradição no tratamento de feridas cutâneas, incluindo queimaduras, feridas com perda de substância e em áreas dadas de enxertos" (Original em inglês), no entanto, alguns estudos realizados especificamente na área das úlceras venosas têm apresentado resultados algo controversos. Testes realizados "in vitro" indicam que este produto inibe o crescimento de uma grande variedade de bactérias e fungos patogénicos. Este anti-biótico tópico permite através da libertação lenta de prata atingir concentrações tóxicas para as bactérias de uma forma selectiva sem que os níveis séricos se tornem muito elevados (Alguire & Mathes, 2008).</p>
<p>Outras informações relevantes</p>	<p>Este produto pode ser armazenado à temperatura ambiente mas sempre protegido de qualquer fonte de calor. O creme deve ser descartado se este se apresentar escurecido, uma vez que a libertação da prata pode originar a reacção com metais pesados (Lexi-Comp, Inc., 2008). Relativamente à sobredosagem a bibliografia consultada remete-nos para a vigilância da função renal já descrita anteriormente. Encontram-se disponíveis no mercado diversas associações à sulfadiazina de prata que , segundo Ferreira, Lucas, Rossi e Andrade (2003) demonstraram ser eficazes , reduzindo o índice de infecção durante a sua utilização. Estas associações podem incluir componentes tais como mel, membrana amniótica, polietileno glicol, hidróxido de metacrilato, sufóxido de dimetil e nitrato de cério. Vantagens em método aberto: possibilita a visualização da área lesada, facilita a mobilização, baixo custo e simplicidade de aplicação.</p>

Outras informações relevantes (continuação)	<p>Desvantagens em método aberto: grande possibilidade de hipotermia, principalmente em grandes queimados, dificuldade na manipulação do utente, como por exemplo: segurar o braço aquando da mobilização e deambulação; fica mais propenso à sujidade ambiente. Silvaderme creme 50 g preço de venda ao público (PVP) é de 4,44 euros, Flammazine creme boião de 500g tem PVP 21,35 euros. Não há genérico desta substância activa.</p>
Referências Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Alguire, P. C. & Mathes, B. M. (2008). Drug therapy of chronic venous insufficiency. In Uptodate. Waltham MA: Burton D. Rosa. Acedido a 20 de Março de 2008 no site http://www.uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=genr_med/2391&selectedTitle=5~17&source=search_result (Original publicado em inglês); - Ferreira, E., Lucas, R., Rossi. L. A. & Andrade D. (2003). Curativo do paciente queimado: uma revisão bibliográfica. REV ESC ENFERM USP, 37 (1), 44-51 ,acedido a 19 de Março de 2008 em http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/123.pdf; - Joffe, M. D. (2008). Emergency care of moderate and severe thermal burns in children. In Uptodate. Waltham MA: Burton D. Rosa. Acedido a 20 de Março de 2008 no site Lexi-Comp, Inc. (2008). Silver sulfadiazine: Drug information. In Uptodate. Waltham MA: Burton D. Rosa. Acedido a 10 de Março de 2008 no site http://www.uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=ped_drug/160271 (Original publicado em inglês); - Prontuário Terapêutico Online, acedido a 25 de Março de 2008 em http://www.infarmed.pt/prontuario/framecapitulos.html.
Data	26 de Março de 2008