



# Anais

( ISBN - 978-85-66371-01-7 )

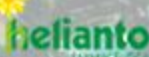
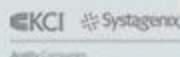
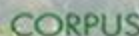
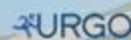
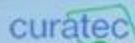
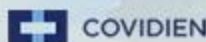


Congresso Brasileiro de  
Enfermagem em Dermatologia

Enfermagem dermatológica: conhecimento e segurança no  
cuidar da pele e feridas

19 a 22 de novembro de 2014

Atlântico Búzios Convention & Resorts  
Armação dos Búzios - RJ



## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** A APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

**Autores:** MARIA DE FÁTIMA DA COSTA JOYCE MUNIZ VICHI ALINE AFFONSO LUNA

**Título:** A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE HANSENÍASE E FENÔMENO DE LÚCIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** JÉSSICA ANDRADE DA FONSECA RHUANNA KAMILLA DA SILVA SANTOS HONORATO MARTINS DA NÓBREGA OLIVEIRA SUELI MORENO SENNA MARIANA BOULITREAU SIQUEIRA CAMPOS BARROS

**Título:** A IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE PELE RESSECADA.

**Autores:** ELIANE DA SILVA PEREIRA GISELLE VIANA MIRALHES ANA LUIZA AZEVEDO CONRADO DA SILVA MIRIAN DA COSTA LINDOLPHO WILLIAN DE ANDRADE PEREIRA DE BRITO LILIANE GOMES LÚCIO

**Título:** A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO A PESSOAS COM LESÕES CUTÂNEAS

**Autores:** DAYSE CHRISTIELLE ALVES MARTINS MORALES JÉSSICA SILVA COSTA KAREN CRISTINA PRADO VICENTE MÔNICA ANTAR GAMBA WILLIAM CASTILHO

**Título:** A IMPORTÂNCIA DE UMA BOA AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA E CORRETA ESCOLHA DO PRODUTO NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

**Autores:** CILANE CRISTINA COSTA SILVA VASCONCELOS PRISCILA BORGHI RIBEIRO DO NASCIMENTO JUSSARA DE PAIVA NUNES LENIGIA MARIA ALENCAR ALBA PAULA MENDONÇA LIMA SÔNIA MARIA ANACLETO F. SILVA

**Título:** A INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE NO BRASIL

**Autores:** MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA

**Título:** A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AMBULATORIAL: CAMINHOS TÁTICOS E TÁTICAS PARA A VISUALIZAÇÃO DOS CAMINHOS

**Autores:** GISELE MASSANTE PEIXOTO TRACERA ALINE FILLIPO SALGADO CINTHIA CRISTINE ROSA ISABELA DE F. FERREIRA NATÁLIA DURANS

**Título:** A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM SOBRE A EFETIVIDADE DA PAPAÍNA NO TRATAMENTO DE FERIDAS

**Autores:** PATRÍCIA ALVES DOS SANTOS SILVA CAROLINA CABRAL PEREIRA DA COSTA NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA

**Título:** A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

**Autores:** RHUANNA KAMILLA DA SILVA SANTOS JÉSSICA ANDRADE DA FONSECA PRISCILLA DE MELO LIMA RAYSSA GABRYELLA NERY DE BARROS SAYONARA STEFANE TAVARES DE MOURA MARIANA BOULITREAU SIQUEIRA CAMPOS BARROS

**Título:** A TERAPIA COMPRESSIVA NÃO ELÁSTICA NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** GISELE MASSANTE PEIXOTO TRACERA CYNTHIA VALÉRIA RAMOS

**Título:** A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA NEGATIVA EM ULCERA POR PRESSÃO.

**Autores:** JOSÉ ADAILTON FARIAS DE SOUZA

**Título:** A UTILIZAÇÃO DE BANDAGEM IMPREGNADA EM POLIHEXANIDA EM LESÕES PRÉ- ENXERTOS

**Autores:** ÂNGELA CARLOS DO AMARAL SHIRLEY RANGEL GOMES ZEIDE GOMES DE CASTRO LOBO MARIA MADALENA JORGE DE OLIVEIRA DO AMARAL MAYRA VILAS NOVAS AZEREDO LOBO NELCI CONCEIÇÃO DE MOURA

**Título:** A UTILIZAÇÃO DE TERAPIA DE FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA (TFPN) EM DEISCÊNCIA DE SAFENECTOMIA

**Autores:** ALCICLEA DOS SANTOS OLIVEIRA ANDREA ARAÚJO DA SILVA FABIANA CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA MITSUE DA SILVA HATANAKA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** A UTILIZAÇÃO DO HIDROGEL NO TRATAMENTO TÓPICO DE FERIDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

**Autores:** NARLEY ALVES COELHO

**Título:** ABORDAGEM DO ESPECIALISTA NO TRATAMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO: CASO CLÍNICO

**Autores:** JULIANA LUCINDA DOS SANTOS DAISY CRISTINA ZEMKE BARREIROS ARCHILA FABIO FRANCO FARIAS ELIANA KAVASAKA

**Título:** ABORDAGEM ÉTICA DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE FERIDAS

**Autores:** DIVINA EDNA DA SILVA ILAYNE ANTONIA GOMES PEREIRA LUCIELE PEREIRA DA SILVA

**Título:** ADEQUAÇÃO DE COBERTURA EM CATETER CENTRAL MINIMIZA O IMPACTO EM SKIN TEARS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** JULIANA LUCINDA DOS SANTOS DAISY CRISTINA ZEMKE BARREIROS ARCHILA

**Título:** ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Autores:** JUSSARA DE PAIVA NUNES BHEATRIZ GONDIM LAMBERT MOREIRA MARIA ELIANE MENDES FREITAS NÉO CILANE CRISTINA COSTA DA SILVA VASCONCELOS LENIRIA MARIA DE ALENCAR

**Título:** AGE, ÓLEO DE COPAÍBA E MELALEUCA: RESULTADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS EM HÉRNIA DE PAREDE ABDOMINAL.

**Autores:** MARIANA TAKAHASHI FERREIRA COSTA ANDRÉIA CRISTINE DENELUZ SCHUNCK DE OLIVEIRA SAYONARA SCOTA

**Título:** ALTERAÇÕES NA PELE DE IDOSOS ASSOCIADAS AO FOTO ENVELHECIMENTO

**Autores:** SIMONÉ KLOVRZA TAIS MASOTTI LORENZETTI FORTES MELISSA RODRIGUES DE LARA

**Título:** AMPUTAÇÃO EM PACIENTE DIABÉTICO: O USO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA COMO TERAPIA TÓPICA

**Autores:** ROSIANE BITTENCOURT FOLCHINI LEILA APARECIDA MEDEIROS DE SOUSA

**Título:** AMPUTAÇÃO TRANSMETATÁRSICA DO PÉ: ESTUDO DE CASO

**Autores:** CLAUDIA ELIZABETH DE ALMEIDA DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO FÁTIMA ROSANE R. LAMARCA MARTA PINHEIRO ENOKIBARA

**Título:** AMPUTAÇÕES POR DIABETES MELLITUS REFERENDAMOS UMA PRÁTICA PREVENÍVEL: UM ESTUDO DE CASO

**Autores:** MÔNICA ANTAR GAMBA MARIA DO LIVRAMENTO SARAIVA LUCOVEIS MARIA ALICE MOREIRA TORRES SANTIAGO LUIZ CLEMENTE ROLIM LÍVIA MARIA ZIMMERMANN

**Título:** ANÁLISE COMPARATIVA DE CUSTOS DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO COM DRENOS: COLETOR COM ADESIVO PLÁSTICO X BOLSA NEONATAL DE UROSTOMIA/COLOSTOMIA

**Autores:** CLAUDIA RENATA PÉRICO BRUNA PRINI RAFALDINI PAULA BUCK DE OLIVEIRA RUIZ KELLY CAMARAZANO MACHADO ANA CURY LUCIANA MACHIO

**Título:** ANÁLISE DA TERAPIA FOTODINÂMICA NO TRATAMENTO DE ONICOMICOSSES EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

**Autores:** ROSILENE FARIAS CALIXTO MERIAN FARIAS ALVES DOS SANTOS

**Título:** ANÁLISE PARCIAL DO CUSTO DOS CURATIVOS REALIZADOS DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

**Autores:** VIVIAN SCHUTZ LUCIANA ALEXANDRE PINTO DA SILVA

**Título:** ANÁLISES DOS CUSTOS DA UTILIZAÇÃO DOS ANEIS CONVEXOS NO MANEJO DE LESÕES DE PELE E NOS ESTOMAS COMPLICADOS

**Autores:** PAULA BUCK DE O RUIZ NÁDIA POLETTI VERA LUCIA CERA CUSATIS KELLY CAMARAZANO MACHADO BRUNA PRINI RAFALDINI CLAUDIA REGINA PERICO

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS COM FERIDAS CUTÂNEAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA

**Autores:** ISABELLA FERRARI DOS REIS CAMILA DIAS RODRIGUES NÁDIA A. AP. POLETTI

**Título:** APLICAÇÃO DA TERAPIA NEGATIVA EM PACIENTE COM COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICA.

**Autores:** ÂNGELA MARIA MARÇAL PRISCILLA NOGUEIRA SILVERIO

**Título:** APLICAÇÃO DE TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA EM DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA : ESTUDO DE CASO

**Autores:** ALINE PETRONILHA DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO MARCELA MENDES FERNANDA ROCHA RODRIGUES GRACIETE SARAIVA MARQUES

**Título:** APLICAÇÃO TÓPICA DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS INFECTADAS.

**Autores:** WILSON VASCONCELOS NEVES FILHO JANICE DE SOUZA GUIMARÃES CAMILA NEIVA CALDAS SYLVANIA ANDRADE ETTINGER JAMILE TELES DE ARAÚJO DANIEL DE ARAÚJO CASTRO JIUSEPPE BENITIVOGLIO GRECO JÚNIOR STANISLAW FERNANDO GOMES ROLIM

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM ESCABIOSE

**Autores:** MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA ELIANE ROLIM DE HOLANDA KELLY MONTEIRO DOS SANTOS JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS EMMANUELACHRYS DA SILVA BOMFIM PRISCILLA GLAZIELLY DOS SANTOS DE MORAES

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FERIDAS CRÔNICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** KELLY MONTEIRO DOS SANTOS AYANNE KAROLINE DA SILVA CHAGAS EMMANUELLACHRYS DA SILVA BOMFIM JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS KENNYA CRISTINA MENDES COCENTINO DE MEDEIROS MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA FALCÊMICA COM LESÃO DE EXTREMIDAS: RELATO DE CASO

**Autores:** BRUNA YARA COSTA BRUNA STEPHANIE SOUSA MALAQUIAS PATRÍCIA CRISTINE BARBOSA DE SOUZA GUILHERME AUGUSTO ROZA ROSALI ISABEL BARDUCHI OHL SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM QUEIMADURAS POR CHOQUE ELÉTRICO: UM RELATO DE CASO

**Autores:** LAUDICÉA DA SILVA SALES ISADORA PEREIRA FARIAS PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA EGILLANEMADZA MENDES SANTA CRUZ

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES QUEIMADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** AMANDA SORCE MOREIRA LUANA AIRES MEDEIROS DINIZ RACHEL MARINI RAFAELA BUTINHOLI ANTONUCCI

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME E ÚLCERA MALEOLAR: RELATO DE CASO

**Autores:** CÍNTIA CRISTINA ANDRADE LETÍCIA MARTINS CARDOSO BRUNA STEPHANIE SOUSA MALAQUIAS TACIANA SILVA ALVES MONTEIRO SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA

**Título:** ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE LESÃO POR MORDEDURA CANINA: ESTUDO DE CASO

**Autores:** ANDRÉA MARIA ALICE GALLO ELIANE MAZÓCOLI CAROLINA CAMPOLIN DE ALMEIDA MAIRY JUSSARA POLTRONIERI VINÍCIUS AGATÃO

**Título:** ASSISTÊNCIA DO ESTOMATERAPEUTA NO TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA INFECTADA

**Autores:** LUCIANA OLIVEIRA GOMES SEABRA DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO

**Título:** ASSISTÊNCIA DO ESTOMATERAPEUTA NO TRATAMENTO DE DERMATITE PERIESTOMAL: UM ESTUDO DE CASO

**Autores:** LUCIANA OLIVEIRA GOMES SEABRA

**Título:** ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A PACIENTE COM FÍSTULA CUTÂNEA: RELATO DE CASO

**Autores:** TÂMISA TERENA NASCIMENTO FONTES DÉBORA SILVA ARAÚJO NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** ASSOCIAÇÃO DE ALGINATO DE CÁLCIO COM PLACA DE POLIURETANO DE PRATA EM LESÃO INTERGLÚTEA DE PACIENTE COM TRAUMA RAQUI-MEDULAR

**Autores:** OLIVEIRA, MÁRCIA CRISTINA DE SOUZA RIBEIRO SILVA, CAMILA ARAÚJO DA

**Título:** ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO MONITORAMENTO DA HANSENÍSE

**Autores:** NATALY MESQUITA CARDOSO CHRISTIANE APARECIDA RODRIGUES DE LIMA MICHELLI NUNES GOULART PAULO GUILHERME CÁBIA VIVIANE REGINA MIRANDA ANA PAULA DE ASSIS SALES DA SILVA

**Título:** ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM ACIDENTES PROVOCADOS POR ANIMAIS AQUÁTICOS

**Autores:** MILENA SOUZA ESPINHELLI SABRINA HELENA FURUKAWA MARIA HELENA SANT ANA MANDELBAUM

**Título:** ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PLANTAR EM PACIENTE COM HANSENÍASE

**Autores:** IZABEL CRISTINA SAD DAS CHAGAS CLÉSIA JUSTINA DE PAULA SORAYA DINIZ GONÇALVES

**Título:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTÉTICA: DESAFIOS ATUAIS E PERSPECTIVAS

**Autores:** ELISÂNGELA FERRETTI CRISTINA FRANCO ALBIGNONI MARIA HELENA SANT ANA MANDELBAUM

**Título:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE DEISCENCIA DE DERMOLIPECTOMIA DE COXAS

**Autores:** CLODINE PEPES ROMEU DE OLIVEIRA

**Título:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE COM ÚLCERA DIABÉTICA

**Autores:** JOSÉLITO ADRIANO DA SILVA CLODINE PEPES ANGÉLICA SANTOS EMI TARSO AUGUSTO DUENHAS ACCORSI

**Título:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ONCOLÓGICO NO TRATAMENTO DE RADIODERMITE ÚMIDA.

**Autores:** ERIKA MACHTOUB ENRIQUE MACHADO GENAINE DE FÁTIMA ALVES T. FERNANDES DOS SANTOS JOELMA ARAÚJO DA SILVA CAVACANTI MÁRCIA MARIA MARQUES PEREIRA

**Título:** AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** AMARALINA PIMENTA MUNIZ KARINA CHAMMA DI PIERO

**Título:** AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE ESTUDANTES DURANTE SIMULAÇÃO CLÍNICA: IDENTIFICAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

**Autores:** MARIA HELENA LARCHER CALIRI ELAINE CRISTINA CARVALHO MOURA

**Título:** AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA

**Autores:** THIAGO MOURA DE ARAÚJO HERISON VANDRE LICES DA COSTA VANESSA AGUIAR PONTE

**Título:** AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UTI A PARTIR DA ESCALA DE WATERLOW

**Autores:** ANA PAULA DE ASSUNÇÃO BERTRAND THIAGO MOURA DE ARAÚJO MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO JALLYNE COLARES BEZERRA

**Título:** AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO A PARTIR DA ESCALA DE PUSH EM PACIENTES CRÍTICOS

**Autores:** FRANCISCA ERIKA LIMA THIAGO MOURA DE ARAÚJO JOSELANY ÁFIO CAETANO RHAIANY KELLY LOPES DE OLIVEIRA

**Título:** AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS ANTES E DEPOIS DA REALIZAÇÃO DO CURSO ÚLCERA POR PRESSÃO ONLINE

**Autores:** THIAGO MOURA DE ARAÚJO MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO LUANA CALDINI NUNES JOSELANY ÁFIO CAETANO

**Título:** AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE QUEIMADURAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL DE BASE SJR PRETO

**Autores:** NAUYLA MIRANDA DA COSTA JULIANA CRISTINA LIMA IZABELLE CRISTINA DE SOUZA SOLLER LUDMILLA LAURA MIRANDA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** BENEFÍCIOS DA HIDROFIBRA DE CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

**Autores:** NARLEY ALVES COELHO

**Título:** CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE SÃO PAULO: SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

**Autores:** ROSELI APARECIDA DE LIMA PALOMA LEMOS SANTOS GISLAINE GEBRA RIZK

**Título:** CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS REFERENTES A FERIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** GLYCIA DE ALMEIDA NOGUEIRA ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO BEATRIZ GUITTON RENAUD BAPTISTA DE OLIVEIRA LÍVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS FABIANA LOPES JOAQUIM

**Título:** CENTRAL DE CURATIVOS APLICANDO SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE ENFERMEIRA DERMATOTERAPEUTA

**Autores:** GRAZIELA SILVA DE PAULA MÔNICA MARIA LIMA

**Título:** CICATRIZAÇÃO DE FERIDA EM TIBIA COM PSEUDARTROSE INFECTADA COM USO DE FIXADOR EXTERNO: RELATO DE CASO

**Autores:** VIRGÍNIA MENDES MATIAS RODRIGUES

**Título:** CLÍNICA - ESCOLA DE ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**Autores:** PATRÍCIA FERREIRA GLEICIANO DA SILVA PINTO ESMERALDINA CARLOS DE FÁTIMA PEIXOTO NÉRI ANA MARIA COSTA CARNEIRO

**Título:** COBERTURA COM PELÍCULA DE SILICONE SUAVE APLICADA EM FERIDAS COMPLEXAS

**Autores:** CLAUDIA MARIA TETÊ DA SILVA CARLA DUQUE BATISTA LUCIANA MENDES NAIARA RODRIGUES NUNES LÍCIA MARQUES VIDAL ROBERTA AZOUBEL

**Título:** COMPARAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO ENTRE PACIENTES DE UMA UTI E UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA

**Autores:** THIAGO MOURA DE ARAÚJO LAIO MARTINS RODOVALHO ANDRÉIA GIRÃO GOMES

**Título:** COMPARATIVO DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM ESCALA DE KATZ DE ADULTOS E IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS

**Autores:** ELAINE ARAUJO DA SILVA ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO RENATA DA COSTA SANTOS FABIANA LOPES JOAQUIM ISABELA MARTINS DE MORAIS

**Título:** COMPARATIVO DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM ESCALA DE LAWTON DE ADULTOS E IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS

**Autores:** ELAINE ARAUJO DA SILVA ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO RENATA DA COSTA SANTOS FABIANA LOPES JOAQUIM ISABELA MARTINS DE MORAIS

**Título:** COMPLICAÇÕES ESTOMIAIS MAIS FREQUENTES EM UM PÓLO DE REFERÊNCIA.

**Autores:** ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA FABIANE BOMFIM DA SILVA COSTA ADELAIDE CARVALHO DE FONSECA JOSÉ LUCIMAR TAVARES

**Título:** CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO QUANTO AO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS.

**Autores:** OLIVEIRA B MONTIJO KMS

**Título:** CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM NA SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS

**Autores:** ANA PAULA DIAS BEZERRA MARIA CIDNEY DA SILVA SOARES AMANDA RIBEIRO FIGUEIREDO CASSIANA LAIS LOURENÇO SIMPLICIO SOCORRO MALAQUIAS DOS SANTOS EMANOELE MEDEIROS

**Título:** CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A PREVENÇÃO E CUIDADOS COM O PÉ DIABÉTICO

**Autores:** ANA LÍGIA FERNANDES REIS BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA CLÉA DOMETILDE SOARES RODRIGUES

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** CONHECIMENTO E PRÁTICA DE ENFERMEIROS SOBRE CUIDADO AOS PACIENTES COM FERIDAS

**Autores:** HOELZ, CÁSSIA MARQUES DA ROCHA ABBADE, LUCIANA PATRÍCIA FERNANDES PALHARES, VALÉRIA DE CASTILHO MIOT, HÉLIO AMANTE SARANHOLI, TAÍS LOPES

**Título:** CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE MELASMA

**Autores:** MARISTELA BELLETTI MUTT URASAKI AMANDA ESTEVES PELEGRINA

**Título:** CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ÚLCERAS NEUROTRÓFICAS DECORRENTES DE HANSENÍASE

**Autores:** AMANDA SOARES DUQUE ESTRADA GLAUCIA RIBEIRO GONÇALVES MERIELE DA SILVA GONÇALVES DIEGO DE CARVALHO TUBER

**Título:** CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ADAPTAÇÃO DO CLIENTE OSTOMIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** JOYCE MUNIZ VICHI MARIA DE FÁTIMA DA COSTA ALINE AFFONSO LUNA

**Título:** CRIAÇÃO DE UM MANUAL DE FERIDAS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA COOPERATIVA MÉDICA

**Autores:** JOSÉ ADAILTON FARIAS DE SOUZA DIEGO BONIL DE ALMEIDA MARCIA CRISTINA VIANA

**Título:** CUIDADO A UMA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA EM FACE POR CHAMA DIRETA

**Autores:** CLAUDIA MARIA TETÊ DA SILVA NAIARA RODRIGUES NUNES LÍCIA MARQUES VIDAL ANDRESSA SOUZA SANTOS ROBERTA AZOUBEL

**Título:** CUIDADOS COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS: ENFERMAGEM ORIENTANDO OS PAIS

**Autores:** ALESSANDRA CERQUEIRA DOS SANTOS BRUNA SOUSA DE OLIVEIRA ELIANE RAMOS PEREIRA FRANCIELE MALHARD DE ARRUDA PRISCILA DA SILVA MIRANDA ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA

**Título:** CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA EM DOMICÍLIO: RELATO DE CASO

**Autores:** DÉBORA SILVA ARAÚJO TÂMISA TERENA NASCIMENTO FONTES NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

**Título:** CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ÚLCERAS DE PERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

**Autores:** JULIEN SILVA LIMA PRISCILLA FARIAS CHAGAS KAREN SILVA SOUSA NORMA VALERIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA PATRÍCIA ALVES DOS SANTOS SILVA

**Título:** CUIDADOS PODOPROFILÁTICOS EM DM: UMA EXPERIÊNCIA NA ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA

**Autores:** Dayse Christielle Alves Martins Morales Mônica Antar Gamba

**Título:** DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO.

**Autores:** CLICIA REBELLO DANIELLE RODRIGUES DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO FERNANDA FELIX PRISCILA CUNHA

**Título:** DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR - UMA ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO NACIONAL

**Autores:** CAMILA GOTELIP DANIELE MACIEL GEIGISLAINE RIBEIRO

**Título:** DESENVOLVIMENTO DE PROJETO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO E CUIDADOS DOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

**Autores:** WILLIAM LIMA DE CASTILHO MÔNICA ANTAR GAMBA SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA ROSALI ISABEL BARDUCHI OHL

**Título:** DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE EDUCACIONAL PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

**Autores:** BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA ANA LÍGIA FERNANDES REIS MARIANA GUIMARÃES CARDOSO THIAGO SIQUEIRA DA CUNHA NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

**Título:** DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA DA COMISSÃO DE PELE

**Autores:** OSTHUES, STELA MARIS SANTANA MENDES, LUCIANA BATISTA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APRESENTADOS POR CLIENTE COM ERISPELA BOLHOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** ALINE FIGUEIREDO FERREIRA BRUNA GUIMARÃES ERMIDA EUZELI DA SILVA BRANDÃO LYVIA DA SILVA FIGUEIREDO YASMIN MENDES VICTOR SIMONE MARTINS REMBOLD

**Título:** DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À INSPEÇÃO DOS PÉS DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITO 2

**Autores:** CÍCERO FIDELIS ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA

**Título:** EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA DIABÉTICOS: PREVENINDO AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS.

**Autores:** ROSEANNE MONTARGIL ROCHA VERÔNICA RABÊLO AMARAL ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA MARIA LUISA FERREIRA DANTAS

**Título:** EFEITO DA REFLEXOLOGIA PODAL NA SUPERFÍCIE PLANTAR: ELASTICIDADE, HIDRATAÇÃO, TEXTURA, ESPESSURA E INTEGRIDADE DA PELE

**Autores:** NATÁLIA CHANTAL MAGALHÃES DA SILVA DENISE HOLLANDA IUNES ÉRIKA DE CÁSSIA LOPES CHAVES DANIELLE CRISTINA GARBUIO CRISTINA MARA ZAMARIOLI EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO

**Título:** EFICIÊNCIA DO COLCHÃO PIRAMIDAL, DENSIDADE 33, NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

**Autores:** REGINA HELENA SQUIZZATTO NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI CARLA MARIA FONSECA SIMÃO CRISTIANE CARVALHO DA SILVA BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA VANESSA BEATRIZ BORGES QUEIROZ

**Título:** ELABORAÇÃO DE INDICADORES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

**Autores:** THIAGO MOURA DE ARAÚJO MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO LUANA NUNES CALDINI JOSELANY ÁFIO CAETANO ALAN SIDNEY JACINTO DA SILVA

**Título:** ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS

**Autores:** ROGÉRIO RIBEIRO SIMONE DIAMANTINO VIANA LARANJEIRA ALDACY GONÇALVES RIBEIRO

**Título:** EMBOLISMO PULMONAR COMO FATOR DE MORBIDADE EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO: UM RELATO DE CASO

**Autores:** MARIA JOSÉ LEITE DE MEDEIROS PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA JUSSARA DE LUCENA ALVES JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA EGILLANEMADZA MENDES SANTA CRUZ

**Título:** ENVELHECIMENTO CUTÂNEO: POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA

**Autores:** TAIS MASOTTI LORENZETTI FORTES IVANA BARBOSA SUFFREDINI MELISSA RODRIGUES DE LARA

**Título:** EPIDERMOLISE BOLHOSA: EB RELATO DE CASO

**Autores:** ANGELA MARIA MARÇAL

**Título:** ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA COMO TERAPIA TÓPICA EM ÚLCERA VENOSA

**Autores:** PATRICIA VERA ROSIANE BITTENCOURT

**Título:** ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Autores:** JUSSARA DE PAIVA NUNES BHEATRIZ GONDIM LAMBERT MOREIRA MARIA ELIANE MENDES FREITAS NÉO CILANE CRISTINA COSTA DA SILVA VASCONCELOS LENIRIA MARIA DE ALENCAR ALBA PAULA MENDONÇA

**Título:** ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Autores:** JUSSARA DE PAIVA NUNES LENIGIA MARIA ALENCAR MARIA ELIANE MENDES FREITAS NÉO CILANE CRISTINA COSTA DA SILVA VASCONCELOS ALBA PAULA MENDONÇA BHEATRIZ GONDIM LAMBERT MOREIRA



## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA ENTRE PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS E DA POPULAÇÃO GERAL

**Autores:** BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA VERA LUCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS CAROL VIVIANA SERNA MILY CONSTANZA MORENO RAMOS GONZÁLEZ DANIELLE SOARES DA COSTA LUCIANA DE AGUIAR PACHECO

**Título:** ESTUDO DE CASO PARA MENSURAÇÃO DE FERIDA COMPARANDO DUAS ESCALAS

**Autores:** RAQUEL BRAGA GOMES DANIELA GIAN GROSSI AGUEDA M<sup>a</sup> R. ZIMMER CAVALCANTE ANDREA BRAZ VENDRAMINI SILVA ANDREA COTAIT AYOUB

**Título:** ESTUDO DE CASO: ATENDIMENTO À CRIANÇA PORTADORA DE FERIDA DECORRENTE DE HEMANGIOMA ULCERADO

**Autores:** CLICIA REBELLO DANIELLE RODRIGUES DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO FERNANDA FELIX PRISCILA CUNHA

**Título:** FERIDA CONTUSA: USO DO CURATIVO ABSORVENTE NÃO ADERENTE COM OS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

**Autores:** FERNANDA MATHEUS ESTRELA LÍCIA CORREA LUANA IGLÉSIAS ELIENE COUTINHO ANNE LIMA SÍLVIO CESAR SANTOS DE AMORIM

**Título:** FERIDAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Autores:** WESLEY BARCELLOS DE ASSIS CLAUDIA CURBANI VIEIRA MANOLA

**Título:** FERIDAS ONCOLÓGICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.

**Autores:** ANA CLÁUDIA SANGALI RODRIGO INÁCIO PONGELUPPI NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

**Título:** FOTOPROTEÇÃO E CÂNCER DE PELE: HÁBITOS E CONHECIMENTO DOS ALUNOS UNIVERSITÁRIOS

**Autores:** ANA PAULA REIS DA SILVA NAJLA KARJARA MARTINS DE OLIVEIRA RENATA SCHMIT SANTOS

**Título:** HÁBITOS E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À EXPOSIÇÃO SOLAR ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

**Autores:** MIRIAN MARIA MURAD MELISSA TELES SILVA THAISSA AYUMI MAEKAWA GISELA MARIA AGOSTINI ZONTA MARISTELA BELLETTI MUTT URASAKI

**Título:** HISTOPLASMOSE CUTÂNEA EM INDIVÍDUOS HIV POSITIVOS NO ESTADO DO CEARÁ

**Autores:** GABRIELA SILVA CRUZ MARIA AUXILIADORA BEZERRA FECHINE ROSSANA DE AGUIAR CORDEIRO MARCOS FÁBIO GADELHA ROCHA RAIMUNDA SÂMIA NOGUEIRA BRILHANTE JOSÉ JÚLIO COSTA SIDRIM

**Título:** (IN)VISIBILIDADE DA QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM SEQUELA POR QUEIMADURAS

**Autores:** EGILLANEMADZA MENDES SANTA CRUZ JUSSARA DE LUCENA ALVES PRISCILLA TEREZA LOPES DE SOUZA JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

**Título:** IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE LESÕES DE PELE RELACIONADAS AO USO DE ADESIVOS

**Autores:** CAMILA DIAS RODRIGUES FRANCIS RODRIGUES PEREIRA GERALDO MAGELA DE FARIA JUNIOR ISABELLA FERRARI DOS REIS

**Título:** IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO DE PACIENTES ESTOMIZADOS ATENDIDOS EM UM PÓLO REFERÊNCIA.

**Autores:** FABIANE BOMFIM DA SILVA COSTA ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA ADELAIDE CARVALHO DE FONSECA JOSÉ LUCIMAR TAVARES

**Título:** IMPACTO DE UMA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Autores:** THIAGO MOURA DE ARAÚJO MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO LUANA NUNES CALDINI JOSELANY ÁFIO CAETANO

**Título:** IMPLANTAÇÃO DO EXAME DOS PÉS COM PACIENTES DIABÉTICOS EM CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

**Autores:** DAISY CRISTINA ZEMKE BARREIROS ARCHILA JULIANA LUCINDA DOS SANTOS

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA EM HOSPITAL PRIVADO EM BRASÍLIA.

**Autores:** ROBERTA BAETA BARBOSA GENIEL VERAS SOUZA LILIAM FRANÇA SOLANGE ALMEIDA DE SOUZA ARAUJO KETTY IYKE WONG LAUREN AUXILIADORA DE OLIVEIRA COELHO

**Título:** IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE DA HANSENÍASE PARA UM TRATAMENTO POSITIVO E REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO

**Autores:** AYANNE KAROLINE DA SILVA CHAGAS EMANUELLA BARROS DE SOUZA OLIVEIRA MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA KENNYA CRISTINA MENDES COCENTINO DE MEDEIROS

**Título:** INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

**Autores:** RENATA DA CUNHA NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI CARLA MARIA FONSECA SIMÃO REGINA HELENA SQUIZZATTO DIEGO BONIL

**Título:** INDICADOR DE QUALIDADE DE INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO: CONHECIMENTO DE DOMÍNIO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

**Autores:** LUIZ AUGUSTO FERREIRA DE CARVALHO PÂMELA LUIZA MARQUES DA SILVA ANA PAULA COSTA ANA LUCIA DE FARIA TERESA CELIA DE MATTOS MORAES DOS SANTOS MILVA FIGUEIREDO DE MARTINO

**Título:** ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS & POWERS – VERSÃO FERIDAS: ESTUDO DA RESPONSABILIDADE.

**Autores:** ALCICLEA DOS SANTOS OLIVEIRA VERA LUCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS MONTSERRAT FERRER BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA JORDI ALONSO

**Título:** INFLUÊNCIA DO USO DA BOTA DE UNNA NA CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO

**Autores:** SUELLEN VIDAL PEREIRA LÍVIA SILVA FIRMINO DOS SANTOS SIMONE FABIANA AGUIAR JULIANA RODRIGUES MOURÃO MARIANA LEAL MARCOLINO

**Título:** INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: REVISÃO INTERATIVA

**Autores:** DANIELLE CRISTINA GARBUIO NATÁLIA CHANTAL MAGALHÃES DA SILVA CRISTINA MARA ZAMARIOLI EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO

**Título:** INTEGRIDADE DA PELE DO IDOSO NA AMAZÔNIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO

**Autores:** TAINÁ SAYURI ONUMA DE OLIVEIRA FABIANNE DE JESUS DIAS DE SOUSA FABIANA DO SOCORRO DA SILVA DIAS DE ANDRADE MÔNICA ANTAR GAMBA

**Título:** INTERFERÊNCIA DOS NÍVEIS SÉRICOS DE PROTEÍNAS NA CICATRIZAÇÃO 1 DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO CLÍNICO

**Autores:** VANESSA BEATRIZ BORGES QUEIROZ ANA CLAUDIA SANGALI REGINA HELENA SQUIZZATTO BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA NÁDIA ANTONIA APARECIDA POLETTI

**Título:** INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PODIÁTRICA

**Autores:** ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA VERA LIGIA LELLIS JACOB ROSE ANA RIOS DAVID

**Título:** INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

**Autores:** DIVINA EDNA DA SILVA ILAYNE ANTONIA GOMES PEREIRA LUCIELE PEREIRA DA SILVA

**Título:** INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM DERMATITE AMONIACAL

**Autores:** MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA ELIANE ROLIM DE HOLANDA KELLY MONTEIRO DOS SANTOS JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS EMMANUELACHRYS DA SILVA BOMFIM PRISCILLA GLAZIELLY DOS SANTOS DE MORAES

**Título:** LASERTERAPIA EM FERIDAS CIRURGICAS

**Autores:** IVANY MACHADO DE CARVALHO BAPTISTA MARIA CRISTINA CHAVANTES

**Título:** LEISHMANIOSE CUTÂNEA: RELATO DE TRATAMENTO TÓPICO E RESULTADOS

**Autores:** MARIANA TAKAHASHI FERREIRA COSTA ANDRÉIA CRISTINE DENELUZ SCHUNCK DE OLIVEIRA SAYONARA SCOTA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** LESÃO DE PERNA DECORRENTE DE DOENÇA FALCIFORME E DOENÇAS ASSOCIADAS: RELATO DE CASO

**Autores:** BRUNA YARA COSTA SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA ROSALI ISABEL BARDUCHI OHL

**Título:** LESÃO DE PERNA DECORRENTE DE DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** TACIANA SILVA ALVES MONTEIRO BRUNA YARA COSTA LETÍCIA MARTINS CÍNTIA CRISTINA ANDRADE SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA

**Título:** LESÃO POR FRICÇÃO EM PACIENTES CARDÍACOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** JULIANA LUCINDA DOS SANTOS DAISY CRISTINA ZEMKE BARREIROS ARCHILA

**Título:** LIGA DE FERIDAS: ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**Autores:** TACIANA SILVA ALVES MONTEIRO FERNANDA BONATO ZUFFI DIVANICE CONTIM SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA REJANE CUSSI ASSUNÇÃO LÍVIA FERREIRA OLIVEIRA

**Título:** LIGA DE FERIDAS: VIVÊNCIA DO PROCESSO DE COORDENAR

**Autores:** LETÍCIA OLIVEIRA MANZAN THUANNE CRISTINA SOUSA E ALEIXO FERNANDA BONATO ZUFFI SUZEL REGINA RIBEIRO CHAVAGLIA

**Título:** LOCALIZAÇÃO DE FERIDAS NEOPLÁSICAS EM PACIENTES DO CUIDADO PALIATIVO: DESCRIÇÃO COMPARATIVA

**Autores:** JOSEMAR FERREIRA JUNIOR LORENA BOMPET SMITH MARIA CRISTINA FREITAS DE CASTRO PATRÍCIA DOS SANTOS CLARO FULY MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS SANTOS

**Título:** MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

**Autores:** KARLA LUCILA ANDRADE CINTRA NADJANARA MARQUES CAVALCANTE MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA

**Título:** NORMATIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DAS CLÍNICAS DERMATOLÓGICAS DE ENFERMAGEM.

**Autores:** ELYSA QUINTELA OLIVEIRA LILIAN KARLA ROCHA DE SOUZA SILVA RENATA BRAGA DO RÊGO VANDETE SILVIA SARMENTO VANESSA GABRIELLE DOS SANTOS ARAÚJO WBIRATAN DE LIMA SOUZA

**Título:** NOVAS TECNOLOGIAS: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

**Autores:** LUCIMERE MARIA DOS SANTOS ELIANE RAMOS PEREIRA VANESSA GOMES DA SILVA ROBÉLIA DE ALMEIDA

**Título:** O CUIDADO À PELE DO PACIENTE OSTOMIZADO: REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS KELLY MONTEIRO DOS SANTOS MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA EMMANUELLACHRYS DA SILVA BOMFIM ATHALIS REGINA DE QUEIROZ VANDERLEY THAYNA DA SILVA CONSTANTINO

**Título:** O EFEITO DAS ORIENTAÇÕES NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS :ÍNDICE DE TINETTI

**Autores:** FABIANA LOPES JOAQUIM ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO GLYCIA DE ALMEIDA NOGUEIRA LÍVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS

**Título:** O EFEITO ESPUMA EM ÚLCERAS PLANTARES: UMA ESTRATÉGIA DE BAIXO CUSTO PARA DIMINUIÇÃO DA DOR

**Autores:** PEDRO DERMEVAL TEIXEIRA BERNARDO CUNHA BARROS NATÁLIA DURANZ

**Título:** O EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA E ESTOMATERAPIA

**Autores:** DIEGO ROCHA LOUZADA VILLARINHO PAULA ROCHA LOUZADA VILLARINHO

**Título:** O ENFERMEIRO COMO MONITOR EM ACAMPAMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS DE PELE

**Autores:** CAMILA DE SOUZA COSTA JULIANA DA SILVA SOUZA

**Título:** O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO CUIDADO COM DRENO.

**Autores:** BRUNA PRINI RAFALDINI PAULA BUCK DE OLIVEIRA RUIZ KELLY CAMAROZANO MACHADO

**Título:** O ENSINO NA ENFERMAGEM SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** EVELINE TREMÉA JUSTINO JULIA KAMILA BUGHETTI SANTANA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PELAGRA

**Autores:** KENNYA CRISTINA MENDES COCENTINO DE MEDEIROS MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA KELLY MONTEIRO DOS SANTOS PRISCILLA GLAZIELLY DOS SANTOS DE MORAES AYANNE KAROLINE DA SILVA CHAGAS PAULA CAROLINA VALENÇA SILVA

**Título:** O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM FERIDA OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS KELLY MONTEIRO DOS SANTOS MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA EMMANUELLACHRYNS DA SILVA BOMFIM AMANDA ROSINEIDE DA SILVA SOLANGE QUEIROGA SERRANO

**Título:** O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS COM O CÂNCER DE PELE

**Autores:** FERNANDA PERSI MILANIN FERNANDA SABRINA NAZÁRIO TAINARA MALDONADO REINOSO TAIS CAPILÉ RAMIRES THAMARA ROSA LEONEL DA COSTA ANDRELISA VENDRAMI PARRA

**Título:** O SABER DO ENFERMEIRO NA INDICAÇÃO DE COBERTURAS NO CUIDADO AO CLIENTE COM FERIDAS

**Autores:** PRADO, ATHAYNNE RAMOS DE AGUIAR MACHADO WILIAM CÉSAR ALVES TONINI TERESA SILVA ALEXANDRE SOUZA DA BARRETO VIVIANE PINTO MARTINS

**Título:** O USO DA PROPÓLIS NO TRATAMENTO DE FERIDAS CUTÂNEAS

**Autores:** VIVIANE REGINA DE MIRANDA PAULO GUILHERME CÁBIA CHRISTIANE APARECIDA RODRIGUES DE LIMA MICHELLE GOULART NUNES VALADARES NATALY MESQUITA CARDOSO ANDRELISA VENDRAMI PARRA

**Título:** O USO DA TERAPIA DE FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA EM LESÃO TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

**Autores:** RAFAEL DE SOUZA MORAES ALINE GRANATO FLORIDO DOMINGUES ELIANE IRIS PAIVA GOTO

**Título:** O USO DA TERAPIA PARA FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA EM ENXERTO DE PELE

**Autores:** SUZANA ARON KARINA BELTRAME TROVARELLI REGINA MALDONADO P. BERNARDO SIDNÉIA RAQUEL BAZALLIA BASSOLI NELIE MARIA VENTURINI NORMA GONDIM CLETO

**Título:** O USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDA TRAUMÁTICA: ESTUDO DE CASO

**Autores:** RAFAELA BUTINHOLI ANTONUCCI

**Título:** O USO DE PROTETOR OCCIPITAL NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS.

**Autores:** CARLA MARIA FONSECA SIMÃO RENATA DA CUNHA DIEGO BONIL DE ALMEIDA REGINA HELENA SQUIZZATTO NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

**Título:** O USO DO ÓLEO DE ARROZ NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS CUTÂNEAS EM RATOS

**Autores:** BRUNO GROSSELLI LANIA MARILENE NEVES DA SILVA PAULO EDUARDO NEVES FERREIRA VELHO

**Título:** PADRÃO DE LESÃO DE TECIDOS MOLES EM PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMOS FACIAIS

**Autores:** IZABELLE CRISTINA DE SOUZA SOLLER JULIANA CRISTINA LIMA NAUYLA MIRANDA DA COSTA LUDMILLA LAURA MIRANDA

**Título:** PADRONIZAÇÃO E PRÉ QUALIFICAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS: UMA ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.

**Autores:** ROGÉRIO RIBEIRO SIMONE VIANA DIAMANTINO LARANJEIRA ALDACY GONÇALVES RIBEIRO JEAN ALVES BULCÃO

**Título:** PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NA MACRORREGIÃO DE BATURITÉ, ESTADO DO CEARÁ, BRASIL.

**Autores:** GABRIELA SILVA CRUZ MARIA AUXILIADORA BEZERRA FECHINE JALLYNE COLARES BEZERRA FRANCISCO CLÉCIO SILVA DUTRA EDMARA CHAVES COSTA VALDERLAN FECHINE JAMACARU

**Título:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Autores:** MARIA LUIZA DE MEDEIROS TRIVELLATO DAYSE CHRISTIELLE ALVES MARTINS MORALES MÔNICA ANTAR GAMBA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** PLANO DE CUIDADOS PARA AS LESÕES DA PELE EM DECORRÊNCIA DAS FÍSTULAS DO SISTEMA DIGESTÓRIO: ELABORAÇÃO DO POP

**Autores:** GRACIETE SARAIVA MARQUES FERNANDA ROCHA RODRIGUES DAYSE CARVALHO NASCIMENTO CLAUDIA ELIZABETH ALMEIDA ANDREIA FONTES DA PAZ

**Título:** PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS PARA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: UM BREVE HISTÓRICO

**Autores:** MARIANA MANHÃES SILVA JAMILLE ARAUJO DE SOUZA SANTOS

**Título:** PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM FERIDAS

**Autores:** ALCICLÉA DOS SANTOS OLIVEIRA VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA SANTOS ANA FLÁVIA DOS SANTOS AMARAL ERIKA TIHEMI NISHI JAQUELINE BETTELONI SEE HEE PARK KIM

**Título:** PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO USO DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR (VAD): UTILIZAÇÃO DE UM FIXADOR DE HIDROCOLÓIDE

**Autores:** KELLY CAMARAZANO MACHADO TÁSSIA BRUNA PRINI RAFALDINI

**Título:** PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL

**Autores:** DANIELA MOREIRA CAMPOS DANIELLY DOS ANJOS FRESCHI BRUNA GABRIELY ROCHA COSTA

**Título:** PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE CAUSADAS POR DISPOSITIVOS MÉDICOS EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

**Autores:** LEONICE NEVES DA SILVA LIDIANARA PAGLIACE LINDALVA DA CRUZ MELO

**Título:** PREVENÇÃO DE PERDA DE SONDAS NASOGÁSTRIA E NASOENTÉRICA E DE LESÕES DE PELE UTILIZANDO FIXADOR DE HIDROCOLÓIDE: INDICADOR DE QUALIDADE

**Autores:** CLAUDIA RENATA PÉRICO KELLY CAMARAZANO MACHADO BRUNA PRINI RAFALDINI PAULA BUCK DE OLIVEIRA RUIZ ROGER RIBEIRO RODRIGUES

**Título:** PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ÚLCERAS VENOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** SANTOS LSF CAMACHO ACLF OLIVEIRA BGRB BERTANHA ASM NOGUEIRA GA JOAQUIM

**Título:** PROJETO CUIDADOS E SUPERVISÃO DA PELE: RELATO DE CASO

**Autores:** SILVA, A. G. SILVA, L. M. MORAES, J. T.

**Título:** PROJETO DE EXTENSÃO CUIDAR-TE: GARANTINDO A EQUIDADE NO CUIDADO AS PESSOAS COM ANORMALIDADES NA PELE.

**Autores:** JÉSSICA SILVA COSTA KAREN CRISTINA PRADO VICENTE DAYSE CHRISTIELLE ALVES MARTINS MORALES MÔNICA ANTAR GAMBA

**Título:** PROJETO EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM

**Autores:** LUCIANA GUIMARÃES PRISCILLA FARIAS CHAGAS POLIANA MOREIRA DE ARRAUJO MEISHERLLE DA SILVA BENTO SARAH DE OLIVEIRA SOARES

**Título:** PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA INTESTINAL.

**Autores:** JOÃO CARLOS DOS SANTOS VANIA RODRIGUES SANTOS DE SOUSA MARIA JOSÉ AGUIAR DE OLIVEIRA MARIA DE FÁTIMA SOUZA RITA PAIVA PEREIRA HONÓRIO

**Título:** PROTOCOLO DE FERIDAS EM HOSPITAL PÚBLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Autores:** FERNANDA MATHEUS ESTRELA LÍCIA CORREA HESÍQUIA MARIA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA CARLA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS LIMA LUANA IGLÉSIAS LUANA GORDILHO

**Título:** PROTOCOLO PARA COLETA DE AMOSTRA CLÍNICA DA UNHA PARA EXAME MICOLÓGICO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**Autores:** ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA VERA LIGIA LELLIS JACOB ROSE ANA RIOS DAVID

**Título:** QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA ANA LÍGIA FERNANDES REIS NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** QUEIMADURAS EM CRIANÇAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA A PARTIR DA REVISÃO DOS ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL.

**Autores:** VANESSA GOMES DA SILVA LUCIMERE MARIA DOS SANTOS ROBÉLIA ALMEIDA

**Título:** REALIZAÇÃO DE CURATIVOS: SUCESSO NO PROCEDIMENTO ATRAVÉZ DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

**Autores:** GRAZIELA SILVA DE PAULA MÔNICA MARIA DE LIMA

**Título:** RELATO DE CASO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FERIDA POR DEISCÊNCIA

**Autores:** ADERSON FRANCISCO DE OLIVEIRA EDINA FERNANDES DA ROCHA

**Título:** RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE QUEIMADURA COM USO DE ESPUMA COM PRATA

**Autores:** CLAUDIA MARIA TETÊ DA SILVA CARLA DUQUE BATISTA LUCIANA MENDES NAIARA RODRIGUES NUNES LÍCIA MARQUES VIDAL ROBERTA AZOUBEL

**Título:** RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PACIENTES PORTADORES DE ULCERAS VENOSAS, APESAR DAS TECNOLOGIAS.

**Autores:** CILANE CRISTINA COSTA SILVA VASCONCELOS PRISCILA BORGHI RIBEIRO DO NASCIMENTO JUSSARA DE PAIVA NUNES LENIGIA MARIA ALENCAR ALBA PAULA MENDONÇA LIMA BHEATRIZ GONDIM LAMBERT MOREIRA

**Título:** RELATO DE EXPERIÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UP EM UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA PREFEITURA NO INTERIOR DE SP

**Autores:** ROSELI APARECIDA DE LIMA PALOMA LEMOS SANTOS GISLAINE GEBRA RIZK

**Título:** RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

**Autores:** DANIELLY DOS ANJOS FRESCHI FERNANDA MARCHIORI MORAES GIOVANA RIBAU PICOLO PERES

**Título:** RELATO DE EXPERIÊNCIA: ÚLCERAS POR PRESSAO DECORRENTES DA GANGRENA DE FOURNIER

**Autores:** ALEXANDRE ERNESTO SILVA VIVIANNY CHRISTINE MARQUES SILVA ARYANNE GABRIELLY POLICARPO MARIANA RODRIGUES DA SILVA MAYRA CRISTINA TAVARES SABRINA DE CASSIA CHAGAS

**Título:** RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO IMPETIGO NA INFÂNCIA PELO ENFERMEIRO

**Autores:** AYANNE KAROLINE DA SILVA CHAGAS MARIA AMELIA DE SOUZA MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA KENNYA CRISTINA MENDES COCENTINO DE MEDEIROS

**Título:** REPERCUSSÕES DO ACOMETIMENTO CUTÂNEO NA VIDA DAS PESSOAS: SOCIOPOETIZANDO A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA

**Autores:** IRACI DOS SANTOS PATRÍCIA BRITTO RIBEIRO DE JESUS EUZELI DA SILVA BRANDÃO ELIAS BARBOSA OLIVEIRA ALEXANDRE VICENTE DA SILVA

**Título:** REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VITILIGO

**Autores:** DIEIGUE ANDRADE VIEIRA AGLAYA BARROS COELHO

**Título:** REPRESENTAÇÕES DE ODORES E SECREÇÕES PROVENIENTES DE FERIDAS CRÔNICAS E REPERCUSSÕES NA SEXUALIDADE DA MULHER

**Autores:** LUANA SANTANA BRITO ALINE BRANDÃO SANTANA EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO

**Título:** RESGATE HISTÓRICO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DERMATOSSES IMUNOBOLHOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

**Autores:** EUZELI DA SILVA BRANDÃO IRACI DOS SANTOS

**Título:** REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O CUSTO BENEFÍCIO DE COBERTURAS COMERCIAIS/INDUSTRIAIS

**Autores:** TAANE TAVARES CARVALHO DE GUIMRÃES ROSEMBERGUE MAYARA ALMEIDA MATOS NARLEY ALVES COELHO

**Título:** REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE FATORES LOCAIS QUE INFLUENCIAM O PROCESSO CICATRICIAL DAS FERIDAS CRÔNICAS

**Autores:** ROSANA CRISTINA CORREA PINTO MÔNICA ANTAR GAMBA

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** SISTEMA AUTOMÁTICO PARA SUPORTE AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO.

**Autores:** RINALDO NEVES RENATO GUADAGNIN POLIANA MARTINS CAIO CÉSAR FERREIRA STEFANE RODRIGUES TAIARA ALVES

**Título:** SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PODIÁTRICA: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

**Autores:** ONSLI DOS SANTOS ALMEIDA VERA LIGIA LELLIS JACOB ROSE ANA RIOS DAVID

**Título:** SKIN TEARS REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Autores:** ANA PAULA GUARNIERI BIANCA DE OLIVEIRA BRANCO ROSANA GOMES DOS SANTOS

**Título:** STEVEN JOHNSON: ASSOCIAÇÃO DO CURATIVO DE HIDROFIBRA COM USO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA FECAL – RELATO DE CASO

**Autores:** DAISY CRISTINA ZEMKE BARREIROS ARCHILA VERA LÚCIA BRÁS DE OLIVEIRA JULIANA LUCINDA DOS SANTOS

**Título:** TECNOLOGIA AVANÇADA COM ANTIMICROBIANOS EM DEISCÊNCIA ABDOMINAL

**Autores:** JESSÉ DE SOUZA FERREIRA

**Título:** TRATAMENTO DAS QUERATOSES ACTÍNICAS COM A TERAPIA FOTODINÂMICA

**Autores:** ELISÂNGELA R. DE OLIVEIRA VANDERLEI S. BAGNATO NATÁLIA Y INADA CRISTINA KURACHI DORA PATRÍCIA RAMIREZ ANA GABRIELA SÁLVIO

**Título:** TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM LESÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO INFERIOR: RELATO DE CASO

**Autores:** FERNANDA MATHEUS ESTRELA LICIA CORREIA CAMILA MOTTA LUANA IGLÉSIAS CARLA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS LIMA SILVIO CÉSAR SANTOS DE AMORIM

**Título:** TERAPIA TÓPICA PARA DEISCÊNCIA CIRÚRGICA: ASSOCIAÇÃO DE ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO E BARREIRA PROTETORA DE PELE EM PÓ

**Autores:** KELLY CAMARAZANO MACHADO BRUNA PRINI RAFALDINI PAULA BUCK DE OLIVEIRA RUIZ VERA CERACUSSATIS

**Título:** TERMOGRAFIA INFRAVERMELHA COMO ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DO RISCO DE LESÕES CUTÂNEAS: REVISÃO INTEGRATIVA

**Autores:** NATÁLIA CHANTAL MAGALHÃES DA SILVA DENISE HOLLANDA LUNES ÉRIKA DE CÁSSIA LOPES CHAVES DANIELLE CRISTINA GARBUIO CRISTINA MARA ZAMARIOLI EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO

**Título:** TIPOLOGIA DO PÉ DIABÉTICO: CORRELAÇÃO BIOMECÂNICA E NEUROVASCULAR

**Autores:** ROSEANNE MONTARGIL ROCHA MARCELO ARAÚJO IVO ARÃO SILVA DOS SANTOS RICARDO CARNEIRO CAMPELO LUIZ ROBERTO MARTINS PINTO

**Título:** TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PÉ DIABÉTICO COM PHMB EM DOMICÍLIO

**Autores:** ANA FLÁVIA BALBO DA MOTA ANDREIA APARECIDA SILVEIRA MALONI NELCI CONCEIÇÃO DE MOURA ANA CAROLINA GARCIA E GARCIA ALMIR ROGÉRIO DE ALMEIDA SENE

**Título:** TRATAMENTO DE ERISPELA BOLHOSA NECROZANTE EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

**Autores:** ERICA CAMARGO DE OLIVEIRA EBERT

**Título:** TRATAMENTO DE FERIDAS OPERATÓRIAS ABDOMINAIS INFECTADAS: REVISÃO DE LITERATURA

**Autores:** KELLY MONTEIRO DOS SANTOS MILLENA CARLA DA SILVA MESQUITA JOANNA FRANCYNE SILVA DE BARROS EMMANUELLACHRYS DA SILVA BOMFIM SOLANGE QUEIROGA SERRANO

**Título:** TRATAMENTO DE LESÃO PÓS-AMPUTAÇÃO COM DEISCÊNCIA COM POMADA GEL A BASE DE H2O E CLORETO DE SÓDIO A 20% EM PACIENTE COM DM

**Autores:** REGINA MACIEL CORREIA SILVIA MARIA ZAITUNE ELAINE ALBOLEDO MONTEIRO

**Título:** TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA COM COBERTURAS INDUSTRIALIZADAS: RELATO DE CASO

**Autores:** DIEGO BONIL DE ALMEIDA JULIO CESAR BERNARDES SILVA NADIA ANTONIA APARECIDA POLETTI ROSANA MARCELINO BRAZ NELCI CONCEIÇÃO MOURA REGINA HELENA SQUIZZATTO

## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE UMA ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO

**Autores:** ALINE DE SOUZA MENEZES BERTANHA DESIRRÉ MATHIAS PINHEIRO DA SILVA LÍVIA SILVA FIRMINO DOS SANTOS SIMONE FÁTIMA DE AZEVEDO

**Título:** TRATAMENTO TERAPEUTICO de EMBOLIA CÚTIS MEDICAMENTOSA: RELATO DE CASO

**Autores:** LUCIANA DE JESUS TASSONI APARECIDA ELIANE DOS REIS

**Título:** TRATAMENTO TÓPICO DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA POR EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Autores:** DANIELE AGUIAR DE SOUZA ANDRADE RENATO RIBEIRO NOGUEIRA FERRAZ

**Título:** TROCAS DE SONDAS ENTERAIS EM DOMICILIO, UMA ANALISE DOS CUSTOS E ALTERNATIVA PARA REDUÇÃO DE DESPESAS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

**Autores:** BRUNA PRINI RAFALDINI PAULA BUCK DE OLIVEIRA RUIZ KELLY CAMARAZANO MACHADO

**Título:** TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

**Autores:** CARLA FERNANDA DE MIRANDA RODRIGUES ELIZIA ESTHER CALIXTO LUCIENÍ NARCISO DE SOUZA MARLI REINADO BARBOSA SANDRA MARIA DA PENHA CONCEIÇÃO SUELY RODRIGUES DE AQUINO SILVA

**Título:** ÚLCERA POR PRESSÃO CEFÁLICA EM PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE CASO

**Autores:** CARLA MARIA FONSECA SIMÃO RENATA DA CUNHA DIEGO BONIL DE ALMEIDA REGINA HELENA SQUIZATTO CARLOS EDUARDO DALL AGLIO ROCHA NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI

**Título:** ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES QUE FALECERAM EM HOSPITAL: CIRCUNSTÂNCIAS CLÍNICAS E CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA

**Autores:** NATHALIA ANGELO DE OLIVEIRA MARIA HELENA LARCHER CALIRI

**Título:** USO DA GAZE COM PHMB NO TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO

**Autores:** FERNANDA MATHEUS ESTRELA ANA PASSOS MARIANA DO VALLE MEIRA ELIENE COUTINHO CARLA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS LIMA DANIELA DE NOVAIS MIRANDA

**Título:** USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER - RELATO DE CASO

**Autores:** ROGER RIBEIRO RODRIGUES CAROLINA SANT'ANNA MOREIRA

**Título:** USO DE ALGINATO DE CÁLCIO COMO TERAPIA TÓPICA NO TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE MASTECTOMIA.

**Autores:** PAULA BUCK O RUIZ NÁDIA APARECIDA POLETTI LUCIANA BARBUY FORTE KELLY C. MACHADO BRUNA PRINI RAFALDINI CLAUDIA REGINA PERICO

**Título:** USO DE BANDAGEM COMPRESSIVA IMPREGNADA COM ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS EM ÚLCERA VENOSA: ESTUDO DE CASO

**Autores:** DIEGO BONIL DE ALMEIDA JULIO CESAR BERNARDES SILVA NADIA ANTONIA APARECIDA POLETTI SAMARIS CRISTINA JORGE NELCI CONCEIÇÃO MOURA REGINA HELENA SQUIZATTO

**Título:** USO DE BANDAGEM COMPRESSIVA IMPREGNADA COM PHMB EM ÚLCERA VENOSA: ESTUDO DE CASO

**Autores:** JULIO CESAR BERNARDES SILVA NÁDIA ANTONIA APARECIDA POLETTI NELCI MOURA CONCEIÇÃO DIEGO BONIL DE ALMEIDA REGINA HELENA SQUIZATTO ROSANA MARCELINO BRAZ

**Título:** USO DE CREME BARREIRA EM DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO E MACERAÇÃO DA PELE PERILESIONAL

**Autores:** JULIO CESAR BERNARDES SILVA DIEGO BONIL DE ALMEIDA NADIA ANTONIA APARECIDA POLETTI ROSANA MARCELINO BRAZ NELCI CONCEIÇÃO MOURA REGINA HELENA SQUIZATTO

**Título:** USO DE HIDROCOLÓIDES EM PÓ, PASTA E PLACA EM LESÃO COM FÍSTULA: RELATO DE CASO

**Autores:** ROGER RIBEIRO RODRIGUES KELLY CAMARAZANO MACHADO BRUNA PRINE RAFALDINI PAULA BUCK

**Título:** USO DE HIDROGEL COM PHMB EM FERIDA CIRÚRGICA DE PÉ DIABÉTICO

**Autores:** ARNALDO PINHEIRO DA COSTA ANDRÉIA CRISTINE DENELUZ SCHUNCK DE OLIVEIRA SAYONARA SCOTÁ MARIANA TAKASHAH FERREIRA DA COSTA



## Relação de Trabalhos – Sumário

**Título:** USO DE PRATA NANOCRISTALINA EM ÚLCERA NEUROTRÓFICA

**Autores:** IZABEL CRISTINA SAD DAS CHAGAS MERCEDES ANTUNES RODRIGUES

**Título:** USO DO ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL INSATURADO COMO AGENTE HIDRATANTE NA PREVENÇÃO DE ULCERA POR PRESSÃO

**Autores:** LIDIANARA PAGLIACE LEONICE NEVES DA SILVA LINDALVA DA CRUZ MELO

**Título:** UTILIZAÇÃO DA PRATA NANOCRISTALINA DO TRATAMENTO DE FASCÍITE NECROTIZANTE

**Autores:** ROSANA MARIA PEREIRA DA SILVA POLIANE OLIVEIRA CARVALHO

# Relação de Trabalhos Resumos

**INTRODUÇÃO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um conjunto de estratégias compostas por cinco etapas, que exige do enfermeiro uma visão holística, proporcionando uma assistência individualizada, possibilitando a identificação, prevenção e avaliação de consequências, tornando-se possível um planejamento em cima de prioridades, definindo metas e resultados esperados desse processo. **OBJETIVO:** Relatar a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem na implementação do cuidado aos pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem no 8º período, durante o estágio supervisionado, em uma instituição privada localizada no estado do Rio de Janeiro. Foi selecionado um paciente idoso que se encontrava internado na Unidade de Terapia Intensiva, mantendo -se sedado com RASS -5 apresentando múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. O acompanhamento do caso ocorreu por um período de cinco meses. **RESULTADOS:** Acompanhando esse paciente visualizamos e participamos do processo de enfermagem sendo aplicado através de um planejamento qualificado na intervenção para a prevenção do desenvolvimento de Úlcera Por Pressão. Os fatores de riscos identificados foram: Condições nutricionais inadequadas, uma vez que interfere negativamente na elasticidade da pele e reduz o fornecimento de oxigênio para os tecidos; nível de consciência alterado por uso de medicações, contribuindo na diminuição da mobilidade; idade avançada, visto que, o envelhecimento reduz o colágeno e a quantidade de fibras elásticas da pele, alterando sua espessura, elasticidade, textura e conseqüentemente o seu poder de amortecimento e a atividade de microcirculação; mobilidade no leito prejudicada, caracterizada pela capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro, relacionado a medicamentos sedativos, obtendo-se pressão entre uma saliência óssea e uma superfície dura, cisalhamento e fricção sobre a pele. Foram implementadas medidas preventivas com suas respectivas metas, sendo elas: Utilização de Escala de Avaliação de Risco para Úlceras por Pressão (Escala de BRADEN),mudança de decúbito a cada 2 horas, uso de loções hidratantes após o banho, identificação precocemente dos fatores de risco, aliviadores de proeminências ósseas sobre uma superfície dura. O resultado para o planejamento esperado obteve sucesso com a ausência de úlcera por pressão, entretanto o paciente evoluiu para óbito após cinco meses de acompanhamento devido a outras complicações existentes. **CONCLUSÃO:** Observamos que a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem facilita o gerenciamento do cuidado, permitindo a preservação da segurança do paciente, e ainda se faz valer de um documento legal que respalda o enfermeiro através do registro realizado em prontuário garantindo credibilidade nas ações desenvolvidas. Através dessas ações e estratégias utilizadas, se faz possível a prevenção de Úlcera Por Pressão na ótica de uma assistência com qualidade, eficácia e comprometimento de toda a equipe envolvida no cuidado.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Silva RCL, et al. Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem. Revista e Ampliada. 3ªedição. Yendis.
- 2.Chaves LD. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2009.
3. Barros ALBT, Michel JLM, NANDA Internacional, Diagnósticos de Enfermagem da Nanda. São Paulo: Artmed, 2010.

## A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE HANSENÍASE E FENÔMENO DE LÚCIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JÉSSICA ANDRADE DA FONSECA<sup>1</sup>; RHUANNA KAMILLA DA SILVA SANTOS<sup>2</sup>; HONORATO MARTINS DA NÓBREGA OLIVEIRA<sup>3</sup>; SUELI MORENO SENNA<sup>4</sup>; MARIANA BOULITREAU SIQUEIRA CAMPOS BARROS<sup>5</sup>.

**INTRODUÇÃO:** A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica. O Brasil é o segundo país em número de casos da patologia no mundo (OMS). Causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que afeta primariamente pele e nervos periféricos, sua transmissão é por vias aéreas superiores geralmente após contato direto e prolongado com o doente bacilífero não tratado. A imunidade do paciente é um fator determinante para a cura ou para formas clínicas da doença: indeterminada, tuberculóide, dimorfa ou virchowiana, as quais podem apresentar eventos inflamatórios agudos denominados estados reacionais, que são divididos em reações hansênicas do tipo 1 e 2. O Fenômeno de Lúcio foi descrito primeiramente por Rafael Lucio e Ignácio Alvarado no México em 1852. Caracteriza-se por manifestação cutânea necrosante grave e representa uma variação da reação hansêmica tipo 2. Pode ocorrer na hanseníase de Lúcio (forma lepromatosa pura e primitiva) e em outras formas de hanseníase virchowiana. São raros os casos de Fenômeno de Lúcio no Brasil. **OBJETIVO:** Relatar a importância da atuação do enfermeiro e elaborar um plano de cuidados durante o tratamento de um paciente com diagnóstico de Hanseníase e Fenômeno de Lúcio de acordo com a North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I). **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido na Clínica Médica de um hospital no município de Recife-PE. Os dados foram coletados através do prontuário do paciente, relatos do mesmo, entrevista com a enfermeira do setor e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalares. **RESULTADOS:** Durante as primeiras semanas o paciente apresentou como diagnósticos de enfermagem expressões de desânimo evidenciado pela piora do seu quadro clínico e dor relacionado pelas enormes lesões em membros inferiores, com exposição de tendões, realizou-se as intervenções de enfermagem: como administração de analgésicos conforme prescrição médica, melhora na comunicação com o paciente e realização de curativos com técnica específica e uso de coberturas como: malha de acetato de celulose com emulsão de petrolatum. Obtivemos como resultados o conforto do paciente em receber os profissionais e estímulo com a melhora clínica. As lesões cicatrizaram de forma muito satisfatória. e apesar de terem sido realizados diversos esquemas de terapia medicamentosa, e não se percebia melhora do quadro clínico. **CONCLUSÃO:** A atuação da enfermagem juntamente com o suporte de uma equipe multiprofissional foi de suma importância para a melhora do paciente. A assistência de enfermagem mostrou ser uma potencial executora na mudança física e mental do paciente. Fazer-se necessária a continua atuação do enfermeiro na prestação do serviço ao paciente melhorando assim a autoestima do mesmo. **REFERÊNCIAS:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. ABULAFIA, L.A.; SPINELL, L. et al. Revendo a Hanseníase de Lucio e o Fenômeno de Lucio.

1 Estudante de Enfermagem da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória. E-mail: jessicaandrade\_20@hotmail.com;

2 Estudante de Enfermagem da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória;

3 Medico residente em dermatologia \_ Universidade Federal de Pernambuco

4 Professora Assistente e Enfermagem Cirúrgica – Mestrado em Fisiologia Humana – Centro Acadêmico de Vitoria.

5 Professora Assistente de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória, Mestre em Saúde Coletiva.

## A IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE PELE RESSECADA.

Eliane da Silva Pereira<sup>1</sup>  
Giselle Viana Miralhes<sup>2</sup>  
Ana Luiza Azevedo Conrado da Silva<sup>3</sup>  
Mirian da Costa Lindolpho<sup>4</sup>  
Willian de Andrade Pereira de Brito<sup>5</sup>  
Liliane Gomes Lúcio<sup>6</sup>

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento populacional é uma realidade vivenciada pela grande parte das sociedades. É de conhecimento que em nosso país, a mudança no perfil etário da população se dá em consequência da modificação dos indicadores de saúde, com a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida.(1) O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo, declinante e universal, no qual se podem reconhecer marcas físicas e fisiológicas inerentes, que não são produzidas por doenças. (2) Entende-se que as peculiaridades e modificações ocorridas na pele com o processo do envelhecimento, favorecem a instalação de lesões, traumas e infecções, para este idoso. A perda da elasticidade diminuem a capacidade desta pele em suportar forças cisalhamento.(3) A fragilidade da pele do idoso, sua baixa imunidade predispões as lesões de pele e infecções. Deste modo quantificar e estabelecer estratégias de orientação a clientela possui relevância para manutenção da integridade tissular do idoso. **OBJETIVOS:** Conhecer as características dominantes relacionadas à integridade cutânea em idosos participantes de um Programa de Extensão. Quantificar os idosos que apresentam o diagnóstico de integridade da pele prejudicada. Identificar as características dominantes relacionadas a integridade da pele prejudicada nos idosos. Construir um folder educativo para a manutenção da integridade da pele do idoso. **MÉTODO:** Trata –se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa e do tipo pesquisa documental, realizado num projeto de extensão de uma Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro. **RESULTADOS:** Identificou-se que a maioria da população pesquisada era do sexo feminino, do total, 55% apresentou o diagnóstico de Integridade da pele prejudicada: pele ressecada e a partir desse quantitativo foi possível a identificações de alguns sinais e sintomas com a presença de pés rachados, pele descamativa, turgor diminuído, dentre outros encontrados, os quais caracterizaram esse ressecamento cutâneo. **CONCLUSÃO:** A pesquisa pode contribuir tanto para os idosos, quanto para os enfermeiros os quais lidam com eles e também os familiares ou até mesmo cuidadores que prestam assistência a essa população tendo em vista que a identificação da integridade da pele prejudicada, juntamente com os sinais e sintomas que vão surgindo concomitante com esse diagnóstico, pode colocar esse idoso em uma condição de risco e acarretando assim possíveis agravos que com uma identificação precoce poderia ser evitado.

### REFERÊNCIAS:

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.**
- 2- PAPALÉO N. M. *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.*
- 3- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, v. 2.*
- 3- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 11*

---

1 Enfermeira do Município do Rio de Janeiro, graduada pela Universidade Federal Fluminense, Residente em Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ). E-mail: elianepereira.uff@gmail.com

2 Enfermeira graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Residente em Clínica e Cirúrgica do Hospital Federal de Bonsucesso.

3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Residente em Clínica e Cirúrgica do Hospital Municipal Salgado Filho

4 Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ) E-mail: profmirianlindolpho@yahoo.com.br

5 Enfermeiro graduado e especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Residente em Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ).

6 Enfermeira graduado pela Universidade Castelo Branco, Residente em Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ).

## A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO A PESSOAS COM LESÕES CUTÂNEAS

Dayse Christielle Alves Martins Morales; Jéssica Silva Costa; Karen Cristina Prado Vicente\*; Mônica Antar Gamba; William Castilho.

**INTRODUÇÃO:** As úlceras crônicas têm se constituído importante problema de saúde no nosso meio, dentre elas a úlceras venosas (UV) com linfedema (LD). **OBJETIVO:** Descrever o modelo de atenção à usuária do SUS com UV e LD. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso onde será descrita a assistência de enfermagem a pessoa encaminhada por um médico vascular da Unidade Básica de Saúde (UBS) a um ambulatório de enfermagem com antecedente pessoal de Trombose Venosa Profunda (TVP) há 20 anos e presença de úlcera venosa com linfedema grave, atendida no período de setembro de 2009 a abril de 2014 em uma unidade ambulatorial, evidenciando-se o projeto terapêutico singular, a linguagem sócio poética e a educação dialógica, além da documentação clínica do tratamento tópico instituído. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Paciente R.M.B., 54 anos, sexo feminino, co morbidade, hipertensão e obesidade, relatando que após duas perdas familiares apresentou Úlcera Venosa (F\*1 > 20 cm<sup>2</sup>) em membro inferior esquerdo, evoluindo para Grau III decorrente de TVP desde os 35 anos de idade. O acolhimento foi realizado de forma a garantir a manifestação de traumas, mágoas, dores, fé e dúvidas visando à criação de vínculo, cuidado dermatológico sócio poético e início da implantação da terapia tópica. Inicialmente a paciente resistiu ao tratamento, se ausentava às consultas, gerando conseqüentemente recidiva da úlcera. Após o estudo detalhado do caso, a criação do vínculo, a busca de fatores que podiam estar ocasionando a resistência à adesão ao tratamento; optou-se por intervenção afetiva, baseada no toque e educação dialógica, o que possibilitou o resgate da autoestima e a incorporação do autocuidado, levando-a a buscar soluções inovadoras e desejar a cicatrização da ferida pela implantação da compressão com bota de unna, resgate do autocuidado e autoestima e conseqüente cicatrização completa da úlcera de 20 anos em dezembro de 2013 (F2), com a interlocução entre consultório de enfermagem e rede de serviços de saúde. **CONCLUSÃO:** Este caso permite revelar aos graduandos de enfermagem a importância da integralidade na assistência de enfermagem em dermatologia como ferramenta fundamental para resolução de problemas crônicos e no modelo de atenção não centrado na doença, mas sim no indivíduo. \*kcrispvicente@gmail.com

## REFERÊNCIAS

- SANTOS, I dos; Jesus PBR; BRANDÃO ES ; Oliveira EB ; SILVA, A. V. . Repercussões do acometimento cutâneo na vida das pessoas: sociopoetizando a autoimagem e a autoestima. Revista Enfermagem UERJ, v. 22, p. 15-627-162, 2014.
- SANTOS, I dos; FIGUEIREDO, N. M. A. ; BRANDÃO ES; Santana RF . A dimensão artística, tecnológica e educativa do cuidado de enfermagem em dermatologia. Revista Enfermagem Profissional, v. 1, p. 128-143, 2014.
- ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes; LASTORIA, Sidnei. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro , v. 81,n. 6,Dec. 2006 .Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-5962006000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-5962006000600002&lng=en&nrm=iso)  
access em 29 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000600002>.
- FRADE, Marco Andrey Cipriani et al . Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. An. Bras. Dermatol. Rio de Janeiro, v. 80,n. 1,fev. 2005. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962005000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962005000100006&lng=pt&nrm=iso)>. access em 29 ago. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100006>.
- 1,2 Graduandas do Curso de Enfermagem - jessycasylvac@hotmail.com  
3 Enfermeira dermatologista  
4 Professora Doutora do Curso de Enfermagem

\*kcrispvicente@gmail.com

# A IMPORTÂNCIA DE UMA BOA AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA E CORRETA ESCOLHA DO PRODUTO NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Cilane Cristina Costa Silva Vasconcelos<sup>1</sup>; Priscila Borghi Ribeiro do Nascimento<sup>2</sup>; Jussara de Paiva Nunes<sup>3</sup>; Lenigia Maria Alencar<sup>4</sup>; Alba Paula Mendonça Lima<sup>5</sup>; Sônia Maria Anacleto F. Silva<sup>6</sup>.

## INTRODUÇÃO:

Paciente R.X.C., 79 anos deu entrada em um hospital de Natal com diagnóstico de Erisipela Bolhosa e uma infecção grave. Apresentou uma lesão extensa na região lateral interna da coxa direita, onde relatou ter sido causada como consequência de um uma coceira. Passou nove dias internada nesse hospital e a lesão parecia só se agravar. Durante o internamento, apresentou uma capa de necrose seca no leito da lesão, onde foi sendo utilizado apenas óleo de girassol, como tratamento tópico. Recebeu alta do hospital com a mesma lesão apresentando 14x20cm de largura, 4cm de profundidade, uma capa de necrose seca no leito e com a mesma indicação de tratamento inicial. Após a alta, sem melhoras, a paciente procurou o ambulatório da Unidade Básica do município de Natal, onde foi acompanhada por uma enfermeira com uma minuciosa e correta avaliação dermatológica. Diante tal estudo, foi observada a importância de se fazer e boa avaliação do processo de cicatrização, assim como uma correta escolha da cobertura e acompanhamento minucioso do tratamento.

No tratamento realizado pela enfermeira a nível ambulatorial, com uma visão holística e dermatológica correta, foi alcançada uma cicatrização rápida e sem complicações para a paciente. Em menos de quatro meses foi atingido nível ótimo de cicatrização e a paciente voltou às atividades normais, retomando sua qualidade de vida.

## OBJETIVOS

O trabalho teve como objetivo enfatizar a importância de uma boa avaliação dermatológica no processo de cicatrização, juntamente com um conhecimento ideal das novas tecnologias que o mercado vem oferecendo na linha de curativos.

## MÉTODOS

A lesão encontrava-se extremamente seca, com uma capa de necrose, onde foi utilizado o hidrogel para amolecer o tecido desvitalizado e facilitar um parcial desbridamento mecânico. Logo, o uso do hidrogel foi continuado por, mais ou menos, um mês para hidratar o leito da lesão e dar continuidade ao desbridamento de forma autolítica. Dando início ao aparecimento da necrose de liquefação, foi iniciado o tratamento com o alginato por, mais ou menos, três meses.

## RESULTADOS

A cicatrização foi alcançada em um período de 4 meses, sem complicações.

## CONCLUSÃO

Baseado no relato de caso, concluímos o uso de coberturas de boa qualidade, juntamente com uma correta avaliação dermatológica proporcionou um rápido processo de cicatrização. O hidrogel ideal proporcionou uma rápida hidratação no tecido desvitalizado e, conseqüentemente, desbridamento autolítico do mesmo, na fase seca. Assim como, o alginato ideal, contribuiu para o melhor controle de exsudato no leito com necrose de esfacelo, dando continuidade ao desbridamento autolítico na fase exsudativa, trabalhando no processo de contração e evoluindo até o fechamento da lesão.

1. Enfermeira Assistencial SMS/SESAP/RN. Especialista em enfermagem do Trabalho. Email: cccsv@hotmail.com.
2. Graduanda do 10º semestre do curso de enfermagem da UNIFACEX NATAL/RN.
3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Enfermeira Assistencial SMS
4. Enfermeira Assistencial SMS/RN
5. Enfermeira Assistencial/ Tecnocenter/NATAL-RN
6. Graduanda do 10º semestre do curso de Enfermagem da UNP.

MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA

CATEGORIA - ENFERMEIRA

COREN - 9942

A incidência do câncer de pele no Brasil

Introdução: o câncer de pele é considerada uma patologia silenciosa, que tem acometido uma grande parcela considerável da população Brasileira. O câncer de pele hoje deve ser encarada como qualquer outro tipo de câncer, pois na maioria das vezes, ele tem passado despercebido, devido a falta de informação, e da procura de um especialista em dermatologia, para se ter um diagnostico precoce da doença, tratamento e cura. O tema proposto foi escolhido devido a incidência do aumento de casos de câncer de pele no Brasil, por ser uma doença que tem um alto grau de mortalidade, como qualquer outro tipo de câncer .Objetivo: Relato da análise de artigos bibliográficos pelos discentes do Curso de Enfermagem, durante a disciplina saúde do adulto e do idoso II, Metodologia foi realizado revisão literária de artigos sobre o tema , promovido por graduandos do curso de Enfermagem da Faculdade Nobre. Resultados: ficou claro que o câncer de pele é considerado um dos mais frequentes no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no País; E os tipos Não Melanoma é o câncer mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. Sendo o de maior incidência e mais baixa mortalidade; O melanoma representa apenas 4% das neoplasias malignas do órgão, apesar de ser o mais grave devido à sua alta possibilidade de metástase Conclusão: Em vista do que foi relatado, ficou claro que o câncer de pele, é uma doença muito agressiva, que deve ser prevenida através do uso de protetor solar, e redução da exposição a radiação sol e horários inadequados .



## A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AMBULATORIAL: CAMINHOS TÁTICOS E TÁTICAS PARA A VISUALIZAÇÃO DOS CAMINHOS

Gisele Massante Peixoto Tracera\*  
Aline Fillipo Salgado\*\*  
Cynthia Cristine Rosa\*\*\*  
Isabela de F. Ferreira\*\*\*\*  
Natália Durans\*\*\*\*\*

Para investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde na atenção secundária, se faz necessária a criação de novas formas de organização, capazes de produzir novas culturas e de lidar com a singularidade dos sujeitos. Para tanto foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, objetivando conhecer a atuação do enfermeiro junto à equipe multiprofissional no ambulatório de Cirurgia Vascular em uma Policlínica do SUS, visando o gerenciamento das ações prestadas, a qualidade dessas ações, assim como o grau de envolvimento dos atores responsáveis pela execução dos processos. Este ambulatório possui como competência básica o atendimento ao público encaminhado para consulta médica e de enfermagem, tratamento de úlceras e do pé diabético. Além disso, ambulatório serve também de cenário para o desenvolvimento de estudos, pesquisas e atividade de extensão, para alunos da graduação e pós-graduação, tendo como competência o favorecimento à formação profissional e à produção científica. Dentre os procedimentos de enfermagem executados destaca-se, o curativo de grau II, controle de sinais vitais e glicêmicos, orientações quanto à troca do curativo na residência, além de educação em saúde, encaminhamento a outros profissionais de saúde e acompanhamento domiciliar via telefone, em caso de dúvidas ou dificuldades. A pesquisa se deu no período de março de 2013 à março 2014 nos permitindo identificar a importância da atuação do enfermeiro como interlocutor na relação profissionais-usuários, visando a ampliação do vínculo-responsabilização com a produção de saúde. Observou-se que as ações implantadas nos serviços públicos de saúde, com apoio da equipe interdisciplinar integrada, proporcionam ao usuário e ao profissional de saúde, atividades de excelência, no âmbito da assistência e da gerência dos serviços. No entanto, para tal, é preciso construir caminhos táticos que ajudem a ampliar a visão sobre a indissociabilidade entre atenção e gestão, e as estratégias avaliativas que podem ajudar a dimensionar o trabalho da equipe interdisciplinar ofertado. A consulta de enfermagem é concebida pela enfermeira como instrumento preferencial do seu trabalho, com uma lógica interna similar à consulta médica, com coleta de dados, levantamento de problemas e propostas de intervenção e acompanhamento<sup>1</sup>. A indissociabilidade entre a produção de serviços e a produção de sujeitos leva a afirmar que a aposta na análise e gestão coletiva dos processos de trabalho é uma estratégia importante para a produção de desestabilizações produtivas e práticas de humanização dos serviços de saúde que tomam os processos de trabalho como foco<sup>2</sup>. O trabalho em equipe multiprofissional é desempenhado como método para a promoção da dimensão do cuidado, com o envolvimento dos sujeitos atuantes nos serviços, mas que, no entanto, se afirma como tecnologia relacional partindo da premissa de que a produção de saúde não se faz sem a produção de sujeitos corresponsáveis e autônomos nesse processo<sup>3</sup>. Torna-se relevante aprofundar a dimensão de análise deste debate. Esta afirmação pauta-se nos resultados deste relato de experiência, na medida em que indicam que existem muitos fatores que requerem atenção quando se pensa sobre a importância da inserção do enfermeiro nos serviços ambulatoriais.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- FERREIRA S.L. In: Nascimento MS. Prática de enfermeira no Programa Saúde da Família: interface da Vigilância da Saúde versus as ações programáticas de saúde. Tese de mestrado, UEFS; 2003, p.166.
- 2- SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.603-13, 2009.
- 3- BARROS, M. E. B. de; . GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.. O Apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das Políticas Públicas de Saúde : a experiência em um hospital geral . *Ciênc.. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12, pp 4803-4814.*

---

\*Mestre em Saúde Coletiva/UFF; Enfermeira do Ambulatório de Cirurgia Vascular/PPC/UERJ; Enfermeira Líder no SEME/HUCFF/UFRJ; e-mail: mtracera@hotmail.com.

\*\* Pós-graduada em Saúde Pública/UniRio; Enfermeira na SMS/RJ

\*\*\* Pós-graduanda em Estomatéria/ UERJ; \*\*\*\* Enfermeira formada pela FABA/RJ

\*\*\*\*\* Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela UGF/RJ

## A produção científica da enfermagem sobre a efetividade da papaína no tratamento de feridas

Patrícia Alves dos Santos Silva<sup>1</sup>  
Carolina Cabral Pereira da Costa<sup>2</sup>  
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza<sup>3</sup>

**Introdução:** o objeto desse estudo trata da efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas. Atualmente existe uma diversidade de produtos disponíveis no mercado para o tratamento de feridas, dentre eles, a papaína vem sendo muito utilizada, em razão do baixo custo e por ser um produto eficaz para o tratamento de lesões de várias etiologias<sup>1</sup>. A papaína é uma enzima proteolítica de origem vegetal extraída do látex do mamão (*Carica papaya*), que auxilia na remoção de exsudatos inflamatórios e tecidos desvitalizados, reduzindo o período necessário para o reparo tecidual, sem afetar o tecido sadio<sup>2</sup>. Sabe-se que o enfermeiro desempenha papel fundamental tanto na avaliação de feridas, quanto no acompanhamento e tratamento das pessoas com lesão de pele. Desse modo, faz-se relevante a apreensão do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a realização do cuidado a estas pessoas de forma eficiente e segura<sup>1</sup>. **Objetivo:** analisar a produção científica sobre a efetividade do uso da papaína e de sua repercussão no tratamento em feridas, independente de sua etiologia. **Metodologia:** Pesquisa de Revisão Integrativa da Literatura, cuja coleta realizou-se na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de agosto de 2014, em vários horários e dias deste mês. Os descritores utilizados foram: papaína, cicatrização e cuidados de enfermagem. Incluíram-se os artigos indexados entre 2000 e 2013, que foram disponibilizados na íntegra e no idioma português. **Resultados:** Foram encontrados 5 artigos, sendo 3 publicações de revisão de literatura, 01 de pesquisa de campo e 01 era ensaio clínico. Houve uma variedade dos tipos de apresentação do produto, tais como: pó, gel, creme e soluções, e nas suas concentrações de 2% a 10%, sendo necessário o conhecimento adequado para sua utilização de acordo com o estágio da lesão.<sup>2</sup> No que diz respeito às indicações, identificou-se que a papaína foi utilizada em feridas de diversas etiologias e nas diferentes fases do processo de cicatrização, constatando assim, sua efetividade. Outro apontamento foi que nos estudos internacionais, o uso da papaína é associado à ureia, demonstrando um aperfeiçoamento da tecnologia. No Brasil é comum associar com solução salina a 0,9% ou água destilada, mesmo assim a papaína demonstrou ser segura e efetiva em todos os estudos.<sup>3</sup> A papaína demonstrou uma maior eficácia nas pesquisas em que foram realizadas trocas de curativos em feridas exsudativas três vezes ao dia, em relação as pesquisas que faziam a troca a cada 24 horas. Além disso, obtiveram uma redução de odor e secreção evitando as macerações nas bordas das lesões.<sup>3</sup> **Conclusão:** O enfermeiro desempenha um papel importante na avaliação da ferida sendo necessário selecionar as melhores opções de coberturas, considerando efetividade e menor custo. Há necessidade de serem desenvolvidos novos estudos, na área de enfermagem, para avaliar com maior precisão, a efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas. Além disso, devem ser realizados estudos farmacológicos que analisem o tempo de estabilidade da mesma, a fim de definir o tipo de armazenamento e de uso, contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem ao cliente com feridas.

Descritores: papaína, cicatrização, cuidados de enfermagem.

### REFERENCIAS

1. SILVA, C.C. R; ROGENSKI, N. M. B. Uso da papaína: conhecimento de enfermeiros em um hospital da cidade de São Paulo. Rev Estima. n.8, v.1 2010 p. 12 – 18.
2. CARVALHO, F. I. C; SILVA, J. P. N; BITTENCOURT, M. C; JUNIOR, L.C.B. Uso de papaina no tratamento de lesões ulcerativas de pacientes portadores de pé diabético: relato de cinco casos. Revista Paraense de Medicina v.24, n.2, abril-junho; 2010.
3. ROL, J. L; OLIVEIRA, K. A; VIEIRA, L. C; FERREIRA, M. C. M. Terapia Tópica de Feridas: Utilização de Papaína. Rev. Cuidarte Enferm. v.2, n.1, 2008 jan-jun; p. 100-10.

1. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela ENF/UERJ. Especialista em Estomaterapia pela ENF/UERJ. Email: papatyenf@gmail.com.
2. Mestre em Enfermagem em UERJ. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Especialista em Enfermagem em Estomaterapia. Professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira da Hemodinâmica do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro.
3. Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ (ENF/UERJ). Coordenadora do Curso em Enfermagem em Estomaterapia da ENF/UERJ. Professora Permanente da Pós-graduação Stricto Sensu da ENF/UERJ. Procientista da UERJ.

## A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

RHUANNA KAMILLA DA SILVA SANTOS<sup>1</sup>; JÉSSICA ANDRADE DA FONSECA<sup>2</sup>; PRISCILLA DE MELO LIMA<sup>2</sup>; RAYSSA GABRYELLA NERY DE BARROS<sup>2</sup>; SAYONARA STEFANE TAVARES DE MOURA<sup>2</sup>; MARIANA BOULITREAU SIQUEIRA CAMPOS BARROS<sup>3</sup>.

**INTRODUÇÃO:** A atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar visa ao atendimento do cliente, incluindo-se o diagnóstico de sua situação, intervenções e avaliação dos cuidados específicos, a partir de uma perspectiva humanista voltada para a qualidade de vida. Acredita-se, dessa forma, que a atuação da equipe de enfermagem pode ser favorecida pela sistematização de sua assistência o qual orienta os profissionais para melhor atuação na prevenção das úlceras por pressão. Úlcera por pressão (UP) é qualquer alteração da integridade da pele resultante da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. É classificada conforme o grau de dano observado nos tecidos e sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores internos do paciente, tais como: extremos de idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência; e externos, como: pressão, fricção e umidade. **OBJETIVOS:** Elaborar um plano de cuidados para pacientes na prevenção e tratamento de UP conforme a literatura assim como estabelecer diagnósticos a partir do North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I). **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a cerca do tema em questão, cujas fontes de informações foram constituídas através da análise de artigos científicos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), foram selecionados artigos apenas em Língua Portuguesa nos últimos cinco anos, com palavras chave: Úlcera por pressão/enfermagem, cuidados de enfermagem, como também o uso da NANDA-I e livros da literatura científica da área. **RESULTADOS:** O estudo dos 15 artigos selecionados acerca do tema possibilitou que identificasse 14 diagnósticos de enfermagem e que fossem validadas 6 intervenções de enfermagem. Dada à importância da prevenção da úlcera de pressão, sobretudo na lesão, em alguns artigos foi privilegiado o diagnóstico para integridade da pele prejudicada, destacando os fatores de risco e as intervenções de enfermagem preconizadas. Utilizando a NANDA, é possível identificar os fatores de risco que embasam a elaboração do diagnóstico e afirmar que houve coerência quanto aos fatores de risco encontrados e àqueles propostos pela taxonomia. **CONCLUSÃO:** A sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de UP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais. Destaca-se ainda a necessidade do desenvolvimento de estudos sobre essa sistematização, pois é essencial para a autonomia do enfermeiro e melhor atendimento ao paciente, a identificação dos diagnósticos é importante para o aprimoramento do cuidado àqueles que adquirem a UP, pois as intervenções tornam-se mais direcionadas aos problemas existentes dispondo de uma melhor qualidade de vida. **REFERÊNCIAS:** 1.DEALEY C. Cuidando de Feridas um guia para as enfermeiras. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. 2.DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez- Porto Alegre: Artmed, 2010.

1 Estudante de Enfermagem da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória. E-mail: [rkss20@hotmail.com](mailto:rkss20@hotmail.com);

2 Estudante de Enfermagem da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória;

3 Professora Assistente de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPE – Centro Acadêmico de Vitória, Mestre em Saúde Coletiva.

## A TERAPIA COMPRESSIVA NÃO ELÁSTICA NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Gisele Massante Peixoto Tracera\*  
Cynthia Valéria Ramos\*\*

A úlcera venosa (UV) é uma das mais graves manifestações de insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. Doença de grande importância para a saúde pública devido à sua alta incidência e prevalência e por causa do alto impacto socioeconômico que ela traz, por ser de difícil tratamento e por requerer afastamento prolongado do trabalho<sup>1</sup>. O fator mais importante na prevenção e no tratamento das úlceras venosas é controlar o edema e a hipertensão venosa por meio de medidas de compressão<sup>2</sup>. A terapia compressiva não elástica (molde semissólido) é o método mais tradicional e proporciona uma atuação como um dispositivo de compressão efetiva. Tais bandagens não elásticas proporcionam alta pressão quando os músculos são contraídos e pequena pressão ao repouso. Os pacientes se sentem confortáveis usando esse tipo de compressão<sup>3</sup>. Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa sobre a eficácia do uso da terapia compressiva não elástica, no tratamento das úlceras venosas crônicas. O objetivo desta revisão foi investigar os resultados do uso da terapia compressiva não elástica, em curto prazo (entre seis e oito meses), em pacientes portadores de úlcera venosa crônica. A metodologia utilizada foi o estudo de revisão integrativa, a partir da questão de pesquisa: O uso da terapia compressiva não elástica é eficaz, em curto prazo, no tratamento da úlcera venosa crônica? Os artigos encontrados foram lidos na íntegra e selecionados os resultados dos que abordaram o uso da terapia compressiva não elástica como escolha no tratamento da úlcera venosa crônica. Resultados: Foram encontrados um total de 07 artigos, dos quais apenas 05 foram utilizados e agrupados em relação aos seus objetivos. Conclusões: Observou-se que a utilização da terapia compressiva não elástica, promoveu significativa economia para o Sistema Único de Saúde (SUS) e também diminuiu o tempo de cura de úlceras.<sup>1</sup> Os benefícios incluem a proteção contra trauma e mínima interferência nas atividades diárias. As desvantagens incluem a pressão sobre a perna exercida por períodos mais longos, a escassez de enfermeiros treinados e médicos familiarizados com a aplicação da bota e a inadequação do dispositivo para feridas altamente exsudativas<sup>2</sup>. O tratamento com essa terapia é eficaz na cicatrização da úlcera venosa, quando associado com a sistematização do acompanhamento ambulatorial<sup>3</sup> pelo enfermeiro. A avaliação da qualidade de vida do paciente com úlcera venosa é um importante indicador da resposta de evolução da cicatrização da lesão. Os pacientes com úlcera venosa, após oito meses de tratamento com a terapia compressiva não elástica tiveram significativa melhora da qualidade de vida.<sup>4</sup>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- BELCZAK, et al. Tratamento da úlcera varicosa dos membros inferiores mediante cirurgia e bota de Unna: uma economia para o sistema de saúde brasileiro. Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. 2011; 9(3 Pt 1):10-10.

Disponível em:

[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein\\_v9n3\\_377-385\\_PT.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein_v9n3_377-385_PT.pdf)

Acesso em: 05 fev. 2014.

2- ABREU, et al. Treatment of venous ulcers with na Unna boot: a case study. On line Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v.12, n.1, p. 198-208, march 2013.

Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3845>>.

Acesso em: 06 julho de 2014.

3- Abbade LPF, Lastória S.. Abordagem de Pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. Um Dermatol Bras. 2006; 81:509-22.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-5962006000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-5962006000600002)>

Acesso em: 05 julho 2014.

4- Salomé Geraldo Magela, Ferreira Lydia Masako. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. Rev. Bras. Cir. Plást. [serial on the Internet]. 2012; 27( 3 ): 466-471.

Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752012000300024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000300024&lng=en)

Acesso em: 18 março 2014.

---

\*Mestre em Saúde Coletiva/UFF; Enfermeira do Ambulatório de Cirurgia Vascular/PPC/UERJ; Enfermeira Líder no SEME/HUCFF/UFRJ; e-mail: mtracera@hotmail.com.

\*\* Pós graduada em Estomaterapia/UERJ; Enfermeira na SES/RJ.

## A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA NEGATIVA EM ULCERA POR PRESSÃO.

José Adailton Farias De Souza<sup>1</sup>

**Introdução** A úlcera por pressão ainda é considerada um problema grave, especialmente em pessoas idosas, acamadas e clientes portadores de doenças crônicas degenerativas. O método a vácuo de curativo tópico é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se institui uma pressão negativa localizada e controlada, com o objetivo de estimular a granulação e a cicatrização. Promove o aumento da circulação sanguínea local e maior perfusão tecidual levando ao maior aporte de nutrientes, oxigênio, consequentemente o aumento da migração de fibroblastos, estimulando a formação de tecido cicatricial de granulação. A remoção dos fluidos diminui o edema, a pressão intersticial e a colonização bacteriana, criando um ambiente úmido benéfico para a migração epitelial e a cicatrização. **Objetivo:** Relatar a experiência com da terapia por pressão negativa em um paciente com úlceras por pressão em estágio IV. **Metodologia:** Estudo de caso descritivo, realizado no período de 06 dezembro de 2013 a 21 de dezembro de 2013, em um paciente em domicílio em tratamento com Home Care, com início após a autorização da responsável legal através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização para Fotografias. Instalado terapia por pressão negativa (Curativo à Vácuo) no dia 06/12/2013, no modo contínuo, com pressão de 125 mmHg, e 20 de intensidade, onde foram realizadas 4 trocas, sendo uma troca a cada 3 dias. Encerrado tratamento no dia 21/12/2013. **Conclusão:** A terapia por pressão negativa se mostrou uma alternativa segura e eficaz no tratamento de ulcera por pressão, uma vez que proporcionou evolução cicatricial satisfatória e preparo do leito da ferida para ser submetido a retalhos ou enxertos em tempo inferior à média descrita pela literatura, que gira em torno de 75 dias. Com preenchimento de grande parte da lesão por tecido de granulação, epitelização e aproximação das bordas e mantida pele perilesional íntegra, sem dermatite e escoriações, com menor manipulação do cliente na realização da troca dos curativos, menor tempo gasto pela equipe de enfermagem na realização do curativo, segurança devido impedir a entrada de bactérias na lesão, e estimulação da cicatrização em menor tempo relacionado à terapia convencional.

### REFERÊNCIAS:

Oliveira, Mauricio da Silva De, Komatsu, Carlos Alberto; et. al Tratamento de feridas complexas com uso de pressão negativa local método a vácuo. Rev. Bras, Cir. Plast. 2010;25(supl):1-102

Rogenski Noemi Marisa Brunet, Santos Vera Lúcia Conceição de Gouveia; et. al Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80

1. Enfermeiro na unidade de Home Care Unimed de São Jose Do Rio Preto SP, Pós graduando, enfermagem em Dermatologia, pela FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Enfermeiro coordenador do grupo de curativos Home Care Unimed são José do Rio Preto sp .

E-mail: jsouza@unimedriopreto.com.br

## A UTILIZAÇÃO DE BANDAGEM IMPREGNADA EM POLIHEXANIDA EM LESÕES PRÉ- ENXERTOS

ÂNGELA CARLOS DO AMARAL, SHIRLEY RANGEL GOMES, ZEIDE GOMES DE CASTRO LOBO, MARIA MADALENA JORGE DE OLIVEIRA DO AMARAL, MAYRA VILAS NOVAS AZEREDO LOBO, NELCI CONCEIÇÃO DE MOURA.

Os acidentes de moto são as causas externas de maior incidência em unidades de saúde em todo o Brasil, com elevado percentual de internação, além de altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares<sup>1</sup>. Diminuir o tempo de internação e as sequelas oriundas desse tipo de lesão tem sido objetivo e desafio da equipe de pele desta unidade de hospitalar. Investe-se na aplicação de cobertura que acelere a granulação e nivele as lesões para que os enxertos sejam realizados o mais rapidamente possível e assim diminuir os riscos provenientes da exposição óssea e outros tecidos nobres. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo discutir os resultados obtidos com a utilização da bandagem impregnada com polihexametileno de biguanida a 0,1% para o preparo e nivelamento das lesões traumáticas para realização de enxertos de pele. **Metodologia:** Foram realizados estudos de casos de três pacientes adultos, vítimas de acidentes motociclístico com grande perda tecidual. O estudo de caso que caracteriza-se pelo estudo verticalizado de um ou poucos casos, sendo que o caso consiste no objeto de observação<sup>2</sup>. Os materiais empregados para o tratamento das lesões, foram: solução salina, bandagem impregnada de polihexametileno de biguanida a 0,1%, gazes e ataduras com trocas a cada 72 horas. A evolução cicatricial foi registrada por meio de fotografias com máquina digital de 5.0 megapixels. Contou-se com a participação voluntária dos clientes, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme o exigido pela resolução 196/963. **Resultados:** As lesões foram finalizadas num período inferior a 60 dias. A utilização da bandagem de polihexametileno de biguanida a 0,1% nas lesões traumáticas com exposição de tecidos nobres demonstrou ser eficaz em acelerar a granulação e nivelar o tecido para os enxertos em tempo inferior a média das outras coberturas geralmente utilizadas neste tipo de lesão. **Considerações:** As ações de enfermagem foram efetivas em promover a granulação e nivelamento das lesões e resultado na qualidade do tecido enxertado.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Curativo, Trauma

### Referências:

1 Andrade LM, Lima MA Silva CHC. Caetano, JA. Acidentes de Motocicleta: Características das vítimas e dos acidentes em Hospital de Fortaleza-CE. Revista Rene. 2009;10(4):52-59.

2 Gonçalves JAT. O Desing do Estudo de Caso.2008 <http://metodologiadapesquisa.blogspot.com,br/2008/06/o-desing-do-estudo-de-caso-html>

3 Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução 196/96.

Ângela Carlos do Amaral – Enfermeira. UERJ. Pós Graduada em Saúde da Família. Capacitação pedagógica pela FGV. Pós graduada em Enfermagem Dermatológica. UGF. Coordenadora da Unidade de tratamento de Lesões São José e comissão de pele do Hospital Ferreira Machado. [aca\\_1964@hotmail.com](mailto:aca_1964@hotmail.com)

Shirley Rangel Gomes. Enfermeira. UFF. Mestre em Enfermagem. UFF. MBA em Gestão Estratégica de Hospitais. FGV. Pós Graduada em Estética e Cosmetologia. AVM. Pós Graduada em Enfermagem do Trabalho. FacREdutor. Coordenadora da Comissão de Pele e Serviço de Educação Permanente do Hospital Geral de Guarus. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Redentor de Campos.

Mayra Vilas Novas. Enfermeira. ISESENSA. Estágio voluntário na unidade de tratamento de lesões São José. Consultora técnica em tratamento avançado de feridas.

Zeide Gomes de Castro Lobo- Pós Graduada em Estomatoterapia (UERJ) e Infecção hospitalar. Coordenadora do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Município de Quissamã.

Maria Madalena Jorge de Oliveira do Amaral- Pós Graduada em Enfermagem do trabalho ( UNIVERSO) consultoria técnica em tratamento avançado de feridas. Nelci Conceição de Moura – Estomaterapeuta. Responsável Técnica da Empresa Helianto Farmacêutica LTDA.

## A UTILIZAÇÃO DE TERAPIA DE FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA (TFPN) EM DEISCÊNCIA DE SAFENECTOMIA

Alciclea dos Santos Oliveira (1)  
Andrea Araújo da Silva (2)  
Fabiana Cristina de Oliveira Silva (3)  
Mitsue da Silva Hatanaka (4)

**INTRODUÇÃO:** Em cirurgias de revascularização do miocárdio umas das formas de tratamento é a utilização da veia safena como enxerto coronariano(1). A infecção da ferida cirúrgica pós safenectomia é uma complicação resultante deste procedimento, em que 10% dos casos evoluem para deiscência da incisão (2). **Objetivo:** Relatar o estudo de caso do uso de TFPN em deiscência de ferida profunda de safenectomia pós cirurgia cardíaca. **Método:** Trata-se de um relato de caso de um paciente internado em um hospital de porte extra da cidade de São Paulo, que adquiriu infecção profunda no local da safenectomia, em MIE, após cirurgia cardíaca. Após recebimento das orientações e concordância do estudo, o participante assinou TCLE. O tempo de estudo foi de um mês. A coleta de dados deu-se por observação direta durante as trocas do curativo, avaliação da lesão (tecido, margens, exsudato) e registro fotográfico. Com objetivo de reduzir a carga bacteriana e preparo do leito da ferida para posterior fechamento foi utilizado a TFPN, com gaze, associada à prata nanocristalina com trocas iniciais de duas vezes por semana com pressão contínua de 120 mmHg.: Paciente de 63 anos, sexo feminino, com diagnóstico de IAM e histórico de HAS e dislipidemia, submetida à cirurgia de revascularização do miocárdio em 28/03. No 4º dia pós operatório, a incisão da safenectomia apresentava pontos de isquemia e bolhas em toda sua extensão, evoluindo para necrose e posterior infecção e deiscência. Inicialmente a troca dos curativos era realizado pelo cirurgião da equipe. Foram utilizados seguintes produtos para desbridamento e diminuição da carga microbiana: pomada de colagenase, papaína 6%, curativo com PHMB. Em 05/05 coletado material para cultura com crescimento de *Pseudomonas aeruginosas* e *Enterococcus faecium* multiresistente. O MIE apresentava duas deiscência de ferida operatória, com diâmetro de 20x7,0x3,5cm e 20x6,0 x3,5cm, lesão 1 e 2 respectivamente. Leito com 90% de tecido de granulação. Margens desniveladas no leito da lesão e edema. Exsudato seropurulento em grande quantidade, com odor fétido. Com o objetivo de diminuir a carga microbiana e preparar o leito da ferida para recebimento de enxerto em menor tempo possível, foi iniciado o uso de TFPN, com gaze, associada à prata nanocristalina. Realizado troca de curativo 2x/semana e de reservatório 1x/semana. Foi realizado 21 dias de tratamento com TFPN associado à prata nanocristalina com um total de 7 trocas. **RESULTADO:** Em 21 dias de tratamento observou-se diminuição significativa do diâmetro das feridas, bem como do aspecto: de 20x7,0x 3,5cm para 18x4,0x1,5cm (lesão 1) e 20x6,0x3,5cm para 18x4,0x1,5cm (lesão 2), diminuição do exsudato e aumento do tecido de granulação. **CONCLUSÃO:** O uso da pressão negativa propiciou condições fisiológicas viáveis para o preparo e recebimento de outra tecnologia com: diminuição; diminuição dos sinais flogísticos e do exsudato seropurulento e preparo para o enxerto.

**Palavras-chave:** Ferida, Infecção, safenectomia, TFPN, Prata Nanocristalina

1. Gelape CL. Infecção do Sítio Operatório em Cirurgia Cardíaca. Arq Bras Cardiol 2007; 89(1) : e3-e9.
2. Pinto NC, Pereira MHC, Stolf NAG, Chavantes MC. Laser de Baixa intensidade em deiscência aguda de safenectomia: proposta terapêutica. Rev Bras Cir Cardiovasc 2009; 24(1):88-91.
3. Birke-Sorensen H, et al. Recomendações Baseadas em Evidencias para Terapia para Feridas com Pressão Negativa: Variáveis no Tratamento (Níveis de Pressão, preenchimento da Ferida e Camada de Contato) – Etapas em Direção a um Consenso Internacional. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2011; 64, S1-S16.

1. Enfermeira Supervisora da Comissão de Curativos do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo;
2. Enfermeira Estomaterapeuta e Assessora Técnica de Vendas da Smith Nephew;
3. Enfermeira da Curativos do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo;
4. Enfermeira da Curativos do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

# A UTILIZAÇÃO DO HIDROGEL NO TRATAMENTO TÓPICO DE FERIDAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Narley Alves Coelho<sup>1</sup>

## **INTRODUÇÃO:**

Após uma lesão acontecer, uma série de eventos leva à correção da superfície da pele lesada, é o chamado processo de cicatrização. Para a reparação tecidual há necessidade de um ambiente local propício ao processo de cicatrização, com temperatura ideal, hidratação, condições adequadas de oxigenação e nutrientes (BORGES et al., 2008). A cicatrização pode ser retardada por vários fatores, dentre eles a baixa umidade no leito da lesão e presença de tecido desvitalizado (IRION, 2012). O Hidrogel devido a sua elevada umidade promove a autólise uma vez que umedece e hidrata tecidos desvitalizados, propiciando o meio ideal para reparação do tecido (ANDRADE, 2011).

## **OBJETIVO:**

Este estudo teve como objetivo realizar revisão de literatura sobre as indicações e uso do hidrogel no tratamento de feridas de diferentes etiologias.

## **MÉTODOS:**

Trata-se de revisão bibliográfica realizada em abril de 2014 com pesquisa em livros, sites como Sielo e bibliotecas virtuais de universidades. Alguns dados foram obtidos de oito protocolos assistenciais, atualizados, de instituições de saúde brasileiras disponíveis na internet.

## **RESULTADOS:**

Figueiredo e Machado (2009) afirmam que os hidrogéis podem ser utilizados no tratamento de feridas de diversas etiologias, dentre elas as úlceras diabéticas, venosas, queimaduras, em lesões faciais decorrentes de dermoabrasão com laser e lesões diversas de origem bacteriana. Ao verificar os protocolos assistenciais de diversas instituições de saúde no Brasil, quanto ao uso do hidrogel, foi observado que: no HEMORIO esta cobertura é utilizada em úlceras por pressão; no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas utiliza-se em feridas abertas com tecido de necrose ou desvitalizado; na Prefeitura do Município de São Paulo é aplicada em tecido de granulação sem exsudato, necrose seca e/ou úmida e esfacelo; na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em lesões que necessitem de manutenção do leito com umidade; no Hospital Universitário de Santa Maria em feridas limpas não infectadas e lesões com áreas necróticas; na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis em lesões com pouca exsudação para remover crostas, fibrina, tecidos desvitalizados ou necrosados; na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto em tecido necrótico; e no Hospital Geral de Salvador com a finalidade de remover crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas.

## **CONCLUSÃO:**

Pode-se comprovar que o hidrogel tem comprovadamente a sua eficácia em várias etapas do processo cicatricial bem como em lesões de várias etiologias sendo indicado em várias instituições de saúde.

## **REFERÊNCIAS:**

1. ANDRADE, Milena Rocha de. O processo adaptativo de pacientes com úlceras venosas ao tratamento com hidrogel: um estudo de caso. Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2011.
2. BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N.; GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. Feridas: Como tratar. Coopmed. Ed.Médica, 144p. Belo Horizonte, 2008.
3. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, William César Alves. CORPO e SAÚDE: Condutas Clínicas de Cuidar. Rio de Janeiro. Águia Dourada, 2009.
4. IRION, Glenn. **Feridas: Novas Abordagens, Manejo Clínico e Atlas em Cores. 2. Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2012.**



## ABORDAGEM DO ESPECIALISTA NO TRATAMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO: CASO CLÍNICO

Autores: Juliana Lucinda dos Santos 1, Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila<sup>2</sup> Fabio Franco Farias<sup>3</sup>. Eliana Kavasaka <sup>4</sup>

**Introdução:** A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica. A principal etiologia para a morbimortalidade dos diabéticos é aterosclerose. A lesão inicial da aterosclerose é a disfunção endotelial, sendo que o endotélio tem um papel fundamental na manutenção das características de fluidez do sangue, tônus vascular e sua permeabilidade, sendo o óxido nítrico derivado do endotélio e o principal protetor contra aterosclerose. Os fatores que alteram a distribuição normal das forças de locomoção, irrigação ou sensibilidade do pé, como ocorrem nos diabéticos, potencializam o risco de lesão no local. Fatores de risco para formação de feridas são o tempo da evolução da diabetes, doença vascular periférica, tabagismo e o nível de hemoglobina glicosilada. Paciente idoso portador de Diabetes Mellitus, Marcapasso e Dislipidemia. História de lesão fúngica com ulceração na lateral interna do 5º dedo e uma hipovascularização severa em membro inferior esquerdo (MIE). Necessitando de uma revascularização com stent em femoral. Que evoluiu com deiscência cirúrgica, lesão necrótica com sinais de infecção. **Método:** Trata-se de um estudo clínico, no tratamento de ferida após revascularização com stent em um paciente diabético de um consultório privado de estomaterapia de São Paulo. A avaliação Multiprofissional foi primordial para escolha do tratamento. Sendo que o leito da lesão possuía uma lesão necrótica com presença exsudato, má perfusão e edema local e hiperemia ativa. Sendo sua fase inicial por orientação da equipe hospitalar foi usado hidrocolóide e enfaixamento com trocas a cada 96 horas, câmara hiperbárica e ozonioterapia. Após avaliação da estomaterapeuta foi proposto na fase com tecido inviável modificação da conduta tópica por: solução de papaína 8%, Polihexametileno Biguanida, hidrofibra carboximetilcelulose com prata iônica 1,2 % e cobertura secundária hidropolímero com borda adesiva. **Resultado:** Obtivemos como resultado a epitelização melhora da perfusão sanguínea e a adequação da escolha do material para realização do curativo respeitando cada fase da lesão. Sendo sua fase inicial foi usado para melhor hidratação local, desbridamento enzimático. Utilizamos solução de papaína a 8% área de lesão com presença de necrose e tecido desvitalizados, associamos o hidrofibra carboximetilcelulose com prata iônica 1,2 %. No segundo momento com tecido de granulação utilizamos cobertura absorvente composta de 90% de colágeno e 10% de alginato de cálcio. **Medidas coadjuvantes terapêuticas:** Associamos junto com a nossa terapia a avaliação com a nutricionista que direcionou terapia nutricional tais como; suplemento via oral rico em proteína e em nutrientes específicos que ajudam no processo de cicatrização de feridas, associado com um produto à base de lipídeos, rico em ômega 3 e com alto teor de calorias. E solicitamos avaliação com baropodometria completa para confecção de palmilhas com distribuição de pressão adequada e podologia. **Conclusão:** conclui-se que a utilização e adequação do curativo respeitando-se cada fase da lesão, foi favorável no controle do exsudato e aquecimento local. Proporcionado o aceleração da cicatrização. Reforçamos ainda a necessidade e busca constante novas tecnologias direciona o estomaterapeuta a atentar aos pacientes diabéticos, pois o conhecimento, habilidade técnica e atitude são elementos fundamentais para excelência da qualidade da assistência de enfermagem.

### Bibliografias

- 1-Wajchenberg, BL. Disfunção endotelial no diabetes do tipo 2. Arq. bras. endocrinol. Metab out.2002.;46(5):514-519.
2. Bridges Jr RM, Deitch EA. Infecções do pé diabético. Fisiopatologia e tratamento. In: Deitch EA. Infecções cirúrgicas. Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros Edições; 1994. Cap.3, p.581-600
- 3-Ferreira MC, Tuma Jr P, Carvalho VF Kamamoto F. Complex wounds. Clinics. 2006;61:571-8.

**Relator:** Daisy CZ Barreiros Archila: dbarchila@gmail.com

- 1-Enfermeira especialista em Nefrologia em enfermagem (Unifesp), Pedagogia aplicada em Enfermagem (Uniararas), pós graduanda em Estomaterapia (Unitau). Diretora Técnica da Clínica Prime Care. Santo André – São Paulo
- 2- Enfermeira especialista em Enfermagem em Dermatologia (Unifesp). Estomaterapia (EEUsp). Diretora Administrativa da Clínica Prime).
- 3- Técnico de enfermagem com ênfase em eletroencefalograma. Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sírio Libanês.
- 4- Nutricionista Clínica.

## ABORDAGEM ÉTICA DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE FERIDAS

Divina Edna da Silva<sup>1</sup>  
Ilayne Antonia Gomes Pereira<sup>1</sup>  
Luciele Pereira da Silva<sup>2</sup>

**Introdução:** Os tratamentos para feridas podem incluir métodos clínicos e cirúrgicos, visto que o curativo é o tratamento clínico mais utilizado. A escolha do método adequado decorre do conhecimento fisiopatológico e bioquímico da reparação tecidual. O Enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência ao paciente portador ou com risco de desenvolver ferida, pois este profissional mantém contato prolongado com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos. Esta pesquisa objetivou verificar de que forma o Enfermeiro vem atuando na assistência aos pacientes portadores de feridas. A assistência de enfermagem no tratamento de feridas é uma especialidade dentro da enfermagem legalizada pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST), sendo necessária para sua aplicação conhecimento específico, aptidão e abordagem holística. A aplicação da assistência de enfermagem é essencial ao paciente portador ou com risco de desenvolver ferida, em razão deste profissional estar em contato por um longo período com o mesmo, avaliando a lesão, planejando e coordenando os cuidados, acompanhando sua evolução, supervisionando e executando os curativos. **Objetivos:** pretendeu-se analisar a abordagem ética do enfermeiro no processo de escolha do plano terapêutico e seus fatores relacionados para o tratamento de feridas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem de cunho qualitativo, onde as referências foram levantadas a partir das bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e registrados em instrumento específico. A população de estudo totalizou 10 publicações e os artigos foram agrupados de acordo com a similaridade de conteúdo. **Resultados:** Ao analisar a produção foram encontrados: 50% dos artigos traziam a temática Conhecimentos fisiopatológicos do enfermeiro sobre a ferida e qualificação do mesmo; 30% da produção enfocavam a visão holística do paciente e escolha em equipe; 20% consideravam a análise dos recursos materiais, financeiros e humanos envolvidos. **Conclusão:** Em suma, o processo de avaliação da ferida pelo enfermeiro é uma habilidade que requer conhecimento específico sobre a mesma e seus fatores relacionados, devendo considerar o paciente por completo, sendo necessária a padronização de critérios juntamente com a equipe após avaliar os recursos disponíveis na instituição. Faz-se necessário também adequar a instituição aos melhores planos de cuidado existentes e estar capacitando continuamente os profissionais.

**Palavras-chave:** ferida; assistência de enfermagem; avaliação.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SMANIOTTO et al. *Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas*. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v.27, n. 4, p. 623-6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n4/26.pdf>>. Acessado em: 22 de agosto de 2014.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. *O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado*. Arquivos Ciências da Saúde. V.15, n.3, p. 105-9, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)>. Acessado em: 25 ag. 2014.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. *Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública*. Revista Texto & Contexto, v. 17, n.1, p. 98-105, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acessado em: 25 de agosto de 2014.

FRANCO, Diogo; GONÇALVES, Luiz Fernando. *Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v.35, n.3, p.203-206, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/11.pdf>>. Acessado em: 25 de agosto de 2014.

---

<sup>1</sup> Discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Universitária da UEG de Ceres – GO. E-mail: ilayne\_@hotmail.com.  
<sup>2</sup> Orientadora. Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Goiás. Especialista em Saúde Pública e PSF, Controle de Infecção Hospitalar, Enfermagem do Trabalho e Terapia Intensiva Geral. Ampla atuação em C.C.I. H e Enfermagem do Trabalho. Atuação em S.A.E, Enfermagem Obstétrica, Pediatria e Urgência e Emergência. Docente da Universidade Estadual de Goiás. E-mail: lupssilva@hotmail.com.

## Adequação de cobertura em cateter central minimiza o impacto em Skin tears: Relato de Experiência

Autores: Juliana Lucinda dos Santos, Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila

**INTRODUÇÃO:** A lesão por fricção (Skin Tears) é um tipo de ferida traumática que ocorre principalmente na pele dos idosos, resultante de fricção ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da derme separando totalmente a epiderme da derme das estruturas subjacentes. Geralmente ocorre nos membros superiores e inferiores, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo visou controlar o exsudato de lesões por fricção em pacientes cardíacos e prevenir o desenvolvimento de novas lesões. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência do tratamento de lesões por fricção peri cateter central em paciente de um hospital privado do município de São Paulo. O protocolo da instituição para realização de curativo de Cateter Venoso Central é a limpeza com Clorexidina 0,5% utilizando-se compressa estéril para limpeza da inserção e na área adjacente. Como cobertura, utiliza-se filme poliuretano sobre o cateter. Mantendo até 96 horas. Caso o ostio de inserção tenha exsudato ou outras secreções é realizado curativo convencional fechado e troca diária. Optou-se para modificação da conduta com curativo de espuma em forma de disco, composto de poliuretano hidrofílico absorvente, não aderente e impregnado de Gluconato Clorexidina de liberação lenta coberto com filme transparente, trocara 7 dias. Na presença de exsudato ou sangramento utiliza-se a mesma solução para anti-sepsia e cobertura com gaze e adesivo hipoalergênico com troca diária ou quando necessário. **RESULTADOS:** No caso em estudo, eram necessárias mais de uma vez as trocas diárias de curativo e devido a presença de fragilidade cutânea começaram a surgir pequenas lesões próximas ao cateter. Optou-se, por uma cobertura de espuma altamente absorvente, com bordas, auto-aderente e de silicone suave associado ao curativo antimicrobiano na inserção. Inicialmente foi necessária a troca do curativo uma vez ao dia. No terceiro dia de utilização deste curativo, observou-se a diminuição da quantidade de exsudato e da maceração na pele adjacente sendo possível a troca a cada 2 dias. Posteriormente, foi possível aumentar o intervalo de troca não ultrapassando 4 dias para a reavaliação das condições da inserção do cateter central. **CONCLUSÃO:** Com este estudo concluiu-se que a utilização do curativo com adesividade de silicone foi favorável no controle do exsudato, no tratamento e na prevenção de novas lesões próximas ao cateter venoso Central. Reforça também, a necessidade do enfermeiro buscar constantemente novas tecnologias e atentar aos pacientes cardíacos em uso prolongado de corticóides, pois o conhecimento, a habilidade técnica e a atitude são elementos fundamentais para a excelência da qualidade da assistência de enfermagem.

### Referências Bibliográficas

1. Payne R, Martin M. Defining and classifying skin tears: need for common language. *Ostomy Wound Manag.* 1993;39(5):16-20.
2. White R. Evidence for atraumatic soft silicone wound dressing use. *Wounds UK* 2005;1 (3):104-109.
3. Ruschulte H, Franke M, Gastmeier P. et al Prevention of central venous catheter related infections with chlorhexidine gluconate impregnated wound dressing: a randomized controlled trial. *Ann Hematol.* 2009 Marc;88 (3):267-72. Epub 2008 Aug 5.

Relator: 1

Enfermeira especialista em nefrologia em enfermagem (Unifesp), Pedagogia aplicada em Enfermagem (Uniaras), pós graduanda em Estomaterapia (Unitau). E-mail: july.sts@ig.com.br

## **ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**INTRODUÇÃO:** A insuficiência venosa crônica (IVC) é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais, este agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária. A úlcera venosa (UV) se apresenta como a complicação mais séria da IVC, tem alta prevalência, e caráter recidivante e geralmente provoca sofrimento tanto ao seu portador, quanto no seu a familiar. Um dos tratamentos de maior eficácia é a terapia com Bota de UNNa. 1-2-3 **OBJETIVO:** Conhecer a adesão dos portadores de UV ao uso de Bota de Unna em uma Unidade de Saúde da Família, no período de seis meses. **METODOLOGIA :** O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Natal-RN, no Brasil. Os dados foram coletados através de entrevistas com portadores em uso de Bota de Unna no período de Janeiro a junho de 2014. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de UV e estar em tratamento com Bota de UNNa. **RESULTADOS:** Encontravam-se em tratamento 09 pacientes , a maioria sexo feminino (88,8%), faixa etária predominante foi de 60 anos e mais (62%) , Em relação ao uso de Bota de Unna apenas 01( 11%) não aderiu a Bota de Unna, enquanto que 08(88,8%) tiveram adesão total ao tratamento, e destes 05(62%) tiveram alta por cura, 02(25%) estão em tratamento e 01(12,5%) foi transferido para outro serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O dialogo com os portadores de UV , esclarecendo e ressaltando os benefícios do tratamento contribuiu significativamente para a adesão dos portadores de UV , Consideramos que a Bota de Unna se constitui num excelente método de tratamento e que deve ser instituído na rotina da atenção básica,

### **Referencias:**

1- FALANGA, V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care, 2<sup>ened</sup>. Waynes: Health Management, 1997, p.165-71**

2-FRADE, M.A.C. et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em Juiz de Fora-MG (Brasil) eregião. **An. Bras. De Dermatol, v. 80, n. 1, p. 41-46, jan/fev. 2005.**

3- NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN. Natal, 2006, 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.**

4- TORRES G.V et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. **Rev Enferm UFPE On Line, v. 3, n.4, p. 222-30, out./dez. 2009.**

.(PHILLIPS, 2001; FALANGA, 1999).

# AGE, ÓLEO DE COPAÍBA E MELALEUCA: RESULTADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS EM HÉRNIA DE PAREDE ABDOMINAL.

Mariana Takahashi Ferreira Costa<sup>1</sup>

Andréia Cristine Deneluz Schunck de Oliveira<sup>2</sup>

Sayonara Scota<sup>3</sup>

**Introdução:** Hérnia da parede abdominal é uma entidade clínica de elevada prevalência, sendo as incisionais e ventrais 10% de todas as hérnias. A hérnia incisional consiste na protrusão de vísceras abdominais através de orifícios ou áreas da parede abdominal, anormalmente enfraquecidos por trauma e incisões cirúrgicas. O tratamento é cirúrgico<sup>1</sup>. **Objetivos:** Relatar caso de evolução de tratamento tópico de feridas em hérnia abdominal. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, do tipo Relato de Caso, conduzido em Serviço de Assistência Domiciliar particular na cidade de São Paulo. Respeitados todos os princípios bioéticos. Mulher, 36 anos, Diagnóstico: Síndrome de Turner, Obesidade, Hérnia de parede abdominal incisional, Cistostomia. Apresenta hérnia de parede abdominal em Quadrante inferior esquerdo, com múltiplas feridas e equimoses formadas devido atrito com a roupa e com a própria pele. Avaliação inicial: feridas de espessura média, leito apresenta tecido de granulação e áreas de coágulos, margens irregulares, exsudato sero-hemático em pouca quantidade, sem sinais flogísticos e relato de dor escore 5 (EVA) durante a retirada do curativo, que apresentava-se aderido ao leito das feridas. Equimoses múltiplas com áreas de solução de continuidade, de espessura média. Em uso de rayon embebido em vaselina com troca diária para evitar o contato e aderência das feridas nas roupas. Orientada quanto a evitar roupas justas, minimizando desta forma o atrito. Iniciada terapia tópica com uso de Solução NaCl 0,9% morno para limpeza, proteção da pele perilesional com creme barreira e cobertura do leito das feridas e equimoses com compressa embebida em AGE associado a óleo de copaíba e melaleuca e troca diária. **Resultados:** Após sete dias do início da terapêutica, as feridas evoluíram com contração centrípeta, resultando em redução importante de sua área, desbridamento total das áreas de equimose, revelando feridas de espessura média com 100% de tecido de granulação em seus leitos e melhora da dor (escore 2). Após 14 dias do início da terapêutica, as feridas evoluíram com epitelização, restando apenas alguns pontos de tecido de granulação de pequenas dimensões e concomitante melhora do aspecto da pele de toda a área, com melhora da hidratação, coloração uniforme e maior resistência, não apresentando novas áreas de formação de feridas e resolução da dor (escore 0). **Conclusões:** A despeito dos possíveis vieses de confusão, podemos inferir que: a solução de AGE, óleo de copaíba e melaleuca, estimulou a mitose e migração celular, resultando em reepitelização das feridas em curto tempo de uso, preveniu infecção secundária e auxiliou na melhora da dor ao manter o leito da ferida úmido, não ocasionando traumatismos durante as trocas. Outros estudos são necessários para confirmar o efeito desta solução na cicatrização demonstrado neste relato de caso, pois a maioria dos estudos publicados sobre o efeito do AGE em feridas de espessura média, referem-se a AGE com outras associações e foram realizados em animais, prejudicando a comparação com sua aplicação na prática clínica<sup>2-4</sup>. O creme barreira, assim como já descrito na literatura, evitou a maceração da pele íntegra e melhorou sua hidratação, resultando em melhora do aspecto e resistência<sup>5</sup>.

Palavras-chave: AGE, Óleo de copaíba, Óleo de Melaleuca, Cicatrização de Feridas, Hérnia de Parede Abdominal.

## Referências

- 1 - Minossi JG, Silva AL, Spadella CD. O uso da prótese na correção das hérnias da parede abdominal é um avanço, mas o seu uso indiscriminado, um abuso. *Revi. Col. Bras. Cir.* 2088; 35(6):416-424. doi: 10.1590/S0100-69912008000600013
2. Cardoso CR, Sousa MA, Ferro E, Favorito Seja, Pena JD. Influence of topical administration of n-3 and n-6 essential and n-9 nonessential fatty acids on the healing of cutaneous wounds. *Wound Rep. Reg.* 2004;12(2):235-243. doi: 10.1111/j.1067-1927.2004.012216.x
3. Ferreira AM, Souza BM, Rigotti MA, Loureiro MR. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: Uma revisão integrativa da literatura nacional. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012;46(3):752-760. doi: 10.1590/S0080-62342012000300030
4. Marques SR, Peixoto CA, Messias JB, Albuquerque AR, Junior VA. The effects of topical application of sunflower-seed oil on open wound healing in lambs. *Acta Cirurgica Brasileira.* 2004;19(3):196-209. doi: 10.1590/S0102-86502004000300005
5. Gray, M. Optimal Management of Incontinence-Associated Dermatitis in the Elderly. *American Journal of Clinical Dermatologista.* 2010;11(3):201-210. doi: 10.2165/11311010-000000000-00000

<sup>1</sup>Mestranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP, Enfermeira da Educação Continuada, membro do Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. E-mail: marianatakahashicosta@hotmail.com

<sup>2</sup>Dr<sup>a</sup> em Ciências da Saúde, Pós-graduanda em Estomaterapia pela UNITAU, Supervisora da Equipe Técnica da Educação Continuada, Responsável pelo Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

<sup>3</sup>Mestre em Ciências da Saúde, Supervisora do Programa de Aprimoramento Profissional em Enfermagem em Infectologia, Enfermeira da Educação Continuada, Membro do Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

## ALTERAÇÕES NA PELE DE IDOSOS ASSOCIADAS AO FOTO ENVELHECIMENTO

Simone Klovrza<sup>1</sup>, Tais Masotti Lorenzetti Fortes<sup>2</sup>, Melissa Rodrigues de Lara<sup>3</sup>

**Introdução:** Em relação aos fenômenos histológicos do envelhecimento, existem diferenças entre o intrínseco e o extrínseco. O envelhecimento intrínseco é decorrente do desgaste natural do organismo, sendo causado pelo passar dos anos, sem a interferência de agentes externos e equivale ao envelhecimento de todos os órgãos, inclusive a pele.

O envelhecimento extrínseco, ou foto envelhecimento, é aquele decorrente do efeito da radiação ultravioleta do sol sobre a pele durante toda a vida. São alterações cutâneas cumulativas, resultantes da radiação ultravioleta (UV) e infravermelha (IV), à fumaça do tabaco e ao ozônio.

Produtos cosméticos são utilizados na manutenção e aperfeiçoamento da estética do corpo humano, porém sem interferir nos processos normais do metabolismo celular.

O estudo realizado se refere às alterações da pele de idosos, que na sua maioria enquanto jovens, não tinham o hábito de utilizar cosméticos, como bloqueadores solares para proteção de sua pele, resultando assim em alterações do seu tecido cutâneo.

**Objetivo:** Identificar, comparar, classificar e quantificar, as alterações que acometem a pele de idosos que utilizam ou não bloqueadores solares para sua proteção visando à melhoria da assistência, pelo profissional enfermeiro, à saúde do idoso.

**Métodos:** Pesquisa realizada com 21 idosos moradores de uma Instituição de Longa Permanência. Foram coletadas informações referentes ao perfil socioeconômico e biológico da amostra e características de conhecimento de produtos cosméticos utilizados para proteção solar, conforme citado: idade, cor da pele, nível de instrução, renda, onde ouviu falar sobre filtro solar pela primeira vez, qual fator mais importante na hora da compra do protetor solar e quem realizou a compra, qual critério na escolha do FPS (filtro de proteção solar), que elementos utilizaram para se proteger do sol além do protetor solar, entre outros (instrumento adaptado dos laboratórios dermatológicos LA ROCHE-POSAY). Todos foram fotografados. As lesões identificadas foram classificadas. A pesquisa passou com CEP e tem autorização CAAE 15107913.7.0000.5512.

**Resultados:** Foi constatado que 85,71% dos entrevistados utilizaram protetor solar a partir dos quarenta anos de idade, 14,29% da amostra não utilizaram protetor solar e tão pouco hidratante corporal. Apenas 23,81% começaram a utilizar protetor solar após os trinta anos de idade e 61,90% depois dos sessenta anos de idade, mais precisamente após os quarenta anos de idade.

Dos vinte e um entrevistados, 19,05% já tiveram lesão pré-maligna na pele e 80,95% nunca tiveram esse tipo de lesão.

Apresentaram manchas senis ou máculas pigmentares 100% dos entrevistados, 57,14% apresentaram máculas acromicas, 38,09% apresentaram máculas purpúricas e 61,90% apresentaram pápulas.

É possível relacionar alguns parâmetros quanto ao uso de protetores solares, foi observado que independentemente da frequência do uso, fez diferença quando comparados os entrevistados que usaram e os que não usaram protetores solares na juventude.

Concluiu-se que a pele envelhecida pelo sol apresenta-se amarelada, com pigmentação irregular, enrugada, atrófica, com telangiectasias e algumas lesões pré-malignas.

Com essa pesquisa ficou evidente a importância da utilização de protetores solares como forma de proteção aos raios ultravioletas, alterações cutâneas e envelhecimento da pele.

### Referências Bibliográficas:

Brandão AR; Brandão TC; **Envelhecimento Cutâneo. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2ed. Rio de Janeiro, 2006. P. 1049-1055.**

Jeckel EA; Cruz IBM; **Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento; Porto Alegre,2000.**

Sittart, JAdS; Zanardi, FHT; **Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade, Prevalence of skin dermatosis in patients of the 4th age, Rev. Soc. Bra. Clin. Med. 2008; 6(4):125-129.**

1. Enfermeira

2. Enfermeira, coordenadora do curso de Enfermagem Unip Chácara Santo Antônio, aluna do programa de doutorado em Patologia Clínica e Experimental da UNIP; taisfortes5@gmail.com

3. Enfermeira, coordenadora do curso de Enfermagem Unip Anchieta, aluna do programa de doutorado em Patologia Clínica e Experimental da UNIP

# AMPUTAÇÃO EM PACIENTE DIABÉTICO: O USO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA COMO TERAPIA TÓPICA

Rosiane Bittencourt Folchini<sup>1</sup>

Leila Aparecida Medeiros de Sousa<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução:** O diabetes mellitus (DM) tipo 2 é a forma presente em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Mais de 120 milhões de pessoas no mundo sofrem de DM e muitos deste indivíduos apresentam úlceras nos pés, o que pode eventualmente incorrer em uma amputação. Cerca de 10% dos portadores de diabetes desenvolve lesões nos membros inferiores e passa a ter 15 vezes mais chances de sofrer uma amputação do que aqueles que não são diabéticos; 50% das amputações não traumáticas no mundo são realizadas em portadores de DM. Uma amputação representa para o paciente a morte de uma parte de si mesmo, é preciso motivá-los a tomar parte ativa do seu tratamento, sendo importante para isso resgatar seus conhecimentos e experiências, buscando novas atitudes em favor da recuperação da sua vida e da manutenção da sua saúde. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso da espuma de poliuretano com prata no manejo do exsudato e promoção do meio úmido adequado para cicatrização. **Metodologia:** Para atender o objetivo proposto foi realizado um estudo de caso no período de maio a agosto de 2014 num ambulatório de feridas. Destaca-se que a pesquisa respeitou os termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O paciente concordou em participar desta pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Relato de caso:** Paciente M.B.G.F., sexo masculino, 64 anos. Dia 28 de março 2014 fez amputação do 4º pododactilo do pé esquerdo. Chega ao ambulatório de feridas dia 05 de abril 2014. Apresenta ferida operatória aberta com tecido de granulação presente, exsudato moderado de aspecto seroso, borda e pele adjacente macerada, medindo em 26 de maio 3cm de altura e 1.6cm de largura, com descolamento às 13h de 0.3cm, borda macerada. Iniciou-se o uso da espuma no leito da ferida. A evolução da lesão foi acompanhada pela mensuração antes do início da pesquisa e a cada troca do curativo até o final do acompanhamento, registro por fotos e relato no prontuário. As trocas do curativo foram realizadas a cada 48h devido a quantidade de exsudato. A limpeza do leito da ferida foi feita com solução fisiológica a 0.9% e ocluídas com cobertura espuma de poliuretano com prata.

Observou-se o melhor manejo do exsudato, a formação do tecido de granulação e epitelização total da ferida em um curto período de tempo. Na consulta do dia 07 de agosto 2014 a ferida está totalmente cicatrizada. **Conclusão:** A adaptabilidade da cobertura, facilidade na aplicação e remoção, conforto para o uso, e a não exigência de trocas frequentes representou melhor aderência do paciente ao tratamento. Observou-se um melhor controle do exsudato, e o favorecimento do tecido de granulação, e a cicatrização total da ferida. Os resultados obtidos são satisfatórios para a prática clínica em tratamento.

## Referências Bibliográficas:

- 1- Dealey Carol. Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo, Atheneu Editora, 3ª edição, 2008, capítulo 4: p. 83-112.
- 2 - Geovanini Telma. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo, Rideel, 2014.
- 3- Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético/ publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

## AMPUTAÇÃO TRANSMETATÁRSICA DO PÉ: ESTUDO DE CASO

Claudia Elizabeth de Almeida<sup>1</sup>, Dayse Carvalho do Nascimento<sup>2</sup>, Fátima Rosane R. Lamarca<sup>3</sup> e Marta Pinheiro Enokibara<sup>4</sup>

**Introdução:** O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão, e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser empregada ao paciente hospitalizado. Para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica (DEALEY, 2001). Caso clínico: NFSA, sexo feminino, 71 anos, internada com diagnóstico médico de insuficiência mitral, submetida a cirurgia de implante valvar e balão intra-aórtico (BIA). No pós operatório evoluiu com uso de drogas vasoativas, sedativos e longo período de intubação endotraqueal. Em choque refratário, instabilidade hemodinâmica, disfunção grave de ventrículo esquerdo, edema de membros inferiores, má perfusão periférica, acidose metabólica, febre. Posteriormente, ao retirar BIA devido à presença de isquemia em MIE, foi constatado episódio embólico, e a seguir, realizada embolectomia. Após o procedimento o membro permaneceu edemaciado e cianótico, sendo necessária amputação transmetatársica do pé esquerdo. Após estabilidade clínica, iniciou-se programação de alta hospitalar orientada com acompanhamento ambulatorial com consulta de enfermagem para controle da anticoagulação oral e curativo do coto. **Objetivo:** Descrever o processo de cicatrização do coto decorrente da amputação transmetatarsica do pé esquerdo devido à complicações relacionadas ao uso de balão intra-aórtico. **Metodologia:** Estudo de caso realizado em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro com coleta de dados através de análise documental de prontuário, com intervenções utilizadas através de registros fotográficos, de acordo com a Resolução 466/12, mantendo-se a confidencialidade dos dados. **Resultado:** Houve cicatrização completa da ferida operatória com realização de curativo diário com utilização, como cobertura primária, de Ácido Graxo Essencial com Hidrogel e Alginato, durante todo tratamento, associada à 20 sessões de oxigenoterapia hiperbárica como terapia adjuvante. **Conclusão:** Concluímos que a associação do cuidado prestado pelo enfermeiro ao envolvimento da família durante a internação e após a alta hospitalar foi fundamental para a epitelização total, elevando a excelência no cuidado, reconhecimento das limitações envolvidas nesse aspecto buscando superá-las para proporcionar avanços e desenvolvimento de pesquisas com fortes evidências clínicas que subsidiem a prática profissional da enfermagem. E ainda, ressaltamos que durante o acompanhamento ambulatorial o foco na educação para a saúde envolvendo a família, tanto no processo de anticoagulação oral como na realização do curativo auxiliou o processo de recuperação desse paciente.

### Referências:

- CHAVES, L.D. Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidades. São Paulo: Martinari, 2009.
- DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 2001.
- FUZARO, M. M. M. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas crônicas. Rev Estima 2012; 10(3): 12-21.
- 1Enfermeira, mestre, membro da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
- 2Enfermeira, mestre, estomaterapeuta, coordenadora da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
- 3Enfermeira, mestranda, chefe do serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
- 4Enfermeira, mestre, membro da Comissão de Curativos do Hospital Pedro Ernesto/UERJ
- e-mail: marta.enokibara@gmail.com



**RESUMO**  
**AMPUTAÇÕES POR DIABETES MELLITUS REFERENDAMOS**  
**UMA PRÁTICA PREVENÍVEL: UM ESTUDO DE CASO**

Mônica Antar Gamba  
Maria do Livramento Saraiva Lucoveis  
Maria Alice Moreira Torres Santiago  
Luiz Clemente Rolim  
Lívia Maria Zimmermann

Atualmente o Diabetes Mellitus (DM) se constitui uma pandemia e permanece com diagnóstico tardio, baixa eficácia no controle clínico, levando a complicações agudas e crônicas. Dentre elas destaca-se as das extremidades inferiores, o famigerado pé diabético, precursor de inúmeras amputações que ainda permanecem com taxas de morbidade elevadas revelando uma problemática e desafios para estratégias de prevenção e cuidados na rede de serviços de saúde efetivas. Objetivo: Apresentar a história clínica de um usuário do SUS com amputação decorrente do DM. Método: trata-se de um estudo de caso, conduzido em um Centro de Assistência e Educação em Enfermagem, maio de 2014; usuário comparece para o tratamento de uma deiscência de sutura pós- cirúrgica de amputação por mais de sete semanas (CEP; TCLE, in pront). Destaque da investigação é relacionada à demora (> 3 meses) no processo assistencial na rede pública de serviços para o tratamento de uma lesão pré-ulcerativa que desencadeou a amputação de MID. Pressuposto teórico utilizado: linha de cuidado, projeto terapêutico singular, avaliação digital e indicadores do PUSH. Resultados e Discussão: Afeto, 41 anos, sexo masculino, DM tipo 2 e HAS, comparece a Consulta de Enfermagem para realização do curativo, triste, magoado pela falência na atenção aos serviços de saúde: pela história de uma lesão pré-ulcerativa, hiperqueratose plantar, que evolui com trauma, hematoma por 27 dias e após passar por vários serviços de saúde que NÃO, realizaram abordagem apropriada, evolui para amputação transtibial de MID ,com deiscência de sutura e infecção operatória , com dores “fantasma” e com muito medo de perder o restante da perna. Após intervenção baseada em evidências a lesão cicatrizou e o mesmo aguarda protetização. Destaca-se neste caso a importância de fortalecer as ações na rede de saúde para identificação PRECOCE e classificação e estratificação de risco de lesões nos pés de pessoas com DM e educação para o auto cuidado a fim de facilitar a adoção de medidas preventivas simples, terapêuticas e de fato, alterar as estatísticas de que ocorre a cada 30 segundos uma amputação decorrente do DM, cuja ação da enfermagem dermatológica está historicamente descrita.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Diabetes Mellitus, Amputação.

CAIAFA, J. et al. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. *Jornal Vascular Brasileiro*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4s2/a01v10n4s2.pdf>>. Acesso em: 07 Jun. 2014.

DOUGHTY, D. B. Papel da Enfermeira nos cuidados com a ferida. In: LEVIN and O'NEAL's. **O pé diabético**. 6. ed. Rio de Janeiro: Di-Livros Editora Ltda, 2002. v. 2. Cap. 32, p. 661-666.

GAMBA, M. A. et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20657.pdf>>. Acesso em: 19 Jun. 2014.

## ANÁLISE COMPARATIVA DE CUSTOS DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO COM DRENOS: COLETOR COM ADESIVO PLÁSTICO X BOLSA NEONATAL DE UROSTOMIA/COLOSTOMIA

Claudia Renata Périco; 2-Bruna Prini Rafaldini, 3- Paula Buck de Oliveira Ruiz, 4-Kelly Camarozano Machado, 5- Ana Cury, 6- Luciana Machio.

Atualmente, o enfermeiro é responsável pelo cuidado com paciente com dreno e suas atividades envolvem o planejamento da assistência de enfermagem de maneira segura e economicamente viável. (1) É inegável a contribuição do avanço tecnológico na saúde, bem como as preocupações com seus custos por parte dos gestores de instituições de saúde. Para tanto, os conceitos de economia de recursos e gerenciamento do tempo gasto no cuidado e os custos envolvidos no processo devem fazer parte do plano de atuação da equipe de enfermagem. Diante deste cenário, o estudo tem como objetivo comparar o custo do uso de uma bolsa neonatal de urostomia ou colostomia para drenos em relação a utilização de coletor com adesivo plástico. Materiais e métodos: Estudo descritivo, comparativo, na modalidade de estudo de caso; a fim de realizar uma análise comparativa de custos de duas tecnologias nos cuidados com drenos. O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar filantrópica do interior paulista. Os custos referentes ao cuidado com o dreno utilizando o coletor com adesivo plástico (padronizado na instituição) e o de bolsa neonatal de urostomia ou colostomia foram disponibilizados e autorizados pela administração e gerencia do serviço de enfermagem da instituição em estudo. Destaca-se que a nova tecnologia proposta até o momento foi utilizado para estomas intestinais ou urinários em neonatos e em fistulas. Neste estudo foi utilizada para drenos – o que significa ampliar seu campo de uso. O tempo de permanência do dreno foi a referência para o cálculo comparativo, de acordo com informações da instituição, permanece em média por 5 dias. Considerou-se somente os custos diretos nesta análise comparativa, dados referentes aos materiais necessários para prestar assistência ao cuidado com drenos, bem como o valor do tempo gasto estimado dos técnicos de enfermagem. Resultados: O procedimento de troca do coletor com adesivo plástico, foi realizado 4 vezes ao dia, totalizando 20 trocas no período de 5 dias. Com a proposta de utilização da bolsa neonatal de colostomia ou urostomia não foi realizado nenhuma troca do dispositivo durando os 5 dias, foi realizado apenas a colocação da bolsa no intra-operatório. A bolsa neonatal de colostomia ou urostomia apresentou 60% de economia em todo o processo de cuidado. Discussão e conclusões: O maior desafio para quase todas as empresas é saber administrar as inovações de forma que elas tragam os retornos esperados para o investimento realizado ou na indicação de novas atribuições para produtos e serviços já existentes, realidade esta que se perpetua nas instituições de saúde. (1) A substituição dos equipamentos coletores para drenos se iniciou a partir da avaliação técnica dos diferentes produtos do mercado e a análise das atividades da equipe de enfermagem com paciente com drenos. Desta maneira o enfermeiro se torna peça fundamental na análise e benefício das tecnologias existentes na instituição e a substituição daquelas que se tornarem demasiadamente dispendiosas, praticando um gerenciamento responsável de custos e qualidade no serviço.

### Referência Bibliográfica

1 - CESARETTI, IUR; SAAD, SS. Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal: Fundamentos básicos e assistência de enfermagem. Acta Pauli.Enf., v.15, n.3, p.97-106, 2002.

2- FRANCISCO, IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 240-4.

3- ALBUQUERQUE, EM.; Souza, SGA., Baessa, AR. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.2

1- Enfermeira estomaterapeuta, Mestranda em Clínica Médica na Uniluz- claudia\_perico2005@yahoo.com.br

2- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, docente convidada do curso especialização de Enfermagem em dermatologia-FAMERP.

3- Enfermeira Mestranda Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, docente convidada do curso da especialização de enfermagem em dermatologia-FAMERP.

4- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, especialista em enfermagem dermatologia-UNIFESP, docente da faculdade de Medicina do ABC.

5- Enfermeira Gerente da Santa Casa de Misericórdia.

6- Enfermeira Gerente da unidade de terapia intensiva adulto da Santa Casa de

# ANÁLISE DA TERAPIA FOTODINÂMICA NO TRATAMENTO DE ONICOMICOSSES EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Rosilene Farias Calixto<sup>1</sup>, Merian Farias Alves dos Santos<sup>2</sup>

Onicomicose é a infecção fúngica que acomete unhas das mãos e pés. Esta patologia pode ocorrer na matriz, leito e na placa ungueal. Além de funcionar como porta de entrada para infecções disseminadas em pacientes imunocomprometidos, a onicomicose pode causar dor, desconforto, limitações físicas e ocupacionais freqüentemente sérias, a unha torna-se esteticamente feia e engrossada. Os efeitos psicológicos e emocionais que resultam dos aspectos clínicos da onicomicose são difundidos e têm um impacto significativo na qualidade de vida dos portadores<sup>1</sup>. O descontrole metabólico da pessoa com diabetes propicia maior suscetibilidade a complicações nas estruturas da pele e anexos - Em pessoas diabéticas, as complicações causadas pela onicomicose podem levar à amputação dos dedos ou do pé<sup>2</sup>. Atualmente o tratamento para onicomicose é feito com drogas antimicóticas tópicas ou sistêmicas. A griseofulvin continua a ser, provavelmente, a melhor opção para dermatofitose<sup>3</sup>. O surgimento de novas terapias que ofereçam efeitos bactericidas, e antifúngicos de fácil aplicação e menor custo são promissores e devem ser melhor esplanadas neste contexto. Pode-se considerar que o extraordinário desenvolvimento da Terapia Fotodinâmica (TDF) decorre do seu conceito básico: a combinação de uma droga fotossensibilizadora, luz de comprimento de onda adequado, oxigênio e à elevada interdisciplinidade que se tem atingido na pesquisa envolvendo essa modalidade terapêutica<sup>4</sup>. **Objetivos:** Analisar o resultado clínico do uso da terapia fotodinâmica em onicomicoses de pessoa com Diabetes Mellitus. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, com acompanhamento de um caso com uso da TDF por observação prospectiva. O indivíduo foi previamente esclarecido sobre a importância do estudo, e concordou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, implicando inclusive, em cessão dos direitos de imagem para fins de análise dos dados e de divulgação dos resultados da pesquisa. O projeto, após análise, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos. **Resultados:** I.C.V, 67 anos, diabética há 20 anos, apresentava lâmina de unha de hálux esquerdo espessada por consequência da onicomicose, pés ressecados, descamativos, com hiperqueratose plantar. O exame micológico realizado foi positivo para: Exame direto: Leveduras SP, Cultura: *Candida guilliermondii*. Foi realizado desbridamento da hiperqueratose plantar e após umectação com hidratante, realizado corte de unhas adequados e desbastamento com micro motor, e após aplicação pontual de laser com dois pontos de irradiância na porção distal nas lâminas de hálux direito e esquerdo. Os dados coletados foram analisados por número de aplicações juntamente com registro fotográfico, na terceira aplicação da TDF foi registrado significativo resultado, com diminuição da área atingida pela onicomicose. **Conclusão:** O resultado clínico deste estudo mostrou que a PDT é efetiva no tratamento de onicomicoses em pacientes imunocomprometido. Faz-se necessário prosseguir este estudo com um N maior que resulte na investigação de dermatófitos relacionados ao leito ungueal, realizando uma avaliação mais abrangente, com maior número de variáveis da ação da terapia fotodinâmica no tratamento de onicomicoses em pacientes com diabetes mellitus.

## REFERENCIAS

1. LIMA K.M.; RÊGO R.S.M; MONTENEGRO F. Diagnósticos Clínicos e Laboratoriais das Onicomicoses. NewsLab Ed. 83, 2007.
2. CAVICCHIOLI M.G.S.; GAMBA M.A. Cuidados com a pele da pessoa com diabetes mellitus In: Manual de cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Cap 10, p. 139-158.
3. ARENAS R.; RUIZ-ESMENJAUD J. Onicomicose na infância: uma perspectiva atual com ênfase na revisão do tratamento. Anais Brasileiro de Dermatologia 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365)
4. MACHADO AEH. Terapia fotodinâmica: princípios, potencial de aplicação e perspectivas. Química Nova, 23(2), 2000.

## **ANÁLISE PARCIAL DO CUSTO DOS CURATIVOS REALIZADOS DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Vivian Schutz 1

Luciana Alexandre Pinto da Silva 2

A partir de minhas atividades acadêmicas e leituras sobre a temática análise econômica em saúde, percebi quão pouco o enfermeiro tem se preparado intelectualmente para atuar no gerenciamento dos recursos e custos hospitalares e antagonicamente, é o profissional que lida diretamente com procedimentos realizados aos clientes internados, e que gerencia os recursos materiais que serão destinados à prática do cuidado. Bruni e Fama (2004) definem custo como aquele que representa os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços. Ainda segundo os mesmos autores os custos podem ser classificados como diretos e indiretos ou de transformação. Custos diretos, o que foi tratado no presente trabalho, são aqueles diretamente incluídos no cálculo do produto/serviços, como os custos com salários dos profissionais, com materiais como seringas, medicamentos e curativos. O presente trabalho tem como objetivos identificar os curativos mais realizados dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva e também valorar o custo destes curativos. O método utilizado foi o estudo exploratório e avaliativo sobre análise parcial de custos em saúde, utilizou-se para a técnica de observação direta, da realização dos curativos pelo profissional de enfermagem. Para os dados sobre custos, utilizamos a tabela de preços de materiais hospitalares fornecidas pelo SUS para conhecimento do custo unitário de cada insumo utilizado no procedimento para posteriormente ser realizado o cálculo do custo total que aquele curativo representou. Este estudo respeita a Resolução 466/12 do CONEP aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro CAAE 12597913.2.0000.5285. apenas para o tratamento de úlceras por pressão em região sacra e calcâneo foi necessária uma verba média mensal de R\$ 1.128,92. O custo médio total mensal com os curativos em punção venosa profunda foi de R\$ 45,40 e semestralmente de R\$ 272,40; Os curativos cirúrgicos demonstram mensalmente o valor médio total de R\$ 125,96 e semestralmente R\$ 755,56 em insumos e mão de obra; os curativos em drenos custaram mensalmente R\$ 49,52 e semestralmente R\$ 297,12. Talvez este valor pudesse ser reduzido com a otimização de alguns procedimentos e condutas, sejam elas nos cuidados de enfermagem como a mudança frequente de decúbito, principal prevenção de úlceras por pressão, a avaliação frequente do estadiamento da ferida para que a cobertura mais adequada fosse utilizada e o tempo de cicatrização diminuído o que afeta diretamente nos custos, ou então a mudança na utilização do Cloreto de Sódio 0,9% em frascos de 250 ml que custam R\$ 1,23 e são descartados mesmo quando não foram completamente utilizados, pelo Cloreto de Sódio 0,9% em ampolas de 10 ml que custam R\$0,10. Na avaliação dos resultados observamos que, em relação ao procedimento realizado pelo profissional, era esperado que houvesse a avaliação da ferida e de seu estadiamento, seguido da escolha de uma conduta adequada para cada caso específico, o que resultaria em uma cicatrização mais rápida e conseqüentemente menos dispendiosa.

REFERÊNCIAS: BRUNI, Adriano Leal; FAMA, Rubens. Gestão de Custos e Formação de Preços. 3ª.ed. São Paulo: editora Atlas;2004.

1- Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental; Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

2- Aluna da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Email- Luciana.alexandrepintodasilva@yahoo.com.br

# ANÁLISES DOS CUSTOS DA UTILIZAÇÃO DOS ANÉIS CONVEXOS NO MANEJO DE LESÕES DE PELE E NOS ESTOMAS COMPLICADOS

Paula Buck de O Ruiz, Nádia Poletti, Vera Lucia Cera Cusatis, Kelly Camarozano Machado, Bruna Prini Rafaldini, Claudia Regina Perico

**Introdução:** Estomas complicados surgem no pós-operatório, decorrentes de: descolamento muco-cutâneo, infecções, necrose isquêmica, estenose, retrações, fistula periestomal, em região de prega cutânea, rebordo costal, íliaca, ocasionando lesões periestomal e dermatites pelo contato do efluente com a pele, dificultando a adesividade e aumentando o custo dos dispositivos, afetando diretamente na qualidade de vida do estomizado<sup>1</sup>. O abdome humano tem um perfil anatômico reto. A localização adequada do estoma facilita ou dificulta a inserção do dispositivo<sup>2</sup>. Os anéis convexos de hidrocolóide formam uma barreira protetora, corrigindo as imperfeições e direcionando o fluxo do efluente no dispositivo coletor<sup>4</sup>. As barreiras de anéis são flexíveis, recortáveis e moldáveis para a adaptação personalizada ao estoma aumentando a durabilidade do equipamento e prevenção de lesão de pele. O gasto mensal com os clientes em uso de dispositivos de estomia, e adjuvantes em média é de 10 bolsas sistema duas peças, 30 bolsas drenáveis e 60 bolsas sistema fechado por mês<sup>3</sup>. **Objetivo:** Analisar o custo pré e pós a aplicação do anel convexo em estomas complicados. **Métodos:** Estudo retrospectivo quantitativo na modalidade de análise de custos em pacientes portadores de e lesões de pele periestomais e de estomas complicados com a utilização dos anéis convexos. Realizado através dos dados de 11 prontuários dos clientes cadastrados em um Polo de Assistência a Pessoa Estomizada da Grande São Paulo. Finalidade da análise do custo dos dispositivos pré e pós uso dos anéis convexos, estimado no período de 12 meses, em Reais (R\$). **Resultados:** Foi demonstrado no respectivo estudo que os anéis de hidrocolóide auxiliam na diminuição das trocas dos equipamentos de 1 e 2 peças, sendo considerado um adjuvante ao equipamento coletor. Observado uma diminuição de até 2 dias de tempo de troca do dispositivo coletor após a indicação do anel de hidrocolóide, antes ( troca realizada 2 x ao dia). Observou-se maior aderência aos equipamentos de 2 peças juntamente com o anel de hidrocolóide, menor incidência de lesão periestomal, tendo como consequência a segurança e conforto aos pacientes, bem como a diminuição dos custos para a assistência. **Conclusão:** O isolamento social do paciente estomizado é também causado pelo extravasamento do efluente na pele, acarretando complicações já relatadas como a baixa adesividade das barreiras e lesões de pele periestoma, implicando no aumento de custos devido trocas frequente dos dispositivos. A diminuição de custos e a melhora considerável da pele periestomal, mostrou que o anel é um adjuvante eficaz, seguro e extremamente importante para o estomizado, pois promove liberdade e melhora da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** anel convexo, lesão de pele, estomia e análise de custo.

## Referência Bibliográfica

1. Purnell, P. Nichols, T. Retrospective Adapt barrier ring study- Wcet, Journal 34, January/ march. p.54, 2014.
2. Ministério da Saúde : Portaria 400, Brasília 2008.
3. Herlufsen, P, Olsen, AG, Carlsen B. et al. Student of periestomal, skin disorders in patients with permanent stomas. Br J . Nurs, 2006; 15 (16):854 -62.
4. Jemec GB & Nybaek H. Peristomal skin problems account for more than one in three visits to ostomy nurse. Br J dermatol 2008;159:1211-1212.
5. Hartliff CR. Early Periestomal skin complications reported by WOC nurses. J Wound Ostomy continence nurs 2010 sep-oct,37(5):505-10.

1- Enfermeira Mestranda Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, docente convidada do curso de especialização em enfermagem em dermatologia-FAMERP. paulabuckenf@yahoo.com.br

2- Enfermeira Doutra, docente do curso de graduação em enfermagem da FAMERP, coordenadora do curso de Pós Graduação em Enfermagem em Dermatologia-FAMERP.

3- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, especialista em enfermagem dermatologia-UNIFESP

4- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, Especialista em docência técnica em saúde-FioCruz, docente da especialização de enfermagem em dermatologia-FAMERP.

5- Enfermeira Mestre e enfermeira do Polo de Assistência a Pessoa Estomizada da Grande São Paulo.

6- Enfermeira Mestranda em Clínica Médica na Uniluz, estomaterapeuta.

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS COM FERIDAS CUTÂNEAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA

1Isabella Ferrari dos Reis1  
1Camila Dias Rodrigues  
2Nádia A. Ap. Poletti

**Introdução** A anotação de enfermagem é um importante meio de comunicação não-verbal para a equipe multidisciplinar, pois, indica as ações realizadas, além de permitir a sequência da assistência de enfermagem prestada ao paciente<sup>1</sup>. Em relação às feridas, as anotações devem conter principalmente informações como: características da pele ao redor da ferida, localização, tipos de tecidos presentes no leito, quantidade e tipo de exsudato, presença de odor, dimensões e características da margem ou borda<sup>2</sup>. A avaliação e documentação compõe a base para o planejamento de intervenções que possam auxiliar no processo de cicatrização, minimizar riscos, evitar complicações, diminuir o sofrimento e, melhorar o custo-benefício do tratamento<sup>2</sup>. O interesse em realizar esta pesquisa surgiu devido, a observações não sistematizadas relacionadas a inadequação das anotações de enfermagem, referente ao cuidado de feridas. Estudos para verificação desses registros são de extrema importância, pelo valor que exercem na qualidade do serviço de enfermagem e como documento fornecem subsídios e proteção legal **Objetivos** O presente estudo tem por objetivo identificar as características das anotações de enfermagem com relação ao cuidado de pessoas com feridas. **Metodologia** Para responder aos objetivos será realizada uma pesquisa de corte transversal, descritiva e retrospectiva, para identificar, a partir dos dados contidos nos prontuários, as anotações de enfermagem de pacientes atendidos em um ambulatório de feridas de um hospital escola do interior de São Paulo. Serão incluídos os pacientes, maiores de 18 anos, portadores de qualquer tipo de ferida que foram atendidos no Ambulatório e serão excluídos pacientes menores de 18 anos. **Coleta e análise de dados** Os dados serão coletados em instrumento apropriado elaborado pela acadêmica e orientadora. Para a análise será realizada estatística descritiva, e serão verificados a frequência e desvio padrão. **Aspectos éticos da pesquisa** Este estudo, faz parte de um projeto mãe, que seguindo as normas do CNS 196/96, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Autarquia Estadual (FAMERP), sob CAAE nº 04194712.8.0000.5415. **Resultados e conclusão** Após o final da coleta de dados, estes serão analisados e apresentados sob forma de gráficos, tabelas e de forma descritiva. A coleta de dados iniciou em meados de agosto de 2014, com prazo para término em setembro do corrente ano. Após o término, os dados serão inseridos em uma planilha Excel 2010 e a redação do trabalho e preparação para apresentação no V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia ocorrerá em outubro de 2014. Pretende-se apresentar os resultados analisados em novembro, durante o V CBED.

### Referências Bibliográficas:

1. Silva, J. A.; Grossi, A. C. M.; Haddad, M. C. L.; Marcon, S. S. UNIDADES SEMI-INTENSIVAS: QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM. Escola Anna Nery (impr.) 2012 jul-set; 16 (3): 576-581. [Data da consulta: 03/07/2014] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>>
2. Casaburi, P. R. ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCACIONAL PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO / Paula Regina Casaburi. – São Carlos: UFScar, 2009. 274 f.

1 Alunas do terceiro ano do Curso de graduação em Enfermagem da FAMERP

2 Professora Adjunta do Curso de graduação em Enfermagem da FAMERP

**Título:** Aplicação da Terapia Negativa em paciente com complicações pós-cirúrgica.

Ângela Maria Marçal  
Priscilla Nogueira Silverio

**Introdução:** Toda complicação cirúrgica constitui um acontecimento marcante para o paciente. Em relação ao fator tempo, as complicações são divididas em imediatas, mediatas ou tardias. São imediatas ou precoces as complicações que surgem nas primeiras 24 horas, mediatas até o sétimo dia e tardias as que acontecem depois da retirada de pontos e de alta hospitalar definitiva. A Mastoplastia significa cirurgias plásticas das mamas, que por sua vez é um procedimento cirúrgico utilizado pelos médicos para reparar e reconstruir partes dos revestimentos externos do corpo. **Material e Método:** O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação da Polícia Militar de São Paulo, durante o mês de abril de 2014. Os dados foram coletados durante as trocas dos curativos, conforme avaliação da ferida, descrevendo tipo do tecido, características da lesão, mensuração de profundidade e registros fotográficos a cada troca de curativo. As consultas foram realizadas a cada três e quatro dias, com intuito de troca do curativo de pressão negativa. A paciente foi orientada quanto ao tratamento assinando o termo de consentimento. **Resultados:** C. A 20 anos, foi submetida a uma de redução de mama no dia 04/02/2014, no pós-cirúrgico imediato apresentou necrose em mamilo E, procurou o serviço ambulatorial para avaliação no dia 17/03/2014. Após avaliação foi submetida a tratamento com placa de polímero com prata, realizava acompanhamento 1 vez por semana em ambulatório e fazia troca cada 48 horas com os produtos em domicílio. Com 23 dias de tratamento com curativos tópicos foi proposta intervenção com pressão negativa, no dia 08/04/2014 foi instalado dispositivo portátil com pressão constante de -80mmHG, com intervalo de 3-4 dias. A primeira troca já foi observada uma diminuição de 95% da profundidade da lesão, onde apresentou o crescimento do tecido de granulação deixando a lesão superficial, apenas com descolamento de 0,2 mm. Com 16 dias de tratamento em 4 trocas no dia 25/04/2014 a paciente recebeu alta para realizar reconstrução do mamilo. **Discussão:** Sugere-se uma abordagem precoce com Terapia Negativa em casos de complicações cirúrgicas de pequena extensão para utilização do dispositivo portátil sem reservatório. **Conclusão:** A terapia negativa na ferida foi eficaz no tratamento da complicação do pós-cirúrgico, visto que o tratamento foi realizado em uma paciente jovem o tempo da redução de tratamento foi de extrema importância para qualidade de vida e autoestima da paciente.

Referências:

- Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. São Paulo v. 15 n. 1. p. 55-66 jan/abr. 2000  
Silva AL. *Cirurgia de Urgência*, Editora Medice, 2a ed., 1994.  
Petrez F, Pioner S. *Pré e Pós-operatório*, Editora Artmed, 2a ed., 2003.  
Townsend e Sabiston. *Tratado de Cirurgia*, Editora Elsevier, 17a ed., 2005. Editora Elsevier.  
Moraes IN. *Tratado de clínica cirúrgica*. In: *Risco cirúrgico e cuidados pré e pós-operatórios*, 1a Ed., Rocca Editora, 2005.  
Brava Neto GP, Gonçalves MDC. Programa de auto-avaliação pré e pós-operatório. *Rev. col. bras. cir.* 1 (1): 1-35, 2001.  
Fischer JE. *Mastery of surgery*. Williams & Williams, Philadelphia, 5th. Ed., 2007. Brunicaard FC. *Schwartz's principles of surgery*. McGraw-Hill USA, 8th. Ed., 2007.

Ângela Maria Marçal  
Pós graduada em Estomatoterapia – UNITAU  
Email: angelamarcal@policiamilitar.sp.gov.br

# APLICAÇÃO DE TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA EM DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA : ESTUDO DE CASO

**Aline Petronilha**<sup>1</sup>

Dayse Carvalho do Nascimento<sup>2</sup>

Marcela Mendes<sup>3</sup>

Fernanda Rocha Rodrigues<sup>4</sup>

Graciete Saraiva Marques<sup>5</sup>

**Introdução:** A deiscência é caracterizada pela abertura total ou parcial de uma ferida operatória podendo estar relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos: nutrição, obesidade, idade, doenças de base, presença de infecção e técnica cirúrgica. A deiscência como complicação pós operatória representa desafio à equipe de saúde devido ao tempo dispensado ao cuidado, aumento do tempo de internação e custos<sup>1</sup>. E diante desse quadro, existem diversas abordagens terapêuticas tópicas, e após discussão multidisciplinar, optou-se pela utilização da terapia com pressão negativa para redução do tamanho da ferida e preparo benéfico para enxertia futura<sup>2,3</sup>. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso de terapia com pressão negativa no preparo do leito de uma ferida com deiscência operatória. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, desenvolvido em Hospital Universitário, no Rio de Janeiro. A avaliação e evolução foram realizadas através de exame clínico e registro fotográfico, utilizando o termo de consentimento livre e esclarecido, com autorização para a realização e publicação do estudo, respeitando a resolução 466/12 com utilização de terapia negativa durante a assistência prestada. **Caso clínico:** WJS, 39 anos, casado, servente. Foi internado devido surgimento de massa volumosa e eritematosa, benigna, não compressível, na região inguinal direita, para antibioticoterapia sistêmica e cirurgia para ressecção, em parceria com cirurgia plástica e comissão de curativo. Após 7 dias evoluiu com deiscência de ferida operatória: 17x6cm, com 6cm de descolamento a direita; sinais flogísticos, exsudato seroso abundante, leito pouco granulado com esfacelo moderado e área perilesional hiperemiada. Discutido com equipe cirúrgica a inserção de terapia com pressão negativa para preparação de enxertia. Após 4 trocas, com intervalo de 72h, lesão apresentou condições clínicas de enxertia. **Resultado:** A escolha da terapia negativa como conduta proporcionou em tempo diminuto a enxertia da ferida cirúrgica. **Conclusão:** Conclui-se que foi atendido o objetivo, uma vez que houve preparo do leito com redução do tempo de evolução da ferida para a enxertia, seguido da redução de trocas de curativo, de medicamentos e de tempo de internação.

## Referências:

1. BORGES E. Assistência a pacientes com ferida cirúrgica complexa. In: Borges, E et al. Feridas: Como tratar?. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
2. BIRKE-SORENSEN, H.; MALMSJO M. Recomendações baseadas em evidências para terapia para feridas com pressão negativa: Variáveis do tratamento (níveis de pressão, preenchimento da ferida e camada de contato) - Etapas em direção a um consenso internacional. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (2011) 64, p.1 – 16
3. VIG, S.; DOWSETT, C. Recomendações baseadas em evidências para o uso de terapia para feridas com pressão negativa em feridas crônicas: etapas em direção a um consenso internacional. Journal of Tissue Viability (2011) 20, p.1-18

<sup>1</sup>enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, chefe da enfermaria de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ  
alinepetronilha@gmail.com

<sup>2</sup>enfermeira, mestre, estomaterapeuta, especialista em Terapia Intensiva, coordenadora da Comissão de Curativos HUPE/UERJ.

<sup>3</sup>Enfermeira, estomaterapeuta, especialista em Terapia Intensiva.

<sup>4</sup>Enfermeira, estomaterapeuta, membro da CCHUPE/UERJ, chefe da enfermaria cirúrgica do HUPE/UERJ

<sup>5</sup> Enfermeira, mestre, estomaterapeuta, membro da CCHUPE/UERJ



# APLICAÇÃO TÓPICA DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS INFECTADAS.

Autores: Wilson Vasconcelos Neves Filho, Janice de Souza Guimarães, Camila Neiva Caldas, Sylvania Andrade Ettinger, Jamile Teles de Araújo, Daniel de Araújo Castro, Giuseppe Benitivoglio Greco Júnior, Stanislaw Fernando Gomes Rolim.

## RESUMO

**KEYWORDS:** Negative-pressure wound therapy; wound healing; wound infection/therapy.

## INTRODUÇÃO

A associação de infecção com a perda de partes moles, complicação esta das mais complexas nas cirurgias de extremidade, leva a problemas de difícil solução como exposição de material de síntese e estruturas nobres como tendão, nervo e osso (1,2). Alternativas cirúrgicas para tal problema são encontradas na literatura: a rotação de retalhos, a enxertia de pele, o uso de colóides, a transferências de flap, dentre outros, todos realizados após o debridamento dos tecidos necróticos e a irrigação copiosa da área lesada (3). A duração destes tratamentos normalmente é prolongada além de causar em muitos casos dor severa no paciente durante as trocas do curativo(4). Sem contar no custo deste paciente para a instituição e o psicológico do mesmo que permanece internado por um longo período.

Nos últimos anos surgiu um método de opção terapêutica, o sistema de terapia por pressão negativa (TPN), conhecido também como curativo à vácuo, que traz como benefícios: o controle de drenagem das secreções, redução do edema local, redução da carga bacteriana e o desenvolvimento precoce de um tecido de granulação pela estimulação angiogênica (5-7).

A partir da análise do longo tempo de internamento associado ao uso de antibióticos, uso de curativos especiais, e a demanda de feridas infectadas no hospital, surgiu a curiosidade de se avaliar os benefícios da terapia por pressão negativa no tratamento de feridas infectadas.

O presente estudo traz benefícios tanto para os pacientes com feridas infectadas, como para a instituição, quanto para a equipe que os assiste.

## METODO

No período compreendido entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013, 27 pacientes com feridas cirúrgicas infectadas foram tratados nas dependências do Hospital São Rafael- Salvador pela técnica de curativo a vácuo (V.A.C.® Vacuum Assisted Closure, KCI, San Antonio, United States). Consideramos como critérios de inclusão: presença de cultura positiva, uso de drenagem à vácuo acima de 5 dias, presença de secreção local purulenta e necrose tecidual, sendo assim retido para o estudo uma amostragem composta por 20 pacientes (quadro 1), avaliados de forma retrospectiva por uma coleta de dados em prontuários, após autorização do comitê de ética do hospital.

Todos estes pacientes tiveram um acompanhamento mínimo de 6 meses ( 6-26), apresentando uma média de idade de 42 anos (16-75), composta por 17 homens e 3 mulheres. Acidentes por trauma (figura 1) foi a principal causa do internamento ( 9 pacientes) , seguido por infecção em ulcera diabética (4 casos) e úlceras varicosas (4 casos). No grupo de pacientes vítimas de trauma, 8 apresentavam fraturas sendo 6 no pé e tornozelo ( 4 tratados com fixador externo e 2 com placa e parafusos), 01 fratura de tibia (tratada com fixador externo) e uma fratura em radio distal (tratada com fios intra-osseos).

Todos os pacientes foram avaliados em conjunto com o comitê de infecção hospitalar. Parâmetros clínicos e laboratoriais (cultura local, leucograma, VHS, PCR) colhidos semanalmente serviram de base no acompanhamento guiando assim o uso e tempo da antibioticoterapia venosa (descontinuados após normalidades dos parâmetros citados acima). Em 9 pacientes (45%) o agente etiológico encontrado foi o *Staphylococcus aureus* (quadro2). Todos os pacientes, após o diagnóstico, foram submetidos a tratamento cirúrgico (debridamento e irrigação local de ferida) seguido do tratamento tópico da lesão pelo curativo por pressão negativa.

## OBJETIVO:

Avaliar os resultados e benefícios trazidos pela aplicação tópica da terapia por pressão negativa (TPN) em pacientes com feridas infectadas.

## RESULTADOS

O tempo médio de internamento, uso da terapia à vácuo e antibioticoterapia foram respectivamente de 40,8 dias , 22,5 dias e 20,1 dias. O uso do VAC promoveu uma redução média da área das feridas de 29 %, (95,65 cm<sup>2</sup> para 68,1 cm<sup>2</sup>) (p<0,05). Apenas um paciente não obteve melhora do aspecto final da ferida, com erradicação completa da infecção. Nenhuma complicação atribuída diretamente ao uso da TPN foi observada.

## CONCLUSÃO

Nossos resultados adicionam a evidência crescente dos benefícios que a terapia por pressão negativa traz como adjuvante no tratamento de feridas complexas infectadas, sobretudo por facilitar a formação de um tecido de cicatrização ausente de infecção local num curto intervalo de tempo, diminuindo assim a necessidade de procedimentos cirúrgicos complexos para cobertura final de estruturas nobres. Representa assim uma alternativa rápida e confortável aos métodos convencionais no tratamento de feridas infectadas.

## REFERÊNCIAS

6. Moues CM, Vos MC, Van den Bemd GJ, et al. Bacterial load in relation to vacuum-assisted closure wound therapy: a prospective randomized trial. *Wound Repair Regen* 2004;12(1):11-17.
9. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg* 1997;38:553-62.
14. Argenta LC, Morykwas MJ, Marks MW, DeFranzo AJ, Molnar JA, David LR. Vacuum-assisted closure: state of clinic art. *Plast Reconstr Surg* 2006;117(7 Suppl):127S-42S.
3. Clifford RP. Fraturas expostas. In: Princípios AO do tratamento de fraturas. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 617-40.
1. Bihariesingh VJ, Stolarczyk EM, Karim RB, van Kooten EO. Plastic solutions for orthopaedic problems. *Arch Orthop Trauma Surg* 2004;124:73-6.
2. Kramhøft M, Bødtker S, Carlsen A. Outcome of infected total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1994;9:617-21.
1. Bihariesingh VJ, Stolarczyk EM, Karim RB, van Kooten EO. Plastic solutions for orthopaedic problems. *Arch Orthop Trauma Surg* 2004;124:73-6.
2. Kramhøft M, Bødtker S, Carlsen A. Outcome of infected total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1994;9:617-21.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM ESCABIOSE

Millena Carla da Silva Mesquita<sup>1</sup>, Eliane Rolim de Holanda<sup>2</sup>, Kelly Monteiro dos Santos<sup>3</sup>, Joanna Francayne Silva de Barros<sup>3</sup>, Emmanuelchrys da Silva Bomfim<sup>3</sup>, Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes<sup>3</sup>

**Introdução:** A pele é o maior órgão do corpo e é indispensável para o ser humano, ela forma uma barreira entre os órgãos e o meio externo e ainda participa de funções vitais ao organismo, é através dela que são manifestados inúmeros sinais e sintomas que auxiliam no diagnóstico das doenças. A escabiose ou sarna é uma infecção causada pelo parasita *Sarcoptes scabiei* var. hominis que ganha importância pela mobilidade associada ao prurido intenso com agravamento noturno, alta infecciosidade, surtos frequentes e persistência dos sintomas por muitos dias mesmo após erradicação completa. Clinicamente são observadas pequenas pápulas eritemato-escoriadas nas axilas, tronco, regiões glúteas, genitais, espaços inter-digitais das mãos. Desta forma, faz-se necessário ações terapêuticas de prevenção e promoção de saúde às crianças acometidas, bem como aos pais e contactantes. **Objetivo:** Verificar os principais cuidados de enfermagem na escabiose infantil. **Metodologia:** Foi realizada uma Revisão de Literatura, com busca em bases de dados como Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde utilizando os seguintes critérios de inclusão: publicados entre 2010 e 2013, texto completo e que tivesse um dos descritores da temática. **Resultados:** As crianças desempenham um papel importante na disseminação intra-familiar por apresentarem contacto físico próximo em casa ou nos infantários. Há muita dificuldade no que se refere ao diagnóstico diferencial desta dermatose pruriginosa com outras patologias muito frequentes neste grupo etário como com a dermatite seborreica, dermatite atópica, ictiose e eritrodermia psoriásica. O risco de surtos severos e de escabiose complicada é particularmente alto em instituições, populações carentes e indivíduos imunocomprometidos, sendo que estes últimos estão sujeitos a uma forma grave de escabiose denominada escabiose crostosa. O tratamento é realizado com o uso de escabicida e o sucesso deste depende do diagnóstico correto, de instruções escritas pormenorizadas ao doente, com tratamento simultâneo de todos os contactos próximos. A enfermagem tem papel fundamental na intervenção do quadro, através de uma assistência adequada e eficaz, proporcionando sua recuperação e contribuindo para a prevenção de outros casos. **Conclusão:** A escabiose continua a ser uma dermatose muito frequente, é necessário que as práticas de enfermagem como a puericultura e a educação em saúde promovam informações para favorecer o diagnóstico, tratamento, prevenção e de controle da patologia.

**Descritores:** Dermatologia; Escabiose; infantil; Enfermagem.

### Referências:

1. Agostinho KM, Cavalcante KMH, Cavalcanti PP, Pereira DL. Doenças dermatológicas frequentes em unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm.* 2013 Out/Dez; 18(4):715-21.
2. Tavares M, Selores M. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. *Nascer e Crescer.* 2013 Abr;22( 2 ): 80-86.
3. Matos C, Machado S, Carvalho S, Dinis MJ, Selores M. Caso dermatológico. *Nascer e Crescer.* 2013 Abr; 22( 2 ): 109-110.

<sup>1</sup> Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: millenamesquita1@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Núcleo de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>3</sup> Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco,

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FERIDAS CRÔNICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Kelly Monteiro dos Santos<sup>1</sup>; Ayanne Karoline da Silva Chagas<sup>2</sup>; Emmanuellachrys da Silva Bomfim<sup>2</sup>; Joanna Francyne Silva de Barros<sup>2</sup>; Kennya Cristina Mendes Cocentino de Medeiros<sup>2</sup>; Millena Carla da Silva Mesquita<sup>2</sup>

**Introdução:** A cada ano aumenta a busca dos usuários por assistência ambulatorial, que engloba um conjunto de procedimentos de baixa complexidade, sendo assim esses serviços se expandiram devido a uma contínua tendência de evitar a internação hospitalar. O atendimento nas unidades básicas de saúde é fundamental para os cuidados de feridas crônicas. Essas acometem de forma geral a sociedade independentemente da cor, idade, gênero. A pele é uma lâmina limitante essencial à vida, desempenhando funções básicas como proteção da ação de agentes externos, regulação da temperatura corporal, além de funções sensorial, metabólica e excretora, com isso é necessário que os profissionais tenham conhecimento apropriado para a avaliação e tomada de decisão a cerca da intervenção. **Objetivo:** Identificar os cuidados realizados pelos enfermeiros no atendimento ao paciente portador de feridas crônicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Metodologia:** O estudo consistiu de uma pesquisa bibliográfica onde foi realizada uma consulta à base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde, indexadas as bases de dados do LILACS e MEDLINE, com os seguintes descritores: feridas crônicas, tratamento e enfermagem. Foram considerados apenas artigos publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais; compreendidos entre os anos de 2010 a 2014, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol e que a pesquisa tenha sido realizada no Brasil. Foram encontrados 21 artigos e, destes, 7 foram utilizados por se enquadrar com o objetivo proposto. **Resultados:** A enfermagem exerce papel fundamental no desenvolvimento do processo de cuidar nesta nova estratégia de saúde, sendo sua função prestar atenção à comunidade desenvolvendo assim ações de promoção a saúde, educação em saúde e tratamento de doenças crônicas por exemplo. A literatura aborda a escassez de materiais e coberturas que minimizem os efeitos da ferida crônica, que restabeleçam rapidamente a integridade da pele e que evitem a ampliação da mesma. Dos artigos selecionados para execução do estudo revela que os materiais mais utilizados para tratamento de feridas crônicas são o soro fisiológico a 0,9%; gaze estéril; óleo de girassol; colagenase; álcool à 70%; clorexidina nas formas tópica e alcoólica. **Conclusão:** Poucos são os artigos publicados a cerca dos materiais utilizados para intervenção e tratamento de feridas crônicas. Percebe-se o déficit de recursos materiais para desenvolvimento de intervenções adequadas que favoreçam a manutenção da pele do paciente, sendo a pele o maior órgão do corpo humano a conservação, o cuidado, o uso de coberturas adequadas é imprescindível, porém mesmo com a existência de pontos negativos a demanda nas unidades básicas aumenta, sendo assim mais um motivo para um investimento maior em coberturas adequadas na atenção primária. Assim os autores sugerem a elaboração de novas pesquisas.

**Palavras chave:** Feridas Crônicas, Tratamento e Enfermagem.

### Referências:

Coren/MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerias . Deliberação 65/00: Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Disponível em: <<https://www.corenmg.gov.br>>. Acesso em 01/09/2014;  
Carneiro, CM; Sousa, BF; Gama, FN. Treatment of Wounds: Assistance of Nursing in the Units of Primary Attention to the Health. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

1 Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: kellymonteiro.ufpe@gmail.com

2 Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA FALCÊMICA COM LESÃO DE EXTREMIDAS: RELATO DE CASO

Bruna Yara Costa<sup>1</sup>  
Bruna Stephanie Sousa Malaquias<sup>2</sup>  
Patrícia Cristine Barbosa de Souza<sup>3</sup>  
Guilherme Augusto Roza<sup>4</sup>  
Rosali Isabel Barduchi Ohl<sup>5</sup>  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>6</sup>

**Introdução:** A anemia falciforme é uma doença crônica reconhecida como um grave problema de saúde pública mundial, com grande impacto na morbimortalidade da população acometida. É caracterizada por um curso clínico pontuado por episódios agudos, e por numerosas complicações que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas, dentre eles a pele, com o desenvolvimento frequente de úlceras de extremidades. **Objetivo:** Objetivou-se apresentar um estudo de caso sobre as ações assistenciais realizadas junto a uma paciente falcêmica atendida pelas docentes e membros da LiFe- Liga de Feridas no ambulatório de Feridas – do Ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. **Método:** Trata-se de trabalho descritivo, do tipo estudo de caso. Teve como cenário o Ambulatório Geral do Hospital de Clínicas da UFTM, localizado no município de Uberaba, Minas Gerais. Para o desenvolvimento da assistência prestada foi aplicado um instrumento de coleta de dados elaborado pelas pesquisadoras que subsidiou a gestão do cuidar em enfermagem. **Resultados:** A paciente, SAC, 48 anos, sexo feminino, nascida em 06/07/1966, cor negra, solteira, aposentada, 1º grau completo, natural e procedente de Uberaba, diagnosticada com Anemia Falciforme desde os 6 meses de idade. Desenvolveu úlcera maleolar em perna E e D desde 1984. Foi atendida por nós no serviço no período de agosto de 2008 até a data atual. As ações desenvolvidas e os resultados alcançados possibilitam inferir que houve melhoria na qualidade de vida da paciente com a diminuição da dor, do exsudato e do odor, pela assistência prestada à paciente ali atendida. Esta paciente foi atendida diariamente e avaliada conforme protocolo da LiFe com registros fotográficos semanalmente. **Conclusão:** Dessa forma, acreditamos na importância de sistematizar as ações de enfermagem no atendimento de pessoas com feridas, para que assim elas possam ser direcionadas às reais necessidades do cliente em busca do aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

### Referências:

1. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Anemia Falciforme para Agentes Comunitários de Saúde Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006
2. Naoum FA. Controle da dor da úlcera de perna na doença falciforme. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010;32(2):98
3. Lacerda FKL, Carvalho ESS, Araújo EM de et al. Mulheres com anemia falciforme (con) vivendo com as úlceras de perna e a dor. Rev enferm UFPE. 2014;8(7):2054-60
4. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):352-8.
5. Martins A, Moreira DG, Nascimento EM, Soares E. O autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientações de enfermagem. Esc Anna Nery (impr.)2013; 17 (4): 755- 763.

1. **Bruna Yara Costa** - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro ([bruninhayara.94@hotmail.com](mailto:bruninhayara.94@hotmail.com))
2. **Bruna Stephanie Sousa Malaquias** - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
3. **Patrícia Cristine** - Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM
4. **Guilherme Augusto Roza** – Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Coordenador Geral da Liga Acadêmica de Feridas da UFTM
5. **Rosali Isabel Barduchi Ohl** - Enfermeira Doutora em Pós Graduação em Enfermagem Nível Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Chefe do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Universidade Federal de São Paulo
6. **Suzel Regina Ribeiro Chavaglia** - Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tutora - Pós-graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM QUEIMADURAS POR CHOQUE ELÉTRICO: UM RELATO DE CASO

Laudicéa da Silva Sales<sup>1</sup>  
Isadora Pereira Farias<sup>2</sup>  
Priscilla Tereza Lopes de Souza<sup>3</sup>  
Jocelly de Araújo Ferreira<sup>4</sup>  
EgillaneMadza Mendes Santa Cruz<sup>5</sup>

**OBJETIVO:** Descrever a experiência da assistência de enfermagem ao paciente vítima de queimadura por choque elétrico e aprofundar os conhecimentos sobre a mesma. **RELATO DE CASO:** M.A.C.S, sexo feminino, 33 anos, evangélica, merendeira, casada, dois filhos, e cursou até a 3ª série do Ensino Médio. Foi admitida em um hospital de referência para queimados de Pernambuco em julho de 2014, com história de choque elétrico em fio de alta tensão, apresentando queimaduras de 3º grau em região glútea, dorso, coxas (parte posterior) e pé esquerdo (necrose de coagulação) com 11% de superfície corpórea queimada. Estado Geral Regular, Escala de Coma de Glasgow = 15/15, consciente e orientada, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica, eupnéica, normotensa, T= 37,1°C, mobilidade ativa com força motora preservada. Referiu alergia à penicilina e negou HAS e DM e outras patologias pregressas. Acompanhada diariamente com evolução em prontuário e registros fotográficos a cada 48 horas, durante abalnearia. Lesão infectada por *Klebsiella pneumoniae* (*KPC*). Ao longo do tratamento foram realizados desbridamentos mecânicos durante as trocas de curativos; utilizadas coberturas como: Gaze de rayon, Hidrogel com polihexametilbiguanida, Sulfadiazina de Prata 1% e Colagenase, além de antibioticoterapia com Meropen 1g e Vancomicina 1g, fisioterapia motora e acompanhamento psicológico. Realizada amputação de podóctilos de pé esquerdo aos onze dias de internação e enxerto em região glútea e pé esquerdo aos vinte e sete dias. Foram levantados diagnósticos de enfermagem dentre eles: Dor relacionada com lesão tecidual e nervosa; Déficit de volume de líquidos relacionado ao aumento da permeabilidade capilar e perdas por evaporação da queimadura e Hipotermia relacionada com perda da microcirculação cutânea e com feridas abertas. Algumas intervenções adotadas no plano de cuidado, foram: Usar escala de avaliação da intensidade da dor; administrar analgésicos conforme prescrição médica; verificar sinais vitais e débito urinário várias vezes ao dia; manter hidratação com fluidos, conforme prescrição médica; Observar sintomas de deficiência de eletrólitos; elevar os membros queimados e a cabeceira do leito do paciente, bem como fornecer ambiente adequado, aquecido. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu aprofundar os conhecimentos, acompanhar e tratar a lesão de um grande queimado por choque elétrico, considerando as diferentes dimensões da pessoa assistida e, tratando-a em sua integralidade.

### REFERÊNCIAS

1. GOMES, D. R. et al. Caso extremo de sobrevida em paciente grande queimado – relato de caso. Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo v.15 n.1 p. 67-78 jan/abr, 2000.
2. LEÃO, C E G; ANDRADE, E S; FABRINI, D S; OLIVEIRA, R A; MACHADO, G L B; GONTIJO, L C. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2011; 26(4): 573-7.

1. Enfermeira, graduada pela Faculdade Santa Emília de Rodat-PB, Brasil. Especialista em Obstetrícia Neonatal pela Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/PB. saleslaudicea@hotmail.com. Tel.:83-8773-1606
2. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Residente em Emergência Geral no Hospital da Restauração. isadora.pfarias@gmail.com
3. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Residente em Terapia Intensiva no Hospital da Restauração. priscillasouza\_@hotmail.com
4. Enfermeira. Professora da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande-PB, Brasil. Mestre pela Universidade do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. jocellyaferreira@hotmail.com
5. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Albert Einstein, São Paulo-SP, Brasil. egillane@hotmail.com.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES QUEIMADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Sorce Moreira<sup>1</sup>, Luana Aires Medeiros Diniz<sup>1</sup>, Rachel Marini<sup>1</sup>, Rafaela Butinholi Antonucci<sup>2</sup>.

**Introdução:** A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos e são avaliadas em graus conforme o trauma nos tecidos. Estima-se que ocorram no Brasil em torno de 1 milhão de acidentes com queimaduras por ano; destes, 100 mil procurarão atendimento hospitalar e cerca de 2.500 irão a óbito. Sabe-se que a queimadura é um trauma complexo, de difícil prognóstico, com alta taxa de morbimortalidade e que o enfermeiro desempenha um importante papel na reabilitação desses pacientes. **Objetivo:** Identificar os artigos publicados em relação a queimaduras e enfermagem. **Método:** Revisão integrativa da literatura. A seleção das publicações, deu-se por busca on-line: Biblioteca Virtual em Saúde SciElo, LILACS, biblioteca virtual da Revista Brasileira em Queimaduras e Sociedade Brasileira de Queimaduras, com os descritores: Queimaduras; Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem. Critérios de inclusão: artigos publicados em português, no período de 2009 a 2014, que contenham pelo menos, dois dos cinco descritores, que estejam disponíveis para acesso em uma das bases de dados e bibliotecas virtuais citadas. Critérios de exclusão: opõem-se aos critérios de inclusão. Os conteúdos foram organizados em um quadro contendo os seguintes itens: ano de publicação; método de pesquisa; periódico; objetivo geral do estudo. Então, foram elencadas três categorias temáticas. **Resultados:** As pesquisas cuja temática diz respeito à assistência de enfermagem ao paciente queimado, fundamentam-se na importância do uso de técnicas estéreis durante o atendimento e na elaboração crítica da sistematização da assistência de enfermagem, visando o alívio da dor, minimização das sequelas e apoio psíquico. Os artigos caracterizaram as vítimas de queimaduras como sendo, em sua maioria, homens jovens, que se acidentaram com chama aberta (fornos e churrasqueiras), vindo a apresentar lesões de segundo grau, por uma extensão média de superfície. Esses pacientes foram mantidos hospitalizados por cerca de dezesseis dias, recebendo o uso tópico de sulfadiazina de prata a 1% nas lesões, queixosos quanto a dor, culpa, medo, ansiedade e saudade da família. O desgaste de quem presta assistência a queimados é intenso, tanto físico como mentalmente, e não se devem menosprezar estratégias para reduzi-los. **Conclusão:** Foi evidenciada durante esta pesquisa a necessidade e o número restrito de novas publicações em relação a queimaduras e a assistência de enfermagem, uma vez que os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente e suporte a sua família.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wylker Farias; SANTOS, Joyce Nunes dos. Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimadura. **Rev Bras Queimaduras**, Florianópolis, v.12, n.2, Jun. 2013

SILVA, Bruna Azevedo da; RIBEIRO, Flávia Alves. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. **Rev. dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, Dec. 2011.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, Mar. 2012.

1. Enfermeira pós graduanda em Estomaterapia

2. Enfermeira Pós Graduada em Enfermagem em Dermatologia, em Enfermagem em Prática Médico Cirúrgica e pós graduanda em Estomaterapia; Enfermeira Clínica no Instituto de Reabilitação Lucy Montoro em São José do Rio Preto, Enfermeira Consultora Técnica da SUPRIMED - KCI, Enfermeira ATIVA Coloplast

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PESSOA COM DOENÇA FALCIFORME E ÚLCERA MALEOLAR: RELATO DE CASO

Cíntia Cristina Andrade<sup>1</sup>  
Letícia Martins Cardoso<sup>2</sup>  
Bruna Stephanie Sousa Malaquias<sup>2</sup>  
Taciana Silva Alves Monteiro<sup>2</sup>  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>3</sup>

**Introdução:** As úlceras de membro inferior são frequentes em adultos com Doença Falciforme - DF, patologia caracterizada pela produção da hemoglobina SS, sendo uma das alterações genéticas mais comuns no Brasil e no Mundo <sup>1,2</sup>. As úlceras surgem de forma espontânea ou traumática, sua cicatrização é lenta e possuem elevadas taxas de recorrência. O curso de evolução da doença provoca alterações em órgãos e sistemas, incluindo a pele, o que favorece o surgimento de úlceras em extremidades, geralmente localizadas na região maleolar, pré-tibial e dorso do pé<sup>3</sup>. **Objetivo:** Esse estudo tem por objetivo descrever a evolução de lesão ulcerativa falcêmica em região maleolar e a assistência prestada a uma pessoa com DF acompanhada por membros da Liga de Feridas – LiFe, da universidade federal do município de Uberaba, MG. **Método:** Trata-se de um relato de caso, realizado no ambulatório de feridas do hospital universitário do município. **Resultados:** J.P.V, 22 anos, sexo feminino, diagnosticada com DF aos cinco dias de vida. A primeira úlcera em face externa da região maleolar esquerda surgiu com 18 anos e vem sendo acompanhada no ambulatório desde 22/10/2008. A lesão inicial, com dimensões 3,0 cm (largura) x 2,7 cm (altura) x 0,5 cm (profundidade), foi tratada com técnica de curativo asséptico duas vezes ao dia, limpeza com SF 0,9% 250 ml aquecido e em jato, papaína 6% como primeira cobertura e 2ª cobertura gazes secas e faixa crepe estéril. Na quinta semana a lesão sofreu regressão em suas dimensões (1,8cm x 2,2 cm x 0,2cm) sendo a primeira cobertura substituída por papaína 3%. Na sétima semana de atendimento a papaína foi substituída por alginato de cálcio e sódio, quando a lesão se apresentou em processo de cicatrização avançado (0,5cm x 0,5cm). Na 11ª semana exibiu epitelização completa e a paciente foi orientada quanto a medidas de prevenção de recidivas, tais como, o uso tópico de vaselina para evitar escoriações e esfoliação da pele, uma vez que a paciente relatou ter alergia a outros hidratantes, e o uso de meias de algodão grossas e tornozeleiras. A paciente apresentou, posteriormente e até o momento dois episódios de recidiva da úlcera maleolar. Em 2009, a lesão apresentou as seguintes dimensões de 3,0 cm x 2,0cm x 0,50cm, período de cicatrização de 15 semanas e no ano de 2011 a lesão apresentou (2,5cm x 1,5cm x 0,50cm), com dimensões bem menores o período de cicatrização também o foi. **Conclusões:** Os curativos diários e o acompanhamento realizado pela equipe da LiFe foram essenciais para promover a cicatrização da lesão, bem estar e melhora da qualidade de vida da cliente, comprovando assim a importância da assistência de enfermagem no alcance da integridade estrutural e cicatrização da úlcera falciforme maleolar. Medidas preventivas realizadas pela equipe estimulam os pacientes à adesão ao tratamento e a minimização dos fatores de risco associados ao surgimento das úlceras.

## REFERÊNCIAS

1. Mendonça AC, Garcia JL, Almeida CM, Megid TBC, Fabron Jr A. Muito além do "Teste do Pezinho". Rev. bras. hematol.hemoter. 2009;31(2):88-93. (Acesso em 12 ago 2014) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842009005000012>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme : úlceras : prevenção e tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 80 p. (Acesso em 12 ago 2014) Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_falciforme\\_ulceras\\_prevencao\\_tratamento.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_ulceras_prevencao_tratamento.pdf)
3. Martins A, Moreira DG, Nascimento EM, Soares E. O autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientações de enfermagem. Esc. Anna Nery.2013;17(4):755-63. (Acesso em 12 ago 2014). Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130021>.
4. Paladino, SF. Úlcera de membros inferiores na anemia falciforme. Rev. bras. hematol. hemoter. 2007; 29(3): 289-90. (Acesso em 12 ago 2014). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842007000300019>

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM. (cintiaade@hotmail.com).

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Doutora Associada do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar – DEAH –Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Tutora.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE LESÃO POR MORDEDURA CANINA: ESTUDO DE CASO

Andréa Maria Alice Gallo<sup>1</sup>, Eliane Mazócoli<sup>2</sup>, Carolina Campolin de Almeida<sup>3</sup>, Mairy Jussara Poltronieri<sup>4</sup>, Vinícius Agatão<sup>5</sup>

**Introdução:** As mordeduras representam lesões comuns geralmente vistas nas emergências dos hospitais, correspondendo a 1% dos atendimentos. O risco de infecção pós mordedura é grande e é determinado pelos cuidados locais, localização da lesão, fatores inerentes ao indivíduo, tipo de lesão e animal agressor. As mordeduras caninas são as mais frequentes e infectam em 4 – 25% dos casos e geralmente, o animal é sempre conhecido da vítima. O tratamento do ferimento causado é ainda controverso, podendo ser realizado desbridamento e irrigação intensas, hemostasia de hemorragias quando existentes e posterior sutura ou não da lesão, levando-se em consideração a possibilidade de sequelas estéticas e a necessidade de correção cirúrgica com enxertos ou retalhos de pele posteriormente. **Objetivos:** Relatar o tratamento de um paciente ambulatorial, com lesão em dorso de pé esquerdo, causada por mordedura de cão doméstico, utilizando espuma de poliuretano 3D impregnada de prata iônica. **Método:** Estudo de caso, onde foram seguidos os preceitos éticos e legais da Resolução 196/96. Os dados foram coletados no decorrer do acompanhamento da lesão do paciente e através de registros fotográficos da lesão até a sua cicatrização, num hospital privado na capital do estado de São Paulo. **Resultados:** TZN, sexo feminino, 23 anos, universitária, portadora de hiperreatividade do fator VIII de coagulação, apresentou lesão por mordedura de animal canino no dorso de pé esquerdo há 01 mês. Apresentou lesão cavitária, com coloração escura, esfacelos, exsudato serohemático+++ , dor local e edema no pé, sendo iniciada antibioticoterapia por 07 dias. Iniciado tratamento tópico em novembro 2013 com solução antisséptica para limpeza de feridas e espuma de poliuretano 3D impregnada de prata. Em março/abril 2014, a lesão cicatrizou, evoluindo com cicatriz hipertrófica, sendo iniciado terapia tópica com curativo auto-aderente de silicone suave com boa resolução. **Conclusões:** A terapia tópica proposta demonstrou ser adequada à lesão e o acompanhamento de enfermagem especializada e atualizada foi fundamental para a cicatrização completa da lesão, sem a formação de sequela estética aberrante.

**Palavras-chaves:** Cicatrização, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem

## Referenciais:

- 1.Porto GG, Souza BLM, Sampaio DO.Manejo de lesões por mordedura animal: relato de casos.Rev.Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2013;13(4): 39-44.
- 2.Junior RM, Queiroz IV, Neto AMR, Amaral MF, Carvalho RWF, Vasconcelos BCE Abordagem atual do trauma maxilo-facial por mordedura.Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2008;8(4): 17-26.
- 3.Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF. Estudo prospectivo do fechamento primário das mordeduras caninas e humanas na face e no couro cabeludo.Rev. Soc. Bras. Cir. Plást. 2006;21(1):23-9.
- 4.Dealey C.Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras.São Paulo:Atheneu Editora, 2008, p.240.
- 5.Malagutti W, Kakihara CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari;2010, p.544.

## Autores:

- 1.Enfermeira especialista em Dermatologia pela UNIFESP , email: andrea.gallo@hsl.org.br
- 2.Enfermeira especialista em Estomaterapia pela USP.
- 3.Enfermeira pós-graduanda em Estomaterapia pela UNITAU..
- 4.Enfermeira coordenadora do Grupo de Atendimento em Estomaterapia do Hospital Sírio Libanês.
- 5.Enfermeiro pós-graduando em Estomaterapia pela FMEDABC.



# ASSISTÊNCIA DO ESTOMATERAPEUTA NO TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA INFECTADA

*Luciana Oliveira Gomes Seabra 1  
Dayse Carvalho do Nascimento 2*

**Introdução:** A deiscência é caracterizada pela abertura total ou parcial de uma ferida operatória, podendo estar relacionada a fatores intrínsecos e extrínsecos: estado nutricional, obesidade, idade, doenças de base, presença de infecção e técnica cirúrgica.<sup>1,2</sup> O fator de risco mais prevalente para ocorrência de complicações durante o processo de cicatrização é a infecção, com 50% dos casos de deiscência abdominal, representando desafio à equipe de saúde devido ao tempo dispensado ao cuidado, aumento do tempo de internação e custos.<sup>2</sup> **Objetivo:** Descrever a atuação do Estomaterapeuta no tratamento de deiscência de ferida operatória infectada. **Método:** Pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, desenvolvido em um Hospital Universitário, no Rio de Janeiro. Avaliação e evolução foram realizadas através de exame clínico e registro fotográfico, utilizando o termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando a resolução 466/12. **Casos clínicos: Caso 1:** F.M.A., 79 anos, hipertenso, diabético, pós operatório de amputação abdominoperineal de reto por adenocarcinoma, com confecção de ileostomia a direita e cistostomia, com infecção de ferida operatória e deiscência. A lesão apresentava-se com tecido de granulação e esfacelo em grande quantidade, exsudato seroso abundante, discreto odor. **Caso 2:** R.B.M., 28 anos, soropositiva para HIV, cesareana, pós operatório tardio com infecção de ferida operatória e deiscência. Avaliação: ferida de espessura total em linha média e suprapúbica, grande quantidade de esfacelo, exsudato seroso abundante, discreto odor. Considerando a necessidade de desbridamento e crescimento de tecido de granulação, optou-se pelo uso da papaína em diferentes concentrações<sup>3</sup> associada ao hidrogel amorfo, concomitante ao preenchimento com hidrofibra com prata, em ambos os casos. **Resultados:** Houve melhora progressiva do processo de cicatrização, apresentando diminuição gradativa do tecido desvitalizado, aumento do tecido de granulação, bordas em contração. Ambos receberam alta hospitalar e foram encaminhados para o ambulatório de Estomaterapia, sendo acompanhados até a epitelização completa, sem necessidade de reintervenção cirúrgica. **Conclusão:** O sucesso do tratamento foi atribuído à atuação sistematizada, especializada e individualizada do Estomaterapeuta como membro importante nesse processo de cuidado que através do seu conhecimento faz uma avaliação pró-ativa e contínua para uma terapêutica adequada.

## Referências

1. Anselmo AM et al. As práticas de cuidado, entre médicos e Enfermeiros, em feridas abdominais por deiscência de sutura. Revista Estima. 2005; 3(4): 29-34
2. Borges E. Assistência a pacientes com ferida cirúrgica complexa. In: Borges, E et al. Feridas: Como tratar?. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
3. Leite, AP et al. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 198-207

1Luciana Oliveira Gomes Seabra. Enfermeira Estomaterapeuta, membro da Comissão de Curativos HUPE/UERJ. Membro do Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada do Município do RJ no Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark. [lucaseabra@gmail.com](mailto:lucaseabra@gmail.com)

2Dayse Carvalho do Nascimento. Enfermeira Mestre, Estomaterapeuta, coordenadora da Comissão de Curativos HUPE/UERJ, especialista em Terapia Intensiva.

# ASSISTÊNCIA DO ESTOMATERAPEUTA NO TRATAMENTO DE DERMATITE PERIESTOMAL: UM ESTUDO DE CASO

*Luciana Oliveira Gomes Seabra*

**Introdução:** As intervenções cirúrgicas que resultam em confecção de estomias intestinais ocorrem diante da necessidade de desviar o trânsito de eliminação por causas variadas, sendo a neoplasia a mais incidente.<sup>1</sup> Apesar dos avanços técnicos e científicos, tal procedimento é potencialmente acompanhado de complicações como a retração e dermatite periestoma, que podem estar diretamente relacionadas a técnica cirúrgica e à prática do autocuidado.<sup>1,2</sup> **Objetivo:** Descrever a abordagem da Estomaterapeuta no tratamento de dermatite periestomal. **Método:** Estudo de caso clínico realizado no programa de atenção à pessoa estomizada do município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através de anamnese e exame clínico, documentados em formulário próprio utilizado no programa. Optou-se pelo registro fotográfico para avaliação do processo evolutivo, sob autorização do paciente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, em respeito a resolução 466/12. A avaliação da lesão periestomal foi realizada pelo o instrumento SACS que classifica a dermatite periestoma quanto a perda tecidual e topografia. **Caso clínico:** J.D.M., 62 anos, submetido à colectomia e confecção de colostomia à esquerda e fístula mucosa por obstrução intestinal causada por tumor de cólon. Evoluiu com retração do estoma, seguido de dermatite irritativa. Ao ingressar no programa de atenção à pessoa ostomizada, evidenciou-se a presença de retração da colostomia, dermatite periestomal com sangramento ativo, classificada pelo instrumento SACS como L2 que consiste em lesão erosiva, de espessura parcial da pele, não atingindo subcutâneo. Quanto à topografia classificou-se em T5, o que significa que a lesão comprometia os quatro quadrantes da pele periestomal. Considerando as características do estoma e da pele, optou-se pelo uso do equipamento convexo de duas peças<sup>3</sup>, associado ao uso do cinto elástico, combinado aos recursos terapêuticos adjuvantes: hidrocolóides em pó e pasta, placa protetora e borda adesiva de hidrocolóide. **Resultados:** Após 48 horas observou-se melhora significativa, com epiteliação completa de toda extensão da lesão periestoma, sem sinais de infiltração de fezes sob a placa, melhora da dor, mantendo discreta hiperemia. Confirmando sucesso do tratamento e adaptação à conduta, o paciente foi orientado e treinado a dar continuidade ao autocuidado **Conclusão:** A assistência especializada e individualizada do Estomaterapeuta no cuidado ao paciente com estomas intestinais, com ênfase na abordagem precoce e no autocuidado, constitui ferramenta indispensável na prevenção e tratamento das complicações, minimiza sofrimento e possibilita a promoção da reabilitação da pessoa estomizada.

## Referências

1. Aguiar, ESS et al. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. Revista Estima. 2011; 9(2): 22-30
2. Yamada, BFA et al. Ocorrência de Complicações no Estoma e Pele Periestoma: estudo retrospectivo. Revista Estima. 2003; 1(3): 16-24
3. Scianni, RC et al. Estomas complicados: como cuidar? In: Cesaretti, IUR et al. Estomaterapia: temas básicos em estomas. São Paulo: Cabral editora, 2006

# ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A PACIENTE COM FÍSTULA CUTÂNEA: RELATO DE CASO

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

## Autores

Tâmisa Terena Nascimento Fontes <sup>1</sup>, Débora Silva Araújo <sup>2</sup>, Nádia Antônia Aparecida Poletti <sup>3</sup>

**Introdução** A clássica definição de fístula é declarada como: “a fístula é uma passagem anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a parte externa do corpo, proveniente de cicatrização inadequada ou da complicação de algumas patologias.” As causas de fístulas são múltiplas, entretanto vários autores concordam que elas são originárias de cicatrizações inadequadas ou de complicações relacionadas a algumas doenças que impedem que as camadas dos tecidos se unam adequadamente originando um trajeto fistuloso. **Objetivo** Relatar a evolução do cuidado de enfermagem a uma paciente com fístula cutânea como consequência de úlcera por pressão. **Metodologia** Para responder ao objetivo dessa pesquisa foi realizado um relato de caso sobre o cuidado domiciliar a paciente portadora de fístula cutânea secundária a cicatrização inadequada de úlcera por pressão na região sacral. Este trabalho teve aprovação do CEP da FAMERP CAAE: 04194712.8.0000.5415. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a paciente foi submetida ao tratamento. **Relato do caso** Foi sujeito dessa pesquisa a paciente N.D.A. portadora de fístula sacral, do sexo feminino, 87 anos, da região Nordeste, do interior de Sergipe, que permaneceu acamada por trinta dias devido à depressão, sem co-morbidades. O cuidado visando à cicatrização da fístula iniciou em 18 de Abril de 2014 e terminou em 29 de Junho de 2014. Durante o período de tratamento, inicialmente foi utilizado um creme barreira em região perilesional e alginato de cálcio (fita) na fístula de aproximadamente 2,5 cm de largura e 1,0 cm de profundidade, drenando grande quantidade de exsudato seroso e ausência de odor. Posteriormente foi utilizado SF 0,9% para irrigação do trajeto que possuía 2,0 cm e alginato de cálcio (fita), porém continuou drenando exsudato de aspecto purulento amarelado em pequena quantidade. As medidas e a secreção purulenta amarelada persistiram então a conduta foi alterada para irrigação com SF 0,9% em sonda nº 6 e introdução de espuma de poliuretano com prata no trajeto fistuloso. Os cuidadores foram orientados a realizar curativos diários duas vezes ao dia e após dois meses e onze dias de tratamento, houve cicatrização total da fístula. **Conclusão** A fístula cutânea é um tipo de lesão muito complexa, porque o tecido de que reveste internamente a fístula é desconhecido, de difícil acesso e cicatrização. A indicação da cobertura de espuma de poliuretano com prata se mostrou adequada para o caso, com redução de 2,5 centímetros em 11 dias. A cicatrização completa ocorreu após um período de 71 dias de cuidados de enfermagem.

## Referências Bibliográficas:

1. Santana ME, Sawada NO. Fístula Faringocutânea após laringectomia total: revisão sistemática. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2008; 16 (4): 772-778.
2. Meeker, MH; Rothrock, JC. Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Guanabara Koogan, 1997.

<sup>1</sup>Enfermeira, gerente de Unidade de Saúde da Família Oswaldo de Souza de Aracaju, pós-graduanda do curso Enfermagem em Dermatologia – FAMERP. [enfamisaterena@hotmail.com](mailto:enfamisaterena@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira, da Estratégia de Saúde da Família de Umbaúba - Sergipe, pós-graduanda do curso Enfermagem em Dermatologia – FAMERP.

<sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP.

## ASSOCIAÇÃO DE ALGINATO DE CÁLCIO COM PLACA DE POLIURETANO DE PRATA EM LESÃO INTERGLÚTEA DE PACIENTE COM TRAUMA RAQUI-MEDULAR

OLIVEIRA, Márcia Cristina de Souza Ribeiro1  
SILVA, Camila Araújo da2

Trata-se de um relato de caso que tem como **objetivo** demonstrar a eficiência do uso de alginato de cálcio e da placa de espuma de poliuretano com prata em uma úlcera por pressão estadiamento IV na região interglútea com necrose de liquefação em paciente tetraplégico em tratamento domiciliar com equipe de Homecare. O Alginato de Cálcio quando em contato com o exsudato forma um gel hidrofílico e não aderente a lesão proporcionando meio úmido sobre a superfície da ferida e desbridamento autolítico. Já a espuma de poliuretano, não adesiva, é capaz de absorver quantidades moderada de exsudato, sendo permeável a vapor úmido e oxigênio; possui ação de manter o leito com umidade adequada. A periodicidade de troca depende da saturação do produto, sendo recomendado um período máximo de até 7 dias, pois possui a associação da prata que é bactericida. O **objetivo** da equipe de enfermagem era o acompanhamento da lesão para que houvesse a possibilidade de enxertia pela equipe médica. **Metodologia:** Relato de caso clínico de caráter quanti qualitativo, método descritivo, realizado através de acompanhamento médico e de enfermagem sistematizado, com exames clínicos e registros criteriosos da evolução da cliente no prontuário, complementados com documentação fotográfica seriada das lesões. **Resultados:** A conduta inicial, foi utilizando gel amorfo em combinação com o alginato de cálcio no leito da ferida, para remoção de todo tecido desvitalizado associado ao desbridamento mecânico. Em 3 meses e 15 dias, foi retirada toda a necrose de liquefação, deixando claro a real extensão da UP, passando para a utilização da espuma de poliuretano com prata, para promover a ação antimicrobiana e ensejando menos trocas. Após a avaliação do nível de exudato, definimos a troca do curativo a cada 3 dias. Após 6 meses de tratamento, era nítido o crescimento de tecido saudável e granuloso, sem odor e sem exudato. *Enfermagem da FAMERP.*  
**Conclusão:** Pode-se concluir que o emprego do alginato de cálcio em tecido necrótico realiza o debridamento autolítico, e ainda em associação com a espuma de poliuretano de prata realiza excelente ação antimicrobiana e ambiente úmido favorável a granulação, podendo ser um método facilitador no processo de cicatrização da ferida .

**Descritores:** Cicatrização, secreção, desbridamento.

### Referências:

DEALEY, C. **Cuidando de feridas um guia para enfermeiras.** 3º ed. São Paulo: Atheneu; 2008.P.121.

PERRY, G.A; POTTER, A.P. **Fundamentos de Enfermagem.** 7º edição. Editora Mosby; 2009. P. 1283 – 1291.  
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Centro de atenção especializada em coluna e trauma raquimedular.  
**Cademo de enfermagem em ortopedia,** 2009, vol. 2, pág. 8.

MATSUBARA, M.G.S et al. **Feridas e Estomas em Oncologia: uma abordagem interdisciplinar.** 1º edição. Editora Lemar; 2012. P. 137- 144.

1 Enfermeira graduada na UNIG. Pós-graduanda no curso de Estomaterapia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).e-mail: marciamissouri@oi.com.br

2 Enfermeira graduada na UNIG. Pós-graduanda no curso de Estomaterapia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO MONITORAMENTO DA HANSENÍSE

NATALY MESQUITA CARDOSO<sup>1</sup>, CHRISTIANE APARECIDA RODRIGUES DE LIMA<sup>1</sup>, MICHELLI NUNES GOULART<sup>1</sup>, PAULO GUILHERME CÁBIA<sup>1</sup>, VIVIANE REGINA MIRANDA<sup>1</sup>, ANA PAULA DE ASSIS SALES DA SILVA<sup>2</sup>.

**INTRODUÇÃO:** A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de caráter crônico com sinais e sintomas dermatoneurológicos. A principal manifestação ocorre no comprimento do nervo periférico devido à ação de seu bacilo causador (*Mycobacterium Leprae*) diretamente nos troncos nervosos periféricos, ocasionando dor, perda de sensibilidade e ou da força motora na área em que os nervos foram afetados. Por tratar-se de uma doença em que a falta de informação sobre seus sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços, atendimento e profissionais capacitados para detectar a doença, seu diagnóstico em grande parte do Brasil ainda é tardio. Desse modo, a atuação do enfermeiro está relacionada com a busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento das incapacidades e acompanhamento do quadro clínico. Sendo assim, a Consulta de Enfermagem regulamentada pela Lei nº 7.498, tem por finalidade a promoção da saúde, diagnóstico e o tratamento precoce. **OBJETIVO:** Evidenciar a consulta de enfermagem e a atuação do enfermeiro como ferramentas para o diagnóstico precoce de Hanseníase. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados Scielo e Bireme no período de agosto de 2014, utilizando os descritores: “enfermagem and Hanseníase; Hanseníase and assistência de enfermagem; determinantes sociais da saúde and Hanseníase”. Do cruzamento dos descritores e utilizando filtros, 24 estudos foram encontrados. Utilizou-se como critérios de inclusão estudos realizados entre 2008 e 2014, de língua portuguesa e espanhola e aqueles desenvolvidos no Brasil e países de fronteira. Após análise rigorosa dos trabalhos encontrados, a amostra final foi de seis artigos. **RESULTADOS:** A atuação do enfermeiro está voltada para a detecção ativa e passiva dos casos envolvendo o cliente com suspeita e os com os diagnósticos de Hanseníase já fechados. Frente a ações de vigilância epidemiológica realizam-se busca ativa de novos casos, afim de realizar o diagnóstico precoce através de mediadores e monitoramento da doença. Dessa maneira, o trabalho do enfermeiro inicia-se pela educação em saúde durante a Consulta de Enfermagem, pois através dessa ferramenta é possível orientar os clientes sobre a doença, os sinais e sintomas, o autocuidado, e a importância de seguir o tratamento proposto, com a finalidade de evitar o diagnóstico tardio e as complicações decorrentes da doença. **CONCLUSÕES:** A Consulta de Enfermagem possibilita o diagnóstico precoce, além de prevenir complicações como incapacidade física, social e psicológica no portador de Hanseníase. Dessa forma, há a criação de um vínculo entre profissional e cliente, assegurando maior adesão ao tratamento e proporcionando uma assistência de qualidade.

### REFERÊNCIAS

1. DUARTE, M.T.C; AYRES, J.A; SIMONETTI. J.P. Consulta de Enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.18, n.1 2009 jan./mar., 2009.
2. NASCIMENTO, G.R.C.; BARRETO, A.J.R.; BRANDÃO, G.C.G, TAVARES, C.M. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.13, n.4, out./dez. 2011.
3. SILVA, F.R. F; DA COSTA, A.L.R.C; DE ARAÚJO, L.F.S; BELATTO, R. Prática de Enfermagem na condição crônica decorrente de Hanseníase. Revista Texto Contexto Enfermagem, v.18, n.2, abr./jun. 2009.

<sup>1</sup> Discente do curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem, docente da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

## ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM EM ACIDENTES PROVOCADOS POR ANIMAIS AQUÁTICOS

Milena Souza Espinhelli (1), Sabrina Helena Furukawa (2), **Maria Helena Sant Ana Mandelbaum (3)**

O estudo dos acidentes provocados por animais aquáticos vem merecendo um novo olhar dos pesquisadores, pela sua importância crescente nos últimos anos. Entretanto,, existem poucos trabalhos sobre atuação da enfermagem no atendimento às vítimas deste tipo de agravo, especialmente quando buscamos publicações relacionadas aos cuidados às dermatoses causadas por este tipo de acidente. O Brasil apresenta uma extensa linha costeira, de mais de 7.400km, com ampla variação em sua fauna e com clima temperado e tropical, o qual propicia que muitos animais potencialmente perigosos entrem em contato com os seres humanos durante suas atividades, tanto profissionais( como no caso de pescadores, trabalhadores em plataformas marítimas e pesquisadores) como em atividades de lazer , cada mais frequentes, como a pesca, mergulhos e passeios no mar ( Haddad, 2000). As reações cutâneas provocadas pela introdução ou contato com toxinas ou venenos de animais aquáticos ocorrem por mordeduras, ferimentos, picadas, ou contato direto, são frequentes, eventualmente graves, e até fatais, exigindo em muitos casos, pronto atendimento no local, com implementação de medidas adequadas para prevenir potenciais agravos e sequelas, ou complicações sistêmicas, dentre elas, as de ordem neurológica, miotóxica, citotóxicas ou hemotóxicas ( Sampaio, 2007). Neste sentido, a capacitação dos profissionais de enfermagem e o estabelecimento de protocolos e algoritmos de atendimento é fundamental, pois grande parte destes acidentes ocorrem em locais que não contam com especialistas, durante os períodos de veraneio, sendo que mais de 90% das vítimas deste tipo de acidentes são banhistas ( Haddad, 2000).

Este estudo tem por objetivos:a)caracterizar os atendimentos realizados em um serviço de referência em dermatologia,localizado na Região Metropolitana do Vale do Paraíba (RMV), que compreende 17 municípios, incluindo as cidades localizadas no Litoral norte do Estado de São Paulo; b)qualificar estes acidentes e c) relatar a experiência na elaboração de guias e protocolos para atendimento imediato às vítimas destes acidentes, ressaltando a importância de programas de capacitação de recursos humanos locais para atuar de forma adequada e com base em tais protocolos.

Trata-se de estudo descritivo, realizado no período de dezembro de 2011 a julho de 2014, o qual consistiu no acompanhamento do atendimento a176 acidentes provocados por animais aquáticos realizados em 3 pronto socorros localizados no litoral norte, que são campo de estágio de estudantes de graduação em enfermagem e medicina e também pelo Corpo de Bombeiros destes municípios. Os dados foram coletados diretamente pelos pesquisadores, tanto por sua participação nos atendimentos, como por observação dos atendimentos prestados às vítimas, e por meio da análise dos prontuários ou registros do Corpo de Bombeiros. Os resultados demonstram que a grande maioria das vítimas ( 86%) são banhistas, durante o período de veraneio, com maior número de casos durante os meses de dezembro e janeiro. O segundo grupo mais atingido são pescadores ( 8%) e trabalhadores da indústria petrolífera (5%), havendo ainda registro de pessoas que trabalham no turismo (1%). Dentre os animais marinhos , o maior número de acidentes foi provocado por *equinodermas ( 49%)* , *segundo-se o grupo de peixes ( 29%) e pelos celenterados ( 22%)* .*Muitas destas vítimas tiveram lesões provocadas por mais de um tipo de animal marinho ao mesmo tempo. Os agravos dermatológicos foram variáveis, de acordo com o tipo de animal marinho e também, variações individuais, como hipersensibilidades, uso de medicamentos, doenças pré-existentes, assim como, história pregressa de acidentes com o mesmo tipo de animal. As manifestações registradas com maior frequência foram : erupções eczematosas , lesões eritemato-urticadas, lesões vésico-bolhosas, ferimentos puntiformes e lacerações, acompanhadas de quadros de dor, variáveis níveis de comprometimento local ou sistêmico.*

Com base em tais manifestações, foram elaborados protocolos e algoritmos, visando orientação de condutas de primeiros socorros, tanto no local do acidente como na instituição de saúde, e foi proposto um programa de capacitação permanente dos profissionais de enfermagem e bombeiros, assim como de líderes da comunidade, com o objetivo de disseminar informações que permitam adoção de medidas simples e eficazes para reduzir complicações e melhorar o atendimento a este tipo de acidente, especialmente nos períodos de veraneio.

### Referências

- Haddad Junior, Vidal – Atlas de animais perigosos do Brasil: guia médico de diagnósticos e tratamento de acidentes. São Paulo, Editora Roca, 2000

- Sampaio, Sebastião A.P. – Dermatologia. São Paulo, Editora Artes Médicas, 3ª.edição, 2007. Pag.795-797

---

(1) Discente do Curso de Graduação em enfermagem

(2) Discente do Curso de Graduação em medicina

(3) Orientador e supervisor de estágio, Especialista em enfermagem em dermatologia, doutor em Educação- CEDAR Unitaú

# ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PLANTAR EM PACIENTE COM HANSENÍASE

Izabel Cristina Sad das Chagas 1; Clésia Justina de Paula<sup>2</sup>; Soraya Diniz Gonçalves 3

**Introdução:** A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Manifesta-se, principalmente, através de lesões na pele e acometimento dos nervos periféricos que podem levar a incapacidades físicas<sup>1</sup>. Uma das incapacidades físicas mais freqüentes na hanseníase são as úlceras na região plantar, que resultam das alterações neurais e dermatológicas advindas da diminuição e/ou perda das funções motora, sensitiva e autonômica do nervo tibial<sup>1,2</sup>. Estas úlceras são de difícil cicatrização e podem se complicar devido aos episódios recorrentes de infecção, levando à reabsorções ósseas e à amputação do membro, quando não for instituído um tratamento precoce e adequado<sup>3,4</sup>. A prevenção é uma das ações capazes de reduzir as incapacidades e deformidades físicas provocadas pelas úlceras plantares. A prevenção e o tratamento das incapacidades constituem partes integrantes das ações de controle da hanseníase e devem ser realizados por todos os profissionais de saúde, para evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e psíquicos para o paciente durante o tratamento e após a alta<sup>2</sup>. Entretanto, são poucos os estudos sobre o tratamento da úlcera plantar, sendo importante a discussão, considerando as diferentes terapias empregadas e a adequada avaliação dos profissionais de saúde com intervenções precoces.

**Objetivos:** Descrever o tratamento da úlcera plantar de um paciente em tratamento para hanseníase com poliquimioterapia e a atuação dos membros da equipe multidisciplinar em um Serviço de Referência para Atendimento de Pacientes com Hanseníase.

**Métodos:** Este relato de caso foi realizado com um paciente de um Serviço de Referência para Atendimento de Pacientes com Hanseníase na cidade de Belo Horizonte. O paciente foi informado sobre o estudo e após concordar em participar, assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, sob o parecer nº 0023.0.438.000-10. **Resultados:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 67 anos, diagnóstico de hanseníase e apresentando úlcera em região plantar esquerda, iniciado o tratamento com poliquimioterapia e corticoterapia. Avaliado pela fisioterapeuta, para confecção de palmilhas acomodativas biomecânicas e admitido no Ambulatório de Feridas. Avaliação da úlcera foi realizada pela enfermeira responsável pelo Ambulatório, bem como todas as avaliações. A úlcera apresentava 6,25 cm<sup>2</sup>, tecido 90% vermelho escuro, 10% de esfacelo amarelado, exsudato em grande quantidade e bordas com hiperqueratose. A cobertura de escolha foi alginato de cálcio. Em 16/02/2009 a úlcera apresentava extensão de 1,5 cm<sup>2</sup>, presença de 100% de tecido de granulação vermelho vivo e diminuição do exsudato. Em 04/03/2009, a úlcera apresentou aumento da extensão (2,2 cm<sup>2</sup>), do exsudato, odor fétido e tecido com necrose de liquefação amarelada. Foi feita avaliação pela equipe médica e constatada infecção. Em 25/05/2009, 5 meses e 13 dias após o início do tratamento, a úlcera apresentava 98% da área cicatrizada. O paciente recebeu alta do ambulatório de feridas com as seguintes recomendações: hidratação diária com ácidos graxos essenciais, inspeção 2 vezes por dia dos pés, uso de palmilhas e calçados adequados e repouso. **Conclusão:** O uso adequado da cobertura para absorção do exsudato e desbridamento autolítico, antibioticoterapia oral, uso de calçado adequado e de palmilhas acomodativas biomecânicas tiveram eficácia no tratamento da úlcera durante o período de sua evolução.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades, Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 140 p. : il. – 3. ed., rev. e ampl.
2. Chagas ICS, Fonseca TO, Santos ED, Lyon AC, Lyon S, Grossi MAF. Importância da assistência multidisciplinar no acompanhamento dos portadores de hanseníase e na prevenção de incapacidades. Cadernos de Saúde Coletiva. 2009; 17 (1): 251 - 260.
3. Côrtes SMS. Avaliação da cicatrização estimulada por aceleradores, em pacientes adultos com hanseníase, portadores de úlcera plantar. [Dissertação] – Brasília (DF): Universidade de Brasília;2008.
4. Cross H; Sane S; Dey A; Kulkarni VN. The efficacy of podiatric orthoses as an adjunct to the treatment of plantar ulceration in leprosy. Lepr Rev.1995; 66(2): 144-57.

1. Izabel Cristina Sad das Chagas - Enfermeira Estomaterapeuta do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. izabelchagas2003@yahoo.com.br
2. Clésia Justina de Paula - Enfermeira pela PUC/MG – Betim.
3. Soraya Diniz Gonçalves - Fisioterapeuta Mestre em Medicina Tropical pela UFMG e Fisioterapeuta do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTÉTICA: DESAFIOS ATUAIS E PERSPECTIVAS

Elisângela Ferretti (1), Cristina Franco Albignoni (2) **Maria Helena Sant Ana Mandelbaum (3)**

As profundas mudanças no perfil sócio-demográfico da população mundial tem provocado a necessidade de revisão nos modelos de atenção à saúde, com maior foco na prevenção de agravos e a busca por melhores padrões de qualidade de vida, especialmente na área da dermatologia e dos cuidados com a pele (Mandelbaum, 2011). Pesquisas realizadas por organismos internacionais demonstram que é crescente a quantidade de pessoas que deseja uma aparência mais saudável e mais jovem e demonstra firme decisão em realizar tratamentos que possam reverter processos decorrentes do fotoenvelhecimento, cicatrizes inestéticas, manchas e alterações na pele, com a supervisão e orientação de profissionais de variadas áreas de atuação e campos do conhecimento (Medical Insight, 2011). Tais demandas exigem por sua vez, uma profunda revisão nos modelos de formação dos profissionais de saúde, que precisam atuar não apenas sobre processos já instalados, mas precisam ser, ao mesmo tempo, capazes de reconhecer e atuar de forma competente em relação às expectativas da população quanto às estratégias e recursos eficazes para evitar, retardar e reverter o processo de envelhecimento e uma série de outros agravos que fazem parte da “dimensão estética” das pessoas (Muise and Desmaris, 2010). A enfermagem compõe o maior contingente de profissionais de saúde, tendo papel de extrema importância neste novo contexto, não só por sua presença nos variados cenários da atenção, mas também, por seu compromisso com o cuidado baseado nas necessidades da população, dentro de uma visão integral, interdisciplinar e multiprofissional no processo saúde-doença (Teixeira, 2005).

Neste sentido, este trabalho tem por objetivos, identificar alguns desafios contemporâneos do enfermeiro para atuar na área da estética, propor algumas estratégias para o enfrentamento dos mesmos e refletir sobre as perspectivas para ampliação deste campo de atuação, considerado hoje um promissor e emergente mercado de atuação para a enfermagem, conforme demonstram inúmeras publicações (Euromonitor, 2009)

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, que consistiu na aplicação de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas junto a enfermeiros associados da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) que obtiveram o título de especialista até o ano de 2012, num total de 69 formulários. Foram analisados 23 formulários devolvidos dentro do prazo estipulado. O mesmo formulário foi aplicado a um grupo de enfermeiros que atuam na área da estética, e que se reúnem no Facebook. Neste segundo grupo, foram devolvidos 9 questionários, o que resultou em 32 questionários analisados. Os resultados permitiram identificar 71 desafios, 26 estratégias e 14 perspectivas percebidas pelos participantes. Sendo uma “área emergente, ainda recente de atuação do enfermeiro”, acreditamos ser natural uma maior percepção sobre “desafios” que “perspectivas” por parte dos participantes desta pesquisa. Entretanto, acreditamos que se tal percepção estiver vinculada a propostas concretas de intervenção, podem se reverter em perspectivas e estratégias de enfrentamento, especialmente por meio da articulação e união destes profissionais em seus órgãos de classe. Face ao grande número de desafios apontados, e diante da grande variação, os mesmos foram classificados em 5 categorias de desafios: 1. Relacionados a falta de amparo legal e apoio por parte dos órgãos de classe; 2. Relacionados à falta de formação na graduação e pós graduação para atuar na área; 3. Desconhecimento por parte da população e de outros profissionais sobre o papel do enfermeiro na estética; 4. Falta de definição e limites de atuação entre os vários profissionais; 5. Aspectos estruturais e conjunturais. Embora o trabalho tenha limitações de ordem amostral e metodológica, pois teve como base, apenas a impressão dos enfermeiros, os dados permitem concluir que mesmo sendo uma área com grande potencial e considerada emergente para atuação da enfermagem, são necessárias muitas mudanças, especialmente na formação dos profissionais e na legislação vigente, para que sejam estabelecidas as competências, áreas de atuação, atribuições, responsabilidades técnicas e legais e os limites e interfaces de atuação dos diversos profissionais que atuam nesta área, para que o enfermeiro possa de fato ter uma atuação coerente e consistente, pois a atual legislação mostra-se defasada e não corresponde a estas novas áreas de atuação e campos de conhecimento da enfermagem contemporânea, havendo necessidade urgente de revisão e adequação das mesmas.

### Referências

1. Mandelbaum, Maria Helena Sant Ana – Enfermagem em estética – funções assistenciais e gerenciais. In: Mauricio de Maio – Tratado de medicina estética. São Paulo, Editora Roca, 2ª. Edição, 2011, capítulos 116 e 116, pag. 1441-1460
2. Medical Insight Inc. – Global aesthetic market analysis, 2010-2015. In: Costa, Adilson – Tratado internacional de cosmeceuticos. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan-GEN, 2012, páginas 8-12
3. Teixeira, Enéas Rangel. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. Texto & Contexto- Enfermagem. Vol 14, n. 1: jan-mar, 2015
4. Maffesoli, M. No fundo das aparências. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996
5. Teixeira E R. O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: EDUFF; 2001.

(1) Enfermeira, pós graduanda em Estética e cosmiatria

(2) Estagiária de enfermagem, pós graduanda em Estética e cosmiatria

(3) Orientador e supervisor de estágio, Especialista em enfermagem em dermatologia, doutor em Educação- CEDAR Unitaú



## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE DEISCÊNCIA DE DERMOLIPECTOMIA DE COXAS

CLODINE PEPES  
ROMEY DE OLIVEIRA

**INTRODUÇÃO** Após grandes emagrecimentos ou alternância de períodos de ganho e perda de peso, é comum que ocorra um abaulamento flácido da porção interna das coxas. Isto se deve ao excesso de pele formado pelo estiramento desta durante o período de sobrepeso. A dermolipectomia de coxas visa retirar o excesso de pele, proporcionando um contorno da coxa mais natural e menos flácido. Dentre as complicações possíveis, podem ser citadas: acúmulo de sangue (hematoma), acúmulo de líquido (seroma), dor, infecção, sofrimento da circulação da pele (necrose), abertura da sutura (deiscências), trombozes venosas e problemas anestésicos. **MATERIAL** Relato de experiência da atuação do enfermeiro do Serviço de Prevenção e Tratamento de Feridas (SPTF), na intervenção de deiscência de Dermolipectomia de Coxas. O registro fotográfico foi realizado conforme autorização mediante Termo de Consentimento assinado pelo paciente e autorização do comitê de ética da instituição. **RESULTADOS** A.D.L.C, feminino, 48anos, obesidade mórbida pesando 130 Kg, com emagrecimento de 60 kg após Pós Operatório Tardio de Gastroplastia e pós operatório de dermolipectomia de coxa. Nega diabetes e outras comorbidades. Procurou o pronto socorro com sinais clínicos de sepse e foi solicitado internação na unidade de terapia intensiva com Deiscência da ferida operatória em Coxa DeE. Solicitada a avaliação e acompanhamento para o enfermeiro do SPTF. Em 19.12.2013 **Deiscência em coxa E** medindo 18cm cp x 12cm larg, descolamento de margem, presença de tecido viável, porém pálido, irregular, sem sangramento porém pequenos coágulos, exsudato em grande quantidade e odor forte. **Deiscência em coxa D** medindo 10 cm de cp x 13 cm de larg, descolamento da margem, recoberta por coágulos, exsudato em grande quantidade sanguinolento, com odor muito forte. Considerando as características das lesões, a opção pela terapia tópica com cobertura de alginato de cálcio e sódio se deu devido às características do produto. A paciente permaneceu internada por 5 dias, três na UTI e dois na unidade de internação, recebeu alta com retornos ambulatoriais para a realização dos curativos em outro serviço. Em 3.1.2014 retorna ao pronto socorro, devido às lesões apresentarem grande quantidade de exsudato, seroesverdeado, odor forte, sem descolamentos e redução importante das áreas lesionais. Na coleta de secreção para cultura resultado para Proteus sp sensível a diversos antibióticos. Com isto, o cirurgião optou pela internação para cuidados locais de limpeza e curativos. Na avaliação foi alterada a terapia tópica para cobertura de hidrofibra com prata. O curativo de hidrofibra com prata é constituído por carboximetilcelulose sódica e carboximetilcelulose argêntica, cada 100 g contém 1,2 gramas de prata. Essa quantidade bactericida, sem que tenha efeitos tóxicos sobre os fibroblastos. Permaneceu internada por 3 dias, recebeu alta com retornos ambulatoriais em nosso serviço ambulatorial. Do dia 08.01.2014 até 28.02.2014 foram realizados um total de 23 curativos com troca da cobertura a cada dois dias totalizando 51 dias de evolução. **CONCLUSÃO** O processo cicatricial, a adesão do paciente juntamente com a indicação de coberturas adequadas, é dinâmico, variável e a atuação do enfermeiro é fundamental para a diminuição do tempo de internação e tempo de cicatrização.

### REFERENCIAS

1. Fry, DE. & Osler, T. - Considerações sobre a parede abdominal e complicações na cirurgia reoperatória. *Clin. Cir. Am. Norte*, 71:1-11, 1991.
2. Goligher, JC.; Johnston, ID.; Dombal, FT.; Hill, GL.; Horrocks, JC. - Acontrolled clinical trial of three methods of closure of laparotomy wounds. *Br. J. Surg.*, 62:823-9, 1975
3. Dealey C, Cuidando de feridas: um guia prático para enfermeiras, 2ed. Editora Atheneu 2001.
4. Emery, PW & Sanderson, P. - Effect of dietary restriction on protein syntesis and wound healing after surgery in the rat. *Clin. Sci.*, 89:383-8, 1995.
5. Vloemas, AFPM.; Soesman, AM.; Kreis, RW, Middelkoop, E. A newly Developed hidrofiber dressing in the treatment of partial. Burns.,v.27, p.167-73. 2001.

Clodine Pepes – Enfermeira Pós Graduada em Enfermagem em Dermatologia Unifesp - Centro Médico e Serviço de Prevenção e Tratamento de Lesoes de Pele do Hospital Santa Helena Unimed Paulista - clodine.pepes@unimedpaulistana.com.br  
Romeu de Oliveira – Enfermeiro Graduado Faculdade Metropolitana Unidas - Centro Médico e Serviço de Prevenção e Tratamento de Lesoes de Pele do Hospital Santa Helena Unimed Paulista

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE COM ULCERA DIABÉTICA

JOSELITO ADRIANO DA SILVA  
CLODINE PEPES  
ANGÉLICA SANTOS EMI  
TARSO AUGUSTO DUENHAS ACCORSI

### INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus DM é uma síndrome de etiologia múltipla, metabólica, decorrente da falta de insulina e/ ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Trata-se de um grave e dispendioso problema de saúde pública e afeta adversamente pessoas de todas as idades e níveis socioeconômicos. Está associado a complicações que comprometem a produtividade a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento e de suas complicações. Podemos citar o "pé diabético", como complicação principal que pode levar o paciente a uma amputação. **MATERIAL** Relato de experiência da atuação do enfermeiro no domicílio no interior de São Paulo. O registro fotográfico foi realizado conforme autorização mediante Termo de Consentimento assinado pelo paciente. **RESULTADOS:** G.S, masculino, 75anos, DM tipo II, Insuficiência Renal não dialítica, HAS, Obesidade em uso de hipoglicemiante oral, vasculopatia periférica, angioplastia de artéria poplítea E, presença de lesão há um ano e meio. Na avaliação: DM descompensado, quadro de confusão mental, glicemia capilar 400 mg/dl, lesão em MIE face lateral externa do calcâneo medindo... presença de tecido desvitalizado, odor fétido, exsudato esverdeado, margem irregular e sinais flogísticos. Optamos em utilizar uma cobertura que conseguisse realizar desbridamento e possibilitasse trocas em intervalos maiores tendo em vista a necessidade do paciente em viajar para outra cidade. Utilizamos a papaína por ter características bacteriostáticas, bactericidas e realizar desbridamento químico; associada a membrana polimérica com prata. Mantivemos a conduta durante o tratamento, exceto a concentração da papaína que foi modificada de acordo com processo cicatricial. Surgiram novas lesões no mesmo membro devido a patologia de base e a dificuldade do paciente em aderir mudança dos hábitos e terapêutica instituída. Houve a necessidade de sensibilizar os familiares quanto a importância do tratamento e do cuidado para evitar complicações como o surgimento de novas feridas e risco de amputações. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro tem um papel fundamental na educação do paciente e seus familiares. Sendo relevante ressaltar o trabalho da equipe multiprofissional no intuito de oferecer uma assistência integral e de qualidade.

### REFERENCIAS

Joselito Adriano da Silva – Enfermeiro - Pós graduação em emergência pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU - Enfermeiro pleno Hospital Israelita Albert Einstein – Professor da Escola Técnica PRONATEC FMU  
joselito.silva@einstein.br

Clodine Pepes – Enfermeira Pós Graduada em Enfermagem em Dermatologia Unifesp - Centro Médico e Serviço de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele do Hospital Santa Helena Unimed Paulista – clodine.pepes@unimedpaulistana.com.br

Angélica Santos Emi – Enfermeira Sênior Hospital Israelita Albert Einstein – Pós graduada em Unidade de Terapia Intensiva pelo Hospital Sírio Libanês – Pós graduação em Cardiologia Pela Universidade Federal de São Paulo – Gerenciamento de Enfermagem pela Escola Técnica do Hospital Israelita Albert Einstein  
santos.angelica@einstein.br

Tarso Augusto Duenhas Accorsi - Doutorando em medicina pela USP - Médico assistente do InCor HCFMUSP - Título de cardiologista pela SBC - Cardiologista pelo InCor HCFMUSP Título de clínica médica pela AMB - Clínico geral pelo HCFMUSP - Médico pela FMUSP  
tarso.accorsi@einstein.br

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ONCOLÓGICO NO TRATAMENTO DE RADIODERMITE ÚMIDA.

Erika Machtoub Enrique Machado1  
Genaine de Fátima Alves T. Fernandes dos Santos2  
Joelma Araújo da Silva Cavacanti3  
Márcia Maria Marques Pereira4

**Introdução:** A radiodermite, também denominada como radiodermatite, é uma lesão cutânea, aguda e localizada resultante do excesso de exposição à radiação ionizante, que é considerada queimadura complexa. Essa lesão poder ser ocasionada por complicação secundária ou iatrogênia pós-tratamento radioterápico, apresentando quadro de hiperemia, formação de bolas muito dolorosas, áreas de despigmentação e hiperpigmentação e por último, necrose. A gravidade da lesão decorrerá da patologia envolvida, tipo de radioterápico, dosagem aplicada, tempo de exposição, frequência de sessões, região anatômica comprometida, local irradiado e estado geral do paciente. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, visto que o curativo é o tratamento mais utilizado. A escolha do método mais indicado depende do conhecimento fisiopatológico e bioquímico da reparação tecidual. O enfermeiro tem um papel importante na prevenção e principalmente na intervenção sobre essas reações, pois este profissional mantém contato permanente com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanhando sua evolução, supervisionando e executando os curativos. **Objetivo:** Relatar a importância da atuação do enfermeiro oncológico na identificação e escolha do plano terapêutico para o tratamento da radiodermite úmida com o uso do hidrocolóide em pó para recuperação cutânea. **Material e Método:** Trata-se de um estudo descritivo de um caso clínico de radiodermite úmida pós radioterapia, vivenciado pelas autoras, em um hospital oncológico, na cidade de João Pessoa-PB. Para documentar e acompanhar a evolução do tratamento, foi realizado registro fotográfico conforme autorização mediante termo de consentimento assinado pela paciente e autorização do comitê de ética da instituição. Caso clínico: M.S.A.S., 62 anos, sexo feminino, branca, casada, empresária, foi submetida à 28 sessões de radioterapia em uma clínica oncológica particular, para tratamento de câncer de reto. Chegou ao nosso serviço apresentando radiodermite grau III na região inguinal e vulvar, foi realizada uma avaliação clínica rigorosa para escolha da cobertura adequada. Iniciou-se terapia tópica local com o hidrocolóide em pó, duas vezes ao dia. **Resultados:** Após 15 dias de tratamento diário com a aplicação do hidrocolóide em pó, observou-se redução da descamação úmida, dor e hiperemia local. Recebendo alta com 30 dias de terapia tópica e regeneração total da integridade da pele. **Conclusão:** O estudo mostra a importância do enfermeiro na escolha e execução do plano terapêutico visando a necessidade de orientar os pacientes que estão em tratamento radioterápico, para prevenir o surgimento de lesões promovendo uma melhor qualidade de vida e dignidade do paciente.

**Palavras chave:** radiodermite; terapia tópica; enfermagem.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLECHA, F. P.; GUEDES, M. T. dos S. Tratamento de radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 151-163, 2006.
- FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 35, n. 3, p. 203-206, 2007.
- LEITE, F. M. C.; FERREIRA, F. M.; CRUZ, M. S. A. da; LUNA, E. de F. A.; PRIMO, C. C. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. **Rev., Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 749-752, Out/Dez, 2013.
- LENHANI, B. E.; GONZAGA, A. K. L. L.; PADILHA, R. A. et al. Intervenções de enfermagem a paciente com radiodermite grau iv: relato de caso. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 8, n. 7, p. 2089-94, jul., 2014.
- MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRS, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Rev. Texto & Contexto**, v. 17, n.1, p.98-105, 2008.

- 
1. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva na FACISA. E-mail: erikamachtoub@gmail.com
  2. Mestre em Enfermagem pela SOBRATI. E-mail: genainefernandes@gmail.com
  3. Bacharel em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat. E-mail: enfermeirajoelma@hotmail.com
  4. Especialista em Enfermagem Oncológica ne FIP. E-mail: marcia\_mpereira@hotmail.com

# AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA VASCULOGÊNICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Amaralina Pimenta Muniz<sup>1</sup>, Karina Chamma Di Piero<sup>2</sup>

Trata-se de uma revisão integrativa sobre a produção científica acerca da avaliação da dor em pacientes portadores de úlceras vasculogênicas (UV). Estas são lesões de alta prevalência e sua incidência tem gradativamente aumentado na população e a dor se encontra presente em seus diferentes tipos, sendo classicamente descrita nos pacientes com úlcera arterial e com úlcera venosa. Contudo, este sinal ainda é subidentificado e subtratado, pela dificuldade encontrada pelo enfermeiro em mensurá-la, em virtude do pouco conhecimento e atualização teórico-prático sobre a temática<sup>4</sup>. Sendo assim, é necessário o embasamento teórico, que contribui para a prática e respalda este profissional no processo de avaliação da dor de pacientes com UV, e, por conseguinte, facilita o cuidado. Por isso, a pesquisa tem como objetivos: realizar levantamento de estudos nos quais tenha ocorrido a avaliação da dor em pacientes com úlceras vasculogênicas e identificar a forma como tal avaliação foi abordada nos estudos encontrados. Com isso, poder-se-á contribuir na construção de conhecimentos acerca da temática e ampliação do acervo científico, auxiliando a qualificação da assistência dos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes com dor associada à UV. **Metodologia:** Partiu-se da seleção dos descritores, indexados no “Descritores em Ciências da Saúde”; que foram, assim, definidos: úlcera da perna, úlcera varicosa, incidência e dor. E correlacionando-os com o operador lógico and, tem-se: úlcera da perna and dor, úlcera da perna and incidência, úlcera varicosa and dor e úlcera varicosa and incidência. A busca procedeu-se nas bases de dados: LILACS, SciELO, BDNF com acesso pela home-page da BIREME; e PubMed.. Foi elaborada uma ficha contendo dados referentes à publicação, ao autor e ao estudo. **Resultados:** Na análise quantitativa, foram identificados 264 estudos no total, dos quais restaram apenas 6, após aplicação dos critérios de inclusão. Estes foram submetidos à leitura analítica e categorizados de acordo com o enfoque acerca do tema: A. Uso de metodologia para a avaliação da dor em pacientes com UV; e B. Avaliação da dor em investigação de tratamentos de úlcera venosa.

**Conclusão:** Os resultados mostraram que a investigação da dor em pacientes com UV ainda é tímida e que os achados não foram extensos, além disto, o tema não se mostrou como uma das competências mais relevantes nos estudos levantados. Ainda assim, foi possível apresentar importantes conclusões com base nos estudos, partindo da avaliação da dor pelos pacientes, que foi referida como a pior das imagináveis e item de maiores insatisfação e frequência quando comparada aos demais sintomas de suas úlceras. Sendo assim, a avaliação da dor nos pacientes portadores de UV mostrou-se relevante para cuidado de enfermagem, sendo potencializada com a aplicação de metodologias de avaliação, as quais fornecem dados para a instituição do cuidado baseado na dor relatada. Com base nesta revisão, é sugerida a elaboração de estudos sobre a aplicação das escalas de mensuração da dor, que representam instrumento potencialmente eficaz para fornecer subsídios às intervenções de enfermagem, viabilizando o alívio da dor e o cuidado integral e individualizado aos pacientes com dor associada à UV.

Descritores: Enfermagem; dor; úlcera vasculogênica.

## Referências

1. Seidel, AC et al. Diagnóstico diferencial das úlceras arteriais e venosas. An. paul. med. cir.126(4), out.-dez. 1999.
2. Lucas, LS; Martins, JT; Robazzi, María LCC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. Cienc. enferm. v.14 n.1 jun. 2008.  
Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532008000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100006) . Acesso em: 3 dez. 2008.
3. Ciapponi, A; Terrasa, S. Guía de Práctica Clínica: Guía para la evaluación de los pacientes con úlceras de los miembros inferiores. Disponível em: <http://www.foroaps.org/files/ulceras%201.pdf> Acesso em: 29 out. 2008.
4. Rigotti, MA; Ferreira, AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Arq Ciênc Saúde. v.12, n.1, jan-mar. 2005.  
Disponível em: [www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol.../09%20-%20id%20105.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol.../09%20-%20id%20105.pdf)  
Acesso em: 12 out. 2008.
5. Borges, EL. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências [tese]. Ribeirão Preto; s.n; dez. 2005. Disponível em:  
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/>. Acesso em: 30 nov. 2009.

1. Mestranda pela EAAC/UFF. Residência em Enfermagem pela UNIRIO. Especialista em Dermatologia e Oncologia. Enfermeira do HNMD – Marinha do Brasil. Graduação em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Email: amaralinamuniz@hotmail.com; 2 Mestrado pela UFRJ. Residência em Enfermagem pela UNIRIO. Especialista em Dermatologia . Enfermeira da Comissão de Curativos do HU/UFRJ.

## AValiação DAS HABILIDADES DE ESTUDANTES DURANTE SIMULAÇÃO CLÍNICA: IDENTIFICAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Maria Helena Larcher Caliri  
Elaine Cristina Carvalho Moura

O desenvolvimento de competências profissionais em processos de ensino-aprendizagem insere a simulação na perspectiva tecnológica realística de situações clínicas para atingir objetivos educacionais visando a qualidade e segurança. O objetivo do estudo foi avaliar as habilidades (saber-fazer) de estudantes durante cenário de simulação clínica avançada sobre a competência avaliação de risco para úlcera por pressão. O estudo, aprovado por Comitê de ética em pesquisa, é descritivo e fundamentado no modelo de Simulação da *National League for Nursing/Jeffries, nas concepções de competências de Le Boterf e nas recomendações internacionais do NPUAP/EPUAP (2009) para prevenção de úlcera por pressão. Para a coleta de dados foi construído um instrumento que foi validado quanto ao seu conteúdo e ao final foi composto de oito itens. A escala de resposta, tipo Likert, de cinco pontos considerou os escores: (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos (4) bastante e (5) extremamente. A avaliação dos estudantes foi feita por três docentes de enfermagem que ministram disciplinas relacionadas ao tema, tinham entre seis e trinta anos de docência e estavam vivenciando a primeira experiência de simulação com os estudantes. Os docentes coletaram os dados pela observação da atuação dos estudantes no cenário de simulação com preenchimento do instrumento. A simulação da situação clínica foi realizada durante 20 minutos, por 29 estudantes do último ano de enfermagem divididos em grupos e foi precedida de uma aula sobre a temática, ministrada pela pesquisadora. Os resultados mostraram que as docentes tinham entre seis e trinta anos de docência e estavam vivenciando a primeira experiência de simulação com os estudantes. Apontaram que houve discordância entre os docentes reforçando o caráter subjetivo de avaliações mas apontaram também que todas as habilidades foram identificadas como possíveis de serem executadas pelos estudantes durante o cenário simulado e foram executadas em algum nível, a partir de muito pouco para o docente 1, mais ou menos pelo docente 3 e extremamente pelo docente 2. Os melhores desempenhos dos estudantes foram para a identificação dos fatores de risco para UP e para a comunicação verbal e registros em prontuário da avaliação do risco. O pior desempenho foi em relação a simulação do uso da escala para avaliação do risco. Houve concordância quanto as médias dos escores totais dos estudantes fornecidas pelos docentes 2 e 3 com pequena variação entre eles. As comparações das médias pelo teste ANOVA mostraram diferenças significativas nas avaliações entre o docente 1 e os docentes 2 e 3 ( $p$ -valor = < 0,01). Foram evidenciadas lacunas quanto a conhecimentos na dimensão procedimental, e identificada a necessidade de intensificar o ensino baseado em evidências para o exercício da competência. A estratégia mostrou ser promissora para dar feedback ao docente quanto ao planejamento de conteúdos clínicos para o desenvolvimento da competência em foco.*

**Descritores:** Educação em Enfermagem; Simulação; Úlcera por pressão.

1. Jeffries PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 2.ed. New York: National League of Nursing; 2012
2. Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009

## AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA

Thiago Moura de Araújo<sup>1</sup>; Herison Vandre Lices da Costa<sup>2</sup>; Vanessa Aguiar Ponte<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* define as UP como uma lesão localizada, seja na pele, tecido ou estruturas adjacentes, na maioria das vezes em regiões de proeminências ósseas, onde ocorre pressão isolada ou combinada com fricção ou cisalhamento, ocasionando a lesão. **OBJETIVOS:** O presente estudo foi realizado com objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes de uma unidade de emergência. **MÉTODO:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 54 pacientes. O estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2012 em uma Emergência de um hospital público do município de Imperatriz/Maranhão. Este hospital é referência na região Tocantina para atendimento de pacientes em estado grave, com necessidade de atendimento cirúrgico e de terapia intensiva. O risco para úlcera por pressão foi realizado através da aplicação da escala de Braden. Para coleta de dados foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Entre os critérios de inclusão, estavam: permanência no setor por pelo menos 24 horas; não ser paciente oriundo de outro hospital com tempo de permanência superior a 72 horas; não ser paciente do próprio hospital que apresentou agravamento do quadro clínico nas unidades de internação. Entre os de exclusão, estavam: impossibilidade de avaliação do paciente devido ao quadro clínico; ausência de informações essenciais no prontuário (idade e procedência). **RESULTADOS:** Os resultados mostraram que 61,11% dos indivíduos eram do sexo masculino, uma média de idade de 54,01 anos, e entre as principais doenças associadas à admissão estão os traumas, doenças cardiovasculares e acometimentos neurológicos. Os pacientes admitidos com UP foram equivalentes a 7,41% dos pacientes avaliados. Foi identificado risco moderado para desenvolvimento de úlcera em 74,07% dos pacientes. Somente quatro pacientes foram admitidos com úlcera no setor e sem associação significativa com alguns fatores de risco ( $p > 0,05$ ). A maioria dos pacientes apresentava tipo de pele fina, quebradiça e ressecada (51,85%). Entre os quatro pacientes admitidos com UP, a metade apresentava mais de uma lesão, sendo a região trocantérica a mais acometida nos pacientes (100%), seguida pela região sacral (50%). Entre os fatores de risco para UP, a oxigenação sanguínea apresenta associação direta com esse risco, já que um baixo aporte de oxigênio irá proporcionar a hipoxemia celular nos locais sob pressão. Entre os avaliados, a maioria dos pacientes apresentava necessidade de oxigênio complementar (85,6%) e o dispositivo mais utilizado foi o cateter nasal (61,11%) seguida da ventilação mecânica (18,52%). Pacientes em uso de máscara facial contabilizaram 15,56% da amostra. Apenas 08 (14,81%) pacientes não encontravam-se em oxigenoterapia. Entre os pacientes em oxigenoterapia, por dispositivo invasivo, sete (12,96% - IC: 5,37 – 24,90%) estavam com tubo orotraqueal e quatro (7,41% - IC: 2,06 – 17,89%) com traqueostomia. Com relação ao estágio das UP, 100% configuravam como estágio III. **CONCLUSÃO:** Concluímos que o risco de desenvolver uma úlcera em pacientes internados em unidade de emergência se assemelha a outros setores, principalmente pelos agravos que geraram a internação e as condições clínicas favoráveis ao surgimento de uma lesão.

---

1 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

2 Enfermeiro. Universidade Federal do Maranhão. E-mail: herisonvandre@hotmail.com

3 Graduanda de Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: vanessa\_2f@hotmail.com

# AValiação DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UTI A PARTIR DA ESCALA DE WATERLOW

Ana Paula de Assunção Bertrand<sup>1</sup>; Thiago Moura de Araújo<sup>2</sup>; Márcio Flávio Moura de Araújo<sup>3</sup>; Jallyne Colares Bezerra<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** As unidades de terapia intensiva (UTI) surgem como unidades complexas, destinadas ao atendimento de pacientes críticos, que demandam espaço físico específico, recursos humanos especializados e instrumentais tecnológicos avançados. As maiores taxas de incidência e prevalência da UP são identificadas em pacientes sob cuidados intensivos e em idosos com déficit neurológico e de mobilidade. No contexto da realidade brasileira, é identificada uma prevalência de 18,8% de UP em idosos institucionalizados; e de 35,2% em sujeitos internados em centros de terapia intensiva (FREITAS, et al., 2011; GOMES, et al., 2010). **OBJETIVOS:** O presente estudo foi realizado com objetivo de avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes de uma unidade de terapia intensiva. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo aberto com abordagem quantitativa realizado durante três dias com 30 pacientes admitidos na UTI do hospital público do município de Imperatriz - MA. O risco para úlcera por pressão foi realizado através da aplicação da escala de Waterlow. A aplicação da escala de Waterlow permite a avaliação do paciente contém sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações. Existem mais três itens que expressam fatores de risco especiais: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico e cirurgia grande/trauma. Quanto mais alto o escore, maior será o risco de desenvolver a lesão. Os pacientes são estratificados como: em risco (10 a 14); alto risco (15 a 19) e altíssimo risco de desenvolvimento de UP (> 20). **RESULTADOS:** Os resultados mostraram que 63,33% dos indivíduos eram do sexo masculino, com uma média de idade de 57,5 anos, e entre as principais doenças associadas à admissão observou-se os traumas e problemas neurológicos. Foi identificado alto risco para desenvolvimento de úlcera em 43,33% dos pacientes. Nenhum paciente foi admitido com úlcera no setor, não houve associação significativa com alguns fatores de risco ( $p > 0,05$ ). Apenas um paciente desenvolveu UP durante o período da avaliação. Na primeira avaliação a maioria dos pacientes apresentou pele seca e descorada (63,33%), respectivamente. A pele fina esteve presente em (46,67%) dos pacientes avaliados. Na segunda avaliação a pele descorada apresentou (43,33%) e a pele com edema representou (33,33%) dos indivíduos.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que o risco de desenvolver uma úlcera em pacientes internados na UTI é mais elevada que em outros setores, principalmente pelos agravos que geraram a internação e as condições clínicas favoráveis ao surgimento de uma lesão.

## REFERÊNCIAS:

FREITAS, M.C.; MEDEIROS, A.B.F.; GUEDES, M.V.C.; GALIZA, F.T.; ALMEIDA, P.C. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm*, 2011; 32(1): 143-50.

GOMES, F.S.L.; BASTOS, M.A.R.; MATOZINHOS, F.P.; TEMPORI, H.R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adultos. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(4): 1070-6.

---

1 Enfermeira. Universidade Federal do Maranhão. E-mail: paullabertrand@hotmail.com

2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

3 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: marciofma@unilab.edu.br

4 Graduanda de Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail:

jallynebezera@yahoo.com.br

# AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO A PARTIR DA ESCALA DE PUSH EM PACIENTES CRÍTICOS

Francisca Erika Lima<sup>1</sup>; Thiago Moura de Araújo<sup>2</sup>; Joselany Áfio Caetano<sup>3</sup>; Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira<sup>4</sup>

**Introdução:** As Úlceras por pressão (UP) ainda acometem um número expressivo de pacientes hospitalizados, principalmente em unidade intensivas. Essas lesões decorrentes de pressão não aliviada necessitam de medidas preventivas. Métodos de avaliação se faz necessário para acompanhar as intervenções realizadas para cicatrização. **Objetivos:** Avaliar o processo de evolução das úlceras por pressão segundo a escala de PUSH, em pacientes internados em uma unidade de cuidados críticos. **Metodologia:** estudo longitudinal, prospectivo, realizado em outubro de 2013 a março de 2014, em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital de referência em Fortaleza-Ce. A população alvo do estudo foi composta por todos os pacientes admitidos na unidade no referido período e a amostra foi composta pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão, como: apresentar ou não úlcera por pressão no momento da admissão e tempo mínimo de 24 horas de internação. Para avaliação da UP foi utilizada a Escala de PUSH, a qual traz parâmetros como área da ferida, tida por comprimento x largura, quantidade de exsudato e tipo de tecido. A escala foi aplicada durante o banho dos pacientes, utilizando-se uma régua descartável para a medição das úlceras, com intervalo de três em três dias de uma aplicação para outra. Os dados foram tabulados no programa Excel 2007 e a análise estatística foi realizada no programa Epi-info, versão 2007. O estudo teve aprovação do comitê de ética com CEP: 661.677. **Resultados:** A amostra foi composta de 22 pacientes, com predominância do sexo masculino, 63,6% (14), idade maior que 51 anos, média de 61 e cor parda 72,7 (16). A maioria utilizava dispositivos, como sonda nasoenteral 86,4 (19), sonda vesical 90,9% (20) e suporte de O<sub>2</sub> 86,4 (19). Uma taxa expressiva não fez uso de drogas vasoativas, 68,2% (15), porém 90,9% (20) estavam em uso de antibióticos. Grande parte dos pacientes já apresentava UP na admissão 63,6% (14). A taxa de incidência e prevalência encontrada foi, respectivamente, de 13,33% e 20,95%, durante os seis meses de coleta. As 47 UP encontradas foram avaliadas por 180 dias, com 298 aplicações de PUSH, média de 13,45 por paciente e 6,34 por UP. A região predominante foi a sacra com 31,9% (15) em estágio II (23,4%, 11). A maioria teve área maior que 24 cm<sup>2</sup>, 53,2% (25), a quantidade de exsudato mais encontrada foi nenhum, 55,3% (26) e o tipo de tecido mais presente foi o desvitalizado com 31,9% (15). **Conclusão:** A escala de PUSH é útil na avaliação de UP e apresentou-se de fácil aplicação, facilitando o processo de avaliação das UP através de um gráfico e permitindo que todos os profissionais tenham a mesma leitura do processo de cicatrização em curso.

---

1 Enfermeira. Unidade de Terapia Intensiva – Hospital Universitário Walter Cantídio;

2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

3 Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

4 Graduanda de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: rhaianylopes@gmail.com



# AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS ANTES E DEPOIS DA REALIZAÇÃO DO CURSO ÚLCERA POR PRESSÃO *ONLINE*

Thiago Moura de Araújo<sup>1</sup>; Márcio Flávio Moura de Araújo<sup>2</sup>; Luana Caldini Nunes<sup>3</sup>; Joselany Áfio Caetano<sup>4</sup>.

**Introdução:** As úlceras por pressão (UP) são lesões consideradas um problema de saúde pública mundialmente (ARAÚJO et al., 2011). A avaliação de programas educativos visa identificar se os objetivos dos programas foram atingidos, ou seja, se os problemas desencadeadores da necessidade de intervenção educativa foram sanados. O que implica em mensurações práticas e de impacto nos serviços de saúde. **Objetivos:** avaliar o conhecimento de enfermeiros de um hospital público de Fortaleza/CE sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UP) antes e depois de uma intervenção educativa. **Método:** Trata-se de um estudo quase experimental com delineamento antes e depois realizado no primeiro semestre de 2012. O curso Úlcera por Pressão Online é uma Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) desenvolvida pela Escola de Enfermagem da USP. O instrumento utilizado conta com questões de conhecimento sobre UP, medidas preventivas e curativas. Esse instrumento tem origem nos Estados Unidos (PIEPER, MOTT, 1995), mas já foi adaptado para língua portuguesa e utilizado em pesquisas brasileiras. O questionário contempla 41 itens com afirmativas relativas à UP com três opções de resposta: verdadeiro, falso e não sei. Na análise dos dados foram empregados testes estatísticos não paramétricos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do local do estudo conforme protocolo 098.09.11. **Resultados:** Participaram do estudo 13 enfermeiras de cuidados intensivos com média de idade de 36,11 anos (Máx: 55 anos; Mín: 23 anos). As questões sobre prevenção apresentam 32 itens e obteve uma média de acertos de 25,11 (78,47%) e 26,22 (81,93%) no grupo pré e pós-intervenção educativa, respectivamente. Entre as 32 questões de prevenção, foram identificadas 14 questões (43,75%) respondidas corretamente por todas as enfermeiras, antes e depois da intervenção. Dois itens do questionário apresentaram diminuição de acertos na avaliação realizada após a intervenção educativa. O item que apresentou a maior diferença no número de respostas certas foi o de manutenção da angulação de 30 graus da cama em pacientes na posição lateral (de 44% para 89%). O item sobre escala de horários para mudança de decúbito e o período para reposicionamento do paciente em cadeira de rodas só foi acertado por três (33,33%) enfermeiras antes e depois da intervenção educativa. **Conclusão:** A média de pontuação nos itens relacionados à avaliação da UP apresenta preocupação devido à ausência de mudança nas respostas pelos enfermeiros e pela identificação da pontuação esperada acima de 90% em apenas um item.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, TM, ARAÚJO, MFM, CAETANO, JA. Comparison of risk assessment scales for pressure ulcers in critically ill patients. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(5):695-700.

PIEPER, B.; MOTT, M. Nurse's knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. *Adv Wound Care*, 1995; 8(3): 38-40.

---

1 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: marciofma@unilab.edu.br

3 Enfermeira. Instituto do Câncer do Ceará (ICC). E-mail: luanacaldini@yahoo.com.br

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

# AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE QUEIMADURAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL DE BASE SJR PRETO

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Nauyla Miranda da Costa<sup>1</sup>  
Juliana Cristina Lima<sup>1</sup>  
Izabelle Cristina de Souza Soller<sup>1</sup>  
Ludmilla Laura Miranda<sup>1</sup>

**Introdução:** As queimaduras são lesões nos tecidos orgânicos de origem térmica que desencadeiam vários tipos de respostas sistêmicas e locais de acordo com a sua extensão e profundidade. O Brasil possui, por ano, cerca de um milhão de vítimas de queimaduras e duas mil e quinhentas mortes por complicações deste trauma, frequentemente causado por manipulação de chama aberta por adultos e a manipulação de álcool etílico líquido por crianças e adolescentes. Nas últimas décadas, os tipos de curativos e coberturas tópicos vêm sendo alvo de inúmeras pesquisas. O tratamento tópico tem como objetivos controlar o crescimento bacteriano, remover o tecido desvitalizado e estimular a epitelização ou preparar o leito receptor para realizar a enxertia com sucesso. **Objetivos:** Investigar o conhecimento dos profissionais de saúde nos setores de Emergência e UTI Geral acerca do tema queimaduras e, com base na análise dos resultados, elaborar um manual de normas e técnicas de curativos e coberturas utilizadas para essas lesões. **Método:** Pesquisa de corte transversal descritiva, exploratória do tipo inquérito, com a aplicação de um instrumento de coleta de dados aos sujeitos. Após a aplicação os resultados serão analisados por meio de estatística descritiva como frequência, variância, desvio padrão, coeficiente de variação, mediana e moda e transcritos para gráficos elaborados na versão Excel 2010 e será realizada a elaboração de um manual por meio de uma revisão sistemática de literatura especializada. **Aspectos éticos da pesquisa:** O estudo faz parte de um projeto mãe aprovado pelo CEP da FAMERP, sob protocolo número 04194712.8.0000.5415. **Resultados Esperados:** Já foi iniciada a coleta de dados no início de agosto de 2014 que terá duração até o início de outubro de 2014. Espera-se apresentar estes resultados total ou parcialmente no V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia em novembro do ano corrente.

## Referências Bibliográficas

1. Burke J, Tompkins R. Cobertura cutânea. In: Bendlin A, Linares H, Benaim F, eds. Tratados de queimaduras. México:McGraw Hill;1993. p.185-94.
2. Ferreira E, Lucas R, Rossi LA, Andrade D. Dressing of Burned Patients' Wounds: A Literature Review. RevEscEnferm USP. 2003; 37(1): 44-51.
3. Iurk LK, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Evidence-Based Medicine in Burns Treatment. Rev Bras Queimaduras. 2010;9(3):95-99.
4. Montes SF, Barbosa MH, Neto ALS. Clinical and Epidemiological Aspects of Burned Patients Hospitalizes in a Teaching Hospital. RevEscEnferm USP. 2011; 45(2):369-73.
5. Rossi LA, Menezes MAJ, Gonçalves N, Silva CLC, Júnior JAF, Stuchi RAG. Local TreatmentwithBurned Injuries. RevBras Queimaduras. 2010;9(2):54-9.

<sup>1</sup>Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de medicina de São José do Rio Preto. Nauyla Miranda da Costa; Rua São José, nº: 1840, Centro, Mirassol – São Paulo.  
E-mail: nauyla\_na\_@hotmail.com.

# BENEFÍCIOS DA HIDROFIBRA DE CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Narley Alves Coelho<sup>1</sup>

## INTRODUÇÃO

Figueiredo e Machado (2012) conceituam queimadura como qualquer lesão de pele produzida pela ação de temperaturas extremas no tecido cutâneo. Para favorecer o processo de cicatrização, o tratamento da queimadura deverá: controlar infecção; remover tecidos desvitalizados; não prejudicar o tecido recém formado; preparar para enxertia; aliviar a dor e o estresse psicológico; favorecer esteticamente as cicatrizes e prevenir sequelas funcionais (Jorge; Dantas, 2005). A cobertura composta de hidrofibra de carboximetilcelulose sódica com prata iônica antimicrobiana, com capacidade de absorção e retenção, que absorve verticalmente evitando maceração da pele ao redor é uma das indicações para o tratamento tópico da queimadura (MOSER; PEREIRA; PEREIRA, 2013).

## OBJETIVO

Realizar revisão de literatura sobre os benefícios do tratamento tópico de queimaduras com a hidrofibra composta de carboximetilcelulose sódica e 1,2% de prata iônica.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada, em junho de 2014, no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e Scielo.

## RESULTADOS

Fantozzi, et al. (2009) após revisão de 17 estudos comprovaram que a hidrofibra com prata foi uma das coberturas mais citadas nos trabalhos pesquisados e concluem que esta reduz a ocorrência de infecções, dor e apresenta custo-efetividade para o tratamento de queimaduras de espessura parcial quando comparadas com tratamentos convencionais. Manfredin, Manfredin e Da Rosa (2010), evidenciam que a hidrofibra com prata proporcionou: menor tempo de hospitalização; melhores resultados estéticos e da cicatriz; diminuição da dor; redução de custos; retorno ao trabalho em 120 dias; evitou enxertia e preservação funcional e estética de membros inferiores e mãos. Moser, Pereira e Pereira (2013) descrevem em seu trabalho com base em vários autores que esta cobertura: retém umidade; a prata é sustentada por até 14 dias; tem atividade antimicrobiana; promove ambiente propício para cicatrização; reduz o odor; evita cirurgias gerando diminuição de custos e possíveis complicações cirúrgicas; proporciona conforto ao usuário.

## CONCLUSÃO

A utilização da hidrofibra com prata no tratamento da queimadura apresenta benefícios fisiológicos, psicológicos/emocionais e financeiros.

## REFERÊNCIAS

1. Fantozzi AMM, Novaes LRN, Souza RBA, Sanches VRSS, Dantas SRPE. Coberturas com Prata para Queimaduras de Espessura Parcial: Revisão Integrativa. Rev Estima - vol 7 (2) 2009 p. 33 – 39. Disponível em: [http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=144:revisao-1&catid=11:edicao-72&Itemid=82](http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=144:revisao-1&catid=11:edicao-72&Itemid=82). Acesso em: 24 jun. 2014.
2. FIGUEIREDO, Nábia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves. Organizadores. Tratado de Cuidados de Enfermagem. São Paulo: Roca, 2012. Volume 2, pag 2121-2122
3. JORGE, Sílvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina Perez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.
4. Manfredini R, Manfredini C, Da Rosa F. Utilização de cobertura de hidrofibra com prata em queimadura de segundo e terceiro graus. In: VII Congresso Brasileiro de Queimaduras. Rev. Bras. Queimaduras - Vol. 9 nº 4 - Out/Nov/Dez de 2010. Disponível em: [http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=52](http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=52). Acesso em: 24 jun. 2014.
5. Monser H, Pereira RR, Pereira MJL. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. Rev Bras Queimaduras. 2013;12(2):60-67. Disponível em < [http://rbqueimaduras.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=147](http://rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=147)>. Acesso em: 13 fev. 2014.

## Caracterização dos pacientes atendidos no programa de atendimento domiciliar de um município no interior de São Paulo: subsídios para elaboração de programas de intervenção

Roseli Aparecida de Lima 1 Paloma Lemos Santos 2 Gislaïne Gebra Rizk 3

**Introdução:** No Brasil, o aumento do número de anos de vida não se traduz necessariamente em uma velhice saudável 1. Um estudo realizado na década de 90 no município de São Paulo com a finalidade de caracterizar o perfil do idoso revelou que 86% dos entrevistados referia pelo menos uma doença crônica, 47% requeria ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades cotidianas e 7% necessitava de ajuda para realizar sete ou mais atividades da vida diária, demandando assistência constante e relativamente especializada 2. Além do envelhecimento populacional, do aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, o aumento da violência é um outro fator que está acarretando aumento da incapacidade e da infuncionalidade populacional. Assim, para os que sobrevivem às doenças crônicas e degenerativas e à violência, muitas vezes com seqüelas que dificultam a locomoção e o acesso aos serviços de saúde, a assistência domiciliar representa uma alternativa possível para assegurar o direito e a equidade na assistência à saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo realizado no programa de atendimento domiciliar de um município no interior do estado de São Paulo. O período de levantamento dos dados foi de julho a agosto 2014. Foram avaliados e registrados todos os pacientes em acompanhamento pelo programa durante este período. Para esta coleta foi elaborado um instrumento de registro pelas enfermeiras do programa e pela gestora institucional. Este foi construído com informações relevantes para elaboração do perfil epidemiológico do paciente, avaliação do risco para desenvolver úlceras por pressão, avaliação da úlcera por pressão, caso existente, necessidade de utilização de recursos e insumos disponibilizados pelo programa e como está o estado de conservação dos mesmos, se aplicável. Os dados levantados foram registrados em planilha do programa Excell e posteriormente analisados e descritos para acompanhamento dos indicadores e possível construção de propostas de intervenção. **Resultados:** Existem 84 pacientes em acompanhamento pelo programa de assistência domiciliar neste período. Destes 80% possuíam UP, sendo que a prevalência de desenvolvimento de úlceras por pressão é maior que a incidência destas lesões. A maior parte dos pacientes em acompanhamento é do sexo feminino, idosas, UP em estágio II, na região sacral e com presença de lesão em mais de uma região do corpo. Todos os pacientes utilizam algum tipo de insumo ou material fornecidos pela prefeitura, dentre eles pode-se destacar: cama hospitalar, colchão piramidal, cadeira de rodas, cadeira de banho, nutrição enteral, suplemento nutricional, coberturas de alta tecnologia, dentre outros. **Considerações Finais:** O levantamento inicial destes indicadores possibilitou a caracterização da população assistida no Programa de atendimento Domiciliar. Com isso, é possível identificar e estabelecer metas de intervenção a fim de melhorar a qualidade e eficiência do programa aos pacientes assistidos pelo mesmo. Assim, o acompanhamento destes indicadores possibilitará identificar e avaliar a eficiência e eficácia dos programas de intervenção estabelecidos.

### Referencias Bibliográficas:

- 1- Gaspar J C; Oliveira, M A de C; Duayer, M de F F. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 41, n. 4, Dec. 2007 .
- 2- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZMA, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 1993;27(2):87-94.

## CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS REFERENTES A FERIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Glycia de Almeida Nogueira1  
Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho2  
Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira3  
Lívia da Silva Firmino dos Santos4  
Fabiana Lopes Joaquim5

**Introdução:** A avaliação da ferida representa uma atividade complexa que requer do profissional conhecimento, além da implementação de medidas sistematizadas de cuidado, por meio da adoção de protocolos que fornecem ampla visão das reais necessidades do paciente, dando subsídios para o enfermeiro promover intervenções individualizadas e efetivas, contribuindo assim, para a tomada de decisões. A relevância está no fato de compreender que o cuidado aos indivíduos com úlceras crônicas requer uma assistência sistematizada pautada em protocolos como forma de homogeneizar a prática e torná-la segura. Deste modo, o enfermeiro avalia de maneira uniformizada os fatores relacionados aos aspectos clínicos, assistenciais e da qualidade de vida dos pacientes, que podem interferir na evolução da cicatrização das lesões. **Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre a implantação de protocolos a portadores de feridas crônicas. **Método:** Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, sendo realizada uma busca nas bases de dados LILACS, BDENF e PUBMED, em março de 2014, tendo como descritores: protocolos de enfermagem, úlcera e cicatrização de feridas. Os critérios de inclusão do presente estudo foram: artigos indexados nas bases de dados mencionadas e publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais; compreendidos entre o período de 2004 a 2014 e disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram encontrados 10 artigos completos, predominando estudo descritivo exploratório (30%), sem identificação da abordagem (60%), no ano de 2013 (30%), em português (80%), a etiologia da ferida que prevaleceu foi a úlcera por pressão (40%), tendo como enfoque: fatores de risco, Escala de Braden e eficácia das intervenções (30%) e de abrangência hospitalar (90%). **Conclusão:** Apesar da estrutura dos protocolos analisados contemplarem dados importantes, nota-se a necessidade de conduzir a assistência pautada no processo de enfermagem que norteia todo o cuidado a ser prestado ao paciente.

**Descritores:** protocolos de enfermagem, úlcera e cicatrização de feridas.

### Referências

Moraes GLRS, Borges CL, Oliveira ET, Sarmiento LR, Araújo PR, Silva MJ. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. *Cogitare Enferm.*2013; 18(2):387-91.

Dantas DV, Torres GV, Nóbrega WG et al. Assistência aos portadores de úlceras venosas: proposta de protocolo. *Rev enferm UFPE on line.* 2010; 4(spe):1944-950

Morais GFCM, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm [internet].* 2008 [cited 2014 mar 15]; 17(1): 98-105. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/11.pdf>

Abbate L, Lastoria S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol [internet].* 2005 [cited 2014 mar 20]; 44:449-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15941430>

Chaves LM, Grypdonck MH, Defloor T. Pressure ulcer prevention in homecare: do Dutch homecare agencies have an evidence-based pressure ulcer protocol? *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006; 33(3):273-80.

1 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: glycianog@yahoo.com.br

2 Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

3 Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

5 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

# CENTRAL DE CURATIVOS APLICANDO SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE ENFERMEIRA DERMATOTERAPEUTA

Graziela Silva de Paula  
Mônica Maria Lima

**INTRODUÇÃO:** Cuidados essenciais devem ser dispensados a nossa pele, uma vez que sua integridade seja comprometida, processos nocivos podem ser desencadeados. A tomada de decisão pelo enfermeiro, contribui para evitar possíveis complicações. Diante desse quadro a indicação da SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) é soberana, possibilita aplicação dos conhecimentos técnicos, fundamenta as decisões e os registros adequados da assistência prestada, sendo um instrumento metodológico que orienta o cuidado clínico de enfermagem constituída por 5 etapas distintas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação de cuidados e avaliação de resultados.

**OBJETIVOS:** Constituir plano assistencial de cuidados de enfermagem individualizado, contribuir com redução do tempo de enfermidade e de custos além de propiciar parâmetros seqüenciais e diretos na assistência de enfermagem.

**MÉTODO:** Foi realizada pesquisa exploratória em literaturas e modelos de SAE em vários serviços de saúde e achados em fontes como Bireme, Scielo e Google Acadêmico, de 57 artigos encontrados, trabalhamos com 5 artigos que apresentaram-se próximos a realidade do nosso serviço, criando nosso modelo de SAE para traçar linha de cuidados aos nossos clientes. O atendimento é individualizado iniciando com consulta de enfermagem e aplicação da SAE para posterior indicação do tratamento. Registro fotográfico é utilizado para acompanhar a evolução contribuindo para possíveis alterações de prescrição de enfermagem.

**RESULTADOS:** Êxito organizacional na seqüência de ações, direcionamento da assistência dos auxiliares de enfermagem otimizando o tempo dos profissionais. Houve significativa melhora utilizando uniformidade de técnicas e ações em conjunto com a SAE.

**CONCLUSÃO:** O desenvolvimento da SAE demonstrou ser elemento ímpar para decisão clínica acertada do enfermeiro demonstrando atuação competente e de qualidade propiciando diagnóstico de enfermagem mais preciso, maior eficácia no tratamento, continuidade uniforme, precisa e clara, transpondo a lógica biologicista para a dialética do cuidado humanizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PRADINES, S.S.S. et al. Protocolo para tratamento de feridas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas, 2007.
- FULY, P.S.C., LEITE, J.L., LIMA, S.B.S. Correntes de pensamentos nacionais sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem, 2008.
- GARCIA, T.R., EGRY, E.Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

# CICATRIZAÇÃO DE FERIDA EM TÍBIA COM PSEUDARTROSE INFECTADA COM USO DE FIXADOR EXTERNO: Relato de Caso

Virgínia Mendes Matias Rodrigues\*

**INTRODUÇÃO:** A filosofia atual do tratamento de lesões infectadas consiste em várias etapas; sendo a principal característica, o controle do processo infeccioso, podendo ser realizado com desbridamento, antibioticoterapia e reparação do tecido cutâneo (retalho, enxerto ou ainda cicatrizações por segunda intenção). A osteomielite é uma doença muito heterogênea em relação a sua apresentação clínica e fisiopatológica, necessitando a participação da equipe multidisciplinar, assim como o incentivo ao paciente nas trocas orientadas de curativo. Com o avanço das tecnologias de coberturas em feridas, observa-se uma grande variedade de produtos, nem sempre indicados corretamente. Este estudo descreve o tratamento especializado do paciente com lesão infectada, osteomielite crônica e pseudartrose de tibia. Após intervenção cirúrgica, limpeza e colocação do fixador externo, utilizando-se cobertura de alginato de cálcio, indicado para feridas exsudativas, limpas ou infectadas, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas.

**OBJETIVO:** Avaliar a eficácia da cobertura com fibra de alginato de cálcio em ferida complexa exsudativa em tibia com exposição óssea.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, relato de caso, conduzido em serviço particular e acompanhamento em consultório privado, na cidade de São Paulo, através da avaliação clínica e registros fotográficos. Respeitados os princípios bioéticos e com autorização do cliente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução n.º 196/96, sobre pesquisas com seres humanos. O paciente M. A. S, 38 a, sexo masculino, com diagnóstico de Pseudartrose infectada em tibia com exposição óssea, necrose de retalho e fistula drenante; submetido ao tratamento cirúrgico, desbridamento tecidual/ósseo, com coletas de culturas/antibiogramas e realização de fixação externa, posteriormente apresentou deiscência de sutura. Realizado curativo com soro fisiológico 0,9%, gazes, e aplicado alginato de cálcio em fibra; com troca de curativo a cada 24h em fase de grande quantidade de exsudação, sendo espaçada a troca para 48h e posteriormente 72h, com melhora do aspecto; sendo o curativo secundário (gaze) trocado de acordo com a necessidade.

**RESULTADOS:** Após quinze dias de tratamento com curativo de fibra de alginato de cálcio, houve a melhora significativa do aspecto da lesão, observou-se presença de tecido de granulação revestindo o tecido ósseo e aproximação de bordas da ferida. A apresentação do curativo em fibra permitiu alcançar a profundidade da lesão em túnel, ocupando todo espaço morto, possuindo características primordiais, não aderente e recortável, melhorando a adaptação do mesmo no local e a absorção de exsudatos, propiciando o processo de granulação e cicatrização do local, sem necessidade de nova intervenção cirúrgica para enxerto ou retalho.

## Referências Bibliográficas:

1. Lima M.L.L. Ana. Infecções Ortopédicas abordagem multidisciplinar. São Paulo: Ateneu; 2013.
2. Clifford RP. Fraturas expostas. In: Princípios AO do tratamento de fraturas. Porto Alegre: Artmed; 2002.
3. BRASIL. Resolução N° 196. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\*Enfermeira assistencial Consultório de Reconstrução e Alongamento Ósseo, pós-graduada em Gerenciamento em Serviços de Enfermagem/UNIFESP, docente nos Cursos Técnicos de Enfermagem Senac e Cursos In Company Cruz Vermelha / SP.

Email: virginiammr@yahoo.com.br  
Fone: (55)11994429074/ 50787814

## CLÍNICA- ESCOLA DE ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Patrícia Ferreira  
Gleiciano da Silva Pinto  
Esmeraldina Carlos de Fátima Peixoto Néri  
Ana Maria Costa Carneiro

As clínicas-escola de enfermagem são necessárias na prática do ensino supervisionado nas universidades. Funcionando como atividade de ensino, pesquisa e simulação realística das práticas legais segundo a lei 7.498, orientados por um professor coordenador e outros colaboradores, objetivando aprimorar os conhecimentos no diagnóstico diferencial de lesões, determinação de indicadores da cicatrização e registro documental manual e informatizado com a estruturação do prontuário do paciente. A clínica de enfermagem escola tem seu projeto devidamente autorizado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Camilo Castelo Branco-SP SER/DADOS/004 em 10 de janeiro de 2012, com o objetivo de instrumentalizar seus membros para o raciocínio clínico e gerencial buscando a melhoria do processo de avaliação e assistência às pessoas com feridas no âmbito ambulatorial, e domiciliar, com a continuidade do cuidado pela rede primária de atenção do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Relatar as atividades educativas desenvolvidas pela equipe docente e discente do curso de enfermagem da Universidade Camilo Castelo Branco. **Método:** Trata-se de um relato de experiência. **Relato de experiência:** A Clínica de enfermagem é direcionada aos usuários do SUS, aos alunos do ensino fundamental, médio e graduandos dos diversos cursos de graduação e pós graduação da instituição. As atividades desenvolvidas na clínica são fundamentadas na problematização e atenção a saúde do indivíduo e sua família no processo saúde doença, com consultas de enfermagem norteadas e orientadas pelos mestres e doutores com planejamento por grupos focais devidamente organizados a partir do Ecomapa e Genograma da família, dessa forma o diagnóstico diferencial das lesões reais e potenciais são realizados com a determinação dos Domínios existentes do NANDA 2014, e intervenções terapêuticas de evidência para a enfermagem dermatológica no ciclo vital. As reuniões de planejamento terapêutico em dermatologia são semanais para os grupos de ensino prático e supervisionado, e trimestrais para as atualizações pedagógicas e assistenciais. **Conclusão:** A clínica de enfermagem proporciona ao discente o aprimoramento de seu conhecimento técnico científico, com aprimoramento de suas habilidades mentais, cognitivas e perceptuais para a construção do saber com o docente e preservação da auto estima necessárias ao enfermeiro empreendedor de seus próprios projetos de vida e gestão de sua carreira.

### Referência bibliográfica

Nascimento M S; Santos F.P.A.; Rodrigues V.P. Nery V.A.S. Oficinas pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente: Relato de experiência. Rev. Saúde. Com 2007; 3(1): 85-95.  
Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

**Relatora: Patrícia Ferreira- Mestre em ciências (Oncologia, Dermatologia e Saúde Baseada em evidências) patriciafer76@gmail.com**

**Gleiciano da Silva Pinto-** Graduando do oitavo semestre da graduação de enfermagem da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) – São Paulo/SP, Brasil.

**Esmeraldina Carlos de Fatima Peixoto Neri.** Enfermeira Especialista em saúde Pública e Administração Hospitalar da Prefeitura Municipal de São Paulo; Mestre em Enfermagem, Docente da Graduação em Enfermagem, da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) – São Paulo/SP, Brasil.

**Ana Maria Carneiro-** Mestre em Enfermagem. Coordenadora do curso de graduação da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) – São Paulo/SP, Brasil.



## COBERTURA COM PELÍCULA DE SILICONE SUAVE APLICADA EM FERIDAS COMPLEXAS

1Claudia Maria Tetê da Silva; ; 2Carla Duque Batista; 3Luciana Mendes ; 4Naiara Rodrigues Nunes 5Lícia Marques Vidal; 6Roberta Azoubel

**Introdução:** A ferida complexa, aguda ou crônica, é de difícil resolução e está associada às situações seguintes: perda cutânea extensa, comprometimento da viabilidade dos tecidos (concomitante com isquemia e/ou necrose), infecções agressivas e associação com doenças sistêmicas que interferem na cicatrização, tais como, Diabetes Mellitus, vasculopatias e vasculites. O uso de coberturas com película de silicone tem se mostrado eficaz na redução dos processos traumáticos e da dor, favorecendo a cicatrização. A relevância do presente estudo corresponde ao êxito alcançado no tratamento das feridas complexas, com benefícios de menor agressão à ferida, diminuição do tempo de internamento e maior conforto no tratamento e reabilitação do paciente. **Objetivo:** avaliar a eficácia da cobertura com película de silicone suave associada ao ácido graxo essencial (AGE) em feridas complexas. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva e avaliativa, ocorrida em um Hospital Regional, que envolveu quatro pacientes, internados na clínica médica, sendo dois do sexo masculino, portadores de lesão traumática por acidente com animal peçonhento e dois do sexo feminino, portadores de lesão crônica. Os pacientes foram acompanhados diariamente durante a troca do curativo secundário, através de registro fotográfico e escrito em prontuário. Este estudo foi autorizado pelos clientes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução n.º 196/96, sobre pesquisas com seres humanos. **Resultados:** após quinze dias de tratamento com o curativo, observou-se presença de tecido de granulação revestindo ossos e tendão e selamento de bordas da ferida em todos os casos estudados. Ainda percebeu-se que a utilização da cobertura de película de silicone associada ao AGE diminuiu o trauma da lesão na retirada do curativo, promovendo o meio úmido ideal para revitalização do tecido e evitou a maceração de bordas da ferida, aumentando a multiplicação celular e a angiogênese, estimulando o tecido de granulação. **Conclusão:** No leito da ferida notou-se proteção de estruturas importantes, ausência de corpo estranho, minimização do trauma o que impede a remoção de células essenciais para a revitalização do tecido e conseqüentemente, contribuiu para o processo de cicatrização. Os pacientes referiram alívio da dor durante as trocas, percebeu-se uma redução do tempo de duração do procedimento tornando o processo de trabalho da equipe dinâmico, ainda foi possível visualizar a redução no uso de matérias e custos devido ao tempo de duração da película de silicone que pode chegar até quatorze dias a troca, sendo realizado apenas o secundário diariamente.

### REFERÊNCIAS:

- 1 BRASIL. **Resolução Nº 196.** Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- 2 CARVALHO, E. S. DE S.. Como cuidar de pessoas com Feridas: Desafios para a Prática Multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.
- 3 SANTANA V.C; FEROLLA, E.C; MONTEIRO E.A. **Cobertura de espuma de poliuretano associada à silicone suave e prata no tratamento de ulcera isquêmica: um estudo clínico.**
- 4 SILVA, A. C. B. da; PIZOL, A. D. Queimaduras. In: PRAZERES, S. J. (Org). **Tratamento de feridas: teoria e prática.** Porto Alegre: Moriá, 2009.
- 5 PERISSE, V. L. de C; CORDEIRO, V. dos S. **Experiência da consulta de enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus e lesões em membros inferiores.** Revista Estima. v. 11, n. 3, p. 21-27, 2013.

---

1 Enfermeira Especialista membro da Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas do Hospital Geral Prado Valadares; cade.tete@gmail.com;

2 Enfermeira mestranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, consultora técnica da empresa Polycare;

3 Enfermeira mestranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, consultora técnica da empresa Polycare;

# COMPARAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO ENTRE PACIENTES DE UMA UTI E UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA

Thiago Moura de Araújo<sup>1</sup>; Laio Martins Rodovalho<sup>2</sup>; Andréia Girão Gomes<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** As úlceras por pressão (UP) revelam-se como problemas de grande proporção, especialmente na maioria das instituições hospitalares. Essa complicação pode acarretar clientes com maior tempo de hospitalização, principalmente naqueles com idade avançada. Obviamente, existem fatores facilitadores ou situações que contribuem para que essas lesões ocorram (DEALEY, 2008). A intensidade e a duração da pressão que um paciente sofre estão relacionadas à mobilidade, atividade e percepção sensorial nos setores de assistência crítica e intensiva devem ser avaliados para melhor predizer a formação de lesões ulcerativas por pressão em seus pacientes. **OBJETIVOS:** O presente estudo foi realizado com objetivo de comparar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes de uma unidade de emergência e terapia intensiva. **MÉTODO:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 104 pacientes admitidos na unidade de emergência e UTI. O estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2012 em um hospital público do município de Imperatriz- MA. Este hospital é referência na região Tocantina para atendimento de pacientes em estado grave, com necessidade de atendimento cirúrgico e de terapia intensiva. O risco para úlcera por pressão foi realizado através da aplicação da escala de Braden. **RESULTADOS:** Os resultados mostraram que 64,55% dos indivíduos eram do sexo masculino, uma média de idade de 52,41 anos, e entre as principais doenças associadas à admissão estão os traumas, doenças cardiovasculares e acometimentos neurológicos. A avaliação pela Escala de Braden levou a uma pontuação total de cada paciente, o que permite avaliar os mesmos quanto ao risco de desenvolvimento de UP. Entre os avaliados na emergência, oito (14,81%) estavam com risco leve; 40 (74,07%) com risco moderado e seis (11,11%) com risco elevado para o surgimento de uma UP. Na UTI, dentre os avaliados, três (6,0%) estavam com elevado; 39 (78,0%) com risco moderado e oito (16,0%) com o risco leve. Foi identificado risco moderado para desenvolvimento de úlcera em 74,07% dos pacientes na emergência e 78,0% na unidade de terapia intensiva. **CONCLUSÃO:** Concluímos que o risco de desenvolver uma úlcera em pacientes internados em unidade de emergência e UTI se assemelha a outros setores, principalmente pelos agravos que geraram a internação e as condições clínicas favoráveis ao surgimento de uma lesão.

## REFERÊNCIAS:

DEALEY C. **Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras.** Tradução: Eliane Kanner. 3ª edição. São Paulo (SP): Atheneu; 2008.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Universidade Federal do Maranhão. E-mail: laio\_martins@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduada de Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: andreiagirao@aluno.unilab.edu.br

# COMPARATIVO DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM ESCALA DE KATZ DE ADULTOS E IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS

Elaine Araujo da Silva<sup>1</sup>

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>2</sup>

Renata da Costa Santos<sup>3</sup>

Fabiana Lopes Joaquim<sup>4</sup>

Isabela Martins de Morais<sup>5</sup>

**Introdução:** As perdas funcionais, geralmente determinadas pelo avançar da própria idade e pelas doenças de base, implicam vários fatores, desde a inabilidade de autocuidado, até as perdas sensitivas e de mobilidade física que, juntas, predis põem a pessoa ao risco de declínio funcional e conseqüente dependência para atividades de vida diária<sup>1,2</sup>. Objeto de estudo: comparativo da capacidade funcional de adultos e idosos com úlceras venosas. Portanto, comparar a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas nos permitirá atuar de forma preventiva de acordo com os resultados de ambas as gerações estudadas (adulta e idosa), visando sua reinserção social, bem como no desenvolvimento de suas atividades laborais. **Objetivo:** Comparar a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas com a escala de Katz. **Método:** estudo observacional-transversal com abordagem quantitativa. Local de pesquisa foi o Ambulatório de Reparo de Feridas de uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram os pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. Instrumentos de coleta de dados foram: Protocolo de pesquisa e a Escala de Katz. Dados tratados estatisticamente e respostas categorizadas em banco de dados. Estudo aprovado de acordo a Res.466/12 sob registro n.º128.921. **Resultados:** dos 35 pacientes participantes deste estudo, 57,1% são do sexo feminino, e mais da metade dos entrevistados foram pacientes idosos (60%). Nos valores da Escala de Katz no item banho 100% de adultos não precisam de auxílio e na amostragem idosa 95,2% não precisam de assistência; no item vestuário adultos e idosos 14,3% vestem-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos; nos itens higiene pessoal, transferência e alimentação adultos e idosos não precisam de assistência e no item continência, 14,3% de adultos e 38% dos idosos requerem assistência com ocorrência ocasional. Identificamos um baixo impacto quanto às limitações para o auto-cuidado. Pois observamos que a maioria dos sujeitos 68,6% (24) apresentam-se independentes para todas as atividades. O grau de dependência de idosos é maior em detrimento da amostragem adulta. No entanto, equivale ressaltar que os sujeitos adultos ainda assim possuem um grau de dependência preocupante em virtude das atividades laborais que poderiam estar executando. **Conclusão:** Podemos concluir também que os benefícios da reabilitação em curto prazo em adultos e idosos portadores de úlceras venosas, também através de recursos interdisciplinares, propiciam retorno social e econômico a essa clientela. Logo, mediante os resultados mensurados pela escala de Katz, podemos identificar o grau de dependência inicial dos sujeitos em questão e a partir deste dado propor estratégias para o desenvolvimento do autocuidado para as necessidades de banho, vestuário e continência. Reforçando a participação dos membros da família neste processo de desenvolvimento de autocuidado do portador de úlcera venosa<sup>3</sup>. Percebemos, então, através dessas comparações, que não há diferença entre a população adulta e idosa, no que se refere à atividade de vida diária. Ambos precisam de assistência em pelo menos uma atividade do seu cotidiano, o que reflete algum tipo de impacto no processo de auto cuidado deste sujeito portador de úlcera venosa.

## Referências

1 Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública [periódico na Internet] 2008 [acesso em 2014 fev 02]; 24 (1):103-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>

2 Malaquias SG et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet] 2012 [acesso em 2014 fev 02]; 46(2): 302-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v46n2/a06v46n2.pdf>

3 Santos RC, Camacho ACLF, Valente GSC, Joaquim FL. Produção científica sobre cuidados de enfermagem aos pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. Revista de Enfermagem UFPE On Line [periódico na Internet] 2013 [acesso em 2014 fev 02]; 7 (n. esp.): 4.951-4.957. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4700/pdf\\_3054](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4700/pdf_3054)

1 Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista PIBIC-UFF/CNPq. E-mail: [elaine.stavale@gmail.com](mailto:elaine.stavale@gmail.com)

2 Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Docente do Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Orientadora. E-mail: [cicacamacho@uol.com.br](mailto:cicacamacho@uol.com.br)

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: [enf\\_recsantos@yahoo.com.br](mailto:enf_recsantos@yahoo.com.br)

4 Enfermeira. Professor Substituto da EEAAC-UFF. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: [fabykim\\_enf@yahoo.com.br](mailto:fabykim_enf@yahoo.com.br)

5 Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista FAPERJ. E-mail: [isabela.mdm@hotmail.com](mailto:isabela.mdm@hotmail.com)

# COMPARATIVO DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM ESCALA DE LAWTON DE ADULTOS E IDOSOS COM ÚLCERAS VENOSAS

Elaine Araujo da Silva<sup>1</sup>

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>2</sup>

Renata da Costa Santos<sup>3</sup>

Fabiana Lopes Joaquim<sup>4</sup>

Isabela Martins de Moraes<sup>5</sup>

**Introdução:** Em virtude das alterações fisiológicas da pele os adultos e idosos tornam-se suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras venosas sendo a Enfermagem um ramo de atuação com intervenções fundamentadas em evidências científicas. O uso de um teste com condições psicométricas estabelecidas como a escala de Lawton permite ao profissional de saúde obter informações e tomar decisões com mais segurança em relação ao paciente<sup>1-2</sup>. Objeto de estudo: comparativo da capacidade funcional de adultos e idosos com úlceras venosas nas atividades instrumentais de vida diária. **Objetivo:** Comparar a capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas com a escala de Lawton. **Método:** estudo observacional-transversal com abordagem quantitativa. Local de pesquisa foi o Ambulatório de Reparo de Feridas uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram os pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. Instrumentos de coleta de dados foram: Protocolo de pesquisa e a Escala de Lawton. Dados tratados estatisticamente e respostas categorizadas em banco de dados. Estudo aprovado de acordo a Res.466/12 sob registro n.º128.921. **Resultados:** dos 35 pacientes participantes deste estudo, 57,1% são do sexo feminino, e mais da metade dos entrevistados foram pacientes idosos (60%). Nos valores da Escala de Lawton, percebemos através desta separação que embora haja uma equivalência de dependência parcial entre os adultos e idosos para realização das atividades instrumentais de vida diária, podemos constatar que 4,8% dos idosos foi completamente incapaz de fazer compras e preparar qualquer de suas refeições. No item relacionado ao uso do telefone 91,4% dos sujeitos foram capazes de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda. No item viagens podemos observar também que a maioria dos sujeitos consegue viajar sozinha, mas 37,1% dos sujeitos não consegue viajar sem que estejam acompanhados. Nos itens compras e preparo de refeições observamos que somente um (2,8%) sujeito foi completamente incapaz de fazer compras e preparar qualquer refeição. Quando se refere ao trabalho doméstico, a maioria dos sujeitos 74,3% são capazes de realizar somente o trabalho doméstico leve. No item medicações 88,6% são capazes de gerenciar a dose e horário certos. E no item dinheiro os sujeitos são capazes de administrar suas necessidades de compras, pagamento de constas, bem como preenchimentos de cheques sozinhos, totalizando 71,4%. Os dados confirmam que a clientela idosa possui um grau de capacidade funcional inferior em detrimento da clientela adulta. **Conclusão:** Mediante os resultados mensurados pela escala de Lawton, podemos identificar o grau de dependência inicial dos sujeitos em questão e a partir deste dado propor estratégias para o desenvolvimento do autocuidado. Reforçando a participação dos membros da família neste processo de desenvolvimento de autocuidado do portador de úlcera venosa<sup>3</sup>. Não há diferença entre a população adulta e idosa, no que se refere à atividade instrumental de vida diária. Ambos precisam de assistência em pelo menos uma atividade do seu cotidiano, o que reflete algum tipo de impacto no processo de auto cuidado deste sujeito portador de úlcera venosa.

## Referências

1 Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [periódico na Internet] 2008 [acesso em 2014 fev 02]; 21 (4): 290-296. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575/2239>

2 Malaquias SG et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet] 2012 [acesso em 2014 fev 02]; 46(2): 302-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v46n2/a06v46n2.pdf>

3 Santos RC, Camacho ACLF, Valente GSC, Joaquim FL. Produção científica sobre cuidados de enfermagem aos pacientes adultos e idosos com úlceras venosas. Revista de Enfermagem UFPE On Line [periódico na Internet] 2013 [acesso em 2014 fev 02]; 7 (n. esp.): 4.951-4.957. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4700/pdf\\_3054](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4700/pdf_3054)

1 Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista PIBIC-UFF/CNPq. E-mail: elaine.stavale@gmail.com

2 Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Docente do Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Orientadora. E-mail: cicacamacho@uol.com.br

3 Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: enf\_recsantos@yahoo.com.br

4 Enfermeira. Professor Substituto da EEAAC-UFF. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: fabykim\_enf@yahoo.com.br

5 Acadêmica de Enfermagem do 6º período da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Bolsista FAPERJ. E-mail: isabela.mdm@hotmail.com

## COMPLICAÇÕES ESTOMIAIS MAIS FREQUENTES EM UM PÓLO DE REFERÊNCIA.

Onsli dos Santos Almeida<sup>1</sup>  
Fabiane Bomfim da Silva Costa<sup>1</sup>  
Adelaide Carvalho de Fonseca<sup>2</sup>  
José Lucimar Tavares<sup>3</sup>

**Introdução:** Os avanços técnicos e científicos empregados no manejo cirúrgico para a confecção de um estoma, não impedem os usuários de desenvolverem complicações<sup>1</sup>. Isto, porque na maioria das vezes há relação direta com alguma irregularidade na sua confecção e na inserção de cuidados técnicos especializados de enfermagem, como: demarcação adequada do estoma, realização do teste de sensibilidade, seleção e uso de dispositivos adequados<sup>2</sup>. Assim, a implementação de boas condutas, constitui para o paciente, uma das importantes estratégias para prevenção de complicações<sup>3</sup>. **Objetivo:** Descrever as principais complicações desenvolvidas pelos pacientes estomizados de um centro de referência na Bahia. **Metodologia:** Foi do tipo exploratório-descritivo, quantitativo e retrospectivo realizado a partir da análise de 800 prontuários de usuários atendidos em um serviço de referência, entre junho e agosto de 2012. Obedecendo as exigências éticas conforme Resolução 196/96 do CNS sob o parecer de aprovação emitido sob o número 225.952 do Comitê de Ética. **Resultados e Discussão:** Dos 800 prontuários analisados no estudo, 311 pacientes apresentaram uma ou mais complicações. São elas: a dermatite 22% (187), hérnia paracolostômica 10,45% (88), prolapso 5,70% (48), retração com 3,20% (27) e descolamento mucoso com 0,35% (3). Buscando relacionar os tipos de estomias intestinais e urinárias com os 187 pacientes portadores de dermatite 52,4% (98) possuíam colostomia esquerda, 24,6% (46) ileostomia direita, 12,83% (24) colostomia direita, 5,34% (10) ileostomia esquerda, 4,81% (9) urostomia direita. Evidencia-se a importância do processo reabilitatório ser iniciado no âmbito do pré operatório pela equipe multidisciplinar em especial, médica e de enfermagem, uma vez que os cuidados especializados do cirurgião e de um enfermeiro estomaterapeuta ou capacitado minimizaria significativamente potenciais complicações, já que deixa de ser cuidado e passa a autocuidar-se. **Conclusão:** O acompanhamento especializado mostrou-se eficaz na prevenção das complicações no pós-operatório tardio, já que 489 pacientes não possuíam nenhum tipo de complicação. Entretanto, evidenciou-se a necessidade de enfatizar os cuidados com o estoma, a pele periestomal, indicação dos dispositivos e adjuvantes, e a promoção do autocuidado a aqueles com colostomia à esquerda. Cabe ressaltar a necessidade de maiores estudos neste contexto, uma vez que a colostomia à esquerda pela sua constituição e seus efluentes não promovem, na maioria dos casos lesões periestomais.

Descritores: Estomia. Complicações. Reabilitação.

Beatriz FAY, Cesaretti IUR, Marcondes MGSG, Morais JF, Prado AAB. Ocorrência de Complicações no Estoma e Pele Periestoma: estudo retrospectivo. Revista Estima, v. 1, n. 3, p. 16 –24, 2003.

Manuela SPC, Aurelina HS, Ana MBC, Bárbara ECB, Débora AA, Maria IG. Complicações Mais Frequentes em Pacientes Atendidos em um Pólo de Atendimento ao Paciente com Estoma no Interior do Estado de São Paulo. Revista Estima, v.5, n. 4, p.31-36, 2007.

Vera LCGS, Isabel URC. 1 ed. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 532 p.

## CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO QUANTO AO EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS. Oliveira B1, Montijo KMS2.

**Introdução:** Dentre os vários medicamentos quimioterápicos encontramos os medicamentos irritantes e os vesicantes. Medicamentos irritantes cursam com dor ou queimação, porém causam menor reação cutânea quando extravasados, já os medicamentos vesicantes podem acarretar inclusive necrose do tecido quando infiltrados nos tecidos adjacentes. O trabalho justifica-se pela intenção de descrever o conhecimento da equipe de enfermagem a cerca das condutas relacionadas às intercorrências no extravasamento de quimioterápicos, confrontando com a literatura. **Objetivo:** Descrever o conhecimento da equipe de enfermagem a cerca das condutas relacionadas às intercorrências no extravasamento em uma empresa particular prestadora de serviços oncológicos na região metropolitana de São Paulo. **Metodologia:** Pesquisa do tipo documental, quantitativa, descritiva e exploratória. Após aprovação do CEP da UNIP (CAAE: 19915613.6.0000.5512), todos os funcionários da empresa foram entrevistados por meio de um questionário com questões semi-estruturadas. As variáveis colhidas foram tabuladas e agrupadas em duas grandes áreas, a saber: “Análise Profissional” e “Análise do conhecimento específico”. Os dados foram tratados por meio do programa Excel com medidas descritivas. **Resultados:** 100% (n=7) dos entrevistados eram enfermeiras. De acordo com a Análise Profissional, 57,0% apresentam experiência de 1 a 5 anos com pacientes oncológicos, no entanto 57,0% não apresentam especialização na área em que atuam; 85,5% referiu fazer alguma reciclagem, no entanto quanto questionadas com a duração do mesmo, 57,0% referiu uma carga horária igual ou inferior a 8 horas. De acordo com a análise do conhecimento específico, quando foram questionadas com relação ao estado do paciente que contribui para o extravasamento de quimioterápico, 57% referiu a síndrome da Veia Cava Superior, 29% mastectomia radical, 43% radioterapia, 71,0% linfedema, 29,0% síndrome de Raynaud, 71,0% Diabetes Mellitus com neuropatia periférica, 85,5% trombose venosa profunda e 71,0% quimioterapia prévia. Quanto ao “Local de preferência para realização da punção” apenas 14,5% referiu que o local para realização da punção deve ser exclusivamente longe das articulações. Na questão referente a “Qual o método de fixação do dispositivo utilizado” 57,0% escolheu micropore. No caso do tipo de acesso de preferência, 85,5% escolheu o acesso venoso central. Quando questionamos sobre a etiologia da fragilidade capilar presente em pacientes em quimioterapia, 57,0% declararam como sendo “consequência do próprio quimioterápico”, 29,0% desnutrição, 29,0%, desidratação, 14,5%, plaquetopenia e 14,5% não soube responder. Com relação aos sintomas imediatos no extravasamento 57,0% referiram dor, 14,5% rubor, 14,5% calor e 71,0% edema; com os sintomas tardios, 14,5% fibrose, 29,0% sensibilidade local, 71,0% necrose, 14,5% ulceração e 29,0% descamação. Quanto as condutas corretas a serem realizadas no extravasamento frente aos *guidelines e protocolos assistenciais existentes nenhuma das enfermeiras acertou a questão. Quanto ao cuidado da pele pós-extravasamento, 29,0% referiu compressas quentes e 71,0% não souberam responder.* **Conclusão:** *O conhecimento da equipe de enfermagem acerca das condutas relacionadas às intercorrências no extravasamento de quimioterápico estão defasadas e necessitando de investimento teórico-científico que possibilitem aos profissionais da empresa envolvida na pesquisa desempenharem seus papéis de maneira aperfeiçoada e condizente com a literatura, promovendo cuidado diferenciado ao paciente oncológico.*

### REFERÊNCIAS:

1- Relatora: Bruna Oliveira, graduanda em enfermagem do 8º semestre da Universidade Paulista. E-mail: bruna.manancial@yahoo.com.br – Tel.: (11) 4451-8864.

2- Karina Maxeniuc Silva Montijo, doutoranda pela disciplina de Saúde Pública da Escola Paulista de Enfermagem e mestre pela Universidade Federal de São Paulo, Especialista em Saúde Pública e Dermatologia, professora adjunto da Universidade Paulista. E-mail: karynsilv@hotmail.com

Correia JN, Albach LSP. Extravasamento de quimioterápicos: conhecimento da equipe de enfermagem. *Ciência & Saúde*. 2011 jan; 4(1):22-31.

Coimbra JAH, Cassiani SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001 mar; 9(2):56-60.

Hadaway LC. Preventing and managing peripheral extravasation. *Nursing*. 2004 may;34(5):66-7.

1- Relatora: Bruna Oliveira, graduanda em enfermagem do 8º semestre da Universidade Paulista. E-mail: bruna.manancial@yahoo.com.br – Tel.: (11) 4451-8864.

2- Karina Maxeniuc Silva Montijo, doutoranda pela disciplina de Saúde Pública da Escola Paulista de Enfermagem e mestre pela Universidade Federal de São Paulo, Especialista em Saúde Pública e Dermatologia, professora adjunto da Universidade Paulista. E-mail: karynsilv@hotmail.com

# CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM NA SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS

Ana Paula Dias Bezerra  
Maria Cidney da Silva Soares  
Amanda Ribeiro Figueiredo  
Cassiana Lais Lourenço Simplicio  
Socorro Malaquias dos Santos  
Emanoel Medeiros

**Introdução:** Feridas são as modificações na pele que são ocasionadas por traumas, processos inflamatórios e /ou degenerativos, ou por defeito na formação. São também conhecidas como o rompimento ou o não funcionamento normal de uma estrutura anatômica, resultado de um processo patológico, que pode ser iniciado interna ou externamente nos órgãos envolvidos. **Objetivo:** Identificar o conhecimento de enfermeiros acerca de suplementação alimentar para ajudar na cicatrização de feridas **Metodologia:** Pesquisa de campo, exploratória, descritiva, qualitativa. Participaram 10 enfermeiros que trabalham nas alas clínica, cirúrgica e ortopédica de um hospital privado sendo a coleta realizada nos meses de Fevereiro e Março de 2013. Para a apresentação dos dados foi utilizada a técnica da narrativa e, os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temático. Só sendo operacionalizado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do CESED através do protocolo de número 11101212.8.0000.5175. **Resultados:** De acordo com a caracterização da amostra, a maioria dos enfermeiros entrevistados apresentavam idade entre 25 e 35 anos, com ensino superior completo, mais de 02 anos de formação. Pode-se identificar que alguns entrevistados desconhecem a importância de suplementos no tratamento de feridas, outros sabem que são importantes, porém desconhecem em que especificamente os nutrientes atuam. **Discussão:** Os nutrientes devem ser ingeridos ou de forma natural, se o paciente estiver em condições fisiológicas de ingestão, ou de forma suplementar, principalmente para aqueles que estão internos em unidade de saúde, onde a condição física e nutricional já é de certa forma prejudicada. Assim, é importante pontuar a necessidade de enfermeiros conhecerem esses suplementos no intuito de agir não somente pela técnica, administrando o suplemento prescrito, mas também e principalmente saber o que está realizando e quais os benefícios que esses podem trazer para o indivíduo. **Considerações:** Diante dos resultados observamos uma deficiência em relação ao conhecimento sobre a cicatrização de feridas relacionadas a questão nutricional, assim, esperamos que esse estudo venha a contribuir com as discussões que cerceiam essa temática, no intuito de melhorar a qualidade assistencial aos pacientes portadores de lesões de pele.

## REFERENCIAS

CAMPOS, A.A.G.; **Protocolo de cuidados de feridas**. Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2008. 70 p. il.

KRAUSE. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia/L**. Kathleen Mahan, Sylvia Escott Stump; [ tradução Natalia Rodrigues Pereira et al]. Rio de Janeiro RJ. Ed Elsevier. 12ª edição, 2010.

MANDELBAUM SH, DI SANTIS EP, MANDELBAUM MHS. **Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares: parte 1**. An. Bras. Dermatol. [periódico on line]. 2003 Jul-Ago 78 (4): [15 p.] Acesso em 2012 Set. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

## CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A PREVENÇÃO E CUIDADOS COM O PÉ DIABÉTICO

Ana Lúgia Fernandes Reis\*  
Betânia Mendes Malta Rodrigues Costa\*  
Cléa Dometilde Soares Rodrigues\*\*

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por desenvolver transtorno e insuficiência de diversos órgãos. Embora o organismo seja afetado de forma segmentar, comprometendo vários sistemas observa-se que as complicações com os pés e pernas, correspondem à maioria delas afetando a pessoa de forma devastadora. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento dos enfermeiros que atuam na atenção básica a cerca da prevenção e complicação do pé diabético. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em 10 Unidades Básicas de Saúde do município de São José do Rio Preto/SP. Fizeram parte da amostra 36 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2014 a julho de 2014. Como instrumento de pesquisa, foi utilizado questionário de múltipla escolha, composto por perguntas pertinentes ao conhecimento do enfermeiro sobre a prevenção e complicação do pé diabético. Este trabalho atende aos aspectos éticos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), sendo regularmente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Numero de parecer de aprovação: 672.512. **RESULTADO:** Ao avaliar o conhecimento dos entrevistados em relação à neuropatia observa-se que 54,3% dos entrevistados, desconhecem a fisiopatologia desta complicação do DM. Assim como 91,4% relataram desconhecer sobre a Neuroartropatia de Charcot. Verificou-se que 97,2% desconhecem a classificação de Wagner. Quando investigado quanto a formação de calosidades nos pés e seus cuidados verifica-se que 51,4% dos entrevistados não souberam responder, por não considerar que estes são sempre formados por hiperpressão em pontos específicos. Quanto às ações educativas realizadas pelo enfermeiro, apenas 17,1% dos entrevistados responderam de forma assertiva todos os itens. Na busca de verificar na prática clínica as ações executadas pelo enfermeiro em relação ao exame físico dos pés apenas 2,8% responderam todas as questões de forma assertiva. **CONCLUSÃO:** Embora todos os enfermeiros entrevistados relatarem desenvolver ações educativas para portadores de DM e relatarem que esta função é intrínseca a sua profissão, esta pesquisa mostrou que há déficit de conhecimento tanto dos assuntos concernentes as complicações causadas pelo DM, quanto dos assuntos concernentes as ações preventivas que são primordiais no combate as amputações de membros inferiores. Portanto, com a finalidade de promover melhoria na qualidade de vida da pessoa com diabetes, é necessário tonificar a estrutura acadêmica, sendo também, de suma importância, a continua realização de capacitações voltadas aos profissionais atuantes.

Palavras chave: Pé diabético. Conhecimento do enfermeiro. Enfermeiro Diabetes.

### REFERENCIAS:

- 1- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica [artigo na Internet]. 2013 [acesso em 2014 Abr 02];(16):[aproximadamente 158 p.]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)
- 2- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
- 3- Pinheiro A. Pé de Charcot - Uma visão atual da neuroartropatia de Charcot. Rev. Port. Ortop. Traum. [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2014 Jul 20]; 22(1):[aproximadamente 5p]. Disponível em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1646-21222014000100003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1646-21222014000100003&script=sci_arttext&tlng=es)

\* Acadêmicas de enfermagem, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, email: Ana-ligia17@hotmail.com

\*\* Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil (2012) MEMBRO COMITÊ DE ÉTICA da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. Professora adjunta D-I da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.



## RESUMO

**Introdução:** Úlceras cutâneas ou feridas ocorrem em grande parcela da população e constituem problema de saúde pública e para a assistência de enfermagem. Há poucos estudos sistematizados que avaliem o conhecimento e práticas do enfermeiro relacionado aos cuidados com feridas. **Objetivos:** identificar o conhecimento e práticas dos enfermeiros da atenção pública à saúde sobre feridas. **Método:** estudo transversal, descritivo, analítico e quantitativo. O instrumento de coleta foi um questionário estruturado aplicado aos enfermeiros que atuam nas instituições públicas de assistência à saúde. A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2014 sob a aprovação do CEP nº 551.449. O questionário foi elaborado por especialistas e coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,799. As respostas foram consideradas adequadas de acordo com revisões sistemáticas e *guidelines específicos e atualizados*. **Resultados:** foram entrevistados 167 enfermeiros, com predomínio do sexo feminino (87,6%), média de idade 37,1 anos; 10,7 anos de graduação, 9,3 anos de tempo de função como enfermeiro e com 7,4 anos de tempo de trabalho na instituição. Quanto o local de trabalho 47,9% foram da Rede Hospitalar e 86,3% dos enfermeiros referiram que atendem feridas. A formação foi considerada de regular a boa para 82% dos participantes e 65,8% referem que se atualizam sobre feridas através de busca de informações com outros enfermeiros (97,2%), consulta a sites eletrônicos (96,2%) e leitura de artigos científicos (91,5%). Ainda 62,1% dos participantes declaram que existem protocolos de curativos na sua instituição, 64,6% responderam que o enfermeiro realiza consulta de enfermagem e prescrevem curativo padronizado, 93,4% informam que o curativo é realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem. De acordo com 73,9% dos respondentes, o profissional que realiza o curativo segue a prescrição do enfermeiro, e os curativos são realizados em salas de curativos/procedimentos (50,9%), às vezes ocorre avaliação médica na realização/acompanhamento dos curativos (57,8%) e 71,4% dos enfermeiros referiram que o profissional que realiza o curativo tem conhecimento da doença que ocasionou a ferida. O ácido graxo essencial é a modalidade de tratamento mais conhecida (95,0%) e utilizada (78,3%). A bota de Unna é conhecida por 79,5% dos profissionais, porém utilizada por 16,1%. Na variável conhecimento cognitivo específico em relação a feridas a nota mediana foi 5,6 e 71,4% dos enfermeiros acertaram mais que 50% das questões. A sentença com maior número de acertos foi relacionada ao Diabetes e risco de feridas neuropáticas (96,9%) e a com menor número de acertos foi sobre a indicação de antibióticos sistêmicos (11,2%). Apenas 59,6% dos enfermeiros acertaram sobre o ambiente úmido favorecendo o processo de cicatrização. **Conclusão:** O estudo evidencia que os enfermeiros possuem conhecimento para o tratamento de feridas, porém há déficits referentes ao tema, sendo necessária a realização de educação permanente para evitar condutas inadequadas e superadas. Há necessidade nessa perspectiva, de realização de novos estudos, que possam contribuir para o desenvolvimento profissional.

**Palavras Chaves:** enfermeiros, enfermagem, úlcera cutânea, curativos, cuidados de enfermagem, educação.

## REFERENCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Glossários Dermatológicos. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. Dermatologia. 2ª. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 71-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos. Brasília; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília; 2002.
4. Abbade LP, Lastoria S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. Int J Dermatol. 2005; 44(6): 449-56.
5. COFEN. CFdE. Resolução COFEN nº 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2009 [cited [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 25 Jul 2013].

1 Enfermeira do Instituto Lauro de Souza Lima de Bauru (SES/SP) e da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SMS/) Mestranda em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. E-mail: cassiarocha@bauru.sp.gov.br

2 Professor Doutor de Dermatologia, Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

3 Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Professora Doutora colaboradora nas disciplinas de Fundamentos de Enfermagem e de Saúde do Adulto, Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

4 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Sagrado Coração de Bauru. Bolsista da FAPESP.

## Conhecimento, atitude e prática da equipe de saúde sobre melasma

Maristela Belletti Mutt Urasakil, Amanda Esteves Pelegrinall

Melasma é uma dermatose adquirida, caracterizada pelo aparecimento de manchas hiperocrômicas que ocorrem em áreas fotoexpostas(1). É uma condição comum durante a gestação atingindo até 75% das grávidas. Embora o quadro represente uma anormalidade benigna da pigmentação trata-se de uma dermatose inestética que determina grande procura ao atendimento dermatológico especializado(2), fato explicado possivelmente por ser a pele o mais visível aspecto do fenótipo humano e pela mancha apresentar-se primariamente na face. Em virtude de sua natureza cosmética o quadro acarreta problemas emocionais significativos atingindo a vida social, familiar e profissional das pessoas acometidas(3). Atualmente nota-se grandes esforços da pesquisa clínica e farmacêutica no desenvolvimento de tratamentos(2), entretanto não se observa tamanho empenho para ações educativas que poderiam minimizar prejuízos emocionais e custos com a saúde, haja vista os atendimentos de pré-natal dos serviços públicos em que pouquíssimos profissionais abordam o problema(4). Acredita-se que a inexpressividade da temática na esfera preventiva tenha relação com o déficit de conhecimento da equipe de saúde sobre a dermatose e seus desdobramentos. Neste sentido o **objetivo** deste estudo foi investigar conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de saúde sobre melasma. **Método:** estudo transversal, descritivo realizado em cinco unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em 2012 em duas etapas distintas: aplicação de questionário autopreenchível para 61 profissionais que atuavam no atendimento de gestantes e puérperas (34 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiras, nove médicos, uma assistente social e seis agentes comunitárias de saúde) e entrevista individual envolvendo nove participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, CAAE 350/11. **Resultados:** Notou-se pelo conjunto geral das respostas que os profissionais apresentam déficit de conhecimento sobre o melasma referente à sua etiologia, prevenção, tratamento e desdobramentos psicossociais. Os profissionais ao conferirem notas para ações de saúde que compõem o atendimento da gestante atribuíram as menores notas para as ações destinadas aos cuidados com a pele. Esse dado leva a pensar que a equipe qualifica o cuidado com a pele como um cuidado secundário, não compreendendo o cuidado para além do problema localizado na pele. Os depoimentos das entrevistas reforçaram esses achados mostrando pouca valorização atribuída à dermatose em detrimento de problemas biológicos da gestação e pós-parto, considerados mais relevantes. Constatou-se ainda juízo preconcebido e atitude discriminatória; em algumas falas os entrevistados estabeleceram uma relação entre estética, aparência pessoal e condição socioeconômica; consideraram a idéia que mulheres sob condições socioeconômicas mais baixas não se preocupam com a aparência porque têm sofrimentos e inquietações maiores. Também se apurou que 50,8% participantes nunca conversaram sobre o tema nos atendimentos realizados. As principais justificativas foram: falta de conhecimento e não identificação de interesse das gestantes. **Conclusão:** há necessidade de se estabelecer processos de educação junto às equipes de saúde para que se alcance uma prática profissional eficiente e transformadora, qualificando a atenção à saúde da pele.

### Referências

1. Nussbaum R, Benedetto AV. Cosmetic aspects of pregnancy. Clinics in Dermatology. **2006; 24(2):133-14.**
2. Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. J Cutan Med Surg. 2002, 6(3): 236-40.
3. Purim KS, Avelar MF. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(5):228-34.
4. Urasaki MBM, Mandelbaum MHS, Barreto C. Manchas na pele em mulheres no ciclo gravídico puerperal. Rev. Enf UERJ. 2012; 20(n.esp 1): 561-66

# CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ÚLCERAS NEUROTRÓFICAS DECORRENTES DE HANSENÍASE

Nursing Consultation Bearer of neurotrophic ulcers due to leprosy

\*Amanda Soares Duque Estrada, amanda.strada@gmail.com

\*\*Glaucia Ribeiro Gonçalves, rglauciag@gmail.com

\*\*\* Meriele da Silva Gonçalves, meriele17@hotmail.com

\*\*\*\*Diego de Carvalho Tuber, diegotuber@yahoo.com.br

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença milenar na qual seu agente etiológico é uma bactéria que possui tropismo pelas células cutâneas e pelos nervos periféricos. O indivíduo, portador de hanseníase poderá desenvolver lesões em consequência da neuropatia periférica ocasionada pela doença. A consulta de Enfermagem constitui instrumento onde o enfermeiro poderá estar intervindo tanto no tratamento de úlceras já instaladas quanto na prevenção de novas ulcerações. O reconhecimento da patologia e o tratamento precoce durante as consultas realizadas pelo enfermeiro são de grande contribuição para que o cliente não tenha riscos em adquirir lesões mais graves e até mesmo as incapacidades resultantes da doença. Objetivou-se explicar a conduta do Enfermeiro no atendimento ao portador de úlceras neurotróficas decorrentes da hanseníase e descrever os aspectos abordados durante a consulta de enfermagem ao doente portador de hanseníase com úlceras neurotróficas. Esta pesquisa terá como metodologia adotada uma abordagem qualitativa, método descritivo, e tipo bibliográfico. Foi descrito sobre o histórico da moléstia, antigamente conhecida como "lepra", forma de transmissão, classificação, tratamento, quadros reacionais que podem ocorrer e também a atuação do Enfermeiro na prevenção e tratamento das úlceras decorrentes da neuropatia hanseniana. Este estudo permitiu reconhecer a importância do profissional Enfermeiro inserido no acompanhamento do doente hanseniano portador de lesões, visto sua competência técnico-científica no tratamento de lesões como também seu papel de educador na orientação para prevenção de novas ocorrências. No atendimento a esta clientela, o Enfermeiro assume papel primordial na prevenção e tratamento das lesões neuropáticas, visto ser um profissional que possui capacidade técnico-científica para o tratamento de feridas quando já instaladas e também possui a sensibilidade de um educador no referente às orientações preventivas.

Descritores: Enfermeiro, consulta de Enfermagem, hanseníase, úlcera neurotrófica.

## Referências:

1 - Azulay RD, Azulay DR. **Dermatologia**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

2 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

3 - Malagutti W, Kakiyama CT. **Curativos, Estomia e Dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. 2a ed. São Paulo: Martinari; 2011.

## ABSTRACT

Leprosy is an ancient disease in which its agent is a bacterium that tropism by skin cells and the peripheral nerves. The individual leprosy patients may develop injuries as a result of peripheral neuropathy caused by the disease. The consultation Nursing is an instrument where the nurse may be interfering in the treatment of ulcers both already installed and in preventing new ulcers. The recognition of the condition and early treatment during consultations by nurses are of great contribution to the client does not have to acquire more risks serious injury and even disability resulting from disease. Aimed to explain the conduct of the nurse in caring for patients with neurotrophic ulcers caused by leprosy and describe the points raised during the consultation nursing the sick leprosy patients with neurotrophic ulcers. This research will be a qualitative methodology approach, descriptive method, and bibliographical. Was described on the history of the disease, formerly known as "leprosy", mode of transmission, classification, treatment, reactional states that may occur and also the role of the nurse in the prevention and treatment of ulcers resulting in leprosy neuropathy. This study allowed us to recognize the importance of professional nurse inserted in patient monitoring leprosy with lesions seen its technical and scientific expertise in the treatment of injuries as well as their role as educators in orientation to prevent recurrence. In serving this clientele, the nurse assumes primary role in the prevention and treatment of neuropathic injury, since it is a professional who possesses scientific technical ability to treat wounds when already installed and also has the sensibility of an educator with regard to preventive guidelines.

Descriptors: nurse, nursing consultation, leprosy, neurotrophic ulcers.

\*Enfermeira, Pós Graduada em Enfermagem do Trabalho e Saúde da Família, Pós Graduada em Enfermagem Dermatológica. Contato: amanda.strada@gmail.com

\*\*Enfermeira, Pós Graduada em Enfermagem Dermatológica

\*\*\*Enfermeira, Pós Graduada em Enfermagem Dermatológica

\*\*\*\*Enfermeiro, Orientador, Pós Graduado em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Dermatológica

## CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ADAPTAÇÃO DO CLIENTE OSTOMIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Joyce Muniz Vichi<sup>1</sup>, Maria de Fátima da Costa<sup>1</sup>, Aline Affonso Luna<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** Ostomia é um procedimento cirúrgico no qual um indivíduo é submetido quando ocorre um comprometimento em intestino, bexiga, íleo ou em qualquer outro órgão oco, havendo a necessidade da reconstrução desse órgão comprometido e a utilização de uma bolsa coletora, possibilitando uma comunicação desse órgão com o meio externo, podendo ser temporária ou permanente. Esse indivíduo torna-se um ostomizado. O procedimento se faz necessário por inúmeras razões, onde podemos citar: câncer, doenças inflamatórias de intestino, anomalias congênitas, traumas entre muitos outros. **OBJETIVO:** Relatar as ações do enfermeiro com foco nas adaptações para o autocuidado após alta hospitalar e convívio social ao paciente ostomizado. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem no 7º período, durante o estágio supervisionado, em uma instituição privada localizada no estado do Rio de Janeiro. Foi selecionado um paciente adulto de 37 anos, com diagnóstico clínico de obstrução intestinal, colostomizado e apresentava hostilidade e tristeza. **RESULTADOS:** Acompanhando esse paciente visualizamos e participamos do processo de adaptação ao estoma, suas implicações psicoemocionais, devido ao impacto da colostomia na imagem corporal que geraram sentimentos como medos, inquietações, vergonha, e o enfrentamento da aceitação. Percebemos sua resistência na abordagem realizada pela enfermagem após a confecção do ostoma, sendo necessário envolvimento da equipe multiprofissional e suporte emocional com a aproximação da família, que contribuiu significativamente para melhora da autoestima. As ações do enfermeiro estavam relacionadas ao autocuidado, à higiene e à observação do ostoma, inserindo o paciente no processo, promovendo adaptações à nova realidade de conviver com uma ostomia. Observamos as seguintes providências: Reforço e orientação dos cuidados, quanto à troca, higiene e manipulação do ostoma e equipamento em uso; cuidados com a manutenção da integridade cutânea periestomal; motivação ao retorno das atividades cotidianas, de acordo com suas condições clínicas e físicas; orientação quanto à rotina de acompanhamento e avaliação periódica. O acompanhamento desse paciente perdurou por um mês, onde foi possível a percepção da aceitação e disposição para o autocuidado seguido de alta hospitalar.

**CONCLUSÃO:** Observamos que as orientações e condutas do enfermeiro foram fundamentais ao cliente ostomizado, em suas peculiaridades, no que tange à adequação a nova condição, o preparo para o autocuidado, retorno às atividades que integram seu cotidiano e convívio social, além do suporte emocional oferecido pela equipe multiprofissional envolvida no cuidado, que contribuiu significativamente para melhor aceitação e reestruturação da imagem corporal.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Silva RCL, et al. Feridas: Fundamentos e Atualizações em Enfermagem. Revista e Ampliada. 3ª edição. Yendis. 2. Malagutti W, Kakiyama CT, Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma Abordagem Multiprofissional. 3ª edição. São Paulo: Martinari, 2014.

1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade do Grande Rio Profº José de Souza Herdy (UNIGRANRIO) 9º período. E-mail: joycevichi@gmail.com

2. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Assistente da Universidade do Grande Rio Profº José de Souza Herdy (UNIGRANRIO).

# CRIAÇÃO DE UM MANUAL DE FERIDAS PARA O ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA COOPERATIVA MÉDICA

## Autores

José Adailton Farias de Souza<sup>1</sup>, Diego Bonil de Almeida<sup>2</sup>, Marcia Cristina Viana<sup>3</sup>

**Introdução:** As doenças crônicas estão cada vez mais frequentes devido o aumento da expectativa de vida e a redução da natalidade em todo o mundo, gerando um elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas. Nesse contexto, a assistência domiciliar (AD), também chamada de *home care*, pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. O foco da AD está na promoção, manutenção e reabilitação da saúde, podendo ser desenvolvida por equipe multiprofissional. Úlcera por pressão (UPP) é caracterizada como uma área de danos localizados na pele e tecidos subjacentes. É causada, principalmente, pela associação entre uma força externa como a pressão de superfícies duras contra as partes moles e uma proeminência óssea. Visto que o padrão do atendimento desta cooperativa médica são pacientes acamados, estes possuem um enorme risco para desenvolver lesões de diferentes etiologias, destacando as úlceras por pressão. O objetivo deste manual é padronizar o atendimento ao paciente atendido desde a internação hospitalar até ao domicílio como um todo, padronizar as técnicas de limpeza de feridas e descrever as variadas coberturas que são utilizadas. **Metodologia:** Foi feito todo embasamento teórico que mostra todas as características da pele, através de sua anatomia, fisiologia, a importância do exame físico da pele que mostra possíveis alterações. Posteriormente foi feita uma revisão que fala do processo de cicatrização e dos fatores que interferem em suas fases. Foi descrito os tipos de limpezas que deve ser feito em nossos pacientes e descrito cada cobertura que já são padronizadas mostrando sua composição, função, indicação, contra indicação, tempo de ação e frequência de troca, e a técnica para aplicação desta cobertura. Junto com a criação deste manual, foi feita uma ficha para avaliação de feridas, foi criado um Comitê de Avaliação de Feridas e Curativos, com regimento já aprovado pela diretoria. **Resultados Esperados:** Este manual foi aprovado pela coordenação de enfermagem do serviço domiciliar desta cooperativa médica, posteriormente foi apresentado para o serviço de auditoria e também aprovado. Neste momento estamos treinando todos os funcionários para que haja a padronização no serviço hospitalar e domiciliar. Posteriormente começaremos a medir os resultados desta padronização.

## Referências

1. Shanin, E. S. M.; Meijers, J. M. M.; Schols, J. M. G. A.; Tannen, A.; Halfens, R. J. G.; Dassen, T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospital and nursing homes. *Berlim: Nutrition*, 2010; 26: 886-889.
2. Poletti, NAA. O ensino da prevenção e tratamento de úlceras por pressão em escolas públicas do estado de São Paulo. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.
3. Poletti, NAA. Apostila de Feridas do Grupo de Curativo da FAMERP, 2013.

1- Enfermeiro da Unimed Lar São José do Rio Preto, especialista em dermatologia e Coordenador do Comitê de Avaliação de Feridas e Curativos da Unimed Lar.

2- Enfermeiro da Unimed São José do Rio Preto, docente em Saúde Pública da Unilago, mestrando da FAMERP, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia na FAMERP;

3- Enfermeira Coordenadora da Unimed Lar São José do Rio Preto.

## CUIDADO A UMA CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA EM FACE POR CHAMA DIRETA

1Claudia Maria Tetê da Silva; 2Naiara Rodrigues Nunes; 3Lícia Marques Vidal; 4Andressa Souza Santos; 5Roberta Azoubel.

Trata-se de estudo de caso sobre o cuidado a uma criança vítima de queimadura de 2º grau profundo por chama direta em 100% da face. Foi desenvolvido pela Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas (CPTPF) de um hospital público do interior da Bahia, com o objetivo de relatar a evolução do caso desde a admissão à alta, no qual foi utilizado como recurso terapêutico a hidrofibra com prata. A relevância do estudo consiste na utilização de um tratamento eficaz, resolutivo em comparação ao uso de outros produtos em queimaduras, com redução do tempo de internamento e reepitalização desejável. O tratamento teve início no dia 31 de julho de 2013 quando o menor deu entrada no pronto socorro após ter sofrido queimadura ao manusear fogo e líquido corrosivo em seu domicílio e durou até a desospitalização em 06 de agosto do mesmo ano, ocorrendo uma reavaliação ambulatorial no dia 09 de agosto com alta definitiva. O responsável pela criança autorizou o estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios éticos da Resolução nº 196/1996, sob o protocolo número 059/2007 do Comitê de Ética em Pesquisa. Foi realizado registro fotográfico em todas as trocas dos curativos. Assim que a criança chegou foi encaminhada ao Centro Cirúrgico, e, sob analgesia, foram retirados todos os flictenas. Em seguida, foi feita a antisepsia e limpeza com soro fisiológico no leito da ferida e aplicado Hidrofibras com prata. No segundo dia, a ferida foi avaliada por enfermeira da CPTPF, que retirou toda a hidrofibra devido à saturação excessiva do produto e reaplicou-a após limpeza. Seguiu-se observação e acompanhamento diário do processo de cicatrização até a alta da criança. Foi observado que houve absorção do exsudato com manutenção do meio úmido ideal, o que favoreceu a rápida cicatrização. Os resultados evidenciaram que o uso deste curativo de hidrofibras com prata em queimadura, contribui efetivamente para uma cicatrização rápida, sem traumas, com menor risco de infecção pela diminuição da manipulação da ferida, refletindo em um cuidado humanizado, diminuindo também o tempo de internamento nesse nosocômio, além de melhorar o processo de trabalho da equipe que presta o cuidado. Este estudo de caso revelou êxito da equipe ao tratar de queimadura em um hospital público, bem como, serve como parâmetro para o acompanhamento de outros pacientes vítimas de situações como essa descrita.

### Referência

1 BRASIL. **Resolução Nº 196**. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

2 CARVALHO, E. S. DE S.. Como cuidar de pessoas com Feridas: Desafios para a Prática Multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.

3 SANTANA V.C; FEROLLA, E.C; MONTEIRO E.A. **Cobertura de espuma de poliuretano associada à silicone suave e prata no tratamento de ulcera isquêmica: um estudo clínico**.

4 SILVA, A. C. B. da; PIZOL, A. D. Queimaduras. In: PRAZERES, S. J. (Org). **Tratamento de feridas: teoria e prática**. Porto Alegre: Moriá, 2009.

5 OLIVEIRA, T. S; MOREIRA, K. F. A; GONÇALVES, T. A. **Assistência de enfermagem com pacientes queimados**. Revista Brasileira de Queimaduras. v. 11, n. 1, p. 31-37, 2012. Disponível em:  
[http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=97](http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97), acesso em: 10/08/2014.

---

1 Enfermeira Especialista membro da Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas do Hospital Geral Prado Valadares; cade.tete@gmail.com;

2 Enfermeira Especialista membro da Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas do Hospital Geral Prado Valadares;

3 Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – 6º semestre – Estagiária do Núcleo de Feridas – SESAB/EESP;

4 Enfermeira Mestre em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

## CUIDADOS COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS:ENFERMAGEM ORIENTANDO OS PAIS

1Alessandra Cerqueira dos Santos  
2Bruna Sousa de Oliveira  
3Eliane Ramos Pereira  
4Franciele Malhard de Arruda  
5Priscila da Silva Miranda  
6Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

**INTRODUÇÃO:** A descrição do problema se perpassa em evidenciar, o quanto se faz necessário, certos cuidados na pele de recém-nascidos. Muitos pais não sabem, quais os procedimentos que devem ser realizados,e quais os produtos podem utilizar. A relevância da pesquisa se justifica, pelo fato da pele de recém-nascidos, requerer cuidados diferenciados. Pois os mesmos ao saírem do ambiente intrauterino, para o extra-uterino se deparam com certas condições anormais que estavam habituados. Porém com o passar do tempo, o organismo do mesmo tende a ter as defesas, que lhe permitirá a sua sobrevivência. Os benefícios aos sujeitos estudados vai além dos recém-nascidos. Trazendo contribuições e segurança para os pais, que participam constantemente dos cuidados aos recém-nascidos.Pois o fato de seus pais saberem quais os procedimentos, que devem ser feitos e quais os produtos que devem ser utilizados. Provocando assim a diminuição de acidentes na pele,alergias e todo tipo de desconforto que possa ocorrer ao recém-nascido, conduzindo assim para um bem estar. Cabe ressaltar que a pele do mesmo ainda é sensível,frágil e fina.O que permite uma maior absorção,perda de líquidos e um trauma pode ocorrer facilmente.Pois até a remoção de adesivos que foram utilizados em curativos, caso seja feito de modo errôneo pode lesionar a pele do recém nascido. **OBJETIVO:** Ressaltar o quanto se faz essencial, que a enfermagem elucide aos pais quais os cuidados e produtos devem ser realizados no que se refere a pele dos recém-nascidos.Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade desses indivíduos.**METODOLOGIA:**Foi Revisão de Literatura Integrativa na base de dados LILACS.Onde foi selecionado 3 artigos que obedeceram aos critérios de inclusão:texto completo na íntegra, língua portuguesa,que tivessem sido publicados entre 2009 e 2013,contendo um dos descritores que retratassem sobre a temática.**RESULTADOS:** Recém nascidos perdem facilmente líquidos, e como a camada cutânea e altamente permeável.Deve relatar aos pais, o que possibilita um grande risco de toxicidade para o recém-nascido. Ao realizar o banho não deve fazer uso de esponja,porque pode provocar uma agressão mecânica na pele.O uso de modo tópico de soluções contendo álcool e altamente tóxico,além de poder provocar queimaduras. O uso de cloroxemida 0,5% tem sido considerado um bom agente tópico antisséptico além de ser seguro(1).Durante o banho o uso de sabão é prejudicial,além de alterar o Ph da pele, pode também alterar a camada superficial lipídica da pele.E aconselhável para todo e qualquer agente de limpeza que for utilizado no recém nascido ser: líquidos,sem fragância,sem sabão,suaves,com ph neutro ou um pouco ácido,que não provoque alteração na pele e que não irrite os olhos e pele do recém-nascido. Caso a pele resseque o uso de óleos de girassol ou algum agente de limpeza que tenha emolientes se revelou eficiente.

**CONCLUSÃO:** Se faz necessário que a enfermagem trabalhe constantemente essa temática com os pais, e também em ambiente acadêmico propiciando assim um olhar desde a graduação para essa questão.Com o intuito de reduzir a morbimortalidade dessa clientela, por circunstâncias que poderiam ser evitadas.

**DESCRIPTORIOS:**Cuidados com a pele,Recém nascidos e Enfermagem em dermatologia

**REFERÊNCIAS:**(1)Fernandes JD,Machado MCR,Oliveira ZNP:Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém nascido:An. Bras. Dermatol;2011;2011;86(1):102-110

(2)Martins CP,Tapia CEV:A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro:cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea:Rev. Bras. Enferm.,2009 set-out;62(5):778-783

(3)Fontenele FC,Pagliuca LMF,Cardoso MVLML:Cuidados com a pele do recém-nascido:análise do conceito;Esc.Anna Nery,2012 jul-set;16(3):480-485

1Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense(UFF) e bolsista desenvolvimento acadêmico(BDA)

2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense(UFF) e bolsista desenvolvimento acadêmico(BDA)

3Enfermeira e Pós-Doutora da Universidade Federal Fluminense(UFF)

4Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Anhaguera

5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense(UFF) e bolsista desenvolvimento acadêmico(BDA).Email:primiranda23@gmail.com

6Enfermeira filósofa e Doutora(UFF)

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA EM DOMICÍLIO: RELATO DE CASO

## Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

### Autores

Débora Silva Araújo <sup>1</sup>, Tâmis Terena Nascimento Fontes <sup>2</sup>, Nádia Antônia Aparecida Poletti <sup>3</sup>

**Introdução** As úlceras venosas são lesões de pele que acontecem no terço inferior das pernas, cuja principal causa é a insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. 1 Devido a sua alta prevalência e elevados custos associados ao tratamento é considerado um importante problema de saúde pública. 2 Do ponto de vista do diagnóstico as úlceras venosas são consideradas crônicas quando não cicatrizam no período de seis semanas. 3 A prevalência destas úlceras varia muito e está associada a diferentes métodos empregados nas pesquisas, idades das populações estudadas e as definições de úlceras venosas. Grande parte das publicações mostram que a prevalência de úlceras venosas não cicatrizadas é de 0,3% dos casos (1/350 casos), já as úlceras cicatrizadas ocorrem em 1% da população adulta com evidencia de um aumento da prevalência com a idade, onde pessoas com mais de 65 anos tem valor superior a 4%. **Objetivo** Relatar o caso de uma usuária da Unidade de Saúde da Família do interior do Estado de Sergipe portadora de ulcera venosa crônica há mais de 20 anos. **Metodologia** Trata-se de um relato de caso de usuária de uma unidade de saúde da família portadora de ulcera venosa crônica há mais de 20 anos. Este trabalho teve aprovação do CEP da FAMERP CAAE: 04194712.8.0000.5415. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a usuária foi submetida ao tratamento. **Resultados e Discussão** O sujeito do presente estudo é do gênero feminino, 45 anos, em situação conjugal estável, ex-tabagista de 20 cigarros por dia há 20 anos, ex- trabalhadora rural, aposentada, sem histórico de morbidade anterior. Residente em um povoado do interior do estado de Sergipe possui uma ulcera venosa crônica localizada na porção distal do membro inferior direito com inicio há mais de 20 anos. A ferida possui bordas irregulares com presença de descamação e eczema. O leito da lesão mostra-se desvitalizado com odor e exsudato seroso em moderada quantidade. Usuária refere que a ferida permaneceu sem avaliação e tratamento por mais de 05 anos por negligência dela. Foi retomada conduta em aproximadamente um ano e três meses e iniciada realização de curativo diário por meio de técnicas assépticas e cobertura com creme de sulfadiazina de prata e na ausência deste utilizou-se medicamento fitoterápico á base de barbatimão. Até então, não houve melhora significativa evidenciada e não foi relatado ou encontrado registros de uso de terapias medicamentosas sistêmicas e terapias compressivas associadas. Como até o presente momento não houve melhora do quadro será iniciado a partir do mês de Setembro de 2014 a avaliação pelo angiologista da Rede e após esta será iniciada a terapia compressiva e cobertura local da ferida com Alginato com prata. **Resultados esperados** Com a terapia compressiva e a terapia tópica com alginato e prata espera-se que ocorra uma diminuição de 2,0 cm da ferida a cada duas semanas. Esses resultados serão apresentados durante o V CEBD.

### Referências Bibliográficas:

1. Carmo SS, Castro CD, Rios, VS, Sorquins MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista eletrônica de enfermagem 2007 Mai- Ago; 9(2): 506-517.
2. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Acta Paul Enferm. 2012; 25(3): 329-333.
3. Abbade LPF, Lastória S. Abordagens de pacientes com ulcera de perna de etiologia venosa. Am. Bras. Dermatol. Vol 81 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2006.

<sup>1</sup> Enfermeira, da Estratégia de Saúde da Família de Umbaúba - Sergipe, pós-graduanda do curso Enfermagem em Dermatologia – FAMERP. enf.deborasilva@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, gerente de Unidade de Saúde da Família Oswaldo de Souza de Aracaju, pós-graduanda do curso Enfermagem em Dermatologia – FAMERP.

<sup>3</sup> Enfermeira, Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP.



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM ÚLCERAS DE PERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Julien Silva Lima<sup>1</sup>; Priscilla Farias Chagas<sup>2</sup>; Karen Silva Sousa<sup>3</sup>; Norma Valeria Dantas de Oliveira Souza<sup>4</sup>; Patrícia Alves dos Santos Silva<sup>5</sup>.

**Introdução:** As lesões de perna têm alta incidência e recorrência, com cerca de 80% de origem venosa e 10% arteriais, podendo levar meses ou anos para cicatrizar.<sup>1</sup> As úlceras arteriais são caracterizadas pela aterosclerose que leva a obstrução progressiva das artérias, causando uma isquemia. Em contrapartida, a úlcera venosa causada pela dificuldade do sangue retornar dos membros inferiores para o coração, causa um processo inflamatório levando a formação da lesão.<sup>2</sup> O enfermeiro responsável pelo atendimento ao cuidado de pessoas com essas lesões deve considerar todas as questões que envolvem o paciente a fim de elaborar um plano de cuidados mais adequado. Este estudo busca dar visibilidade ao assunto, estimulando novas investigações sobre úlceras venosas e arteriais, bem como fomentar discussões sobre as repercussões biopsicossociais desta problemática.<sup>3</sup> Nesse sentido esse estudo teve como **objetivo:** levantar o número de publicações no campo da Enfermagem sobre o cuidado especializado para a pessoa com úlceras de perna e analisar os cuidados de enfermagem prescritos na produção científica selecionadas, considerando a resposta cicatricial efetiva e eficaz. **Método:** Utilizou-se a revisão integrativa, cujo período de coleta de dados foi realizada de maio a junho de 2014. A busca bibliográfica ocorreu em várias Bases de Dados indexadoras, a partir dos seguintes descritores: úlceras de perna e cuidados de enfermagem, úlceras varicosa e cicatrização, úlcera venosa e enfermagem. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos publicados na íntegra, indexados entre 2009 e 2013. **Resultados:** Após consultas às versões completas disponíveis, foram encontrados 45 artigos, sendo que apenas 07 destas publicações foram selecionadas pelos critérios de inclusão. Três estudos analisaram o impacto da alteração do estilo de vida de pacientes com úlceras de perna e os aspectos relevantes para promover a cicatrização; dois estudos avaliaram coberturas e agentes tópicos no tratamento de feridas; um estudo pesquisou o conhecimento dos profissionais acerca do atendimento a pacientes com feridas; e um artigo discutiu as intervenções de enfermagem no processo de cicatrização de feridas de perna. **Conclusão:** Considerou-se que o estudo foi relevante, pois agregou conhecimento acerca da realidade vivenciada por pessoas acometidas com úlcera venosa e arterial, no que diz respeito, aos aspectos biopsicossociais e as orientações na realização das trocas de curativos. Percebeu-se uma 1. Acadêmica da ENF / UERJ 2. Acadêmica da ENF / UERJ 3. Acadêmica da ENF / UERJ 4. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vice-Diretora da ENF/UERJ, professora Permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Senso 5. Mestrando em enfermagem / UERJ E-mail: priscillafarias15@yahoo.com.br incipiência de estudos acerca dos cuidados de enfermagem voltados para pessoas com úlceras vasculogênicas. Neste sentido, recomenda-se que mais estudos sejam produzidos, visto que este é um grave problema de saúde pública com alto índice de morbidade.

### REFERÊNCIAS

- BRITO, C. K. D. et al. Úlcera venosa: avaliação, orientação e cuidados com o curativo. Rev. Rene., v.14, n.3, p. 470-480 2013.
- FONSECA, C et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev. esc. enferm. USP. v, 66 n, 2. São Paulo. Abr, 2012.
- SANTANA, A. C; BACHION, M. M; MALAQUIAS, S. G; VIEIRA, F. et. al. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial Rev Bras Enferm. v.66, n. 6: p.821-6, nov-dez, 2013.

1. Acadêmica da ENF / UERJ

2. Acadêmica da ENF / UERJ

3. Acadêmica da ENF / UERJ

4. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vice-Diretora da ENF/UERJ, professora Permanente do Programa de Pós-graduação Stricto Senso

5. Mestrando em enfermagem / UERJ

E-mail: priscillafarias15@yahoo.com.br

# CUIDADOS PODOPROFILÁTICOS EM DM: UMA EXPERIÊNCIA NA ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA

Dayse Christielle Alves Martins Morales<sup>1</sup>  
Mônica Antar Gamba<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A unha é um anexo cutâneo que recobre a face dorsal das falanges distais, tendo como função proteger as extremidades digitais, tem ainda função estética e cresce de dois a 4,5mm por mês principalmente nas mulheres<sup>1</sup>. A onicogribose é uma distrofia ungueal na qual ocorre espessamento de uma ou mais unhas, tornando-se mais grossas e escurecidas<sup>2</sup>. Esse tipo de lesão costuma ocorrer mais frequentemente no hálux, e com maior frequência em pessoas acometidas por neuropatia por diabetes mellitus (DM), desencadeando complicações.

**OBJETIVO:** Descrever o cuidado podoprofiláticos a um usuário com diabetes mellitus.

**MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso com a descrição da assistência de enfermagem nos cuidados podoprofiláticos a pessoa com diabetes mellitus, atendida no centro de assistência e educação em enfermagem – CAENF, serviço complementar de uma universidade federal.

**Caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, negra, viúva, residente em São Paulo, nascida na Bahia, 1º Grau incompleto, aposentada, religião católica não praticante, SUS dependente. Ex-tabagista, e ex-etilista social, tem hipertensão arterial sistólica (HAS) há 30 anos e diabetes mellitus (DM) há 23 anos, em uso de insulina. Por complicações do DM, faz hemodiálise três vezes por semana e apresenta retinopatia em olho esquerdo e acuidade diminuída em olho D.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após exame clínico, para avaliar presença de pulsos e deformidades, foi realizada assepsia local com clorexedine e, após iniciado o desbaste das lâminas ungueais com auxílio de um micromotor. Ao final realizamos orientação para paciente e cuidador quanto ao corte adequado das unhas, higiene e secagem dos pés, uso de sapatos adequados e meias claras e sem costuras para não ocasionar pressão nas extremidades. Além de instruí-lo para procurar um profissional de saúde sob qualquer sinal de alerta, tais como alteração de cor/ temperatura/sensação/ dor.

Os dados do consenso internacional do Grupo do pé diabético 3apontam que 30% das amputações de hálux são decorrentes de unha encravada (onicocriptose) e que 90% destas ocorrem devido ao corte incorreto das mesmas. Diversos estudos 4, 5 demonstram que 49-85% das amputações de membros inferiores são preveníveis com a provisão de cuidados simples e de baixo custo.

**CONCLUSÃO:** Este caso permite evidenciar como ações de baixa complexidade e custo, como os cuidados podoprofiláticos, podem prevenir complicações, tais como as úlceras e amputações. A assistência de enfermagem dermatológica pode melhorar a qualidade de vida, elevar a autoestima, promover o autocuidado entre os acometidos por DM.

## Referências

1. SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. Dermatologia Básica. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas: sixth edition [Internet]. 2013 em: [http://www.idf.org/sites/default/files/EN\\_6E\\_Atlas\\_Full\\_0.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf).
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2014. Diabetes Care [Internet]. 2014 Suppl 1:S14-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2337/dc14-S014>.
4. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso Internacional sobre Pé Diabético/ publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.
5. GAMBA, MA, et. al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. Rev. Saúde Pública [Internet] 2004.

1. Enfermeira especialista em Dermatologia. dayse.chris@gmail.com

2. Professora adjunta da escola de Enfermagem, Doutora em Epidemiologia. antar.gamba@gmail.com

# DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO.

Clicia Rebello<sup>1</sup>  
Danielle Rodrigues<sup>2</sup>  
Dayse Carvalho do Nascimento<sup>3</sup>  
Fernanda Felix<sup>4</sup>  
Priscila Cunha<sup>5</sup>

**Introdução:** Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos (IBGE, 2009). **Objetivo:** analisar produções científicas que abordam a dermatite associada à incontinência nos idosos (DAI) considerando seus conceitos e medidas de prevenção e tratamento propostas. **Metodologia:** foi realizado pesquisa bibliográfica em que se utilizou o método de revisão integrativa, reunindo resultados de pesquisas sobre as dermatites associadas à incontinência na população idosa (ROSA, 2013), baseada em dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Bireme), a partir das associações dos descritores: 1) Dermatite, Incontinência, Idosos; 2) Dermatite, Incontinência, Idosos, Enfermagem, onde identificou-se 10 artigos internacionais publicados em texto completo no período de 2006-2012. **Resultado:** destacou-se a importância da avaliação e observação para prevenir os riscos da DAI, as reações aos produtos e dispositivos utilizados e a incontinência. **Conclusão:** observou-se pouca iniciativa de investigação relacionada à prevenção e tratamento, e por isso, ressaltou-se a necessidade da criação e validação de uma tecnologia de cuidado seguro ao paciente. E ainda, uma carência em recomendações baseadas em evidências e cultura de segurança aos idosos portadores de DAI.

## Referências:

- 1- [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/default.Shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.Shtm)
- 2- Silva VA, D'Elboux MJ. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. Rev. Esc. Enferm. USP 2012; 46 (5): 1221-1226.
- 3- Chimentão DMN, Domansky, RC. Dermatite Associada a Incontinência. In: Borges EL, Domansky RC. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de janeiro: Editora Rubio; 2012.
- 4- Rosa NM, Inoue KC, Silvino MCS, Oliveira MLF. Tratamento da dermatite associada à incontinência em idosos institucionalizados: Revisão integrativa. Rev. Rene 2013; 14(4): 1031-40.
- 5- Ribeiro JU, Borges EL. Revisão integrativa do tratamento de dermatite associada à incontinência. Revista Estima. 2010; Vol 8 (1):30-39.

*1Clicia Vieira Cunha : Enfermeira, estomaterapeuta, especialista em Enfermagem Clínico-Cirúrgica, Mestranda na área enfermagem, saúde e sociedade pela UERJ.*

*2Danielle Ferreira: Enfermeira, estomaterapeuta, especialista em Enfermagem do Trabalho e em Gestão Empresarial.*

*3Dayse Carvalho do Nascimento: Enfermeira, mestre, estomaterapeuta, coordenadora da Comissão de Curativos HUPE/UERJ, especialista em Terapia Intensiva. daysecnascimento@hotmail.com*

*4Fernanda Felix: Enfermeira, estomaterapeuta.*

*5Priscila Cunha: Enfermeira, estomaterapeuta.*

## Introdução

O termo desbridamento / debridamento tem origem na palavra francesa “*débrider*” que significa “para dar livre curso a”. Este procedimento é descrito como processo de remoção do tecido desvitalizado, partículas e corpos estranhos do leito de uma lesão e visa a viabilização da cicatrização.

Observando literatura estrangeira pudemos reparar que o Enfermeiro apto tecnicamente é autorizado a exercer o desbridamento instrumental cirúrgico e, ao compararmos com a literatura nacional, não existe uma igualdade de embasamento legal entre os próprios Estados.

## Objetivos

Analisar os Documentos Legais que respaldem o desbridamento pelo Enfermeiro.

## Métodos

Análise Documental com abordagem descritiva que teve como base de dados sites dos CORENs dos 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal e o do COFEN;

Período: Março e Abril 2014;

Descritores: desbridamento, debridamento, lesões, curativo e necrose.

Realizou-se posteriormente a análise e discussão dos documentos coletados.

## Resultados

Como resultado da pesquisa, foram localizado seis documentos oficiais que abordavam pelo menos uma vez o termo desbridamento no seu texto. No Quadro 1 encontram-se discriminados o material a ser utilizado na discussão.

Quadro 1: Documentos oficiais sobre Desbridamento pelo Enfermeiro a serem analisados no estudo.

ÓRGÃO	Nº/ANO	TIPO DE DOCUMENTO	TÍTULO
COREN-DF	04/2007	Parecer	“Possibilidade do enfermeiro indicar ou realiza desbridamento cirúrgico.”
COREN-DF	07/2008	Parecer	“Tratamento de Feridas”
COREN-DF	03/2011	Parecer	“Competência do enfermeiro para realização de desbridamento mecânico na assistência domiciliar”
COREN-ES	02/2013	Parecer	“Parecer sobre debridamento de ferida por Enfermeiro”
COREN-MG	65/2000	Deliberação	“Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento de lesões cutâneas.”
COREN-SP	13/2009	Parecer	“Realização de desbridamento pelo Enfermeiro”

Gostaríamos de ressaltar apenas que no estudo de Santos, Oliveira e Silva (2013), as autoras utilizam em sua análise dois documentos dos CORENs de Minas Gerais e Pernambuco que não foram localizados para esta pesquisa.

## Conclusões

Após a busca e análise dos documentos colocamos a não especificidade dos pareceres dos Conselhos Regionais, a não convergência, e, disparidade de informação entre os mesmos.

O Enfermeiro especialista, atualmente não têm embasamento legal, principalmente, no Rio de Janeiro, onde atuamos, especificamente para este procedimento e pode acabar comprometendo sua carteira profissional mesmo tendo a capacidade técnica para proceder.

## Referências

- ASHWORTH J. Conservative sharp debridement: the professional and legal issues. *Professional Nurse*. Vol. 17, n. 10, pp. 585-8. 2002
- BALE, S. A guide to wound debridement. *Journal of Wound Care*, vol. 6, n. 4, pp. 179-182. 1997
- EDWARDS, J. Sharp debridement of wounds. *Journal of Community Nursing*, vol. 14, n. 1, pp. 23-26. 2000
- HARRIS, R.J. The nursing practice of conservative sharp wound debridement: promotion, education and proficiency. *Wound Care*; vol. 7, n. 1, pp. 22-30. Jan-Mar, 2009
- LUZ, S.R.; LOPACINSKI, A.C.; FRAGA, R.; URBAN, C.A. Úlceras de pressão. *Geriatrics & Gerontologia*. Vol. 4, n. 1, pp. 36-43. 2010
- SANTOS, I.C.R.V.; OLIVEIRA, R.C.; SILVA, M.A. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, vol. 22, n. 1, pp. 184-92. Jan-Mar. Florianópolis, 2013

# DESENVOLVIMENTO DE PROJETO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO E CUIDADOS DOS PÉS DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS<sup>1</sup>

William Lima de Castilho<sup>2</sup>  
Mônica Antar Gamba<sup>3</sup>  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>4</sup>  
Rosali Isabel Barduchi Ohls<sup>5</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo em razão da alta prevalência e incidência, bem como também em relação às consequências humanas, sociais e econômicas que determina. Quando não controlado, a DM pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos e sistemas. Dentre as complicações crônicas do DM, as úlceras de pés, também conhecidas como pé diabético, e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico. **Objetivos:** Desenvolver um projeto educativo em um Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA, através do Moodle, sobre a temática "Prevenção de complicações e cuidados com os pés de pessoas com Diabetes Mellitus (DM)" para ser aplicado junto aos graduandos em enfermagem de uma universidade federal da cidade de São Paulo e descrever a avaliação desse ambiente de aprendizagem segundo a perspectiva desses estudantes. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no primeiro semestre de 2014. Para a elaboração do projeto educativo através do AVA foi desenvolvido o conteúdo a respeito da temática, subdividido em 4 capítulos: 1. Introdução ao ambiente Moodle; 2. Noções básicas e fisiopatologia do DM; 3. O pé da pessoa com DM; 4. Abordagem prática - avaliação do pé diabético. Para a avaliação do conteúdo ministrado, a amostra constituiu-se por 31 graduandos, sendo utilizado instrumento contendo questionamentos sobre os aspectos pedagógicos do ambiente virtual de aprendizagem: conteúdo, interação e atividades e aspectos técnicos: qualidade da interface. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição federal de ensino sob o nº 443.679/2013. **Resultados:** As características avaliadas dentro de cada um desses itens foram: conteúdo - pertinência, clareza, aplicabilidade, quantidade e consistência, interação - aluno-aluno, aluno-máquina, aluno-grupo, aluno-professor, atividades - pertinência, clareza, aplicabilidade, quantidade, consistência e avaliação educacional, e qualidade da interface - cores, espaço na tela, letras, figuras e som. Os graduandos avaliaram como favorável o atendimento dos itens compreendidos nas seguintes características: conteúdo (91,6%), interação (52,7%), atividades (85,8%) e qualidade da interface (89,7%). Vale ressaltar que, quanto à característica interação, apesar da maioria das respostas obtidas terem sido consideradas como favoráveis, um número significativo de respostas, 40 (43%) indicaram que essas características foram parcialmente atendidas 4 (4,3%) que não foram atendidas. **Conclusão:** Concluímos que o ambiente virtual de aprendizagem Moodle se mostrou uma ferramenta eficaz de ensino da temática sobre DM e Pé Diabético, uma vez que a maioria dos sujeitos avaliou de forma favorável a utilização dessa estratégia de ensino. Porém, diante dos resultados obtidos, acreditamos que o aspecto relacionado à interação aluno-aluno, aluno-máquina, aluno-grupo e aluno-professor mereça ser mais explorado através de outras pesquisas relacionadas a essa temática.

**Descritores:** Enfermagem; Educação em saúde; Educação à distância; Pé diabético.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica nº 36. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
2. International Diabetes Federation. Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets> (Acesso em: 28 out. 2013)
3. Pedrosa HC, Vilar L, Boulton AJM. Neuropatia e pé diabético. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus: Manual de Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2009, 171 p.
5. Rangel EML, Mendes IAC, Cárnio EC, Alves LMM, Crispim JA, Mazzo A, Andrade JX, Trevizan MA, Rangel AL. Avaliação, por graduandos de enfermagem, de ambiente virtual de aprendizagem para ensino de fisiologia endócrina. Acta Paul Enferm 2011;24(3):327-33

1 Projeto de iniciação científica, desenvolvido através do Programa de Iniciação Tecnológica- PIBIT/CNPq, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Alterações da Integridade Cutaneomucosa e Incapacidades Funcionais – CUIDAR-TE da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo EPE/ UNIFESP.

2 Graduando em Enfermagem – Escola Paulista de Enfermagem – EPE, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. E-mail: will.castilho@hotmail.com

3 Professora Associada Doutora – Departamento de Administração e Saúde Coletiva – DASC, Escola Paulista de Enfermagem – EPE, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. E-mail: antar.gamba@unifesp.br

4 Professora Associada Doutora – Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar – DEAH, Curso de Graduação em Enfermagem – CGE, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br

5 Professora Adjunto Doutora – Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica – DECC, Escola Paulista de Enfermagem – EPE, Universidade Federal de São Paulo, -UNIFESP. Orientadora. E-mail: rosaliohl@hotmail.com - Autora correspondente.

# DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE EDUCACIONAL PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Betânia Mendes Malta Rodrigues Costa<sup>1</sup>  
Ana Lúcia Fernandes Reis<sup>1</sup>  
Mariana Guimarães Cardoso<sup>1</sup>  
Thiago Siqueira da Cunha<sup>2</sup>  
Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>3</sup>

**Introdução** Existem muitos fatores que contribuem para a formação de úlcera por pressão. Uma pressão intensa e prolongada afeta o metabolismo celular pela diminuição ou obliteração do fluxo sanguíneo, resultando em isquemia tecidual e morte do tecido. As úlceras por pressão são localizadas na pele, nas proeminências ósseas, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou uma combinação desses fatores. Com os avanços tecnológicos científicos se faz necessário criar ferramentas para elucidar a importância da prevenção de úlcera por pressão, onde a abordagem preventiva deve incluir uma equipe multidisciplinar, a equipe que cuida, familiares envolvidos e o próprio paciente. Visto que a prevenção de úlcera por pressão é mais importante que as propostas de tratamento, pois, o custo é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente. **Objetivo** Este estudo visa o desenvolvimento de um software de educação on-line, para acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde. **Metodologia** Trata-se de uma pesquisa aplicada, de produção tecnológica científica, sendo o resultado final o desenvolvimento de um software de educação on-line de prevenção de úlcera por pressão, para acadêmicos da área da saúde. Para o desenvolvimento será utilizado o IDE Eclipse (Integrated Development Environment ou Ambiente de Desenvolvimento Integrado) que irá atender às necessidades da aplicação, visto que este programa on-line irá auxiliar na montagem de formulários. A linguagem de programação escolhida é o Java, visto que permite flexibilidade no desenvolvimento e não possui custo para a sua utilização. A aplicação será disponibilizada pela internet e os usuários poderão acessá-la por meio de qualquer navegador. Este trabalho é parte de um projeto mãe intitulado Estudo dos aspectos relacionados ao cuidado de feridas crônicas que foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa, CAAE: 04194712.8.0000.5415 de acordo com a resolução 196/96 que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados esperados** Espera-se com a construção do software, sensibilizar os acadêmicos de enfermagem quanto à importância da prevenção de úlcera por pressão, enfatizando a necessidade de manter a integridade da pele dos usuários da saúde, métodos de prevenção e a utilização do software educacional como base científica para tomadas de decisões, diante das diversidades de casos apresentados e apresentar os resultados no V CEBED.

**Palavras chave:** Úlcera por pressão, Prevenção, Validação de Software, Assistência de Enfermagem.

## Referências Bibliográficas

- 1- POTTER PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem; [tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2009. Consulta da Págs. 1280 a 1297.
- 2- DEALEY C, Cuidando de feridas : um guia para as enfermeiras / Carol Dealey ; tradução Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. 3ª ed. São Paulo : Atheneu Editora, 2008. Consulta das Págs. 121 a 143.
- 3- COSTA JBda, Peres HHC, Rogenski NMB, Baptista CMC. **Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm 2009;22(5):607-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/02.pdf>.
- 4- GOULART FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VMourão. **Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura.** Rev Objetiva 4 2008. Pag. 85-97. Disponível em: (<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>).

---

1) Acadêmicas da 4ª Série do curso de Graduação em Enfermagem FAMERP. Email: betaniamendesm@gmail.com

2) Bacharelado em Ciência da Computação pela Universidade Paulista - UNIP.

3) Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMERP.

\*Este estudo é parte de um projeto desenvolvido pelo Grupo de estudos de assistência em Enfermagem em feridas e cuidados com a pele do curso de Graduação em Enfermagem FAMERP.

## RESUMO

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA DA COMISSÃO DE PELE

OSTHUES, Stela Maris Santana<sup>1</sup>, MENDES, Luciana Batista<sup>2</sup>

Existe uma evolução crescente e contínua em direção a uma assistência integral e individualizada ao paciente, por meio da utilização, na prática clínica, do processo de enfermagem. A sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade de incumbência privativa do enfermeiro, sendo assim, torna-se necessário que este tenha conhecimento científico para aplicar as etapas do processo e atingir melhores resultados. Desta forma, delineou-se este estudo que tem como objetivo mostrar a importância do conhecimento científico da comissão de cuidados com a pele no tratamento de lesão tecidual (necrose) decorrente da má perfusão periférica. Trata-se de um relato de caso de um paciente em choque séptico, em uso de drogas vasoativas, internado na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital particular de Salvador, com indicação de amputação dos quirodáctilos e pododáctilos. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. O resultado demonstrou que houve melhora significativa das lesões com o uso do hidrogel a base de cloreto de sódio a 20%, não sendo necessário realizar amputação dos mesmos. Contudo, destaca-se a necessidade de conhecimento científico na área de cuidados de pacientes com feridas, no sentido da busca da qualidade da assistência, pois é uma área na qual frequentemente a prática é baseada em mitos, tradições e senso comum.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014 / NANDA Internacional; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros *et al.* – *Porto Alegre: Artmed, 2013.*
2. BLANES, Leila e FERREIRA, Lydia Masako. **Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão.** Ed. Atheneu, São Paulo – SP, 2014.
3. DEALEY, Carol. **Cuidando de Feridas.** 3. Ed. Ed. Atheneu, São Paulo – SP, 2008.
4. MIRANDA, Milena Penteado Ferraro *et al.* **Efeito de dopamina e noradrenalina no fluxo sanguíneo regional no tratamento do choque séptico.** Acesso em: 09 de agosto de 2014. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
5. CASTILHO, Nádia Cecília *et al.* **A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil.** Acesso em: 05 de agosto de 2014. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

1. Enfermeira Líder Membro da Comissão de Pele do Hospital Aliança, Salvador – BA, Pós – graduada em Enfermagem Oncológica pela Atualiza. E-mail: [stela@hospitalalianca.com.br](mailto:stela@hospitalalianca.com.br)

2. Enfermeira Estomaterapeuta pela Universidade de Pernambuco – UPE E-mail: [lucianamendes.especialista@gmail.com](mailto:lucianamendes.especialista@gmail.com)

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APRESENTADOS POR CLIENTE COM ERISPELA BOLHOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Figueiredo Ferreira<sup>1</sup>; Bruna Guimarães Ermida<sup>2</sup>, Euzeli da Silva Brandão<sup>3</sup>, Lyvia da Silva Figueiredo<sup>4</sup>, Yasmin Mendes Victor<sup>5</sup>, Simone Martins Rembold<sup>6</sup>

**Introdução:** A erisipela é uma infecção estreptocócica que acomete a derme e o tecido subcutâneo superficial, acompanhada por comprometimento linfático.<sup>1</sup> Esta infecção ocorre devido a entrada do microorganismo através de pequenos traumatismos ou dermatomicoses interdigitais, atingindo muitas vezes a região distal do membro inferior. O quadro clínico é caracterizado por eritema, dor e aumento da temperatura no local, precedidos ou acompanhados por febre.<sup>2</sup> O tratamento de escolha é realizado através de antibioticoterapia sistêmica, além de cuidados de enfermagem como elevação do membro afetado, limpeza da região afetada com soro fisiológico a 0,9 % em jato e aplicação de cobertura não aderente, de acordo com as características da lesão.<sup>2</sup>

**Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International 2012-2014)<sup>3</sup> um cliente acometido por erisipela bolhosa. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem ao cuidar de um cliente com diagnóstico médico de erisipela durante o ensino teórico prático da disciplina Doenças infecciosas e parasitárias do curso de graduação em uma Universidade Federal/RJ. **Resultados:** Os diagnósticos identificados foram: Dor aguda relacionada a agentes lesivos caracterizada por relato verbal de dor; Integridade da pele prejudicada relacionada a mudanças na pigmentação, estado hídrico e turgor caracterizado por rompimento da superfície da pele; Ansiedade relacionado a mudança no estado de saúde caracterizado por relato de preocupações devido a mudança em eventos da vida; Risco de infecção relacionada a defesas primárias inadequadas (tecido traumatizado). **Conclusão:** O estudo permitiu reforçar o conceito e a aplicabilidade do processo de enfermagem no atendimento ao cliente, reconhecendo suas etapas: histórico, identificação dos diagnósticos, planejamento, implementação das ações e avaliação de enfermagem.

### REFERÊNCIAS:

1. Yamada S, Floriano MC. Infecções bacterianas em geral. In: Rotta O. Dermatologia clínica, cirúrgica e cosmiátrica. Barueri: São Paulo 2008. p.109-12.
2. Brandão ES. Cuidados básicos de enfermagem ao cliente com erisipela, leishmaniose tegumentar e pioderma gangrenoso. In: Brandão ES, Santos I dos. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: cultura médica, 2006. p.161-76.
3. NANDA, Diagnóstico de Enfermagem da NANDA International: Definições e Classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

1 Acadêmica de Enfermagem Uff – 9º Período – alinefigueiredoferreira@hotmail.com.

2 Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense – 6º Período.

3 Professora Assistente da Universidade Federal Fluminense.

4 Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense – 7º Período.

5 Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal Fluminense – 7º Período.

6 Professora Assistente da Universidade Federal Fluminense.



## DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS SEGUNDO VARIÁVEIS RELACIONADAS À INSPEÇÃO DOS PÉS DE PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITO 2

Cícero Fidelis\*, Onslí dos Santos Almeida\*\*.

**Introdução:** Amputações de membros inferiores em diabéticos se relacionam significativamente com a presença de úlcera no pé. A identificação precoce de alterações que precedem a úlcera permite a adoção de medidas terapêuticas e preventivas que podem reduzir a ocorrência de ulceração e conseqüentemente de amputação. **Objetivo:** Verificar a distribuição dos indivíduos segundo variáveis relacionadas a achados do exame físico por meio da inspeção dos pés de pacientes portadores de diabetes mellito 2. **Métodos:** Trata-se de um recorte do estudo intitulado “Grau de risco de ulceração e reulceração do pé diabético e fatores associados<sup>1</sup>”. Estudo transversal com base em demanda espontânea de um centro de referência em diabetes e doenças endócrinas da Bahia no período de 2006 a 2008. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, este estudo foi realizado em conformidade com as instruções contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do lócus em estudo. O tamanho amostral foi baseado em frequência do grau de risco para ulceração e reulceração de 10% com razão de prevalência igual a 2,5, alfa igual a 5%, poder igual a 80%, proporção de 1:1 entre expostos e não expostos com um total de 224 indivíduos e obtido por meio do programa estatístico Epi-Info versão 6,0. Foram selecionados 309 pacientes portadores de DM tipo 2 por inclusão consecutiva de pacientes. **Resultados:** Dentre os achados do exame físico verificou-se que 26,7% dos indivíduos apresentavam maceração da pele interdigital compatível com micose. Dentre as deformidades osteoarticulares constatou-se que 2,9% apresentavam dedos sobrepostos, 9% dos indivíduos apresentavam dedos “em martelo” ou “em garra”, 9,4% apresentavam joanete de primeiro pododáctilo, 20,1% apresentavam joanete de quinto pododáctilo, 15,9% apresentavam proeminência óssea em antepé e 0,9% em médio pé. Observou-se a presença de calos em 31,8% dos indivíduos. Com relação à referência de passado de úlceras e amputações, constatou-se úlcera prévia em 8,1% dos indivíduos e 2,9% e 3,6% apresentavam amputações prévias envolvendo pododáctilos em pé direito e esquerdo, respectivamente. **Conclusão:** A relevância científica e a facilidade de identificação dos achados do exame físico supracitado justificam a discussão desse tópico que pode ser utilizada por dirigentes do local do estudo, a fim de considerar a inclusão rotineira da investigação e registro desses achados nos pés de todos os portadores de DM 2 durante o exame clínico, independente de especialidade, e discutir a possibilidade dessa identificação ser feita também nas sessões de educação com a equipe de enfermagem, tendo em vista o expressivo número de diabéticos cadastrados na unidade com a conseqüente adoção de medidas preventivas e terapêuticas oportunas.

**Palavras chave:** Diabetes Mellitus, Pé diabético, Promoção da saúde.

### REFERÊNCIAS

1. Fidelis C. Grau de risco de ulceração e reulceração do pé Diabético e fatores associados. Dissertação - Mestrado em Medicina e Saúde - UFBA. 2011.

---

\*Professor Adjunto do Depto. De Cirurgia da Fac. Medicina-Univ. Federal da BA; Coordenador do Ambulatório de Pé Diabético do Centro de Referência em Diabetes da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; Título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vasculare pela Soc. Brasileira de Angiol. e Cirurg. Vasculare; Título de Mestre pelo Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Fac. de Medicina da Univ. Federal da Bahia.

\*\* Bacharel em Enfermagem pela Universidade Jorge Amado (Salvador/BA); Especializanda em Podiatria Clínica pela Faculdades Integradas de Guarulhos (SP/SP). Contatos: onslí10@hotmail.com. Telefone (71) 9171-2053.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA DIABÉTICOS: PREVENINDO AS COMPLICAÇÕES COM OS PÉS.

Roseanne Montargil Rocha<sup>1</sup> Verônica Rabêlo Amaral<sup>2</sup>, Onli dos Santos Almeida<sup>3</sup>, Maria Luisa Ferreira Dantas<sup>4</sup>.

**Introdução:** O diabetes mellitus é um sério problema de saúde pública que afeta de 3% a 5% da população mundial (1,3). A educação na assistência ao pé é mais que transmitir informações, seu objetivo primordial é a mudança de comportamento. Esta educação envolve a pessoa diabética em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, as pessoas precisam ter conhecimentos acerca daquilo de que necessitam e que desejam (1,2). Este estudo teve como objetivo elaborar e implantar um Programa de Educação Permanente voltado para a prevenção do pé diabético.

**Material e métodos:** A amostra foi composta por 55 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão: ser diabéticos tipo 2, estar cadastrados na Associação dos diabéticos; autorizar participar do estudo e assinar o termo livre e esclarecido. Como critério de exclusão: apresentar problemas mentais ou psicológicos que o impeçam de participar do grupo educativo e responder ao questionário e/ou entrevista. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética de uma Universidade Pública (Protocolo de Pesquisa nº 093). A metodologia utilizada nos grupos educativos foi baseada na da problematização. A amostra foi dividida em 3 grupos, 2 com 20 pessoas e 1 com 15, independente do grau de escolaridade e da idade. Os objetivos do programa foram abordados através de dinâmica interativa e o programa foi iniciado por meio de oficinas teórico-práticas, com sessões de 60 minutos. A análise foi baseada em estatística descritiva. **Resultados e Discussão:** Dos 55 sujeitos a maioria foi sexo feminino, na faixa etária de 60 a 79 anos, com tempo de diagnóstico de 6 a 10 anos. Houve um percentual elevado de hipertensão arterial e obesidade, seguidos de catarata, retinopatia e doença vascular periférica. Nos 3 grupos os resultados apontaram que os diabéticos não realizam cuidados básicos ou os fazem de maneira inadequada, usando calçados inadequados, corte das unhas de forma errônea gerando o encravamento, a não hidratação dos pés propiciando o ressecamento e a fissura, além do hábito de andar descalço. **Conclusão:** Este estudo nos mostra que o modo como às pessoas diabéticas interpretam os cuidados e a complicação pé diabético, estabelece a adoção de comportamentos na prevenção do mesmo. Isto nos aponta para a necessidade de considerarmos a individualidade dos sujeitos e do seu meio ambiente no delineamento das intervenções educativas. Acreditamos que as atividades e os programas de educação em relação aos cuidados com os pés, podem melhorar os procedimentos de assistência ao pé e diminuir a morbidade do membro inferior, com conseqüente melhora na qualidade de vida.

1.AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care. Diabetes Care 22(8); 1354- 1360. 1999.  
2. PHAM R, et al. Screening Techniques to Identify People at High Risk for Diabetic Foot Ulceration: A prospective multicenter trial. Diabetes Care 23:606–611, 2000. J. 3.APELQVIST, J.; BAKKER K.; VAN HOUTUM W. H.; SCHAPER N. C. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. Diabetes Metabolism Researches and Reviews; 24(Suppl 1): S181–S187, 2008.

---

1 Enfermeira, Estomaterapeuta. Doutora em Ciências. Professora Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. roseannemontargil@gmail.com

2 Graduanda de enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz. Bolsista de Extensão.

3 Enfermeira do Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – CEDEBA.

4 Graduanda de enfermagem da UESC. Bolsista PET-Vigilância.

## EFEITO DA REFLEXOLOGIA PODAL NA SUPERFÍCIE PLANTAR: ELASTICIDADE, HIDRATAÇÃO, TEXTURA, ESPESSURA E INTEGRIDADE DA PELE

Natália Chantal Magalhães da Silva\*, Denise Hollanda Iunes, Érika de Cássia Lopes Chaves, Danielle Cristina Garbuio, Cristina Mara Zamarioli, Emília Campos de Carvalho

**Introdução:** Dentre os agravos provocados pela diabetes mellitus, observa-se o alto risco para o desenvolvimento de lesões plantares<sup>1</sup>. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na implementação de ações que tenham efeito na prevenção da ruptura do tecido cutâneo<sup>2</sup>. A reflexologia podal, portanto, surge como uma proposta de intervenção, uma vez que por meio do estímulo em pontos específicos da superfície plantar, é possível atuar no controle de alterações locais e sistêmicas, promovendo o equilíbrio do organismo<sup>3</sup>. **Objetivos:** Avaliar o efeito da reflexologia podal sobre a elasticidade, hidratação, textura, espessura e integridade da pele da superfície plantar. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico, randomizado, controlado e mascarado, cujo projeto integral foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE (Protocolo: 07183512.1.00005142) e registrado no portal de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos – REBEC (Protocolo: RBR-8zk8sz). A amostra foi constituída por 45 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 há, no mínimo, cinco anos, acompanhados por dois serviços de atenção primária de um município do Sul do Estado de Minas Gerais. Como critérios de exclusão, foram considerados: presença de úlceras nos pés; amputações nos membros inferiores; hipertensão arterial descontrolada; trombose nos membros inferiores; comprometimento da capacidade cognitiva; e, tratamento anterior com reflexologia. Por meio da randomização estratificada por sexo, idade e tempo de diagnóstico da doença, os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo Tratado (n=21), que recebeu orientações de autocuidado com os pés e foi submetido a três sessões semanais de reflexologia podal, totalizando 12 sessões em um período de 30 dias; e, Grupo Controle (n=24), que recebeu apenas orientações de autocuidado com os pés. Dentre as variáveis estudadas no projeto, para o presente relato selecionou-se a elasticidade, a hidratação, a textura, a espessura e a integridade da pele da superfície plantar, avaliadas por um profissional treinado, antes de qualquer intervenção e após o alcance da décima segunda sessão de reflexologia podal. Tais variáveis compõem parte do instrumento, previamente avaliado por enfermeiros com experiência em lesões cutâneas. Foi possível classificar cada variável em extremamente comprometida (escore 1), substancialmente comprometida (escore 2), moderadamente comprometida (escore 3), levemente comprometida (escore 4) e sem comprometimento (escore 5). O tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do teste Qui-quadrado, Exato de Fisher, Mann-Whitney e Teste T para amostras independentes. **Resultados:** Os resultados demonstram diferenças significativas entre os grupos com relação às variáveis analisadas. Nesse sentido, após 12 sessões de reflexologia podal, os participantes do Grupo Tratado apresentaram melhores escores de comprometimento na elasticidade, na hidratação, na textura, na espessura e na integridade da pele da superfície plantar, o que não foi observado nos participantes do Grupo Controle. **Conclusão:** Este estudo demonstrou efeito da reflexologia podal sobre a pele da superfície plantar de pessoas com diabetes mellitus. Recomenda-se, contudo, a realização de outros estudos que confirmem o efeito da terapia e, dessa forma, certifiquem a aplicação da mesma na área da saúde. **Agradecimento:** Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento do projeto.

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 1: 11-66.

2. Willens D, Cripps R, Wilson A, Wolff K, Rothman R. Interdisciplinary Team Care for Diabetic Patients by Primary Care Physicians, Advanced Practice Nurses, and Clinical Pharmacists. *Clinical Diabetes*. 2011; 29(2): 60-68.

3. Ernst E, Posodzki L. Reflexology: an update of a systematic review of randomized clinical trials. *Maturitas*. 2011; 68(2): 116-120.

\*Doutoranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP). Email: nchantal@usp.br

## EFICIÊNCIA DO COLCHÃO PIRAMIDAL, DENSIDADE 33, NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

*Regina Helena Squizzato1  
Nádia Antônia Aparecida Poletti2  
Carla Maria Fonseca Simão3  
Cristiane Carvalho da Silva4  
Betânia Mendes Malta Rodrigues Costa5  
Vanessa Beatriz Borges Queiroz5*

**Introdução:** As úlceras por pressão são feridas crônicas, preveníveis, que reduzem a qualidade de vida, aumentam o tempo de internação, os gastos hospitalares e o tempo gasto pelo serviço de enfermagem. **Objetivo:** Avaliar a eficiência do colchão piramidal, densidade 33, na prevenção e controle de úlceras por pressão. **Metodologia:** Está sendo realizado um estudo transversal, descritivo exploratório de caráter prospectivo. A coleta de dados esta sendo realizada na Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital escola do interior de São Paulo. Foram incluídos no estudo pacientes adultos, acima de 18 anos, que estavam internados na unidade citada por um período acima de 10 dias, que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido e que apresentavam pele íntegra no momento da admissão. A amostra é dividida em três grupos, o grupo A que faz uso do colchão piramidal D26, o grupo B, que faz uso do colchão piramidal D33 mais a capa impermeável e o grupo C que faz uso do colchão pneumático de ar. Os dados estão sendo coletados por meio de um instrumento que contem os itens descritivos como: nome, prontuário, idade, sexo, diagnóstico médico, uso de fralda, hábito intestinal, condição nutricional/IMC, data de internação hospitalar, data de admissão na Unidade de Cuidados Paliativos, data da alta, óbito ou transferência e a pontuação na Escala de Braden, que mede o risco do paciente desenvolver úlceras por pressão. Para avaliação das condições da pele, e ocorrência de úlceras por pressão, esta sendo utilizada uma tabela elaborada pela pesquisadora, que consta as regiões da pele a ser analisadas. Esta avaliação está sendo realizada três dias por semana. Este trabalho faz parte de um Projeto Mãe que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 04194712800005415. **Resultados parciais:** Como resultados parciais podem ser citados a redução do custo final do uso do colchão piramidal densidade 33. O colchão piramidal densidade 26 é de uso único, portanto, descartado e trocado todos os dias; o colchão piramidal densidade 33 não é descartável e pode ser utilizado por um período de até 6 meses sem apresentar deformidades, mantendo sua eficiência na prevenção de úlceras por pressão, além disso, como possui uma capa impermeável, que permite sua limpeza, pode ser utilizado em vários pacientes. Contabilizando o custo final após 6 meses de uso dos dois colchões, pôde-se verificar uma economia total de 98% com o uso do colchão piramidal densidade 33 associado a capa impermeável. Apresentaram coleta de dados completa até o presente momento quatro pacientes, todos fizeram uso do colchão piramidal densidade 33 associado a capa impermeável, com um tempo médio de internação de 10 dias e nenhum dos pacientes desenvolveram úlceras por pressão. **Conclusão:** O colchão piramidal densidade 33 é eficiente na prevenção de úlceras por pressão e apresenta um custo final menor, comparado ao padronizado pela instituição.

**Descritores:** eficiência, colchão piramidal, prevenção e controle, úlcera por pressão.

### Referências:

1. Miranda, LA; Ramos, RS; Oliveira, OVS; Ramos, LT; Spezani, RS; Souza, RM. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes internados em unidades de clínica médica. Revista de Enfermagem Atual In Derme, 2012; 63, 7-13.
2. Wada, A; Neto, NT; Ferreira, MC. Úlceras por pressão. Ver Med (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4):170-7.
3. Stein, EA; Santos, JLG; Pestana, AL; Guerra, ST; Prochnow, AG; Erdmann, AL. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para a prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. R. pesq.: cuid. Fundam. Online 2012. Jul./set. 4(3):2605-12

*1. Enfermeira Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Email para contato: iza\_re@hotmail.com*  
*2. Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.*  
*3. Enfermeira Mestre EERP-USP, especialista em Enfermagem Dermatológica, Estomaterapeuta pela FAMERP.*  
*4. Enfermeira membro da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de São José do Rio Preto.*  
*5. Acadêmicas do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, integrantes do Grupo de Curativos da FAMERP.*

## ELABORAÇÃO DE INDICADORES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Thiago Moura de Araújo<sup>1</sup>; Márcio Flávio Moura de Araújo<sup>2</sup>; Luana Nunes Caldini<sup>3</sup>; Joselany Áfio Caetano<sup>4</sup>; Alan Sidney Jacinto da Silva<sup>5</sup>.

**INTRODUÇÃO:** Os indicadores são utilizados para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e servem como parâmetro para avaliação e realização de possíveis mudanças em instituições ou setores específicos de uma organização. Os indicadores em saúde são motivo de preocupação por parte dos gestores, por entenderem que eles ajudam o serviço a operar de modo eficiente, prático e seguro, adequando atividades e produtos em um contexto de rápidas mudanças. Ressalta-se que entre as instituições e os indicadores estão os pacientes que irão refletir esses resultados. Entre as características de um bom indicador, destacam-se sua disponibilidade, confiabilidade, validade, abrangência, objetividade e baixo custo (BOHOMOL, 2010).

**OBJETIVOS:** Elaborar e avaliar indicadores da assistência de enfermagem relacionadas a prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UP). **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo transversal com abordagem descritiva exploratória. O estudo foi realizado no segundo semestre de 2011 em uma UTI pública de Fortaleza/Ce. Os indicadores utilizados nesta pesquisa foram selecionados a partir de estudos sobre Práticas Baseadas em Evidências (PBE) e das recomendações do EPUAP e do NPUAP sobre medidas preventivas e cuidados com UP, são eles: Prevalência e incidência de UP; Realização de medidas preventivas; Descrição da pele/lesão no prontuário; Utilização de escalas de avaliação de risco para UP e Associação do curativo utilizado ao estágio da lesão. A permanência inferior a 48 horas na unidade foi utilizada como critério de exclusão dos sujeitos, devido ao curto período para avaliação dos indicadores selecionados. **RESULTADOS:** Obteve-se um total de 69 pacientes internados e a amostra, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foi composta por 47 pacientes. Dos elegíveis para a pesquisa, somente 25 (53,2%) apresentaram UP. Os problemas mais relevantes destacados na pesquisa foram a descrição incorreta da lesão em 100% dos pacientes; ausência da descrição da lesão no dia do surgimento no paciente em 22 casos (88%); falta de consenso entre os enfermeiros na evolução do estadiamento da UP (68%); associação incorreta do produto utilizado para ferida com relação à descrição no prontuário (72%) e a diferença da localização da lesão no registro do prontuário em 80% dos pacientes. **CONCLUSÃO:** Observa-se a necessidade crescente de elaboração de indicadores para avaliação da assistência de enfermagem relacionada aos cuidados com feridas e a documentação completa da lesão, condutas, estágio, localização, surgimento de lesões, evolução da lesão e medidas instituídas devem ser uma preocupação dos enfermeiros durante o momento do registro no prontuário.

### REFERÊNCIAS

BOHOMOL, E. **Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** In: INNOCENZO, MD' (Coord). 2ª Ed. Martinari, São Paulo/SP, 2010. p99-115.

---

1 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: marciolfma@unilab.edu.br

3 Enfermeira. Instituto do Cancer do Ceará (ICC). E-mail: luanacaldini@yahoo.com.br

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

5 Acadêmico de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: alan.enf@outlook.com

# ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Rogério Ribeiro1  
Simone Diamantino Viana Laranjeira2  
Aldacy Gonçalves Ribeiro3

**Introdução:** O tratamento de feridas, principalmente as crônicas, constitui um desafio na assistência à saúde, pois demanda cuidados prolongados com hospitalização ou cuidados domiciliares especializados que requerem enfermagem especializada e materiais dispendiosos<sup>1,2</sup>. A cicatrização mais rápida destas feridas pode resultar em menor tempo de hospitalização e retorno mais rápido às funções habituais do paciente, resultando em diminuição dos custos diretos e indiretos<sup>1,5</sup>. Com isso, nos últimos anos, vários curativos industrializados tem surgido no mercado médico mundial, com diversos dispositivos e diferentes tecnologias para o tratamento de lesões de pele e a terapia com pressão negativa tem se tornado uma alternativa inovadora no tratamento de diversos tipos de feridas<sup>2,4</sup>. Essas tecnologias objetivam reduzir o tempo de cicatrização, prevenir complicações levando a cura e melhorar a qualidade de vida das pessoas com feridas, além de reduzir os gastos do setor de saúde<sup>5</sup>. A terapia com pressão negativa ou fechamento de feridas assistido a vácuo, consiste na colocação de um curativo com uma gaze ou espuma de células abertas, dentro da cavidade da ferida, recoberto com um plástico selante e aplicação de pressão negativa controlada e localizada para estimular a cicatrização de feridas agudas e crônicas<sup>1,3,5</sup>. Esta técnica visa possibilitar menor manipulação da lesão, reduzir o edema, retirar o excesso de fluidos e melhorar a circulação local, o que levaria à maior granulação e, conseqüentemente, aceleração do fechamento da ferida<sup>3,4,5</sup>. O uso da terapia atua no aumento da perfusão sanguínea local, acelerando a formação do tecido de granulação favorecendo o processo de cicatrização<sup>1,4,5</sup>. **O objetivo** deste estudo foi descrever a experiência de construção de um instrumento para avaliação da terapia de pressão negativa aplicada no tratamento de feridas que está sendo testado pela Comissão de tratamento de feridas de um hospital público da cidade de Salvador-Ba. **Método:** Para esta construção, utilizaram-se estudos formulados com base na literatura sobre tecnologias utilizadas no tratamento de feridas e as recomendações baseadas em evidências para o uso de terapia com pressão negativa em feridas. O instrumento para avaliação da tecnologia, intitulado de formulário para avaliação de curativo com pressão negativa, foi avaliado e validado por membros da Comissão de Tratamento e Prevenção de Feridas da instituição conforme: diagramação e dinamicidade no processo. **Resultados:** O instrumento tem permitindo um registro organizado e direcionado dos dados dos produtos existentes no mercado, das respostas das lesões com uso da terapia, manuseio, reações e comportamento dos pacientes e equipe com o uso do curativo. **Conclusão:** O uso do instrumento, no cotidiano da Comissão e do serviço de tratamento de feridas, tem facilitado a avaliação desta tecnologia para melhor indicação do produto a ser padronizado na instituição considerando o melhor custo benefício e perfil epidemiológico dos pacientes.

**Palavras-Chave:** curativos; terapia com pressão negativa; tecnologias em saúde; tratamento de feridas;

## Referências:

- 1- MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. Ed. 1ª. –São Paulo: Martinari, 2010.
- 2- LIMA, Angela Cristina Beck; GUERRA, Diana Mendonça. **Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100029>.
- 3- S.VIG et al. **Recomendações baseadas em evidências para o uso de terapia para feridas com compressão negativa em feridas crônicas: Etapas em direção a um consenso internacional**. *Journal of Tissue Viability*(2011) 20, s1-s18. Elsevier LTDA. Disponível em <<http://www.elsevier.com/locate/jtv>>. Acessos em 10 set. 2014.
- 4- SMANIOTTO, Pedro Henrique de Souza et al. Tratamento clínico das feridas - curativos. **Revista de Medicina**, Brasil, v. 89, n. 3/4, p. 137-141, dez. 2010. ISSN 1679-9836. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46287/49943>>. Acesso em: 13 Set. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v89i3/4p137-141>.
- 5- CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional**. Salvador: Atualiza Editora, 2012.

---

1 Enfermeiro. Sanitarista, Especialista em Urgência e Emergência. Membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Coordenador de Padronização do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rogerio.ribeiro28@yahoo.com.br.

2 Enfermeira. Intensivista. Pós Graduada em Enfermagem em Estomaterapia pela FAMERP-SP. Coordenadora do Serviço de Atenção a Pessoas com Feridas e Estomias do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: simone.viana@gmail.com

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: aldacygoncalves@yahoo.com.br.

## EMBOLISMO PULMONAR COMO FATOR DE MORBIDADE EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO: UM RELATO DE CASO

Maria José Leite de Medeiros<sup>1</sup>  
Priscilla Tereza Lopes de Souza<sup>2</sup>  
Jussara de Lucena Alves<sup>3</sup>  
Jocelly de Araújo Ferreira<sup>4</sup>  
Egillane Madza Mendes Santa Cruz<sup>5</sup>

**OBJETIVO:** Destacara relevância do tromboembolismo venoso como fator de morbidade em um paciente grande queimado.  
**RELATO DE CASO:** W.A.R sexo masculino, 18 anos, solteiro, católico, ensino médio incompleto, vítima de queimadura por chamas após explosão em tanque-pipa. Suas informações foram obtidas através de revisão de prontuário, entrevista da equipe médica e visualização de exames diagnósticos. Deu entrada na emergência de um Hospital de referência para queimados, com comprometimento de 62% de superfície corporal (*Diagrama de Lund- Browder*), apresentando queimaduras de II e III graus em membros superiores, dorso e face. Foi internado hemodinamicamente estável, com Glasgow 15, consciente, orientado, hidratado, normocorado, anictérico, acianótico, eupnéico e normotenso. Negou alergias, HAS, DM e outras patologias pregressas. Além do tratamento para as queimaduras, iniciou-se profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) com heparina de baixo peso molecular (HBPM) no primeiro dia de internação. Apresentou, após 10 dias, TVP de membro inferior evoluído para embolia pulmonar não fatal. Foi intubado, sedado e encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva, onde se realizou punção venosa central em veia subclávia esquerda, que durante o internamento evoluiu com quadro de infecções por: *Staphylococcus warneri*, *Acinetobacter baumannii*, *Candida tropicalis* e *Pseudomonas aeruginosa*. No decorrer do tratamento das feridas foram realizados desbridamentos mecânicos durante as trocas de curativos na balneoterapia, utilizando coberturas como: Gaze de rayon, Hidrogel com polihexametilbiguanida, Sulfadiazina de Prata 1% e Colagenase. Para eficácia do tratamento, foi necessário a combinação dos curativos com a antibioticoterapia, firmado no uso de Maxcef, Meronen, Vancomicina, Polimixina B, Amicacina e Aciclovir, respeitando as devidas mudanças de esquema nos tempos determinados; além dessa terapêutica, utilizou-se HBPM para prevenir novo episódio de TVP. Foi traqueostomizado após 13 dias da intubação, e posteriormente iniciado desmame da ventilação mecânica. Passados 15 dias, ao apresentar estabilidade respiratória e mobilidade ativa, foi decanulado. Permaneceu na UTI durante 33 dias, com melhora do quadro clínico, sendo encaminhado para a enfermaria de queimados, onde realizava fisioterapia motora, respiratória, acompanhamento psicológico e a continuidade dos cuidados com as lesões. **CONCLUSÃO:** Os pacientes queimados mostram risco elevado de desenvolver tromboembolismo pulmonar devido à imobilização, repetidos procedimentos cirúrgicos e uso de cateteres centrais. Foi alcançada evolução satisfatória após estabelecimento de sistematização da assistência multiprofissional com suporte imediato à complicação. O desmame de ventilação em tempo adequado e os cuidados de enfermagem efetivos foram cruciais na boa evolução do paciente.

### REFERÊNCIAS

1. MAGALHÃES, F. L. et al. Embolismo pulmonar não fatal em paciente queimado. Revista Brasileira de Queimaduras, 2010; 9(2):72-8.
2. BESSA, D F; RIBEIRO, A L S; MENDONÇA, M C; BESSA, I F; ALVES, M A; MOREIRA A M. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Queimados no Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande - Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Volume 10 Número 1 Páginas 73-80 2006 ISSN 1415-2177.

1. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Paraíba-PB, Brasil. Especialista em Programa de Saúde da Família pela Universidades Integradas de Patos/PB. mariajoseleite90@hotmail.com. Tel.: 83-9305-0799
2. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Residente em Terapia Intensiva no Hospital da Restauração. priscillasouza\_@hotmail.com
3. Enfermeira, graduada pela Faculdade do Vale do Ipojuca/FAVIP. Residente em Emergência Geral no Hospital da Restauração. jussaradelucena@gmail.com
4. Enfermeira. Professora Mestre da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande-PB, Brasil. Mestre pela Universidade do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil.
5. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Albert Einstein, São Paulo-SP, Brasil. egillane@hotmail.com.

## ENVELHECIMENTO CUTÂNEO: possibilidade de intervenção preventiva

Tais Masotti Lorenzetti Fortes<sup>1</sup>, Ivana Barbosa Suffredini<sup>2</sup>, Melissa Rodrigues de Lara<sup>3</sup>

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida, doenças com incidência relacionadas a desgastes físicos se tornam mais freqüentes. A pesquisa de produtos ou incrementos que possam melhorar este período de vida são relevantes, enfatizando-se os cuidados de enfermagem referentes à pele do idoso.

São fatores que afetam a permeação cutânea: espessura da pele, local de aplicação do produto, fluxo sanguíneo, hidratação da camada córnea, recursos estéticos, quantidade de aplicações, temperatura e umidade.

O envelhecimento cutâneo é evidenciado pela diminuição das secreções endócrinas e estreitamento das arteríolas cutâneas, o que afeta as reações enzimáticas do tecido conjuntivo e estruturas epiteliais, e interfere com a nutrição tissular e com o metabolismo do colágeno.

A descamação da pele do idoso, principalmente nas extremidades, é bem marcada, sendo causada por diminuição da secreção sebácea, por mudanças nos lipídios, associadas a um menor conteúdo de água, que predispõe a pele a maior ressecamento e leva ao aparecimento de fissuras, com resistência diminuída à agressão de substâncias alcalinas, como sabões e outros produtos químicos.

**Objetivo:** Desenvolver produtos cosmeceuticos funcionais que auxiliem o cuidar da Enfermagem e que concomitantemente interfira, de algum modo, na manifestação das alterações fisiológicas da pele do idoso.

**Métodos:** A proposta de avaliação de um fitoterápico que aja sobre a pele íntegra preservando-a, recai sobre a associação de óleo de semente de uva (anti oxidante), óleo de semente de girassol (hidratante), ósseo de copaíba (cicatrizante) e óleo de erva baleeira (anti-inflamatório). Foram preparadas formulações de cremes que associe os óleos em concentrações diferentes.

Seguem duas fases de experimentos após a elaboração da formulação.

A primeira fase se refere aos testes pertinentes ao próprio fitoterápico, sua ação e testes de toxicidade *in vitro*, além de testes de estabilidade da formulação proposta, triando-se as melhores

formulações. Testes de estabilidade das formulações: determinação do pH, centrifugação, Estresse térmico, teste de Estabilidade Acelerada. Testes realizados em triplicata.

A segunda fase se aplica a testes a serem realizados em modelos vivos. Nesta fase são realizados estudos de sensibilidade e compatibilidade (irritabilidade dérmica primária, cumulativa e sensibilização dérmica) (Parecer CEP CAAE:

30427514.1.0000.5512). Etapa de irritabilidade dérmica cumulativa. Aplica-se apósitos semioclusivos, no dorso dos voluntários, contendo os medicamentos em estudo. Após 48 horas são retirados os apósitos e realizada a avaliação dos sítios de aplicação, novas leituras após 72 e 96 horas. São avaliados 30 voluntários, duas formulações teste e uma comercializada, Pilsana®.

**Resultados:** Na fase de estabilidade houve a reprova de formulações com 2% de óleo de copaíba por apresentarem descaracterização do aspecto e cor. Todos os demais aprovados.

Na fase de testes de sensibilidade, dos 30 voluntários, uma apresentou irritação da pele na região de aplicação do patch e não em região de contato com os cremes. Todos os demais não apresentaram reações de irritação cutânea.

**Conclusão:** os cremes elaborados com a associação de óleo de semente de uva, óleo de semente de girassol, ósseo de copaíba e óleo de erva baleeira apresentam estabilidade técnica e nenhuma reação de irritabilidade.

### Referências Bibliográficas:

Antonio, M. E. C. O.; Sato, M. E. O. **Permeação Cutânea *in vitro* como ferramenta auxiliar para o estudo de formulações semi-sólidas de cetoconazol para aplicações tópicas.** 2007. Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Azulay, R. D. **Dermatologia.** 5ª. 2008.

Guaratini, T.; Medeiros, M. H. G.; Colepicolo, P. **Antioxidantes na manutenção do equilíbrio redox cutâneo: uso e avaliação de sua eficácia.** *Química Nova*, v. 30, 2007.

1. Enfermeira, Aluna do Programa de Doutorado em Patologia Experimental e Ambiental, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, São Paulo, SP, Brasil; taisfortes5@gmail.com

2. Farmacêutica, Responsável pelo Laboratório de Extração do Núcleo de Pesquisas em Biodiversidade, Universidade Paulista - UNIP, Professora e orientadora do Programa de Doutorado em Patologia Experimental e Ambiental,

3. Enfermeira, Aluna do Programa de Doutorado em Patologia Experimental e Ambiental, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, São Paulo, SP, Brasil



## EPIDERMOLISE BOLHOSA: EB RELATO DE CASO

**Autora: Angela Maria Marçal**

**Introdução:** Paciente SFS do gênero masculino, 12 anos, natural do Piauí, Brasil. Paciente primogênito de parto cesariana nasceu com os membros inferiores sem a epiderme, incluindo parte inferior do pé direito, bolhas na boca, após o terceiro dia surgiram formações de novas bolhas na cabeça. Família procedente do Piauí, veio para São Paulo em abril de 2013, em busca de tratamento. **Objetivo:** Melhorar a qualidade de vida, alívio da dor, redução do trauma, aderência da cobertura, diminuir o prurido, facilitar a troca, redução de trocas dos curativos, facilidade de aplicação da cobertura. **Método:** Avaliação visual que constatou que o paciente apresentava 90% de lesões: úlceras, bolhas e erosões no corpo. As lesões apresentavam-se em necrose de liquefação, tecido de granulação, serosa, serosanguinolenta, crostas e bordas maceradas, odor fétido. Desde o seu nascimento utilizou vários tipos de tratamentos com diferentes graus de sucesso e aceitação. Para a realização da limpeza e remoção das crostas foram utilizados PHMB surfactante (solução e creme) placa de membrana polimérica em algumas regiões conforme apresentação e característica das lesões com ou sem prata; membrana de celulose nas lesões superficiais sem infecção; Laser de baixa intensidade 660nm duas vezes na semana por quatro semanas na cavidade oral e nas lesões. Na avaliação foram constatados lesões em membros inferiores, membros superiores, ombros, dorso e pescoço. **Resultados:** A utilização do PHMB Aquasept® auxiliou na redução da flora bacteriana diminuindo o odor e o creme PHMB Dermaid® atuou na hidratação da pele que facilitou a remoção e não formação de novas crostas. A cobertura anterior foi substituída para cobertura Polymem® que possui vantagens como: ser permeável ao vapor, ter alta capacidade de absorver e reter exsudato, manter equilíbrio térmico, a glicerina não permite aderência na lesão, hidratante e bacteriostático, o surfactante F-68 auxilia na remoção sem debris, os componentes da membrana polimérica contribuíram para o processo da cicatrização das lesões. Nas lesões superficiais e sem infecção com baixo exsudato foi utilizada membrana de celulose Biocel® que auxilia o processo de cicatrização, não havendo necessidade de troca diária e sendo um substitutivo da pele. A utilização do Laser de Baixa Intensidade proporcionou a melhora da dor, redução das lesões bolhosas sem as suas rupturas e acelerou o processo de cicatrização das lesões prévias. **Discussão:** O tratamento teve impacto na qualidade de vida. As feridas continuam diminuindo de profundidade e tamanho com raras formações de novas bolhas e sem formação de crostas, como também a redução das trocas das coberturas. O SFS, não refere mais dor na hora do banho e nas trocas dos curativos. **Conclusão:** Podemos concluir que, com a diminuição da formação de novas de bolhas e lesões, e com menor trocas de curativos atraumáticos e com um tratamento individualizado e personalizado o paciente e a sua família tiveram melhora a qualidade de vida.

**Palavras chaves:** epidermolise bolhosa, assistência, qualidade de vida, curativo.

### Referencias:

1. Fonseca JCM, Obadia I. Epidermolise bolhosa: Recentes avanços. An Bras Dermatol. 1990; 66: 171-4.
2. Almeida Jr HL. Genética Molecular das Epidermolises Bolhosas. An Bras Dermatol. 2002; 77: 519-32.
3. Horn HM, Tidman MJ. The clinical spectrum of dystrophic epidermolysis bullosa. Br J Dermatol. 2002; 146: 267-74.
4. McKenna KE, Walsh MY, Bingham EA. Epidermolysis bullosa in Northern Ireland. Br J Dermatol. 1992; 127: 318-21.
5. Marinkovich MP, Pai S. Epidermolysis bullosa: new and emerging trends. Am J Clin Dermatol. 2002; 3: 371-80.

## Espuma de poliuretano com prata como terapia tópica em úlcera venosa

*Enfermeira Patricia Vera<sup>1</sup>*

*Enfermeira ET Rosiane Bittencourt<sup>2</sup>*

**Introdução:** As úlceras de perna, constituem-se em um problema grande de abrangência mundial, sendo responsável por índices de morbidade e mortalidade significativos. Tendem à cronicidade, recidivas e comprometem a mobilidade física, a capacidade funcional e a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso da espuma de poliuretano com prata no manejo do exsudato, promoção do meio úmido para cicatrização associada ao uso da bota de unha.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em uma paciente acompanhada pela equipe de atenção domiciliar, no período 13 de agosto a 08 de setembro de 2014. A evolução da lesão foi acompanhada pela mensuração antes do uso da cobertura de espuma de poliuretano com prata e acompanhamento a cada troca de curativo, sendo que o início do tratamento com a cobertura se deu em 13 de agosto de 2014 com realização de 6 (seis) trocas no período, sendo a primeira troca em 3 dias e demais com intervalos de 5 dias, com registros de fotos e relato em prontuário com objetivo de epitelização da ferida para assim se dar início a radioterapia. A limpeza do leito da ferida foi feita com solução salina a 0,9% morno e ocluída com cobertura de espuma de poliuretano com prata associada a bota de unha, na terceira troca, já evidenciou-se a diminuição do exsudato e odor e retração de bordas significativas. Destaca-se que a pesquisa respeitou os termos da resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O paciente concordou em participar desta pesquisa assinando o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). **Relato de caso:** Paciente I.J., sexo feminino, 84 anos, HAS controlada, artrite, artrose, CA de cólon, com estoma terminal e CA de pele. Apresenta úlcera venosa aberta há aproximadamente 50 anos em região tibial em MIE, em maio de 2014 com diagnóstico de CA de pele, encaminhada ao radiologista que sugeriu radioterapia após epitelização da ferida. Inicialmente 27 de maio, ferida friável, tecido de granulação em 100% do leito da ferida, exsudato serosanguinolento em grande quantidade, odor fétido, realizado terapia com cobertura impregnada com PHMB associada a terapia elástica, com melhora do odor. Em 13 de agosto de 2014 ferida medindo 12,5 cm x 8,8, tecido de granulação em 100% do leito, friável, exsudato serosanguinolento em grande quantidade com odor fétido, inicia-se tratamento com cobertura de espuma de poliuretano com prata para melhor manejo do exsudato associada a bota de unha. Na visita domiciliar do dia 08 de setembro de 2014, ferida medindo 2 x 1,5cm, rasa, com pouco exsudato, de aspecto seroso. **Conclusão:** A aplicação dessa terapêutica demonstrou ser eficaz, pois propiciou melhora significativa da úlcera em todas as suas características, ou seja, como resultado, obteve-se redução no tamanho da lesão, controle do exsudato, alívio da dor e do odor, diminuição do edema e melhora da autoestima. Propiciando o encaminhamento para o serviço de radioterapia.

### Referências Bibliográficas

1. Dealey C. Cuidando de feridas: Um guia para as enfermeiras. São Paulo , Atheneu Editora, 3ª edição , 2008 , capítulo 5: p. 144 – 145
2. Prazeres Si. Janning Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre, Moriá Editora, 2009, capítulo 6: p. 97
3. Geovanni T. Tratamento de feridas e curativos: Enfoque multiprofissional . São Paulo: Rideel, 2014, capítulo

*1 – Enfermeira Unimed Litoral, serviço de atenção domiciliar, Graduada em Enfermagem pela Faculdade Anhanguera Institucional de Pelotas/RS; e-mail: patriciavera29@hotmail.com*

*2- Enfermeira da Unimed Litoral, ambulatório de feridas, Graduada em Enfermagem pela Unisul, Estomaterapeuta pela PUC/PR.*

## ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**INTRODUÇÃO:** A insuficiência venosa crônica (IVC) é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais, este agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária. 1 A úlcera venosa(UV) se apresenta como a complicação mais séria da IVC, tem alta prevalência,e caráter recidivante e geralmente provoca sofrimento tanto ao seu portador, quanto no seu a familiar. Um dos tratamentos de maior eficácia é a terapia com Bota de Unna, no entanto vários trabalhos relatam a pouca adesão dos a esse tratamento1-2-3 **OBJETIVO:** Desenvolver estratégias pa adesão dos portadores de UV ao uso de Bota de Unna em uma Unidade de Saúde da Família, no período de seis meses. **METODOLOGIA:** O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Natal-RN, no B Fizeram parte do estudo 09(nove) pacientes com diagnóstico de UV e indicação de tratamento com Bota de Unna. **RESULTADOS:** As estratégias utilizadas foram: Acolhimento do paciente com dialogo sobre sua história de vida, história da UV, tratamentos realizados, identificação de algum familiar para colaborar com o tratamento, no segundo momento apresentação do tratamento com demonstração da aplicação da Bota de Unna. Preparo do leito da lesão; Medição e Registro fotográfico desde o primeiro momento e nas trocas subsequentes para o portador perceber a evolução. Inicio do tratamento sempre as segundas feiras o que permite retorno a Unidade caso haja necessidade. Treinamento do portador para possível retirada da bota se necessário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS ;** Consideramos que o empoderamento do portador de UV, em relação as características da UV, seu tratamento e a confiança no serviço e nos profissionais foram fundamentais para o sucesso da adesão ao tratamento e consequentemente a cura da UV.

### Referencias:

- 1- FALANGA, V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care**, 2ened. Waynes: Health Management, 1997, p.165-71
- 2- FRADE, M.A.C. et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em Juiz de Fora-MG (Brasil) eregião. **An. Bras. De Dermatol**, v. 80, n. 1, p. 41-46, jan/fev. 2005.
- 3- NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN**. Natal, 2006, 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.
- 4- TORRES G.V et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 3, n.4, p. 222-30, out./dez. 2009.

## ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO COM BOTA DE UNNA POR PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS TRATADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Jussara de Paiva Nunes  
Lenigia Maria Alencar  
Maria Eliane Mendes Freitas Néo  
Cilane Cristina Costa da Silva Vasconcelos  
Alba Paula Mendonça  
Bheatriz Gondim Lambert Moreira

**INTRODUÇÃO:** A insuficiência venosa crônica (IVC) é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais, este agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária. 1 A úlcera venosa(UV) se apresenta como a complicação mais séria da IVC, tem alta prevalência,e caráter recidivante e geralmente provoca sofrimento tanto ao seu portador, quanto no seu a familiar. Um dos tratamentos de maior eficácia é a terapia com Bota de Unna, no entanto vários trabalhos relatam a pouca adesão dos a esse tratamento1-2-3 **OBJETIVO:** Desenvolver estratégias para adesão dos portadores de UV ao uso de Bota de Unna em uma Unidade de Saúde da Família, no período de seis meses. **METODOLOGIA:** O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Natal-RN. Fizeram parte do estudo 09(nove) pacientes com diagnóstico de UV e indicação de tratamento com Bota de Unna. **RESULTADOS:** As estratégias utilizadas foram: Acolhimento do paciente com dialogo sobre sua história de vida, história da UV, tratamentos realizados, identificação de algum familiar para colaborar com o tratamento, no segundo momento apresentação do tratamento com demonstração da aplicação da Bota de Unna. Preparo do leito da lesão; Medição e Registro fotográfico desde o primeiro momento e nas trocas subsequentes para o portador perceber a evolução. Início do tratamento sempre as segundas feiras o que permite retorno a Unidade caso haja necessidade. Treinamento do portador para possível retirada da bota se necessário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS ;** Consideramos que o empoderamento do portador de UV, em relação as características da UV, seu tratamento e a confiança no serviço e nos profissionais foram fundamentais para o sucesso da adesão ao tratamento e consequentemente a cura da UV.

### Referencias:

- 1- FALANGA, V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care**, 2ened. Waynes: Health Management, 1997, p.165-71
- 2- FRADE, M.A.C. et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em Juiz de Fora-MG (Brasil) eregião. **An. Bras. De Dermatol**, v. 80, n. 1, p. 41-46, jan/fev. 2005.
- 3- NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN**. Natal, 2006, 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.
- 4- TORRES G.V et al. Elderly people with venous ulcers treated in primary and tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 3, n.4, p. 222-30, out./dez. 2009.

## Estudo comparativo sobre a qualidade de vida entre pessoas com úlceras vasculogênicas e da população geral

Beatriz Farias Alves Yamada<sup>1</sup>, Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos<sup>2</sup>, Carol Viviana Serna<sup>3</sup>, Mily Constanza Moreno Ramos González<sup>4</sup>, Danielle Soares da Costa<sup>5</sup>, Luciana de Aguiar Pacheco<sup>6</sup>.

**Introdução:** As úlceras vasculogênicas constituem um problema de saúde, com prevalências variando de 0,6% a 3%<sup>1-2</sup>. Tendem à cronicidade, recidivas e comprometem a mobilidade física, a capacidade funcional e a qualidade de vida<sup>2</sup> (QV). **Objetivo:** Analisar comparativamente a QV e fatores associados de pessoas com úlceras vasculogênicas (UV) e da população geral (PG). **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal, secundário ao de Yamada e Santos<sup>3</sup>, previamente aprovado em Comitê de Ética. Foram utilizadas duas amostras de conveniência, compostas de 222/362 pessoas com UV e de 624 da PG (banco de dados da Kimura, M<sup>4</sup>), para um total de 846 entrevistados. Aplicou-se o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers, em suas versões feridas (Qualidade de Vida Relacionada à Saúde-QVRS 0-30 pts) e genérica III, de acordo com a amostra, por meio de entrevista; foram coletados também os dados demográficos para as duas amostras e os clínicos somente para o grupo das pessoas com UV. As amostras diferenciaram-se na prática da religião sendo mais frequente nas pessoas com UV e na presença de companheiros, sendo mais frequente na PG (p=0,005; teste qui-quadrado). **Resultados:** Os escores de QV foram inferiores (p<0,001) para o grupo UV, destacando-se a subescala Saúde e Funcionamento (9,5 DP=2,9; IC95% 9,2-9,9; teste t-student). O modelo de regressão explicou variação da QV de 5,9 a 71,5%, através das variáveis idade avançada (p<0,001), sexo feminino (p<0,001), denominação religiosa (p=0,037) e doença de base IRC (p=0,001) para o grupo UV. A variável sem companheiro (p=0,011) reduz 1,9 pontos a QV do grupo UV, efeito não observado no grupo PG. **Conclusão:** Utilizando-se categorização prévia\*, concluímos que a QV é boa para as pessoas de ambos os grupos, embora pior naquelas com UV, principalmente na subescala Saúde e Funcionamento, confirmando a influência negativa da UV sobre a QV. No entanto, a presença de companheiro pode aumentá-la.

### Referencias.

1. Briggs M, Closs SJ. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. EWMA J. 2003;3(2):14-20.
2. González, CRV. Quality of life of people with venous leg ulcers: an integrative review. J Adv Nurs. 2011;67(5):926-944.
3. Yamada BFA, Santos VLCG. Development and validation of Ferrans & Powers Quality of Life Index-Wound Version. Rev Esc Enferm USP 2009;43(Spe):1103-11.
4. Kimura M, Silva V. Ferrans and Powers Quality of Life Index. Rev Esc Enferm USP 2009;43(Spe):1096-102.

\* Dados não publicados ainda.

---

1 Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Sócia proprietária da Enfmedic Saúde.

2 Enfermeira estomaterapeuta (TiSOBEST). Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

3 Enfermeira pela Universidade Nacional da Colômbia. Estomaterapeuta da EEUSP, mestranda no Laboratório de Movimentação Celular do ICB-USP.

4 Enfermeira pela Universidade Nacional da Colômbia. Estomaterapeuta e mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP.

5 Enfermeira pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Nefrologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Estomaterapeuta da EEUSP. danielle\_costa1@hotmail.com

6 Enfermeira pela centro Universitário Adventista de São Paulo, especialista em oncologia e educação em diabetes infantil. Estomaterapeuta da EEUSP.

## ESTUDO DE CASO PARA MENSURAÇÃO DE FERIDA COMPARANDO DUAS ESCALAS

Raquel Braga Gomes<sup>1</sup>  
Daniela Gian Grossi<sup>2</sup>  
Agueda M<sup>a</sup> R. Zimmer Cavalcante<sup>3</sup>  
Andrea Braz Vendramini Silva<sup>4</sup>  
Andrea Cotait Ayoub<sup>5</sup>

**Introdução.** As úlceras por pressão constituem um problema frequente nos serviços de saúde, principalmente para pessoas acamadas, gerando consequências significativas em relação aos resultados e custos em saúde. Muitos instrumentos estão disponíveis para facilitar a avaliação da evolução do processo cicatricial. Contudo, acredita-se que ao utilizar dos sistemas de classificação de enfermagem, a linguagem do profissional seja melhor estabelecida. Em nosso contexto, utilizamos a taxonomia NANDA-I e, ainda de forma incipiente, a NIC e NOC. Observa-se que entre as dificuldades em utilizar esta última, estão as lacunas de dados objetivos e, conseqüentemente, a falta de validação dessas escalas. Entretanto, as autoras da NOC sugerem como possibilidade a utilização da escala pelo mesmo profissional, de forma que haja coerência nas avaliações consecutivas do estado da ferida do paciente. **Objetivo.** Comparar o uso da escala Pressure Sore Status (PSST), já validada, com a escala NOC "Cicatrização de Feridas: segunda intenção" para uma paciente com úlcera por pressão, a fim de avaliar a confiabilidade da evolução da ferida. **Método.** Estudo de caso da M.E.D.S., 60 anos, submetida à cirurgia de Revascularização do Miocárdio. No pós-operatório imediato desenvolveu choque cardiogênico e apresentou instabilidade hemodinâmica. Foi extubada, sem sucesso, sendo re-entubada e posteriormente, submetida a traqueostomia. A paciente ficou hospitalizada por 37 dias na unidade de terapia intensiva de um hospital de Cardiologia de São Paulo-SP. A úlcera por pressão foi avaliada durante 07 dias por duas enfermeiras. As características avaliadas nas escalas foram comprimento, largura, profundidade, tecido de granulação, tipo de drenagem, maceração, edema, odor, presença de esfacelo, bolhas, eritemas e odor. Cada enfermeira utilizou um determinado instrumento para avaliação e as avaliações foram comparadas com os critérios de avaliação categorizados em uma escala tipo likert para as duas escalas. **Resultados.** A úlcera por pressão apresentava as seguintes características: úlcera por pressão grau III em região sacral medindo: 3,5x3,0x2,0cm, com presença de: 100% de esfacelo, 4% de maceração em margem com exsudação serosa em 6 gazes. Após a avaliação, o resultado das escalas foi semelhante para o estado da lesão, bem como o caráter da evolução desta. Na PSST a evolução variava de tecido saudável (1) a deterioração da ferida (65). Para a escala da NOC a evolução era de nenhuma para completa Cicatrização de Feridas: segunda intenção, sendo o escore geral 45 e 2 respectivamente. **Conclusão.** Embora a escala da NOC não seja validada, observa-se que para avaliação consecutiva de um paciente por um mesmo enfermeiro, há possibilidade de confiabilidade nos resultados, quando comparada com uma escala validada.

Descritores: Feridas. Enfermagem. Evolução.

### Referências:

1. Restrepo-Medrano JC. Medida de la cicatrización em úlceras por presión. Com qué contamos? Gerokomos 2011; 22(1):35-42;
2. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S, organizadoras. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2013.
5. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. Atheneu. 2005.

1. Enfermeira. Especialista em Dermatologia. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
2. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
3. Enfermeira. Chefe da Unidade de Terapia Intensiva do Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora da Divisão de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

## ESTUDO DE CASO: ATENDIMENTO À CRIANÇA PORTADORA DE FERIDA DECORRENTE DE HEMANGIOMA ULCERADO

Clicia Rebello<sup>1</sup>  
Danielle Rodrigues<sup>2</sup>  
Dayse Carvalho do Nascimento<sup>3</sup>  
Fernanda Felix<sup>4</sup>  
Priscila Cunha<sup>5</sup>

**Introdução:** Os hemangiomas representam um tipo de anomalia vascular que se caracterizam como manchas ou tumores benignos, com características comuns e período de crescimento rápido com lesões que envolvem durante vários anos (HIRAKI, 2010). As complicações locais mais frequentes são ulceração, sangramento e infecção, sendo ulceração a complicação mais comum, podendo ser dolorosa e acarretar risco de infecção, hemorragia e cicatriz. A melhor abordagem terapêutica destas lesões ainda permanece controversa, porém há a necessidade de um tratamento eficaz sistêmico e tópico. A localização tem grande importância frente às possíveis complicações. Os hemangiomas da região perineal estão em especial risco de ulceração e infecção podendo causar dor severa com as evacuações e micções. Caso Clínico: M.E.C, feminino, 4 meses, 4,3Kg, altura: 51 cm, residente no Rio de Janeiro, quinta filha de mãe (idade 22 anos): gesta VI, para V. Nasceu com hemangioma na região perineal, glúteo E e coxa E que ulcerou e infectou aos 4 meses, o que ocasionou internação com hemangioma ulcerado. **Objetivo:** Descrever os cuidados implementados a ferida do paciente portador de hemangioma ulcerado. **Metodologia:** Estudo de caso clínico realizado na Pediatria de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro com evolução registrada e documentada por meio de registros fotográficos. A responsável pela lactente concordou com as fotos e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para divulgação do caso clínico que foi acompanhado, por 6 meses, com realização de curativo com aplicação de papaína (LEITE, 2012) em diferentes concentrações associada ao Hidrogel que otimizou o desbridamento autolítico e manteve a umidade ideal na ferida. E ainda, concomitantemente, com terapia adjuvante oxigenoterapia hiperbárica que complementou o tratamento auxiliando na cicatrização da ferida. **Resultado:** observou-se que apesar do longo tempo de internação e das complicações apresentadas no decorrer da hospitalização, houve um resultado satisfatório com a terapêutica implementada resultando em cicatrização, sem intervenção cirúrgica. Conclusão: o estomaterapeuta é um membro importante nesse processo de cuidado, pois através de seu conhecimento diante do procedimento e diagnóstico precoce tem proporcionado um melhor esclarecimento e resolução acerca do tratamento ideal voltado especificamente para cada indivíduo.

### Referências Bibliográficas:

- CHAVES, L.D. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidades**. São Paulo: Martinari, 2009.
- HIRAKI, P.Y.; GOLDENBERG, D.C. **Diagnóstico e tratamento do hemangioma infantil**. Rev. Bras. Cir. Plást. 2010; 25(2): 388-97.
- LEITE, A.P. et al. **Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática**. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 198-207.
- SILVA, M.J et al. **Hemangioma perianal ulcerado: Caso clínico**. Acta Pediatr. Port., 2004; nº4; Vol. 35: 371-376.

*1Clicia Vieira Cunha : Enfermeira, estomaterapeuta, especialista em Enfermagem Clínico-Cirúrgica, Mestranda na área enfermagem, saúde e sociedade pela UERJ.*

*2Danielle Ferreira: Enfermeira, estomaterapeuta, especialista em Enfermagem do Trabalho e em Gestão Empresarial.*

*3Dayse Carvalho do Nascimento: Enfermeira, mestre, estomaterapeuta, coordenadora da Comissão de Curativos HUPE/UERJ, especialista em Terapia Intensiva. daysecnascimento@hotmail.com*

*4Fernanda Felix: Enfermeira, estomaterapeuta.*

*5Priscila Cunha: Enfermeira, estomaterapeuta.*

## FERIDA CONTUSA: USO DO CURATIVO ABSORVENTE NÃO ADERENTE COM OS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Fernanda Matheus Estrela<sup>1</sup>, Lícia Correa<sup>2</sup>, Luana Iglésias<sup>3</sup>, Eliene Coutinho<sup>4</sup>, Anne Lima<sup>5</sup> Sílvio Cesar Santos de Amorim<sup>6</sup>

### Resumo

A comunidade científica está cada vez mais empenhada no que diz respeito às pesquisas para o desenvolvimento de tecnologias que auxiliem na cicatrização das lesões de pele. Durante a assistência ao portador de ferida aguda do tipo contusa com perda de pele que não teve indicação cirúrgica o enfermeiro deve levar em consideração um plano de cuidado para o tratamento visando uma redução do atrito que podem causar dor e retardo na cicatrização. O curativo absorvente não aderente tem como finalidade diminuir a aderência ao leito da ferida e absorção do exsudato. Os ácidos graxos essenciais proporcionam umidade na lesão que estimula a angiogênese e a epitelização. Este estudo tem como objetivo relatar um caso de tratamento de uma ferida aguda do tipo contusa e descrever os resultados obtidos com o uso de curativo absorvente não aderente com os ácidos graxos essenciais. Trata-se de relato de caso clínico de um Paciente com quadro clínico de HAS, cardiopata e portador de lesão de pele em membro inferior direito diagnosticada como ferida aguda do tipo contusa pelo médico na urgência de um hospital regional da cidade de Lagarto-SE em agosto de 2012, fez uso de tratamento convencional com soro fisiológico, gaze e colagenase no momento do atendimento na unidade hospitalar. Foi relatado dor antes e durante a remoção do curativo tradicional feito no hospital e indicado o uso de curativo absorvente e não aderente com os ácidos graxos essenciais após limpeza da ferida com SF a 0,9% aquecido, além de desbridamento manual com gaze e bisturi. Assim foi concluído que o uso de um curativo absorvente não aderente com os ácidos graxos essenciais em uma ferida aguda com perda total da pele proporcionou benefícios como diminuição do trauma no tecido viável durante as trocas de curativos e redução da dor, do tempo de cicatrização, confirmando assim sua total relação custo e benefício.

**Palavras-chave:** enfermagem, tratamento, ferida, aguda, contusa

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado and MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. An. Bras. Dermatol. [online]. 2003, vol.78, n.4, p. 397-398. ISSN 1806-4841.

IRION, Glenn. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores / tradução: João Clemente Dantas do Rego Barros; revisão técnica Sônia Regina de Souza. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 72.

GEOVANINE, Telma. Manual de curativos / 2. Ed. rev. e ampl. – São Paulo: Corpus, 2008. p. 37-41.

BORGES, Eliane Lima. Feridas: como tratar. [et al] 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. p. 42, 142-146.

HATANAKA, Elaine; CURTI, Rui. Ácidos graxos e cicatrização: uma revisão. Rev Bras Farmacol, 2007, 88.2: 57.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Centro cirúrgico e Central de Material Esterilizado e em Auditoria em Sistemas de Saúde, Especialista em Enfermagem Dermatológica. Coordenadora da UTI do Hospital Manoel Vitorino, Bahia, Brasil. Docente substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email: nanmatheus@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>3</sup>Enfermeira Coordenadora das Enfermarias A e B do Hospital Manoel Vitorino <sup>4</sup> Enfermeira Coordenadora das Enfermarias C e D do Hospital Manoel Vitorino. <sup>5</sup> Psicóloga do Hospital Manoel Vitorino. <sup>6</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Dermatológica.



## FERIDAS CRÔNICAS: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Wesley Barcellos de Assis; Claudia Curbani Vieira Manola.

As Feridas crônicas são consideradas um problema de saúde pública, acometendo pessoas independentes de classe social, levando a altos gastos com o tratamento, onerando assim os cofres públicos e prejudicando a vida da população. Devido à cronicidade dessas feridas, cada vez mais tem sido desenvolvidas coberturas na busca de um tratamento mais eficaz. O enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família contribui no tratamento dos portadores de lesões crônicas, pois vai à busca desses indivíduos no domicílio. Objetivo: Este trabalho teve como objetivo levantar na literatura o papel do enfermeiro no tratamento de pacientes portadores de feridas crônicas na Estratégia da Saúde da Família. Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica na qual para alcançar o objetivo proposto foram analisados de forma detalhada livros, bem como artigos, publicados entre os anos de 2000 a 2012, retirados das bases Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico e de Revistas de Medicina e Enfermagem. Resultados: Esse estudo vem a contribuir com a proposta de um modelo de um protocolo, com as definições de tratamentos que devem ser seguidos na busca de melhores resultados no tratamento das feridas crônicas na Estratégia da Saúde da Família. Considerações Finais: Embora enfermeiro seja um profissional com várias atribuições, torna-se necessário a busca contínua de conhecimentos relacionados a lesões, visto que o mesmo é responsável pela avaliação dos pacientes portadores de feridas crônicas, bem como pela prescrição do curativo adequado, seja na unidade básica de saúde ou no domicílio. A iniciativa da contribuição do protocolo encontra-se alinhada as necessidades de uma educação permanente no tratamento de feridas crônicas. Sugerem-se estudos futuros com os resultados de aplicação de instrumento de avaliação de lesões para discussão de sua utilização na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atuação do Enfermeiro; Tratamento em feridas crônicas; Estratégia da Saúde da Família.

FONTES, Mariana Mara Almeida; GAMA, Fernanda Nunes. Análise da técnica do curativo no tratamento de feridas em unidades de atenção primária à saúde no município de Coronel Fabriciano – MG. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, vol.4, n.2, pp. 845-855, Nov/dez, 2011.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da, [et al.]. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. rev. E ampl. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

CARNEIRO, Cristiane Mende; SOUZA, Franliane Barbosa de; GAMA, Fernanda Nunes. Tratamento de feridas: Assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga, Unileste-MG, V.3, n. 2, p.494-505, Nov./Dez, 2010. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/03-tratamento-de-ferias-assistencia-de-enfermagem.pdf)>. Acesso em: 10 de outubro 2012.

CAVALCANTE, Agueda Maria Ruiz Zimmer [et. al]. Diagnóstico de enfermagem: integridade da tissular prejudicada identificada em idosos na Estratégia da Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, vol. 12, n. 4, p. 727-735, out – dez 2010. Disponível em : <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/v12n4a19.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a19.htm)>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

EVANGELISTA, Delciene Gonçalves [et. al]. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da Estratégia da Saúde da Família. **RECOM**, Minas Gerais, vol. 2, n.2, p.254-263, mai-ago 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/15>>. Acesso em: 26 de fev. 2013.

Wesley Barcellos de Assis – Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Católica Salesiana do ES, Enfermeiro da SEMUS de Marechal Floriano, ES, atuando na coordenação dos programas de controle da Hanseníase, Tuberculose, Tracoma e Hiperdia; wesleybar.as@gmail.com. Claudia Curbani Vieira Manola – Possui graduação em Serviço Social pela UFES (1997), graduação em Enfermagem pela FAESA(2004). Pós-graduação em Paciente Crítico pelo Centro Universitário São Camilo (2006). Mestre em Administração pela Fundação Instituto Capixaba de pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças FUCAPE. Docente da Católica Salesiana do ES.

## FERIDAS ONCOLÓGICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.

**Autores:** Ana Cláudia Sangali<sup>1</sup>, Rodrigo Inácio Pongeluppi<sup>2</sup>, Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>3</sup>.

### Resumo

**Introdução:** Atualmente existe um interesse muito grande em pesquisas cujo objetivo é o tratamento de feridas crônicas. O cuidado com as feridas oncológicas gera aos pacientes um impacto psicológico, pois cria uma lembrança que a doença esta sempre presente. A ferida abrange uma rejeição desde o âmbito familiar até o convívio social, causando sensações de nojo, pena, humilhação, desagrado. Trazendo ao paciente a sensação de estar doente, contaminado, sujo. O crescimento anormal e desorganizado, tem como resultado agregados de massa tumoral necrótico, onde ocorrerá a contaminação de micro-organismos aeróbios e anaeróbios tendo como produto final gases que provocam odor na ferida. As principais características das feridas oncológicas são: Progressão rápida e inviabilidade de cicatrização; Hemorragias; Odor fétido; Dor e Prurido. **Objetivo:** Verificar por meio de uma revisão sistemática de literatura, quais aspectos estão sendo abordados pelos autores sobre feridas neoplásicas. **Método:** Este estudo é uma revisão sistemática da literatura que busca artigos originais, escritos em inglês ou português, nas bases de dados MEDLINE, LILACAS e Periódicos CAPES publicados entre 2003 e 2013, utilizando os seguintes descritores: malignant wounds, fungating wounds, feridas oncológicas, feridas malignas, feridas neoplásicas e feridas tumorais que avaliem terapias para os principais sintomas físicos das feridas oncológicas. **Resultados:** Foram encontrados 324 artigos, sendo que somente 14 foram analisados aplicando-se os critérios de exclusão, sendo 8 estudos de caso, 5 estudos clínicos e 1 estudo caso-controle randomizado. **Conclusões:** As principais conclusões do estudo foram: i) a importância das feridas oncológicas para os portadores, sua família e os profissionais da saúde envolvidos; ii) a literatura estudada não nos permite obter conclusões e recomendações adequadas sobre novas terapias ou aplicabilidade de técnicas já conhecidas; iii) os aspectos biopsicossociais que permeiam as feridas oncológicas devem ser valorizados, sendo o apoio psicológico e o cuidado paliativo as principais ferramentas disponíveis para seu cuidado.

Palavras chaves: Cicatrização de feridas, Neoplasias Cutâneas, Câncer; assistência de enfermagem.

1 - Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. e-mail: ana\_sangali@hotmail.com;

2 - Aluno do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

3 - Professora Doutora Adjunto do Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

## Fotoproteção e Câncer de Pele: Hábitos e Conhecimento dos alunos universitários

Ana Paula Reis da Silva 1, Najla Karjara Martins de Oliveira 2, Renata Schmit Santos 3

### RESUMO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. Os objetivos do presente estudo foram verificar os hábitos de fotoproteção e o conhecimento sobre o câncer de pele dos alunos universitários da Região Metropolitana de São Paulo. Estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado com 450 alunos. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2014 por meio de um questionário autoaplicativo. Nesse estudo observamos que 54,82% dos universitários se expõem ao sol entre 10 e 16 horas. O método mais utilizado de fotoproteção é o protetor solar (50,44%), porém 32,22% não se protegem de nenhuma forma. Entre os universitários 29,56% citaram que manchas na pele é um dos sinais de câncer de pele. Conclui-se que a maioria dos alunos conhecem os riscos à exposição solar, porém expõem-se ao sol em horários impróprios e sem efetiva proteção.

1 Graduanda em Bacharelado de enfermagem, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. [anapaulareis01@terra.com.br](mailto:anapaulareis01@terra.com.br) 2 Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. [najlakm@hotmail.com](mailto:najlakm@hotmail.com), 3 Mestre Enfermeira. Professora, Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. [renata.santos@unasp.edu.br](mailto:renata.santos@unasp.edu.br)

---

## HÁBITOS E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À EXPOSIÇÃO SOLAR ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Mirian Maria Muradl, Melissa Teles Silval, Thaissa Ayumi Maekawal, Gisela Maria Agostini Zontal, Maristela Belletti Mutt Urasakill

A exposição inadequada da pele humana ao sol está sujeita a diversos agravos, destaca-se o câncer de pele considerado a neoplasia de maior incidência em várias partes do mundo, inclusive o Brasil(1). Neste cenário os jovens figuram como grupo vulnerável aos efeitos nocivos do sol, na medida em que estão bastante expostos à radiação em suas atividades e também estão sob influência dos aspectos estéticos impostos pela moda(2). Hábitos de vida que incorporam medidas de proteção ao sol podem contribuir de forma diferenciada para os níveis cumulativos de exposição à radiação e sua relação sucessiva com determinados tipos de câncer e outros agravos(3), assim como podem evitar cirurgias mutiladoras e resultados estéticos indesejáveis(4). Neste sentido este estudo teve como **objetivos** conhecer os hábitos e comportamentos referentes à exposição e proteção solar de jovens universitários. **Método:** trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado em uma universidade de São Paulo. A amostra foi composta por 403 alunos e a coleta de dados realizada por meio de formulário composto por questões fechadas. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob registro CAAE: 01584112.0.0000.5390. **Resultados:** identificou-se na amostra predomínio do sexo feminino; a idade variou entre 18 e 36 anos, sendo a média 21. A maioria (38%) auto classificou-se como fototipo III; 18% afirmaram ter histórico de câncer de pele na família. Do total 55,8% relataram exposição ao sol entre 10 e 16 horas e por mais de uma hora de duração. Constatou-se que 71,7% participantes adotavam pelo menos uma conduta de proteção e 28,2% não utilizavam nenhum meio de proteção. Os motivos referidos para não uso de protetor solar foram: falta de disciplina e negligência pessoal (86,8%); gostar do sol e de pele bronzeada (21,9%); alto custo dos protetores solares (5,2%); proteção desnecessária devido à cor da pele (5,2%); não apreciação da textura ou odor dos produtos (4,3%); exposição ao sol menor de 30 minutos ao dia (2,6%) e não usar protetor por somente utilizar produtos de origem natural (0,8%). Dentre os que utilizam protetor solar a maioria não usa regularmente. **Conclusão:** a despeito de a amostra ter sido constituída por pessoas com maior acesso a informações constatou-se exposição e proteção solar de modo impróprio. Ações educativas, individuais e coletivas, devem ser fortalecidas e priorizadas tendo em vista a incidência de câncer de pele no país.

### Referências:

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. An Bras Dermatol. 2006;81(6):533-9.
2. Szklo AS, Almeida LM, Figueiredo V, Lozana JA, Mendonça GAS, Moura L et al. Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. Cad. Saúde Pública. 2007;23(4):823-34.
3. Nasser N. UVB: suscetibilidade no melanoma maligno. An. Bras. Dermatol. 2010;85(6):843-8.
4. Souza RJS, Mattedi AP, Corrêa MP, Rezende ML, Ferreira ACA. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. An Bras Dermatol. 2011;86(4):657-62.

---

I Discentes de graduação da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo

II Doutora em Enfermagem, especialista em Enfermagem Dermatológica, docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

## HISTOPLASMOSE CUTÂNEA EM INDIVÍDUOS HIV POSITIVOS NO ESTADO DO CEARÁ

Autores: GABRIELA SILVA CRUZ<sup>1</sup>; MARIA AUXILIADORA BEZERRA FECHINE<sup>2</sup>; ROSSANA DE AGUIAR CORDEIRO<sup>3</sup>; MARCOS FÁBIO GADELHA ROCHA<sup>3</sup>; RAIMUNDA SÂMIA NOGUEIRA BRILHANTE<sup>3</sup>; JOSÉ JÚLIO COSTA SIDRIM<sup>3</sup>.

A histoplasmose, causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, é a mais prevalente das micoses sistêmicas e doença marcadora da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). Foi realizada análise descritiva de 254 casos de histoplasmose em pacientes com AIDS, no período de 2006 a 2010, no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Foi obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José sob nº 029/2007, segundo os requisitos da resolução CNS 196/96 e suas complementares que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos. Foram observados 39 casos (15,35%) em 2006, 66 (25,98%) em 2007, 54 (21,26%) em 2008, 57 (22,44%) em 2009 e 38 (14,96%) em 2010. Do total, 83,1% (211/254) dos indivíduos eram do sexo masculino e 16,9% (43/254) do sexo feminino, com relação 4,9: 1 e idade média de 35,8 e 35,1 anos, respectivamente, sendo a idade mínima de 7 anos e máxima de 70. Em 39,37% (100/254) dos casos, a histoplasmose foi o primeiro evento definidor de AIDS, e em 60,63% (154/254) já havia diagnóstico anterior de AIDS. E, destes, 66,2% (102/254) não estavam realizando tratamento com terapia antirretroviral (TARV). As lesões cutâneas foram observadas em 40 (15,7%) indivíduos, com 17 (42,5%) apresentando eritema, 14 (35%) pápulas e 9 (22,5%) com eritema e pápulas. O tratamento de escolha em 88,2% (224/254) dos casos foi anfotericina B, com média de 8,2 dias (contados da data do internamento) para iniciar a instituição da terapêutica. Em 11% (28/254) dos casos, não foi instituído tratamento com antifúngicos e, desses, 67,9% (19/28) foram a óbito. Óbito ocorreu em 41,7% dos casos (106/254). Existe aumento significativo no número de casos de histoplasmose em indivíduos HIV positivos no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil, em relação a estudos anteriores. As alterações cutâneas foram observadas em menor número de casos (15,7%) em relação ao Sul e Sudeste do Brasil, demonstrando semelhança com os relatos dos Estados Unidos, Guiana Francesa e Panamá, que foram de 10%, 13,4% e 17,5%, respectivamente, mas semelhante ao observado no Estado de Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste do Brasil (16,7%), sugerindo que diferentes cepas de *H. capsulatum* sejam responsáveis por diferentes manifestações clínicas. As lesões mais frequentes foram o rash eritematoso e pápulas, enquanto que, em estudos anteriores, se observou mais a presença de lesões pápulo-ulcerativas com crostas, seguida de lesões pustulares ou nodulares.

1. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB) gabrielacruz.gc7@gmail.com
2. Médica e Professora Doutora Efetiva do Instituto de Ciências da Saúde/UNILAB
3. Professor(a) Doutor(a) Efetivo(a) da Universidade Federal do Ceará (UFC)

## (IN)VISIBILIDADE DA QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM SEQUELA POR QUEIMADURAS

EgillaneMadza Mendes Santa Cruz<sup>1</sup>  
Jussara de Lucena Alves<sup>2</sup>  
Priscilla Tereza Lopes de Souza<sup>3</sup>  
Jocelly de Araújo Ferreira<sup>4</sup>

**OBJETIVO:** Revisar sobre a qualidade de vida de pacientes adultos com sequelas após queimaduras. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática com análise qualitativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das seguintes fontes: livros e periódicos científicos oriundos das bases de dados SCIELO, LILACS, BVS e revistas eletrônicas, compreendendo os anos de 2004 a 2014, baseado nos Descritores em Ciência da Saúde: Qualidade de Vida, Queimaduras, Consequência de Acidentes. **RESULTADOS:** Definem-se queimaduras como lesões na pele que variam desde uma lesão superficial até o óbito, e que dependem de fatores como extensão, profundidade e localização das lesões. Podem deixar sequelas físicas, psíquicas, sociais e resultados funcionais e/ou estéticos que nem sempre são satisfatórios. A gravidade e o prognóstico das queimaduras são definidos pela avaliação do agente causal, profundidade, extensão da superfície corporal queimada, localização, idade, doenças preexistentes. A sequela ocasionada pela queimadura gera alteração da pessoa a nível estético, funcional e psicológico, como exemplo, o absenteísmo na escola e as dificuldades de relacionamento social e no trabalho, tudo decorrente das drásticas desfigurações físicas e estéticas. A Qualidade de vida (QV) é considerada um dos temas mais interdisciplinares da atualidade, que serve como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento, a avaliação da mesma pode ser medida através de instrumentos específicos, nestes são considerados dados da história clínica do paciente e relata o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e ainda a própria estética existencial. De acordo com os domínios utilizados nos instrumentos para avaliação da qualidade de vida dos pacientes com sequelas de queimaduras, observaram-se melhores resultados nos domínios "Vitalidade", "Saúde mental" e "Estado geral de saúde", enquanto que os piores resultados foram identificados nos domínios "Aspectos físicos" e "Aspectos emocionais". **CONCLUSÃO:** Constatou-se que os pacientes sequelados por queimaduras, necessitam de atendimento multiprofissional e individualizado, devido às repercussões motoras, emocionais e sociais, as quais interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo, da família e da sociedade.

### REFERÊNCIAS

1. GUIMARÃES I. B. A, MARTINS A. B. T, GUIMARÃES S. B. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro. **Rev Bras Queimaduras**. 2013;12(2):103-7.
2. LAPORTE G A, LEONARDI D F. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes com sequelas de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. 2010;9(3):105-14.
3. SOUZA T.J.A. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 10 2011; 26(1): 10-5

1. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Albert Einstein, São Paulo-SP, Brasil. egillane@hotmail.com
2. Enfermeira, graduada pela Faculdade do Vale do Ipojuca/FAVIP. Residente em Emergência Geral no Hospital da Restauração. jussaradelucena@gmail.com
3. Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Residente em Terapia Intensiva no Hospital da Restauração. priscillasouza\_@hotmail.com
4. Enfermeira. Professora Mestre da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande-PB, Brasil. Mestre pela Universidade do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil.

# IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE LESÕES DE PELE RELACIONADAS AO USO DE ADESIVOS

Camila Dias Rodrigues<sup>1</sup>  
Francis Rodrigues Pereira<sup>1</sup>  
Geraldo Magela de Faria Junior<sup>1</sup>  
Isabella Ferrari dos Reis<sup>1</sup>

**Introdução:** Os adesivos fazem parte dos cuidados de enfermagem em todas as especialidades. Entretanto existem lesões de pele relacionadas ao seu uso que são prevalentes porém ainda não reconhecidas como recorrentes em todas as instituições de saúde em qualquer nível de atendimento<sup>1</sup>. Embora sejam descritas como limitadas a extremos de idade, estas lesões ocorrem em todos os grupos etários. A experiência de cuidados com a pele e a utilização de adesivos, tem demonstrado por observações não sistematizadas a ocorrência de danos no local onde estão aderidos. **Assim o problema desta pesquisa é:** O uso de adesivos em pacientes adultos jovens com a pele íntegra e saudável, confirma as alterações sofridas apenas pelo produto? Deste modo a intenção desta pesquisa é averiguar a ação dos adesivos utilizados no ambulatório de feridas do grupo de curativos, de um hospital escola do interior de São Paulo, na pele íntegra de adultos jovens e saudáveis. **Objetivo:** Verificar as características intrínsecas de produtos adesivos utilizados como fixadores na pele. Essas características incluem maciez, coesão contínua, permeabilidade, força elástica, adaptação à pele, flexibilidade, resistência, facilidade de aplicação e remoção<sup>2,3</sup>. **Metodologia:** Para responder aos objetivos deste trabalho será realizada uma pesquisa transversal do tipo observacional. Em uma amostra constituída por 10 estudantes de enfermagem, adultos jovens e saudáveis, entre 18 e 25 anos, com pele íntegra. O estudo faz parte de um projeto mãe aprovado pelo CEP da FAMERP, CAAE NUMERO 04194712.8.0000.5415. Os dados estão sendo coletados em instrumento elaborado pela pesquisadora e serão analisados por estatística descritiva. **Resultados esperados:** A coleta de dados está sendo realizada no período de agosto e primeira quinzena de setembro. A redação do trabalho ocorrerá após a análise e tratamento dos dados no período de setembro e outubro/2014 e espera-se apresentá-los no V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia no mês de novembro.

## Referências Bibliográficas

1. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science: Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries; J WOCN July/August; 2013
2. Rippon M, White R, Davies P. Skin adhesives and their role in wound dressings. 4th ed. Wounds UK; 2007.
3. Prazeres, S. J.; Silva, A. C. B. Úlceras por pressão. Tratamento de feridas: teoria e prática, Porto Alegre: Moriá editor, 2009.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos da terceira série de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Contato: e-mail: camilaenfermagemfamerp@outlook.com.

## IDENTIFICAÇÃO DO GRAU DE INSTRUÇÃO DE PACIENTES ESTOMIZADOS ATENDIDOS EM UM PÓLO REFERÊNCIA.

Fabiane Bomfim da Silva Costa<sup>1</sup>  
Onsli dos Santos Almeida<sup>2</sup>  
Adelaide Carvalho de Fonseca<sup>3</sup>  
José Lucimar Tavares<sup>4</sup>

**Introdução:** A identificação prévia do grau de instrução do paciente e de sua compreensão sobre seu estado de saúde e suas orientações, são extremamente importante para que o profissional de saúde possa utilizar-se de artificiosos na assistência e ou remodelamento adequado da sua linguagem, contribuindo efetivamente para a saúde do paciente e para prevenção de possíveis complicações<sup>1</sup>. No que se refere ao indivíduo estomizado, estudos apontam que quanto menor for o grau de instrução do estomizado, maiores são as dificuldades no acesso a informações sobre as condições e adaptações necessárias à reabilitação<sup>2</sup>.

**Objetivo:** Identificar o grau de instrução do paciente estomizados atendidos num centro de referência. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, exploratório-descritivo e retrospectivo, a partir da análise de 800 prontuários de usuários atendidos em um serviço de referência na Bahia, entre junho e agosto de 2012. Conforme Resolução 466/12 do CNS sob o parecer de aprovação, número 225.952 do Comitê de Ética. **Resultados e Discussão:** Dos 800 prontuários analisados no estudo, sobre a variável nível de escolaridade, 302 possuía o ensino fundamental incompleto, 141 com segundo grau completo, 141 analfabetos, 73 ensino médio completo, 44 ensino fundamental incompleto, 39 ensino superior completo, 29 ensino médio incompleto, 16 ensino fundamental completo, 9 sem informação e 6 ensino superior incompleto. Prevaleceu nesse grupo, o baixo grau de instrução. Fato que, relacionando ao número de pacientes com complicações, cerca de 48,62% possuíam algum tipo. Sendo a mais predominante a dermatite. Assim, essa detecção precoce é essencial para a educação do paciente, reduzir complicações e influenciar sua qualidade de vida. **Conclusão:** A utilização de elementos como uma ficha de orientações para o autocuidado ou espaços coletivos para discussões através da educação e promoção a saúde, assim como o acompanhamento assistencial especializado contínuo, são necessários e importantes para o processo reabilitatório, a partir da identificação do paciente.

**Descritores:** Estomia. Autocuidado. Reabilitação.

### REFERÊNCIAS

1- Ciliana AGSO, Júlia CR, Karina NS. Identificação do Nível de Conhecimento de Pacientes com Colostomias para a Prevenção de Possíveis Complicações. Rev. Estima. V. 5, n 4, 2007, p. 26-30.

2- Vera LCGS, Isabel URC. 1 ed. Assistência em Estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 532 p.

1- Enfermeira, Pós Graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico da Universidade Federal da Bahia (fabianebofim@yahoo.com.br);

2- Enfermeira, Pós Graduada em Podiatria Clínica da Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos;

3- Enfermeira, Estomaterapeuta, Mestre em enfermagem, Enfermeira da Secretaria Municipal de Salvador e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;

4- Enfermeiro, Doutorado em Enfermagem, Professor e Coordenador da Faculdade Regional da Bahia/ UNIRB.



# IMPACTO DE UMA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA<sup>1</sup>

Thiago Moura de Araújo<sup>2</sup>; Márcio Flávio Moura de Araújo<sup>3</sup>; Luana Nunes Caldini<sup>4</sup>; Joselany Áfio Caetano<sup>5</sup>.

**INTRODUÇÃO:** Inegavelmente, a tecnologia emerge como uma ferramenta valiosa para solução desse problema, pois além das tecnologias relacionadas a produtos e processos para prevenção e tratamento de UP, crescem as possibilidades de desenvolvimentos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área da saúde para atender a demanda de qualificar profissionais (COSTA et al, 2009; PRADO; PERES; LEITE, 2011). **OBJETIVOS:** foi objetivo desse estudo avaliar o impacto de uma intervenção educativa realizada por meio de uma TIC sobre prevenção e tratamento de UP em uma Unidade de Terapia Intensiva. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo quase experimental com delineamento antes e depois da intervenção educativa sobre UP. O delineamento quase experimental utilizado foi o grupo controle não equivalente antes e depois. O estudo foi realizado em um Hospital Universitário de grande porte do município de Fortaleza/ CE. O período de coleta de dados foi de setembro de 2011 a junho de 2012 com divisão em três etapas. A população foi formada por todos os pacientes internados na UTI. Foram utilizados critérios de elegibilidade para compor a amostra. O estudo teve aprovação do comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio com o número de protocolo nº 098.09.11. **RESULTADOS:** Um total de 94 pacientes foi avaliado, 47 deles antes e 47 depois da intervenção. Na primeira fase do estudo, os 47 pacientes avaliados corresponderam a 68,11% do total de indivíduos internados, que era de 69 pacientes. Já na segunda fase, foram internados 73 pacientes, dos quais 64,38% foram investigados. A maioria dos pacientes do grupo pré-intervenção (53,19%) apresentou UP; essa superioridade também ocorreu em relação à presença de UP na admissão na UTI, com diferença significativa em relação ao grupo pós-intervenção ( $p=0,046$ ). A prevalência de UP na UTI diminuiu de 36,23% para 27,36%; e a incidência de 31,91% para 19,14% depois da intervenção denador da Faculdade Regional da Bahia/ UNIRB. educativa. A maioria dos pacientes do grupo pré-intervenção apresentou risco elevado de desenvolver UP (57,44%) e o grupo pós-intervenção, risco moderado (51,06%). **CONCLUSÃO:** A intervenção educativa através da TIC apresenta-se como uma ferramenta com resultados positivos para capacitar os profissionais na prevenção e tratamento da UP.

## REFERÊNCIAS

COSTA, J.B.; PERES, H.H.C.; ROGENSKI, N.M.B.; BAPTISTA, C.M.C. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(5): 607-11.

PRADO, C.; PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J. *Tecnologia da Informação e da Comunicação em Enfermagem*. São Paulo/SP: Editora Atheneu. 2011. 163p.

---

1 Trabalho extraído da tese de doutorado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.  
2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br

3 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: marciofma@unilab.edu.br

4 Enfermeira. Instituto do Cancer do Ceará (ICC). E-mail: luanacaldini@yahoo.com.br

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: joselany@ufc.br

## IMPLANTAÇÃO DO EXAME DOS PÉS COM PACIENTES DIABÉTICOS EM CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila<sup>1</sup>, Juliana Lucinda dos Santos<sup>2</sup>

**Objetivos** – Implantação de instrumentos para avaliar os pés sob risco de neuropatias diabéticas, para ser um facilitador com graduação para lesões ou deformidades à equipe de saúde em suas condutas. **Metodologia** – Os instrumentos de avaliações neurológicas e de sensibilidade dos pés foram implantados em um consultório do Grande ABC onde eram aplicados nos pacientes diabéticos encaminhado por Endocrinologistas. Os pacientes eram orientados sobre o retorno e encaminhamento para uso de órteses e outros profissionais de saúde, se necessário. Estabeleceu-se apenas um dia da semana para o atendimento dos exames dos pés, com intervalo 1,20 minutos entre um paciente e outro, contando com a desinfecção da sala de atendimento. Inicialmente o paciente já entrava com os dados cadastrais preenchidos e um questionário de saúde geral. Na sala de atendimento realizava primeiro os sinais vitais e orientado a deitar-se na maca para realização dos exames dos pés compreendidos em: história do paciente; exame dermatológico, rastreio para neuropatia; teste de sensibilidade com monofilamentos em cinco pontos plantares e um interdigital; avaliação vascular dos membros inferiores com ITB (índice tornozelo braço) e avaliação geral biomecânica dos pés. Após realizado avaliação dos pés avaliava-se a lesão (se necessário) e terminava classificando-o com a escala de Wagner de 0-3, com as orientações de retorno e avaliações de especialistas.

**Resultados** – Foram avaliados um total de 10 pacientes diabéticos no período do estudo. Os pacientes eram orientados ao retorno com o médico endocrinologista e sugestão de encaminhamentos para outros profissionais a fim de estabelecer parâmetros e orientações para piora do quadro quando já instalado a lesão ou a sua prevenção. Foi satisfatória a realização dos exames através das conversas com os pacientes conhecendo e obtendo informações importantes sobre sua doença e demais prevenções de complicações. **Discussão** - durante consultas médicas e/ou de outros profissionais, não se consegue chegar às sistematizações dessas orientações preventivas, quer pelo escasso número de profissionais ou o pequeno período de intervalo da consulta. Por esses motivos, realizamos tais informações em forma de exame de rotina aos pacientes diagnosticados diabéticos e os já em tratamentos. Tal exame dá uma base de informações iniciais e dificuldades e problemáticas a serem desenvolvidas preventivamente por outros profissionais.

## IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA EM HOSPITAL PRIVADO EM BRASÍLIA.

Autores: Enf<sup>as</sup>: Roberta Baeta Barbosa; Geniel Veras Souza; Liliam França; Solange Almeida de Souza Araujo; Ketty lyke Wong; Lauren Auxiliadora De Oliveira Coelho.

A Dermatite Associada a Incontinência (DAI), é uma complicação comum que afeta mais da metade dos pacientes com Incontinência urinária e / ou fecal bem como o tempo e frequência da exposição a esses agentes. Com isto

Com intuito de monitorar e classificar pacientes com risco de DAI foi criado em abril de 2014 pela Comissão de Prevenção de Pele o protocolo de DAI e através de um fluxograma foram descritos critérios de avaliação e atividades a serem desenvolvidas.

O Objetivo deste trabalho é passar o relato de experiência na prevenção de lesão por DAI em uma Instituição privada em Brasília, tendo como método de estudo a revisão bibliográfica.

Como critérios de avaliação estão: pacientes com incontinência fecal, urinária, dupla incontinência e higienização frequente. Foi considerado o aumento da atividade enzimática fecal, da carga microbiana, da ureia e amônia, da irritação química e física, diminuindo assim a permeabilidade e função de barreira tegumentar.

A avaliação da pele é diária e durante cuidados de banho e/ ou troca de fralda onde o enfermeiro identifica e implementa medidas pela SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), onde a pele deve ser vista de ponto de vista individual, de acordo com a condição clínica, idade, tipo de pele, e presença ou não de Incontinência.

Em pacientes com incontinência fecal; com incontinência urinária; dupla incontinência; e higienização frequente; de acordo com fluxograma são realizadas tais medidas: identificação do volume incontinente por balanço hídrico; avaliação diária da pele no momento do banho; prescrição do Enfermeiro pela SAE de medidas preventivas de DAI; utilização de sabão ph neutro; higienização suave da pele; aumento do rodízio de troca de fraldas (controle da umidade da pele), aplicação de película de copolímero após higienização e cuidados com banho.

Em pacientes com igual ou superior a três episódios-dia de incontinência, foi reaplicada a película de copolímero até três trocas de fralda; e nas incontinências fecais característica líquida não controlada medicamentosamente e nutricionalmente, iniciou-se o protocolo de Incontinência fecal com a utilização do dispositivo de desvio fecal Flexi Seal sob prescrição médica.

Segundo consenso 2012 *Incontinence-Associated Dermatitis, a prevenção e tratamento de DAI deve incluir um regime de cuidados da pele aplicadas de forma consistente e bem definido, incluindo a limpeza suave da pele, a aplicação de protetores a base de copolímero. A utilização de protetores anti-fúngico, ou a base de antibiótico tópico para tratar DAI é recomendada em situações específicas conforme avaliação médica.*

O registro de Enfermagem do cuidado com a pele faz parte do processo e assim fundamentam diariamente o protocolo de DAI na instituição.

Com a constante capacitação dos profissionais Enfermeiros e técnicos de enfermagem, pode-se reconhecer e diferenciar a lesão e a prevenção precoce da DAI, tornando assim o processo fundamentado em evidências e assim melhorando indicadores de qualidade.

# IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE DA HANSENÍASE PARA UM TRATAMENTO POSITIVO E REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO

Ayanne Karoline da Silva Chagas<sup>1</sup>, Emanuella Barros de Souza Oliveira<sup>2</sup>, Millena Carla da Silva Mesquita<sup>3</sup>, Kennya Cristina Mendes Cocentino de Medeiros<sup>3</sup>

**Introdução:** A hanseníase é uma doença granulomatosa crônica infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, de baixa patogenicidade e alta infectividade. Evolui lentamente manifestando-se através de sinais dermatoneurológicos (pele e lesões de nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés). A transmissão da doença ocorre através do contato direto com pacientes não tratados ou tratados de forma incorreta. Ao longo dos milênios, as estratégias de enfrentamento para a doença foram baseadas em isolamento compulsório e da exclusão social, levando a todo um processo de construção de estigmas que afetam negativamente a qualidade de vida das pessoas afetadas até hoje. Desde 1953, foram apresentadas classificações da doença quanto às diferentes formas clínicas, aos achados histopatológicos e ao nível de resposta imune do paciente. Entretanto, a fim de estabelecer uma relação entre diagnóstico e tratamento, a OMS propôs uma classificação dos pacientes em Paucibacilares (PB), dos quais possuem entre uma e cinco lesões cutâneas, e Multibacilares (MB), dos quais possuem mais de cinco lesões. A apresentação clínica foge, muitas vezes, do padrão habitual, fazendo com que especialistas confundam o diagnóstico, por isso a importância de enfatizar cada vez mais sobre o conhecimento da doença a qual o seu diagnóstico precoce fara toda a diferença para o paciente.**Objetivo:** Demonstrar a importância de identificar precocemente os casos de hanseníase para um tratamento positivo e consequentemente a não transmissão e erradicação da mesma. **Método:** Trata-se de uma revisão da literatura utilizando as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, por meio do descritor controlado: Hanseníase. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados no período de 2010 a 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados 9 artigos.**Resultados:** O agravamento da Hanseníase é associado com diagnóstico tardio devido à doença crônica e progressiva, que evolui de acordo com o estado do paciente imune, grau de endemicidade do meio ambiente e outros componentes genéticos. O risco de contrair a doença é classificado em ordem decrescente que vai do contato com os membros da família com infecção MB, contato extradomiciliar com pacientes MB e contato com pacientes PB. As formas MB de hanseníase estão relacionadas à menor resistência do hospedeiro ao bacilo, enquanto nos casos PB, há maior resistência do hospedeiro ao bacilo, resultando em menos lesões e redução do tempo de tratamento. As formas MB são correlacionadas com o grau de deficiência observadas, quando comparados com os casos PB. O diagnóstico tardio dos pacientes em áreas endêmicas influencia a manutenção da cadeia de transmissão, resultando em maior morbidade e indicando a ineficiência das estratégias de controle da Hanseníase. **Conclusão:** Espera-se que este estudo sirva de orientação para o profissional de enfermagem e a importância do diagnóstico como instrumento de combate a Hanseníase nas áreas endêmicas e para o tratamento efetivo da doença.

## Referências

LUSTOSA, Anselmo Alves et al. **The impact of leprosy on health-related quality of life.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online].*, vol.44, n.5, pp. 621-626. 2011

SOUSA, Antônio Renê Diógenes de et al. **Hanseníase simulando erupção liquenóide: relato de caso e revisão de literatura.** *An. Bras. Dermatol. [online].*, vol.85, n.2, pp. 224-226. 2010

---

1 Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: ayannekaroline@hotmail.com

2 Mestranda em Medicina Tropical pela UFPE

3 Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

# INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

*Renata da Cunha<sup>1</sup>  
Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>2</sup>  
Carla Maria Fonseca Simão<sup>3</sup>  
Regina Helena Squizzato<sup>4</sup>  
Diego Bonil<sup>5</sup>*

**Introdução:** Atualmente a incidência de úlceras por pressão ainda representa problema de saúde pública, indicando a qualidade da assistência de enfermagem. Sendo assim, é de extrema importância que os profissionais tomem conhecimento dos fatores de risco para realizarem uma prática clínica com medidas preventivas e eficazes.

**Objetivo:** Avaliar a incidência de úlceras por pressão em pacientes neurocirúrgicos internados em unidades de terapia intensiva.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital escola no interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada através da análise do prontuário informatizado, no período de janeiro a dezembro do ano de 2013. Foram avaliados os prontuários de pacientes internados para a equipe da neurocirurgia nas unidades de terapia intensiva do SUS e do convênio. Foi analisada a ocorrência de úlceras por pressão no período de internação nestas unidades associado ao risco de desenvolver úlceras por pressão, através da escala de Braden e ao diagnóstico médico.

**Resultados:** Como resultados pôde-se observar uma incidência de úlceras por pressão média anual de 18%, sendo que o menor índice foi encontrado no mês de fevereiro (3,84%) e o maior índice no mês de dezembro (23,6%). Com relação ao risco de desenvolver úlceras por pressão, o maior número de pacientes se enquadrou como alto risco, apresentando uma pontuação entre 10 e 12 na escala de Braden, o que representa 41% dos pacientes estudados. Levando em consideração o diagnóstico médico, 22 pacientes que desenvolveram úlceras por pressão apresentaram Trauma Cranioencefálico grave, 14 pacientes, Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico e 8 pacientes, Trauma Raquimedular. A unidade de internação que apresentou maior número de ocorrência de úlceras por pressão foi a UTI geral do SUS com 37 pacientes, este número está relacionado com o número de internações que é superior nesta unidade.

**Conclusão:** Este estudo permitiu verificar a elevada incidência de UPP visto que está relacionado com a qualidade da assistência de enfermagem e medidas preventivas. Sendo assim, é importante que haja identificação precoce dos fatores de risco e envolvimento da equipe multiprofissional envolvida no tratamento do cliente.

## Referências:

1. Miranda, LA; Ramos, RS; Oliveira, OVS; Ramos, LT; Spezani, RS; Souza, RM. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes internados em unidades de clínica médica. *Revista de Enfermagem Atual In Derme*, 2012; 63, 7-13.
2. Wada, A; Neto, NT; Ferreira, MC. Úlceras por pressão. *Ver Med (São Paulo)*. 2010 jul.-dez.;89(3/4):170-7.
3. Stein, EA; Santos, JLG; Pestana, AL; Guerra, ST; Prochnow, AG; Erdmann, AL. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para a prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. *R. pesq.: cuid. Fundam. Online* 2012. Jul./set. 4(3):2605-12

1. *Enfermeira do Hospital de Base de São José do Rio Preto.*
2. *Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.*
3. *Enfermeira Mestre EERP-USP, especialista em Enfermagem Dermatológica, Estomaterapeuta pela FAMERP.*
4. *Enfermeira Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Email para contato: iza\_re@hotmail.com*
4. *Enfermeira membro da equipe de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de São José do Rio Preto.*
5. *Enfermeiro do Grupo de Curativo da Empresa Unimed de São José do Rio Preto.*

# INDICADOR DE QUALIDADE DE INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO: CONHECIMENTO DE DOMÍNIO DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

Luiz Augusto Ferreira de Carvalho1  
Pâmela Luiza Marques da Silva2  
Ana Paula Costa3  
Ana Lucia De Faria4  
Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos5  
Milva Figueiredo De Martino6

## RESUMO

**Introdução:** O atendimento de pacientes em estado críticos e predisponentes ao desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP), requer do enfermeiro assistencial amplo conhecimento do indicador de qualidade de incidência por UPP, que é considerado uma ferramenta para diminuir os coeficientes da mesma. A questão da qualidade assistencial vem sendo discutida e compartilhada entre os diversos profissionais de saúde e no que diz respeito ao cenário de melhoria contínua da qualidade da assistência de enfermagem a implantação de indicadores de qualidade tem como objetivo atingir a excelência no processo de trabalho da equipe de enfermagem por meio de implantação de ações e elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistematizada os níveis de qualidade dos cuidados prestados. **Objetivo:** Identificar o conhecimento de domínio dos Enfermeiros Assistenciais em relação ao indicador de qualidade de incidência de UPP. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. Foi realizada com 18 enfermeiras que atuam em um hospital da região do vale do Paraíba paulista e que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi no período de julho a agosto de 2012, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Taubaté sob o protocolo 298/12 e da Instituição pesquisada. Os resultados foram quantificados pelo Programa Microsoft Excel 2007. **Resultados:** Todas eram do sexo feminino. A idade variou entre 24 a 45 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 13 (72%) possuíam curso de pós-graduação. Quanto a experiência profissional 12 (66%) atuavam entre um e cinco anos, 3 (17%) entre cinco e 10 anos e 3 (17%) há mais de 10 anos. Quando questionados a respeito de intervenções específicas de enfermagem: 5 (27%) indicaram a mudança de decúbito, 4 (22%) indicaram proteção das proeminências ósseas, 2 (11%) indicaram a diminuição da fricção e cisalhamento, 3 (17%) indicaram diminuição da umidade, 1 (6%) indicaram adequação dos parâmetros de nutrição, 2 (11%) indicaram hidratação adequada da pele e a instituição de educação continuada pertinente ao tema foi citada por 1 (6%). 18 (100%) fizeram indicações pertinentes ao indicador de qualidade de incidência de UPP e configuraram a Escala de Braden como o principal guia de monitorização de UPP. **Conclusões:** Este estudo permitiu concluir que todas as enfermeiras reconheceram a importância do indicador de qualidade de incidência de UPP, entretanto uma minoria definiu com exatidão o conceito e aplicabilidade do indicador. Todas as enfermeiras fizeram indicações pertinentes relacionadas às intervenções específicas de enfermagem e contemplaram todas as ações que podem ser instituídas para diminuir os índices de incidência de UPP. Assim a presente investigação demonstrou que apesar do tema ser bastante explorado na literatura científica e durante a formação do profissional, o conceito de indicador de qualidade de incidência de UPP precisa ser trabalhado constantemente dentro das Instituições Hospitalares, principalmente com os Enfermeiros uma vez que este profissional é responsável direto pelo direcionamento das intervenções específicas de enfermagem que nortearão os coeficientes de incidência e prevalência de UPP. **Palavras-chave:** Indicadores de qualidade hospitalar; Úlcera por pressão; Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Gabriel CS, Melo MRAC, Bernardes A, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. Rev. Latino am. Enferm. 2011 set. [acesso em 2012 out 18];19p. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_24.pdf)
2. Machado JA, Rêgo GL. Prevenção da úlcera por pressão: atuação do enfermeiro na avaliação do estado nutricional do cliente. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009 out. [acesso em 2012 out 18];35p. Disponível em: [http://www.expansaoeventos.com.br/trabalhos\\_cbed/Trabalho%2014.pdf](http://www.expansaoeventos.com.br/trabalhos_cbed/Trabalho%2014.pdf)
3. Meneghin PL, Nunes MT. A utilização da Escala de BRADEN como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes de um serviço de emergência. Rev. Nursing. 2009 set. [acesso em 2012 out 18]. Disponível em: <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=13>
4. Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Rev. Adm. Saúde. 2007 jan/mar. [acesso em 2011 ago 27];9(34):29p. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/files/RAS34\\_a%20constru%C%A7%C3%A3o.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C%A7%C3%A3o.pdf)
5. Oliveira FHF, Romano PS, Espíndula SP. Ações de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos: o que o enfermeiro pode fazer? Rev. Adm. Saúde. 2009 jul. [acesso em 2012 out 18];18p. Disponível em: [http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552\\_50.pdf](http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_50.pdf)

1 Estudante do curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: [luizaugusto\\_f@hotmail.com](mailto:luizaugusto_f@hotmail.com)

2 Estudante do Curso de especialização em Enfermagem em unidade de terapia intensiva, Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: [pamelinhaluiza@hotmail.com](mailto:pamelinhaluiza@hotmail.com)

3 Estudante do curso de graduação em Enfermagem, Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: [apc\\_biologa@yahoo.com.br](mailto:apc_biologa@yahoo.com.br)

4 Enfermeira, Professora Mestre, Departamento de Enfermagem, Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Brasil. E-mail: [anadinda2002@yahoo.com.br](mailto:anadinda2002@yahoo.com.br)

5 Enfermeira, Professora Mestre, Departamento de Enfermagem, Universidade de Taubaté/UNITAU. Taubaté (SP), Doutoranda em Enfermagem, Universidade de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [teresacelia@terra.com.br](mailto:teresacelia@terra.com.br)

6 Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [marfi@fcm.unicamp.br](mailto:marfi@fcm.unicamp.br)

## ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS & POWERS – VERSÃO FERIDAS: ESTUDO DA RESPONSABILIDADE.

*Alciclea dos Santos Oliveira\*(1)*  
*Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos(2),*  
*Montserrat Ferrer(3),*  
*Beatriz Farias Alves Yamada(4),*  
*Jordi Alonso(5)*

Introdução: Para que se possam usar os instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) com segurança é fundamental que meçam aquilo a que se propõem e da maneira como se propõem. Para tanto, precisam ser atestadas algumas propriedades de medida, como a validade, a confiabilidade e a responsividade (1). A responsividade ou sensibilidade para mudança é uma propriedade psicométrica que consiste na habilidade do instrumento em detectar mudanças, sendo tal análise reconhecida como critério importante nas medidas de resultados em estudos de eficácia de tratamentos (2,3). O pequeno número de pesquisas sobre os instrumentos do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers (IQVFP) que tenham testado a propriedade psicométrica de responsividade, bem como o fato de que o instrumento Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers–Versão Feridas (IQVFP-VF) foi testado, em regra, apenas quanto a sua confiabilidade e validade, incentivou a realização deste estudo que, para continuar o processo de validação deste instrumento. Objetivo: analisar a responsividade do IQVFP-VF em pacientes com feridas crônicas. Método: Estudo metodológico, prospectivo, observacional, com abordagem quantitativa, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Processo nº 929/2010). Foi realizado com 39 pacientes que possuíam feridas crônicas (atendidos em dois ambulatórios específicos para o tratamento de feridas) por meio de três avaliações utilizando o questionário IQVFP-VF (no início do estudo, 30 e 60 dias após o início). O IQVFP-VF é composto por 35 itens, divididos em quatro domínios: saúde e funcionamento (SF), sócio-econômico (SE), psicológico/espiritual (PE) e família (Fa). Analisou-se a responsividade por meio de métodos baseados na distribuição dos dados, utilizando o tamanho do efeito (TE), e também métodos baseados em âncoras por meio da avaliação global de mudança, intensidade da dor e a cicatrização de feridas. Resultados: os resultados mostram que a média dos escores total do IQVFP-VF foi de 21,3; 23,1 e 24,2 nas três avaliações, respectivamente. Comprovou-se a responsividade do IQVFP-VF por meio do TE ao se detectar mudanças pequenas em 30 dias de tratamento. Isso foi ratificado no período de 60 dias com resultados ainda melhores, com valores do tamanho do efeito de 0,86 para o escore total; 1,01 no domínio SF; e 0,66 para o domínio SE, com p-valor <0,001 para todos os referidos escores. A diferença minimamente importante (MID) obtida para as âncoras no QV total foi de 2,0 para a avaliação global da mudança; 2,0 para intensidade da dor; e 2,4 para a taxa de cicatrização de feridas. Conclusão: o estudo demonstrou que o instrumento IQVFP-VF mostrou-se responsivo, sendo capaz de detectar mudanças ao longo do tempo em pacientes com feridas crônicas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, mudança de vida, cicatrização de ferida, lesão.

1. Barrett B, Brown R, Mundt Marion. Comparison of anchor-based and distributional approaches in estimating important difference in common cold. *Qual Life Res* 2008; 17:75-85.
2. Terwee CB, Dekker FW, Wiersinga WM, Prummel MF, Bossuyt PMM. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. *Qual Life Res* 2003;12:349-362.
3. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002;11:193-205.

1. Enfermeira, PhD, Supervisora do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo;

2. Enfermeira, PhD, Profa Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP;

3. Médica, PhD, Profa do Programa d'Epidemiologia i Salut Pública

IMIM (Institut de Recerca Hospital del Mar), Barcelona;

4. Enfermeira, PhD, Diretora da Empresa Enfmedic;

5. Médico, PhD, Coordenador do Programa d'Epidemiologia i Salut Pública

IMIM (Institut de Recerca Hospital del Mar), Barcelona.

## **INFLUÊNCIA DO USO DA BOTA DE UNNA NA CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO**

SUELLEN VIDAL PEREIRA<sup>1</sup>; LÍVIA SILVA FIRMINO DOS SANTOS; SIMONE FABIANA AGUIAR; JULIANA RODRIGUES MOURÃO<sup>1</sup>; MARIANA LEAL MARCOLINO. PETRÓPOLIS - RJ - BRASIL.

**Palavras-chave:** bota de unna; úlcera venosa; cicatrização.

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A úlcera venosa é uma das complicações tardias da insuficiência venosa crônica. Cita-se como medidas de cuidado o repouso associado à drenagem postural do membro e a terapia compressiva. Afirma-se que as coberturas, associadas à esta terapia, tem uma porcentagem de redução da área da ferida maior que 30%. Um método compressivo utilizado sobre a perna para promover a cicatrização da úlcera venosa é a Bota de Unna, a qual melhora o fluxo venoso e contribui para alívio da dor; Esta é uma bandagem de algodão impregnada de uma pasta com medicamentos com amplo uso em úlceras dessa etiologia. **OBJETIVOS:** Descrever o processo da cicatrização durante o tratamento com a bota de unna. **MÉTODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso de paciente que utiliza o tratamento com a B. U., acompanhado em um Ambulatório Escola localizado na Região Serrana-RJ, durante 101 dias de tratamento. Atendendo a resolução do 466/2012 MS, o paciente autorizou a publicação do caso. **RESULTADOS:** As lesões foram acompanhadas e avaliadas desde o 22º dia de janeiro do ano de 2014 até o seu fechamento. Inicialmente uma lesão extensa em perna direita e duas lesões pequenas em perna esquerda, superficiais, irregulares, rosa, tecido de granulação, presença de esfacelo, exsudato purulento e ausência de dor. Tratou-se com terapia tópica com hidrogel e kollagenase, curativo tradicional de gase, sem alteração significativa na lesão. No 29º instalou-se terapia com a bota de unna, observando-se redução significativa da ferida dos membros inferiores. Epitelização total da lesão do membro inferior esquerdo e redução significativa das lesões do membro inferior direito após três meses, 1 semana e 2 dias de acompanhamento. **CONCLUSÃO:** O sucesso no tratamento da úlcera venosa com a bota de unna só é possível quando o paciente adere a todas as orientações e muda seu estilo de vida. O enfermeiro, enquanto, profissional responsável pelo cuidado, deve se aprimorar e buscar através de estudos científicos embasamento para sua pratica, a fim de proporcionar melhora da cicatrização e qualidade de vida ao portador de úlcera venosa crônica.



## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: REVISÃO INTERATIVA

Danielle Cristina Garbui<sup>1</sup>; Natália Chantal Magalhães da Silva<sup>2</sup>; Cristina Mara Zamarioli<sup>3</sup>; Emília Campos de Carvalho<sup>4</sup>

A avaliação de enfermagem durante a assistência prestada aos pacientes com lesões de pele apresenta extrema relevância, uma vez que, esta avaliação embasa a seleção de intervenções apropriadas. O acompanhamento da cicatrização das lesões pode ser realizado de diversas maneiras, tanto com base em parâmetros clínicos subjetivos, quanto com a utilização de instrumentos. Não há um consenso, no entanto, sobre os parâmetros a serem avaliados ou sobre quais instrumentos podem ser utilizados para esta finalidade. Frente à importância de uma avaliação acurada das lesões de pele, este estudo tem como objetivo identificar, na literatura científica, quais instrumentos para avaliação do processo de cicatrização estão sendo utilizados e a aplicabilidade destes. O processo metodológico utilizado foi a revisão integrativa realizada através de busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Web of Science e Scopus com a combinação dos descritores wound healing, evaluation, tools e tools evaluation durante o período de junho de 2014. Foram incluídos artigos originais e teses publicadas nos últimos 10 anos que apresentassem resultados de pesquisas, nas quais houvesse uma avaliação do processo cicatricial em seres humanos. Um total de 186 trabalhos foram encontrados, e após a exclusão dos artigos que não abordavam à temática, artigos de revisão, trabalhos com modelos animais e artigos duplicados nas bases, 32 artigos e uma tese foram selecionados para conduzir as etapas posteriores desta pesquisa. A maior parte dos estudos seguiu a metodologia de ensaios clínicos, estudos descritivos e estudos de corte, respectivamente. Verificou-se que muitos estudos não utilizaram instrumentos, apenas variáveis clínicas relacionadas à ferida, como tamanho, tipo de tecido, bordas, pele ao redor, odor e exsudato. Vários instrumentos foram apresentados para a avaliação do processo de cicatrização, sendo os mais prevalentes a escala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) e a escala DESIGN (Depth, Exsudation, Size, Infection, Granulation, Necrosis). Estas escalas apresentam facilidade de aquisição, aplicação e não demandam grandes investimentos financeiros e de treinamentos. No entanto, a acurácia da avaliação com a utilização destas escalas fica comprometida, uma vez que, trata-se de um julgamento subjetivo. Apesar de uma ampla variedade de instrumentos encontrados nesta revisão, apenas três estudos apresentaram instrumentos que fornecem uma avaliação baseada em dados objetivos do processo de cicatrização, o cutometer, o OCT (Optical Coherence Tomography) e o ARANZ Medical Silhouette Mobile™. Estes instrumentos fornecem medidas mais precisas sobre a evolução da cicatrização, porém, são tecnologias com um custo elevado que demandam treinamentos e capacitações não somente para sua adequada aplicação, mas também para a leitura dos resultados. O registro fotográfico foi uma ferramenta amplamente utilizada para complementar a avaliação e para acompanhar a evolução das feridas. Apesar dos avanços tecnológicos disponibilizarem ferramentas mais precisas para avaliação do processo de cicatrização, a maior parte destas avaliações ainda é realizada através de escalas e instrumentos subjetivos. A dificuldade de aquisição, o custo elevado e a necessidade de treinamento podem ser apontados como fatores responsáveis por esta baixa adesão.

### REFERÊNCIAS

BROOME, M. E. Integrative literature review for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000. p.231-250.

RATLIFF, C. R.; RODEHEAVER, G. T. Use of the PUSH tool to measure venous ulcer healing. **Ostomy Wound Management**, v. 51, n. 5, p. 58, 2005. Disponível em: < <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009053656&lang=pt-br&site=ehost-live> >.

1 Doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: danigarbui@usp.br

2 Doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: naty\_chantal@hotmail.com

3 Enfermeira. Mestre em enfermagem. E-mail: cristina\_zamarioli@yahoo.com.br

4 Professora Titular na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: ecdcava@eerp.usp.br

## INTEGRIDADE DA PELE DO IDOSO NA AMAZÔNIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO

Tainá Sayuri Onuma de Oliveira<sup>1</sup>, Fabianne de Jesus Dias de Sousa<sup>2</sup>, Fabiana do Socorro da Silva Dias de Andrade<sup>3</sup>, Mônica Antar Gamba<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade<sup>1</sup>. Um dos sinais mais evidentes da passagem dos anos está relacionado com as mudanças produzidas no aspecto da pele, caracterizadas por alterações na sua estrutura e funções. O risco de lesão da pele aumenta em virtude da diminuição da função de barreira. Há ainda, maior dificuldade em perceber estímulos traumáticos e agressivos, devido à capacidade reduzida dos receptores sensoriais. **OBJETIVO:** Relatar os cuidados de enfermagem necessários para a manutenção da integridade da pele do idoso utilizando o diagnóstico de enfermagem (NANDA)<sup>2</sup>. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência<sup>3</sup> realizado durante a prática supervisionada na clínica cirúrgica entre acadêmicos de enfermagem e profissionais da enfermagem em um hospital de referência em cirurgia cardíaca em Belém-PA. **RESULTADOS:** Ao observarmos a assistência de enfermagem prestada aos idosos hospitalizados, foi traçado um plano de educação continuada com os profissionais, abordando as alterações do tecido tegumentar do idoso, destacando fragilidade cutânea e menor capacidade da pele de atuar como barreira contra fatores externos; termorregulação deficiente em resposta ao calor; pele mais entre outros. Além da implementação de uma assistência específica aos cuidados de prevenção e manutenção da integridade da pele utilizando como ferramenta Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Proporcionando desta forma o desenvolvimento profissional assim como estimulando o atendimento humanizado.

Possibilitando aprendizado específico, sobre a Integridade da pele prejudicada, sendo um diagnóstico real, que se refere à “epiderme e/ou derme alteradas”, devido a fatores externos, fatores mecânicos, imobilização física, radiação, idades extremas, pele molhada, medicações e fatores internos e estado dos líquidos alterados. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de enfermagem e as intervenções permitem melhor solução para o problema levantado, facilitando a conduta de enfermagem e mantendo a assistência individualizada. A enfermagem precisa produzir conhecimentos que aprimorem o cuidado junto ao idoso. Cabendo aos profissionais a consciência e a valorização dos aspectos do cuidar e tocar qualificado. É preciso modificar o comportamento diante das necessidades do outro, estar disposto a aprender com o outro e ser afetivo com ele conhecendo as técnicas adequadas para a manutenção da assistência prestada.

### Referências:

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: Il.

Carvalho IS, Neto AVL, Segundo FCF et al. Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência. Rev Enferm UFSM, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3212>>. Acesso em: 10 maio 2014.

Tannure MC & Gonçalves AMP. SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

1. Acadêmica do Curso de Graduação de Bacharel em Enfermagem da Universidade da Amazônia (UNAMA).
2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutoranda em Enfermagem pela EPE - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Email:fabianesousa@hotmail.com
3. Docente na UNIME - Itabuna, BA, Brasil. Doutoranda em Pediatria pela EPM - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
4. Doutora em Enfermagem pela USP, professora associado da Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP Coordenadora Curso de Especialização de Enfermagem em Dermatologia. Profa. Orientadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem linha: cuidado de enfermagem na dimensão coletiva. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Cuidar-te e Liga Acadêmica de Feridas

## INTERFERÊNCIA DOS NÍVEIS SÉRICOS DE PROTEÍNAS NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO CLÍNICO\*

Vanessa Beatriz Borges Queiroz<sup>1</sup>, Ana Claudia Sangali<sup>1</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>2</sup>, Betânia Mendes Malta Rodrigues Costa<sup>1</sup>, Nádia Antonia Aparecida Poletti<sup>3</sup>.

A nutrição inadequada pode levar o paciente a quadros de perda de peso, atrofia muscular e redução da massa tecidual, além de ser um dos fatores mais relevantes na etiologia das úlceras por pressão, atuando na patogênese e não cicatrização das mesmas. Este estudo teve como objetivo verificar os níveis séricos de proteína total, albumina e proteína C reativa (PCR) em pacientes portadores de úlceras por pressão (UPPs), além das características das lesões que apresentaram dificuldade e/ou retardo na cicatrização. Diante dos resultados obtidos pôde-se verificar que houve maior incidência em pacientes paraplégicos que desenvolveram lesões do tipo III e IV na região sacral e de tecido de granulação e desvitalizado, com secreção serosa e serosanguinolenta de média quantidade. As lesões apresentaram altos índices de PCR e valores reduzidos de proteína totais e fração. A literatura cita em inúmeras pesquisas que a depleção proteica contribui para o atraso na cicatrização e que níveis de albumina abaixo de 3g/dl estão associados à edemas teciduais associados ao surgimento de infecção em feridas e desnutrição do paciente. Este comportamento também foi observado neste trabalho, uma vez que verificou-se incidência de UPPs em alto grau de desenvolvimento juntamente com baixos valores proteicos.

**Descritores:** Úlcera por Pressão, Cicatrização de Feridas, Estado Nutricional, Proteínas.

*1-Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, integrantes do Grupo de Curativo da FAMERP; Email para contato: vanessabqueiroz@yahoo.com.br*

*2-Enfermeira aperfeiçoanda em Enfermagem em Feridas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;*

*3- Professora Doutora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; \*Esse trabalho é parte de um projeto desenvolvido pelo Grupo de estudos e assistência de Enfermagem em Feridas e cuidados com a pele do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP.*

## INTERVENÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PODIÁTRICA

Onsli dos Santos Almeida\*, Vera Ligia Lellis Jacob, Rose Ana Rios David

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma ferramenta legal e técnica essencial para o enfermeiro em todas as suas áreas de atuação seja de vínculo profissional institucional ou autônomo. A SAE, para o cuidado individual inicia-se pela avaliação clínica do paciente, que determina as prescrições de enfermagem, que devem ser baseadas em evidências científica e ou nas classificações de intervenções de enfermagem (NIC). Taxonomia, padronizada das intervenções realizadas por enfermeiros, propicia a expansão do conhecimento, do desenvolvimento de sistemas de informação, do ensino, da tomada de decisão, determinação dos custos dos serviços, planejamento dos recursos necessários e articulação com os sistemas de classificação na enfermagem<sup>2,4</sup>. O conjunto de intervenções essenciais descritos nas áreas de especialidades incluem as intervenções usadas com maior frequência, ou fundamentais no papel do enfermeiro especialista 2, 4. Foram identificadas 45 áreas de especialidades na NIC, a enfermagem podiátrica não aparece nessa relação. Diante do exposto, buscaram-se na taxonomia da NIC intervenções que tivessem relação direta com a podiatria para compor um instrumento para atenção podiátrica. Assim este estudo teve por objetivo identificar na NIC intervenções essenciais para a enfermagem podiátrica. **Material e métodos:** Trata-se de um recorte do estudo intitulado “Sistematização da assistência de enfermagem podiátrica: construção de instrumento para prática clínica do enfermeiro” de abordagem observacional e descritivo, que propôs um instrumento que atendesse as necessidades assistenciais da Enfermagem podiátrica. Durante o estudo foram identificadas intervenções de enfermagem que caracterizam o especialista podiatra. As necessidades assistenciais foram identificadas empiricamente em uma clínica escola em São Paulo, no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014. **Resultados e discussão:** Foram identificadas 26 intervenções, algumas delas fundamentam, também, outras especialidades da enfermagem tais como: gerontológica, dermatológica, ortopédica e vascular. Dentre as intervenções identificadas estão: **0200** - Promoções do exercício, **0201** - Promoção do exercício: Treino para fortalecimento, **0221** - Terapia com exercício: deambulação, **0224** - Terapia do exercício: mobilidade articular, **0226** - Terapia do exercício: controle muscular, **8820** - Controle da dor, **1600** - Cuidados com os pés, **1680** - Cuidados com as unhas, **1780** - Cuidados com próteses, **1800** - Assistência de enfermagem no autocuidado, **2660** - Controle da sensibilidade periférica, **3420** - Cuidados com amputação, **3480** - Monitorização das extremidades inferiores, **3584** - Cuidados a pele tratamentos tópicos, **3590** - Supervisão da pele, **3660** - Cuidados com lesões, **4062** - Cuidados circulatórios: Insuficiência arterial, **4066** - Cuidados circulatórios: Insuficiência venosa, **4070** - Precauções circulatórias, **5603** - Ensino e cuidados com os pés, **5606** - Ensino: indivíduo, **6090** - Prevenção de quedas, **6560** - Precauções no uso do laser, **6648** - Prevenção de lesões desportivas: jovens, **7110** - Promoção do envolvimento familiar e **8100** - Encaminhamento. **Conclusão:** A inclusão de intervenções essenciais de enfermagem relacionadas à assistência podiátrica na NIC deverá nortear as ações deste especialista, pois, dará sustentabilidade nas tomadas de decisões, durante a realização do atendimento servindo de base para determinar os custos destes serviços. Pretende-se em outro estudo, demonstrar resultados da implantação destas intervenções, em um serviço com atendimento de enfermagem podiátrica.

**Palavras chave:** Assistência de Enfermagem, Podiatria, Pés.

### REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 out 2009.
2. Bulecherck GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
3. Portal do Enfermeiro Podiatra Brasileiro. [homepage na internet]. Quem somos. [Acesso em 03/03/2013]. Disponível em: <http://podiatria.com.br/index/quemsomos>
4. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização de Enfermagem: Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

---

\* Bacharel em Enfermagem pela Universidade Jorge Amado (Salvador/BA); Especializanda em Podiatria Clínica pela Faculdades Integradas de Guarulhos (SP/SP). Contatos: onsli10@hotmail.com. Telefone (71) 9171-2053.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

Divina Edna da Silva1  
Ilayne Antonia Gomes Pereira 1  
Luciele Pereira da Silva 2

**Introdução:** A pele funciona como uma barreira, a qual é responsável pela proteção mecânica, defesa imunológica, termorregulação e controle da perda de fluidos corporais, sendo que no recém-nascido (RN) esta se encontra imatura, caracterizando uma permeabilidade cutânea muito elevada. Considerando este fato, a assistência de enfermagem ao neonato demanda uma maior atenção nos cuidados, pois o rompimento da integridade da pele do recém-nascido possibilita risco de infecções, podendo ainda causar sequelas e cicatrizes. A equipe de enfermagem deve avaliar constantemente a pele do neonato objetivando prevenir lesões, pois, desde a admissão até a alta hospitalar, o RN é submetido a vários procedimentos, entre eles instalação de cateteres, punções capilares, venosas e arteriais, sondagens, colocação de dispositivos adesivos, utilização de sensores, colocação de eletrodos, realização de higiene corporal, troca de curativos, mudança de decúbito, os quais podem levar ao surgimento de lesões. **Objetivo:** pretendeu-se investigar as causas de lesões cutâneas em RN's em Unidades de Internação e quais as possíveis intervenções de enfermagem que se mostram eficazes na prevenção destas, analisando a abordagem do profissional frente ao cuidado do neonato e a sistematização da assistência pelo mesmo. **Metodologia:** a metodologia utilizada foi de caráter qualitativo, cujos dados foram obtidos a partir de pesquisas nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde). A amostra de estudo totalizou 16 publicações onde posteriormente os artigos foram agrupados de acordo com a semelhança de conteúdo. **Resultados:** Após análise das produções, foram encontrados: 31% dos artigos traziam a temática Importância da sistematização, a padronização das condutas profissionais e a construção de protocolos; 19% enfocavam a relação dos cuidados prestados pelos enfermeiros e os efeitos nocivos provocados pela hospitalização; 31% consideravam a necessidade de desenvolver pesquisas mais específicas na área da assistência e investimento em programas de treinamento para capacitação dos profissionais; 6% abordava a temática visão holística e diferenciado do paciente e 13% enfocava a importância da aplicação de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o gerenciamento dos serviços prestados. **Conclusão:** Em síntese, conclui-se que, para que o enfermeiro preste uma assistência com maior qualidade é necessário que os profissionais estejam sempre se qualificando para o mercado de trabalho. Evidenciou-se ainda a necessidade da elaboração de protocolos objetivando o direcionamento dos cuidados ao recém-nascido e conseqüentemente, garantindo-lhe uma integralidade e humanização da assistência.

**Palavras-chave:** assistência de enfermagem; ferida; recém-nascido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANO, L. S. M.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J. T. J. M. **Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.11, n.1, p.173-80, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a22.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a22.pdf)>. Acessado em: 30 de agosto de 2014.

MARTINS, Christiane Pereira; TAPIA, Carmen Elisa Villalobos. **A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea.** Revista Brasileira de Enfermagem. V.62, n.5, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500023)>. Acessado em: Acessado em: 25 ag. 2014.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria de Andrade; CARVALHO, Manoel de. **Procedimentos de enfermagem em UTI neonatal, 2004.** Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-04.pdf>>. Acessado em: Acessado em: 28 de agosto de 2014.

NEPOMUCENO, Lílian Mara Rondello. **Avaliação do indicador de qualidade 'integridade da pele do recém-nascido' como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem.** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, 2006. Disponível em: <<http://www.theses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-13072007-094202/pt-br.php>>. Acessado em: 27 de agosto de 2014.

ROLIM, et al. **Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido.** Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revista/v17n4/v17n4a16.pdf>>. Acessado em: 30 de agosto de 2014.

1 Discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Universitária da UEG de Ceres – GO. E-mail: divinaedna\_15@hotmail.com  
2 Orientadora. Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Goiás. Especialista em Saúde Pública e PSF, Controle de Infecção Hospitalar, Enfermagem do Trabalho e Terapia Intensiva Geral. Ampla atuação em C.C.I. H e Enfermagem do Trabalho. Atuação em S.A.E, Enfermagem Obstétrica, Pediatria e Urgência e Emergência. Docente da Universidade Estadual de Goiás. E-mail: lupssilva@hotmail.com.

# INTERVENÇÕES PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM DERMATITE AMONIACAL

Millena Carla da Silva Mesquita<sup>1</sup>, Eliane Rolim de Holanda<sup>2</sup>, Kelly Monteiro dos Santos<sup>3</sup>, Joanna Francynne Silva de Barros<sup>3</sup>, Emmanuelachrys da Silva Bomfim<sup>3</sup>, Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes<sup>3</sup>

**Introdução:** A dermatite amoniaca, ou por fraldas, é um distúrbio cutâneo frequentemente encontrado pelo enfermeiro nas consultas de puericultura. Ocorre com maior prevalência nos dois primeiros anos de vida entre nove e doze meses de idade. O contato prolongado da pele com fraldas úmidas promove aumento da hidratação e altera suas propriedades de barreira, tornando-a susceptível a danos mecânicos, irritantes químicos, enzimáticos e a proliferação de microrganismos. Acomete a pele dos bebês devido ao acúmulo de fezes e urina que ficam retidas nas fraldas. A amônia presente na urina não constitui a causa primária da dermatite da área das fraldas. No entanto, a conversão de uréia em amônia por bactérias eleva o pH cutâneo, podendo atuar como fator agravante, na pele previamente lesionada. A área delimitada pela fralda tem temperatura e umidade maiores, o que provoca maceração da pele, que se torna mais suscetível à irritação. Dessa forma, surge a importância das condutas preventivas e terapêuticas orientadas pelo enfermeiro e direcionadas a família da criança. **Objetivo:** Verificar os principais cuidados de enfermagem com crianças que apresentam dermatite amoniaca. **Método:** Trata-se de revisão da literatura utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e BDNF por meio dos descritores controlados: dermatite das fraldas e enfermagem. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados no período de 2008 a 2014, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram selecionados 5 artigos. **Resultados:** Em unidades de saúde é comum encontrar crianças com sinais de dermatite de fralda sendo necessária intervenção da enfermagem no cuidado com a pele da criança, a qual, muitas vezes, já vem sendo tratada de forma inapropriada com o uso de pós, óleos, sabões e pomadas irritantes os quais agravam o quadro e facilitam infecção secundária fúngica ou bacteriana. A melhor conduta é a prevenção. Para isso, engloba-se um conjunto de cuidados cujas principais metas são manter a pele limpa e seca, trocar a fralda sempre que estiver molhada, evitar o uso de calça plástica, aplicar pomadas antiassaduras após cada troca de fraldas, não usar talco, expor o perineo da criança ao sol durante quinze minutos, evitar uso excessivo de lenços umedecido descartáveis para higiene perineal. Indicar produtos tópicos a base de óxido de zinco, vitaminas A, D e E e óleo de semente de girassol, os quais formam barreira protetora para a pele, impedindo maceração e contribuem para o processo de reparação e cicatrização tecidual. O tratamento medicamentoso consiste em medidas ajustadas de acordo com a severidade e o tipo de infecção secundária associada. Foi encontrado que alguns pais apresentam dificuldades e sentem-se inseguros frente a problemas dermatológicos. Neste contexto, a atuação do enfermeiro para intervir e tomar decisões adequadas à assistência da criança tem sido fundamental, oferecendo apoio e orientando os pais de forma dialógica e participativa. **Conclusão:** A dermatite amoniaca representa afecção cutânea muito frequente em crianças. Exige intervenções de enfermagem durante a puericultura e ações de educação em saúde, capazes de instrumentalizar os pais/família para tratamento adequado, prevenção e controle da doença.

**Descritores:** Dermatologia; Dermatite das Fraldas; Enfermagem; Prevenção de Doenças

## Referências

1. Agostinho KM, Cavalcante KMH, Cavalcanti PP, Pereira DL. Doenças dermatológicas frequentes em unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm.* 2013 Out/Dez; 18(4):715-21.
2. Jackson PD. Diaper dermatitis: protecting the bottom line. *Adv Nurse Pract.* 2010 Mar; 18(3): 35-41.
3. Boscatto PC, Sabatés AL. Adesão das mães às condutas de enfermagem na dermatite irritativa de fraldas- estudo exploratório. *Online Braz J of Nurs [online].* 2008; 7(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1459/373>
4. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *An. Bras. Dermatol.* 2009, 84(1):47-54.
5. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev. bras. enferm.* 2012, 65(3):508-13.

<sup>1</sup> Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: millenamesquita1@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Núcleo de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>3</sup> Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

## LASERTERAPIA EM FERIDAS CIRURGICAS

**\*Baptista IMC; \*\*Chavantes MC,;**

**Introdução:** O Laser de Baixa Intensidade (LBI) vem sendo empregado para auxiliar o processo de reparação do tecido lesado, atuando na resolução e reparo do dano celular, por meio do efeito antiinflamatório, cicatricial e analgésico.

**Objetivo:** avaliar a contribuição da laserterapia na reparação tecidual de diferentes feridas cirúrgicas, como importante adjuvante associado aos cuidados de higiene e antisepsia na realização dos curativos.

**Metodologia:** Relato de série de experiência na de atuação com LBI, na prevenção de complicações e reparação tecidual em feridas cirúrgicas; na prevenção de complicações incisionais em excerese de cisto pilonidal e cirurgia ortopédica, os parâmetros dosimétricos previstos levando em consideração a idade, condições gerais do paciente e superfície corpórea e SAEF (Spatial average energy fluence), aplicações pontuais com Laser Diodo, comprimento de onda  $\lambda = 655\text{nm} - 630\text{nm}$ ; Potência = 25mW - 30mW, 3 vezes por semana por duas semanas, a partir do pós-operatório imediato, foi realizado o registro fotográfico, os pacientes assinaram o TCLE.

**Resultados:** Em ambos os tratamentos, houve controle e prevenção de infecção, diminuição de exsudato, cicatrização por primeira intenção sem complicações.

**Conclusão:** A laserterapia é um importante aliado nos cuidados de feridas cirúrgicas contribuindo para reparação tecidual.

### Referências

**BAPTISTA IMC.** Análise do efeito do laser de baixa potência na prevenção de deiscência incisional em cirurgia cardíaca [dissertação de mestrado]. Univap, São José dos Campos; 2003

**SHOJI, N.** Análise do Efeito do Laser de Baixa Potência em Deiscência de membros inferiores em pacientes safenectomizados pós-cirurgia cardíaca. Dissertação (Mestrado) I P & D, UniVaP - São José dos Campos, 2003.

**CHAVANTES M.C.** Laser em biomedicina, Princípios e Prática, ed Atheneu, SP, 2009.

**NURSING/ALLIED HEALTH – Merging Lasers and Technology Design in 2009 Course. PENNY J. SMALLEY, R.N., C.M.L.S.O.** Laser Safety.

**DEALEY, C.** Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. Coordenação e revisão de Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 2008.

## LEISHMANIOSE CUTÂNEA: RELATO DE TRATAMENTO TÓPICO E RESULTADOS

Mariana Takahashi Ferreira Costa<sup>1</sup>  
Andréia Cristine Deneluz Schunck de Oliveira<sup>2</sup> Sayonara Scota<sup>3</sup>

**Introdução:** A leishmaniose tegumentar ou cutânea é antroponose de distribuição mundial. Constitui grave problema de saúde pública. A estimativa da OMS é de 350 milhões de pessoas expostas e registro aproximado de dois milhões de novos casos das diferentes formas clínicas ao ano(1-3). **Objetivo:** Relatar a experiência de tratamento de lesão extensa por Leishmaniose cutânea. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso, conduzido em Hospital Estadual de Infectologia. Respeitados todos os princípios bioéticos. Descrição do Caso: LSS, 52 anos, sexo masculino, branco, casado, autônomo, sem comorbidades associadas. Em período final do tratamento medicamentoso com Glucantime, apresentava duas lesões em MIE por Leishmaniose cutânea, relatando início há 1,5 anos. Na maioria dos casos, iniciado tratamento medicamentoso, a lesão evolui para cicatrização sem maiores complicações. No entanto, permaneciam estagnadas. Lesão proximal localizada em terço médio, face posterior do MIE, dimensões C: 4,5cm X L: 4,0cm X P: 0cm; distal abrangia maléolo interno, região de tendão de Aquiles até maléolo externo, dimensões C: 9,0cm X L: 16cm X P: 0cm. Apresentavam tecido desvitalizado, secreção sero-hemática viscosa em média quantidade, bordas maceradas irregulares, odor característico e linfedema importante envolvendo perna e pé. Lesão distal apresentava um ponto de hipergranulação em face posterior. Após avaliação, iniciado tratamento tópico: limpeza: solução de PHMB; proteção da pele perilesional: creme barreira; cobertura primária: hidrogel; cobertura secundária: Rayon. **Resultados:** No quarto dia de tratamento tópico, finalizado o tratamento medicamentoso, o paciente teve alta hospitalar, sendo acompanhado ambulatorialmente. A avaliação da lesão mostrou que o tecido desvitalizado havia sido desbridado, apresentando tecido de granulação, mantendo a área de hipergranulação em porção posterior sendo tratada com cloreto de sódio hipertônico em gel aplicado diariamente. Proteção das feridas por cobertura de malha impregnada de silicone suave com troca semanal. Esta conduta foi mantida por 42 dias, havendo diminuição da hipergranulação e dimensão das lesões. Neste momento, leito da lesão distal apresentava camada amarelada membranosa, com presença de média quantidade de exsudato e sem outros sinais flogísticos. Lesão proximal apresentava pequena área residual, que não evoluía para cicatrização. Substituído a malha impregnada com silicone suave por cobertura absorvente não aderente com camada de silicone suave com troca semanal em ambas feridas, mantendo o uso do cloreto de sódio hipertônico em gel por mais 30 dias, momento em que houve resolução da hipergranulação. Após sete dias, ferida proximal cicatrizada, mantendo a hidratação e proteção da área com creme barreira. Mantida conduta em ferida distal por 56 dias, até diminuição do volume de exsudato e regressão da camada amarelada membranosa, sendo reintroduzido o uso da cobertura de malha impregnada com silicone suave com troca semanal. Após sete dias, a lesão evoluiu com formação de crosta amarelada em todo o leito. Associou-se o uso do ácido linoleico e a lesão cicatrizou por completo após 35 dias, somando tempo total de tratamento de 144 dias. **Conclusão:** A despeito dos possíveis vieses de confusão, podemos inferir que o tratamento adotado promoveu desbridamento autolítico, estimulou proliferação e migração celular e controlou a hipergranulação, resultando em cicatrização da lesão.

**Palavras-chave:** Leishmaniose Cutânea; Cicatrização; Técnicas de fechamento de feridas.

### Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília Editora do Ministerio da Saude, 2010.

Silveira FT., et al. An outbreak of cutaneous leishmaniasis among soldiers in Belem, Para State, Brazil, caused by leishmania (viannia) lindenbergi n. sp. A new leishmanial parasite of man in the Amazon region. *Parasite, [S.l.]*, v. 9, n. 1, p. 43-50, 2002.

World Health Organization (WHO). *The Leishmaniases: report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1984. (Technical Report Series; 701).*

<sup>1</sup>Mestranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP, Enfermeira da Educação Continuada, membro do Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. E-mail: marianatakahashicosta@hotmail.com <sup>2</sup>Dr<sup>a</sup> em Ciências da Saúde, Pós-graduanda em Estomaterapia pela UNITAU, Supervisora da Equipe Técnica da Educação Continuada, Responsável pelo Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. <sup>3</sup>Mestre em Ciências da Saúde, Supervisora do Programa de Aprimoramento Profissional em Enfermagem em Infectologia, Enfermeira da Educação Continuada, Membro do Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.



## LESÃO DE PERNA DECORRENTE DE DOENÇA FALCIFORME E DOENÇAS ASSOCIADAS: RELATO DE CASO

Bruna Yara Costa<sup>1</sup>

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>2</sup>

Rosali Isabel Barduchi Ohl<sup>3</sup>

**Introdução:** A Doença Falciforme (DF) é uma doença congênita onde ocorre deformação dos glóbulos vermelhos, tornando-os semelhantes a uma foice. Esses glóbulos vermelhos se agregam dificultando a circulação do sangue nos capilares sanguíneos de todo organismo, o que provoca lesões nos órgãos atingidos, dor, destruição dos glóbulos, icterícia, anemia, infecções e úlceras de perna. A gota é uma condição crônica, causada pelo depósito de cristais de ácido úrico nos tecidos e articulações. Pode apresentar origem genética ou ser decorrente de doenças hemolíticas, doenças mieloproliferativas, obesidade, psoríase e outras. O cliente com DF apresenta condições clínicas que predisõem o surgimento de úlceras, estas associadas a outras doenças agravam o quadro geral e as lesões e surge a cronicidade. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é apresentar um estudo de caso sobre as ações assistenciais realizadas junto a uma paciente com DF e Gota e lesões ulcerativas em membros inferiores atendida pelas docentes e membros da LiFe- Liga de Feridas no ambulatório de Feridas – do Ambulatório Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - **Metodologia:** Trabalho descritivo, do tipo estudo de caso realizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas da UFTM, no município de Uberaba, Minas Gerais. Para o desenvolvimento da assistência utilizou-se um instrumento de coleta de dados elaborado pelas pesquisadoras para subsidiar a gestão do cuidado de enfermagem. Após avaliação da equipe estabeleceu-se o tipo, as cobertura(s), técnica e frequência dos curativos e realizado registro fotográfico. **Resultados:** Paciente N.R.C., 51 anos, sexo masculino, diagnosticado com Doença Falciforme (DF), Gota e Insuficiência Venosa. Refere crises álgicas que melhoram ao uso de medicação, com história de uma internação decorrente de infecção nas lesões de membros inferiores. Na perna direita, apresentava lesão na região lateral e medial; as bordas delimitadas com tecido de epitelização; com presença de tecido necrótico liquefativo por toda lesão, porém no leito predomínio de tecido de granulação. Na região distal a lesão se estende pela face lateral envolvendo o maléolo. As bordas delimitadas com tecido de epitelização em crescimento, predomínio de tecido de granulação no leito da ferida, porém com presença de tecido de necrose liquefativa. Na perna esquerda, apresentava duas lesões uma na região maleolar contendo bordas delimitadas com presença de tecido de epitelização em crescimento, tecido de granulação predominante, e presença de tecido de necrose liquefativa em média quantidade distribuído por toda lesão. Paciente apresenta ainda lesão na região de metatarso distal sob 3º, 4º e 5º pododáquitilo, sendo as bordas delimitadas com tecido de epitelização crescente, tecido de necrose liquefativa e predominância de pontos com tecido de granulação em crescimento. A proposta terapêutica foi: limpeza com soro fisiológico morno, e enfaixamento com faixa crepe. **Conclusão:** O paciente relatou bem estar em razão da regressão das lesões e diminuição das dores causadas por elas. Acreditamos que os enfermeiros devem estar atentos aos sinais e sintomas da DF e das doenças associadas além das lesões, uma vez que esses fatores podem contribuir para a tomada de decisão das condutas específicas e do prognóstico desses pacientes.

<sup>1</sup>**Bruna Yara Costa** - Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. (bruninhayara.94@hotmail.com)

<sup>2</sup>**Suzel Regina Ribeiro Chavaglia** Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tutora - Pós-graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

<sup>3</sup>**Rosali Isabel Barduchi Ohl** - Enfermeira Doutora em Pós Graduação em Enfermagem Nível Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Chefe do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Universidade Federal de São Paulo

## LESÃO DE PERNA DECORRENTE DE DOENÇA FALCIFORME: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Taciana Silva Alves Monteiro<sup>1</sup>

Bruna Yara Costa<sup>2</sup>

Letícia Martins<sup>3</sup>

Cíntia Cristina Andrade<sup>4</sup>

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia<sup>5</sup>

**Introdução:** Paciente A.B, 46 anos, sexo feminino, apresenta úlcera maleolar de etiologia traumática em MIE-medial-lateral há 28 anos com mensuração: largura-6 cm; comprimento: 4,5 cm e diagnóstico de Doença Falciforme (DF) há 44 anos, fazendo acompanhamento ambulatorial no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para controle da Anemia Falciforme desde 1997. A doença falciforme é uma anomalia genética de hereditariedade expressa pela homozigose do gene da hemoglobina S (HbS). Sem oxigênio a HbS sofre falcização, ocasionando enrijecimento das hemácias e vaso-oclusão causando dores e lesão de órgãos. Caracteriza-se por variabilidade clínica, influência de fatores hereditários e adquiridos e do nível socioeconômico. Doenças são desencadeadas pela DF como a anemia, úlcera de perna, dores articulares, infecções e outras. **Objetivos:** Esse estudo objetivou relatar o cuidado de uma cliente com DF e lesão ulcerativa na região maleolar interna de MIE, atendida no ambulatório do Hospital de Clínicas (HC) da UFTM. **Metodologia:** A cliente recebeu tratamento inicialmente em agosto de 2008 pela Liga de Feridas (LIFE) da UFTM e após 2 anos, retornou com recidiva da lesão. A avaliação inicial fazia o acompanhamento semanal seguindo o protocolo e instrumento próprio da LIFE. Após análise dos dados e discussão com a equipe determinou-se o tipo, cobertura(s), técnica e frequência de curativo. **Resultados:** Conduta1: técnica asséptica, limpeza com SF 0,9% 250 ml aquecido e em jato, 1ª cobertura a papaína 10%, 2ª cobertura gazes secas e faixa crepe estéreis, duas vezes ao dia, na segunda semana uso da bota de uhnna. Medicação: Tixel 30, Tramal para a dor, Keflex 500 mg 4comp = 2,0 gr/dia e Felden 20 mg, 1x ao dia. Avaliação semanal com registro fotográfico. Medidas iniciais 6,0 x 4,5x 0,5cm (16,5 cm<sup>2</sup>). Na 8ª semana 4,2 x 3,0x 0,1 (12,6 cm<sup>2</sup>) com redução total do tecido necrótico foi usado filme de poliuretano. Conduta2: Mantive medicamentos para dor, Papaína 6%( 2 dias) para desbridar a queratose. OBS: Usou 1 dia apenas. Início de 1ªcobertura o Alginato de Cálcio + SAFGel, manteve a 2ª cobertura e curativo uma vez ao dia. Na 14ª semana as medidas 3,0 x 1,5cm (área 4,5cm<sup>2</sup>). Na 16ª semana 3,0 x 1,0cm (3,0 cm<sup>2</sup>). Suspeita da formação de biofilme bacteriano. Conduta 3: Na 22ª semana teve início com curativo de prata lesão de tamanho 2,0x0, 7x0, 1 cm e na 27ª semana houve aproximação total das bordas. **Conclusão:** Trata-se de uma cliente que despertava preocupações, pois a lesão estava estacionada ainda que ela se encontrasse hemodinamicamente estável. Este relato descreve o tempo de tratamento em semanas, o investimento físico, emocional e financeiro do cliente e da equipe. Conseguiu-se a redução de 100% da lesão, em um período de 07 meses. Houve investimento de 27 semanas de tratamento, 168 curativos, 84h de curativos e muito investimento financeiro e emocional da cliente e equipe. O enfermeiro além de tratar a ferida, deverá estar atento às intercorrências da doença falciforme. A detecção precoce das complicações possibilita tratamento adequado e a diminuição das comorbidades relacionada a esta doença.

1Taciana Silva Alves Monteiro- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (tacianamonteiro2010@hotmail.com)

2Bruna Yara Costal- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (bruninhayara.94@hotmail.com)

3Letícia Martins- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (leticia\_martins20@hotmail.com)

4Cíntia Cristina Andrade- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (cintiaade@hotmail.com)

5Suzel Regina Ribeiro Chavaglia Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tutora - Pós-graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (suzel.ribeiro@yahoo.com.br)

## Título: Lesão por Fricção em pacientes cardíacos: Relato de Experiência

Autores: Juliana Lucinda dos Santos, Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila

**INTRODUÇÃO:** A lesão por fricção (Skin Tears) é um tipo de ferida traumática que ocorre principalmente na pele do idoso, resultante de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da derme. Com o envelhecimento, a derme sofre uma perda de quase 20% de sua espessura, ocorrem a diminuição da produção de suor, da percepção da dor, da resposta inflamatória e da capacidade de sintetizar colágeno. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo visou controlar o exsudato de lesões por fricção em pacientes cardíacos e prevenir o desenvolvimento de novas lesões. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência de um paciente idoso, sexo masculino, acamado, com cardiopatias, cirrose hepática e insuficiência respiratória. Apresentando de lesões por fricção altamente exsudativas em membros superiores internado em hospital privado do município de São Paulo. O protocolo da instituição para realização de curativo em pele lesionada por esta fragilidade, era limpeza com soro fisiológico (0,9%), gaze não aderente impregnada por óleo graxo e enfaixamento e trocas diárias ou quando necessária ao dia. Na presença de exsudato ou sangramento utiliza-se a mesma solução e o mesmo critério de cobertura com troca diária. **Resultados:** **No caso em estudo, eram necessárias 3 trocas diárias** de curativo e devido o exsudato abundante e a presença de fragilidade cutânea começaram a surgir outras lesões e aumento da fragilidade cutânea. Optou-se, portanto por modificação de conduta: Realizar a limpeza por uma solução de polihexanida biguanida, aplicação malha de não- tecido estéril contendo sulfato de prata e cobertura secundária hidropolímero plus com bordas adesivas. Inicialmente foi sugerida a troca 1 vez ao dia ou realizar a troca de acordo com saturação do exsudato. Observamos que não houve a necessidade de troca nas primeiras 24 horas e o curativo estava íntegro. Após 48 horas foi observado uma demarcação do exsudato na cobertura secundária discreta, mantivemos a conduta de observação. E no terceiro dia de utilização deste curativo, observou-se a demarcação externa da cobertura secundária e a diminuição da quantidade de exsudato e promovendo a otimização da cicatrização na pele adjacente sendo possível a troca a cada 3 dias. Posteriormente, foi possível aumentar o intervalo de troca não ultrapassando 4 dias para a reavaliação das condições da pele. **CONCLUSÃO:** Com este estudo concluiu-se que a utilização do curativo com a malha de não tecido com sulfato de prata e cobertura secundária adequada foi favorável no controle do exsudato, promovendo a otimização na cicatrização, diminuindo as trocas e prevenindo para o surgimento de novas lesões. Reforça também, a necessidade do enfermeiro buscar constantemente novas tecnologias e atentar aos pacientes cardíacos em uso prolongado de corticóides levam a fragilidade capilar, pois o conhecimento, a habilidade técnica e a atitude são elementos fundamentais para a excelência da qualidade da assistência de enfermagem.

### Referências Bibliográficas:

- 1- Payne R, Martin M. Defining and classifying skin tears: need for common language. *Ostomy Wound Manag.* 1993;39(5):16-20.
- 2- Pulido, KCS. Adaptação cultural e validação do instrumento "Star Skin tear classification System" para língua portuguesa no Brasil [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de enfermagem Universidade de São Paulo; 2010.
- 3- Amaral, AFS; Pulido, KCS; Santos, VLC. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. *Rev. Esc Enferm USP* 2012;56(Esp):44-50.
- 4- LeBlanc. K., Christensen, D., Orsted, H. L., Keast, D. H. Prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada.* 2008; 6(1), 14-32

## LIGA DE FERIDAS: ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Taciana Silva Alves Monteiro\*  
Fernanda Bonato Zuffi\*\*  
Divanice Contim \*\*\*  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia\*\*\*\*  
Rejane Cussi Assunção\*\*\*\*\*  
Livia Ferreira Oliveira\*\*\*\*\*

**Introdução:** As ligas acadêmicas tornaram se comuns no cotidiano do estudante de universidades. Funcionando como atividade de ensino, pesquisa e extensão, as ligas são formadas por acadêmicos, orientados por um professor coordenador e outros colaboradores, objetivando aprimorar os conhecimentos no aprendizado e na formação dos membros em uma área de interesse. O principal profissional da equipe de saúde responsável pelo cuidado de lesões de pele é o enfermeiro e, como tal necessita de estar capacitado em avaliar a lesão e prescrever o tratamento adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem no tratamento e na execução do curativo, (FERREIRA, 2008). A LiFe-Liga de feridas da UFTM visa à qualificação e autonomia dos seus integrantes no cuidado com feridas. Criada em 2003 capacita os seus membros buscando a melhoria do processo de avaliação e assistência às pessoas com feridas no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar. **Objetivos:** Relatar as atividades educativas desenvolvidas pela Liga de Feridas (LiFe). **Método:** Trata-se de um relato de experiência. **Relato de experiência:** A Liga é direcionada aos acadêmicos de enfermagem, composta por 30 alunos de períodos diversos do curso de graduação em enfermagem. As reuniões teóricas são semanais, outras atividades incluem o cuidado das pessoas com lesão de pele de pacientes internados no Hospital de Clínicas da UFTM, produção de trabalhos científicos, organização de eventos para acadêmicos e profissionais da área da saúde, realização de sessões científicas. A liga tem suas bases consolidadas em três áreas de atuação, a saber: formação teórica, prática e científica. Na formação teórica ocorrem discussões em grupo, palestras com profissionais capacitados, oficinas, discussões de casos e reuniões científicas sobre temas referentes a etiologias e tipos de lesão, tipos de coberturas e procedimentos terapêuticos como os curativos. Na formação prática o membro tem a oportunidade de aplicar o conhecimento construído na liga em seus campos de estágio tanto na atenção terciária, quanto no domicílio. São oferecidas oficinas de higienização das mãos, manuseio do campo estéril, avaliação de feridas, etc. Na formação científica são publicados trabalhos no meio científico a fim de divulgar a liga, suas propostas e estudos de caso desenvolvidos. Todas as atividades desenvolvidas são realizadas em conjunto, fazendo com que todos os integrantes cresçam em relação a um assunto, não importando o semestre do curso. Todas as atividades beneficiam aos alunos, que aprofundam seus conhecimentos e assistem a população com relação ao cuidado com feridas. **Conclusão:** As ligas acadêmicas propiciam uma oportunidade para os alunos adquirirem experiência, desenvolverem confiança e conhecimento. Os projetos desenvolvidos possibilitam ensino e aprendizado de qualidade, exercitam um pensamento crítico e reflexivo, no que se refere o tratamento de feridas, prestando dessa forma, uma assistência de qualidade, visando o cuidado integral ao ser humano. **Referência bibliográfica:** FERREIRA, Adriano M.; BOGAMIL, Daiane DD; TORMENA, Paula C. O enfermeiro eo tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. Arq Ciênc Saúde, v. 15, n. 3, p. 105-9, 2008.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem, Ferimentos Educação.

**Taciana Silva Alves Monteiro**- Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (tacianamonteiro2010@hotmail.com)

**Fernanda Bonato Zuffi**. Enfermeira Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (fbzuffi@yahoo.com.br)

**Divanice Contim**. Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo ( UNIFESP) Professor assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (d.contim@uol.com.br)

**Suzel Regina Ribeiro Chavaglia** Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tutora - Pós-graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (suzel.ribeiro@yahoo.com.br)

**Rejane Cussi Assunção** Enfermeira Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem. Professor Assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (rcalenf@yahoo.com.br)

**Livia Ferreira Oliveira** Enfermeira Mestre em Patologia pela Universidade Federal

## LIGA DE FERIDAS: VIVÊNCIA DO PROCESSO DE COORDENAR

Leticia Oliveira Manzan\*  
Thuanne Cristina Sousa e Aleixo\*\*  
Fernanda Bonato Zuffi\*\*\*  
Suzel Regina Ribeiro Chavaglia\*\*\*\*

**Introdução:** A Liga de Feridas (LiFe) foi fundada no ano de 2003 por docentes e acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro(UFTM), diante da necessidade da comunidade acadêmica e da comunidade externa em ter uma equipe especializada em promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos acometidos por problemas tissulares. A liga é pautada no princípio da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Para atingir esse objetivo, conta anualmente com uma comissão que coordena as atividades. Considera-se a organização um processo que se subdivide em vários subprocessos, os quais se subdividem em atividades e tarefas<sup>1</sup>, sendo que, para gerir estas atividades, é necessário, instituir uma equipe engajada e com espírito de liderança. **Objetivos:** Descrever o papel e destacar a importância da atividade de coordenador discente na formação profissional na graduação. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência das acadêmicas de enfermagem que desempenham as atividades de coordenação da LiFe no período de janeiro a agosto de 2014. **Resultados:** A composição da LiFe do ano de 2014 conta com 21 membros acadêmicos de enfermagem da UFTM, três coordenadores docentes e seis coordenadores discentes. A liga estima a gestão de qualidade, articulada por subdivisão de tarefas, mas que preza pela comunicação eficaz entre as coordenações e trabalho coletivo. Assim, estabeleceram-se as seguintes coordenações: tutor(a), professores colaboradores, coordenador geral discente, vice coordenador geral, coordenador didático, coordenadores assistenciais, coordenador científico e coordenador financeiro. As atividades desenvolvidas pelos coordenadores incluem: organização de eventos científicos; busca de profissionais de referência no manejo das lesões cutâneas para ministrar aulas teóricas; preparar sessões científicas e mediar discussões sobre evidências e avanços na ciência na temática “feridas”; avaliar, selecionar e assumir a realização diária de curativos de pessoas com feridas no cenário hospitalar, ambulatorial e domiciliar; realizar escala semanal dos curativos; acompanhar os membros durante os curativos, incentivando, apoiando, discutindo o melhor tratamento, conciliando teoria e prática; organização de estudos de casos; incentivo e realização de pesquisas; controle financeiro e compra de insumos com o caixa obtidos através da realização de eventos pela liga. Estas atividades são uma excelente oportunidade para os coordenadores desenvolverem habilidades e competências na área e para liderar com competência técnica e interpessoal. Estimula um perfil profissional com criticidade e reflexibilidade, iniciativa, flexibilidade, capacidade de avaliar e dimensionar problemas. **Conclusão:** Ser coordenador da LiFe é uma oportunidade que contribui sobremaneira na formação acadêmica com saberes teóricos e práticos. O que influirá diretamente na percepção e atuação profissional, sobretudo por considerar que o enfermeiro tem por função legítima ser gerente. As ações desenvolvidas pelos coordenadores da LiFe perpassa o crescimento pessoal destes, abrangendo resultados positivos para a comunidade da área da saúde e da população beneficiada com as ações de promoção a saúde, curativas e preventivas promovidas pela liga.

### Referência:

1. BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Passos para o Gerenciamento Efetivo de Processos no Setor Público: Aplicações Práticas. Brasília, 1996**

\*Leticia Oliveira Manzan. Acadêmica de Enfermagem da UFTM e vice coordenadora geral da LiFe (leticia\_uberaba@hotmail.com)

\*\*Thuanne Cristina Sousa e Aleixo. Acadêmica de Enfermagem da UFTM e coordenadora didática da LiFe (thuanne\_tcsa@hotmail.com)

\*\*\*Fernanda Bonato Zuffi. Enfermeira Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor assistente da UFTM. Professora colaboradora da LiFe (fbzuffi@yahoo.com.br)

\*\*\*\*Suzel Regina Ribeiro Chavaglia. Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tutora - Pós-graduação da UFTM. Tutora da LiFe (suzel.ribeiro@yahoo.com.br)

## LOCALIZAÇÃO DE FERIDAS NEOPLÁSICAS EM PACIENTES DO CUIDADO PALIATIVO: DESCRIÇÃO COMPARATIVA

Josemar Ferreira Junior<sup>1</sup>

Lorena Bompert Smith<sup>2</sup>

Maria Cristina Freitas de Castro<sup>3</sup>

Patrícia dos Santos Claro Fuly<sup>4</sup>

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos<sup>4</sup>

**INTRODUÇÃO:** Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico. Entretanto, sabemos que, se essa referencia tivesse de ser cumprida, a maioria dos pacientes permaneceria sem nenhuma assistência paliativa, pois não temos ainda disponibilidade de profissionais e serviços que possam dar conta do atendimento dessa população. (Manual de cuidados paliativos). Dentro deste cenário também estão os pacientes portadores de neoplasias e que, devido avançar da doença, desenvolvem feridas neoplásicas. Entre os pacientes com doença oncológica, cerca de 5% a 10% deles desenvolvem feridas, seja em decorrência de um tumor primário ou por disseminação das células malignas. Essas lesões constituem mais um agravo na vida do paciente; pois, progressivamente, desfiguram o corpo e tornam-se friáveis, dolorosas, secretivas e liberam odor fétido. **OBJETIVO:** Identificar a topografia das feridas neoplásicas de um determinado ambulatório de feridas que tratam pacientes que estão no cuidado paliativo e comparar.

**MÉTODO:** Estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Os critérios de inclusão foram os prontuários dos anos de 2012 e 2013, apresentar tumor sólido de qualquer topografia. Critérios de exclusão: pacientes com lesões oriundas de tratamento radioterápico (radiodermite). A coleta de dados se deu a partir da utilização de um Formulário que visava caracterizar o estado clínico do paciente e a caracterização da ferida neoplásica. **RESULTADOS:** Foram identificados 38 pacientes no total e 6 locais onde se encontrou o tumor primário. Destes, 24 (68,5%) apresentaram tumor de mama; tumor de reto 5 (14,3%); tumor em cavidade oral e neurogênico 2 (5,7%); tumor de pulmão e tireoide 1 (2,8%). Tal resultado esta de acordo com as estimativas do INCA do 2014, que há confirmação de parte dos dados da literatura com os dados identificados no ambulatório estudado em questão. O primeiro lugar nas estimativas é o câncer de mama assim como no ambulatório. O primeiro lugar nos homens de acordo estimativas é a próstata, que no ambulatório não foi identificado. Lesões de mamas são mais fáceis de exteriorizar devido a sua localização externa. O mesmo não acontece com a próstata. Os tumores de colón e reto aparecem em terceiro lugar entre homens e mulheres nas estimativas, já no ambulatório foi encontrado 5 casos estando em segundo lugar. Trata-se de um tumor que frequente se exterioriza, por isso a diferença nas colocações. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu visualizar o tamanho da importância de pesquisas para a ampliação do conhecimento na área, para a melhora de intervenções e planos de assistência frente a pacientes com feridas neoplásicas. O câncer precisa ser tratado antes que seu estágio avance e pacientes oncológicos precisam de profissionais capacitados para que o número de lesões seja cada vez menor.

### REFERÊNCIA:

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009

AGRA, G et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 95-104

\_\_\_\_\_. INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (Brasil). A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2002. 119 p

\_\_\_\_\_. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro, 2008

FIRMINO, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005, vol.51, n.4, p.347-359.

<sup>1</sup>Mestrando do Mestrado Acadêmico Ciências do Cuidado em Saúde- UFF - jfjunior9@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmica de Enfermagem 9º período – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF

<sup>3</sup>Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial - UFF

<sup>4</sup>Doutor em Enfermagem. Professor da EEAAC - Dep. Enfermagem Médico-Cirúrgico – UFF

## MEDIDAS DE SEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Karla Lucila Andrade Cintra<sup>1</sup>  
Nadjanara Marques Cavalcante<sup>1</sup>  
Michelle Teixeira Oliveira<sup>2</sup>

**Introdução:** A pele é o maior órgão do nosso corpo, ao qual forma uma barreira protetora contra o meio externo, ao mesmo tempo em que mantém a homeostase. A manutenção da sua integridade é um processo complexo em detrimento dos numerosos fatores externos e internos que influenciam a sua habilidade para prover adequadamente suas funções. As Úlceras Por Pressão (UPP) desenvolvem-se em virtude de alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. **Objetivo:** Descrever as medidas de segurança na prevenção de UPP abordadas na literatura. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, na busca de fontes nas bases eletrônicas de dados do Scielo e Lilacs, BVS- Biblioteca Virtual de Saúde, Google acadêmico e em literaturas, utilizando os descritores: Enfermagem, Evolução da Cicatrização, Úlceras Por Pressão, Medidas de prevenção e tratamento das úlceras, Programa Nacional de Segurança do Paciente. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos que abordassem a temática publicados nos últimos 10 anos. Nas bases de dados foram encontrados 18 artigos, sendo selecionados 12 que atenderam ao objetivo do estudo. **Resultados:** É dever do profissional de saúde estar atento as consequências que as UPP podem causar. A atuação dos enfermeiros inclui dentre outras medidas, o diagnóstico da situação atual do paciente, intervenções e medidas de cuidados visando garantir uma expectativa de qualidade de vida, pautada em uma visão humanística. O reconhecimento dos riscos aos quais os pacientes estão expostos para desenvolver UPP, não depende apenas do conhecimento e habilidade do profissional de enfermagem acerca dos cuidados, como também da existência de protocolos que norteiem as ações da equipe no controle do surgimento de UPP. Uma vez que trazem consequências ao cliente, sua família e a instituição, uma vez que, prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação do paciente, aumentam o risco para o desenvolvimento de complicações e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos clientes ao reduzir a sua independência na realização das atividades diárias. **Conclusão:** Espera-se que os profissionais de saúde possam refletir e agir de forma consciente, em ações conjuntas sobre a prevenção das úlceras, trazendo maior segurança aos familiares e ao paciente diante do processo saúde/doença.

### Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
2. CANDIDO, L.C. Livro do Feridólogo: Tratamento clínico e cirúrgico de feridas cutâneas, agudas e crônicas. Editora Webmaster. Santos – SP- 2006.
3. FERNANDES, L.M, et al. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. Acta paul. enferm, V. 21, n. 2, 2008, p. 305-311.
4. POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. V. 8, Ed. Elsevier – Rio de Janeiro – 2013.

<sup>1</sup> Discente do décimo semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Nobre de Feira de Santana. lucilacintra.enf@gmail.com

<sup>2</sup> Discente do décimo semestre do Curso de Enfermagem da Faculdade Nobre de Feira de Santana. nadcavalcante@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre, Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Nobre

## NORMATIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DAS CLÍNICAS DERMATOLÓGICAS DE ENFERMAGEM.

Elysa Quintela Oliveira, Lilian Karla Rocha de Souza Silvall, Renata Braga do Rêgol, Vandete Silvia Sarmentol, Vanessa Gabrielle dos Santos Araújol, Wbiratan de Lima SouzaIII .

**Introdução:** Historicamente, a enfermagem sofreu grandes metamorfoses, onde ao transcorrer do tempo passou de um caráter empírico para ciências aplicadas, permitindo assim avanços nos campos gerenciais, assistenciais, pesquisa, extensão e ensino, fazendo surgir novos cenários de atuação de saúde, entre eles, as clínicas públicas e privadas de dermatologia, como foco dos cuidados holísticos aos pacientes portadores de diversos tipos de feridas ou úlceras. Assim, a enfermagem passa de uma profissão eminentemente subserviente aos contextos de saúde do país, para realmente efetivar-se no mercado como profissão autônoma e deliberativa. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivos discutir as normas e regulamentação que regem a instalação de clínicas de enfermagem em dermatologia, bem como os aspectos legais e as atribuições do enfermeiro. **Métodos:** Utilizamos os métodos de revisão bibliográfica, exploratória, descritiva e temporal com abordagem qualitativa. As bases de dados utilizadas foram Scielo e Lilacs, com artigos publicados entre janeiro de 2004 a abril de 2014. **Resultados:** Percebeu-se que no Brasil, os serviços públicos e privados para existirem precisam está regulamentados, fiscalizados e sob controle do poder público, baseado no termo do artigo 197, da Constituição Federal e 1988. Vale ressaltar que esses serviços de clínicas dermatológicas, além de está enquadrada nos aspectos das leis brasileiras vigentes, necessitam de um parecer técnico do conselho de classe, neste caso o COREN – Conselho Regional de Enfermagem de cada Estado, estabelecendo assim um coordenador ou responsável técnico pelo serviço. **Conclusão:** É possível concluir que a atuação do enfermeiro nas clínicas dermatológicas é respaldada legalmente e para isto faz-se necessário que este profissional possua habilidades, atitudes, auto confiança, tomadas de decisão, escolhas e conhecimento com embasamento técnico e científico além de responsabilidades éticas, pois é através da realização da consulta de enfermagem que o enfermeiro faz uma detalhada coleta de dados para obter informações que identificam problemas, afim de melhorar a assistência realizando todas as etapas do processo de enfermagem.

### REFERÊNCIAS

BUENO FMG, Queiroz MS. A Construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. [citado em 23 fev 2004]. Disponível em: URL:  
[http://www.espacorealmedico.com.br/informacoes/artigos/geral/artigos/tpl\\_artigo\\_unicamp\\_0008\\_log.shtml](http://www.espacorealmedico.com.br/informacoes/artigos/geral/artigos/tpl_artigo_unicamp_0008_log.shtml)

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. DF, 1988.

CLEMENTE, Fabiane. Pesquisa qualitativa, exploratório e fonomenológica: alguns conceitos. Disponível em:

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

<http://jus.com.br/artigos/14191/consultorio-medico-clinica-medica-e-hospital#ixzz30BMg5voB> Acesso em: 28/04/2014.

I – Graduandas em Enfermagem pela Faculdade Integrada Tiradentes – FITS. Endereço eletrônico para contato:  
vandete\_luizcarlos@hotmail.com

II - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Alagoas – UNCISAL

III - Enfermeiro. Especialista em Emergência Geral (Modalidade Residência – UNCISAL); Especialista em Enfermagem do Trabalho – IBPEX; Especialista em Enfermagem Obstétrica – FIP; Especialista em Saúde Pública – CEAP; Pós-Graduando em Dermatologia – FIP/ATUALIZA; Mestrando Especial Ensino na Saúde – FAMED/UFAL; Docente da FITS, UFAL e UNCISAL; Tutor da Liga de Urgência e Emergência – UNCISAL.



## NOVAS TECNOLOGIAS: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Lucimere Maria dos Santos<sup>1</sup>  
Eliane Ramos Pereira<sup>2</sup>  
Vanessa Gomes da Silva<sup>3</sup>  
Robélia de Almeida<sup>4</sup>

**Introdução:** Para os profissionais de saúde que vivenciam o âmbito hospitalar, falar sobre úlceras por pressão parece ser um tema ultrapassado, mas o que nos deparamos no cenário atual é que este tipo de lesão ainda é comum em pacientes/ clientes que apresentam mobilidade prejudicada. A literatura aponta que úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e em tecidos subjacentes, usualmente sobre uma proeminência do corpo como resultado da pressão, da combinação da pressão com fricção e/ou atrito. Sendo classificada através do sistema de estagiamento em Grau: I, II, III e IV, que descreve a profundidade de tecido destruído<sup>1</sup>. À medida que o mundo se moderniza, se destacam para as altas resoluções de tratamentos, dispositivos e medicamentos de última geração, dentre outras instâncias, que a grosso modo são geradoras de lucratividade, mais nos distanciamos dos investimentos de medidas preventivas. O caminhar destas estratégias/instrumentos parecem acompanhar à distância os avanços tecnológicos, no que se refere à construção de um novo panorama que abarque a minimização dessas complicações, advindas da referida problemática. Essa pesquisa tem como **objetivo:** identificar novas tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de úlceras por pressão. Tendo como **metodologia:** Foi realizado um levantamento bibliográfico descritivo<sup>2</sup> de periódicos nas bases de dados da BVS, BDENF, IBECs, LILACS E MEDLINE, com os seguintes **descritores:** Enfermagem; Tecnologia; Úlcera por pressão; prevenção, circunscritos no período de 2006 a 2013. O levantamento de dados foi realizado no período de Junho a Julho de 2014. Os **resultados:** Dos 21 artigos, 5 são em português e 17 internacionais, esse panorama demonstram que a produção científica relacionada às tecnologias para prevenção de úlcera por pressão ainda é limitada além da escassez de publicações na língua portuguesa. No entanto a assistência de enfermagem associando as tecnologias e uso de instrumentos que envolvem técnicas e orientação para a prevenção das úlceras por pressão<sup>3</sup>, com o vislumbre de promover e manter a integridade da pele é pouco aplicado. Após exaustiva análise dos periódicos. **Conclusão:** que com a produção tecnológica de dispositivos para tratamento das úlceras por pressão se evidencia a necessidade de fomentar os bancos de dados com pesquisas baseadas em evidências que contemplem a prevenção de úlcera por pressão. Com isso, a relevância em aprofundar o conhecimento ao referido tema torna-se urgente para que possamos compreender a realidade e viabilizado pelo aporte teórico buscar a consolidação de novas tendências e práticas para a assistência de enfermagem. **Referências:** (1) POTTER, Patrícia Ann. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. (2) MINAYO, Maria Cecília. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes, 22ª edição, 2003. (3) STUDART, Rita Mônica Borges et al. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.3, pp. 494-500. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300013>.

<sup>1</sup> Especialização em Terapia Intensiva e Graduação em Enfermagem Pela Universidade Augusto Motta (UNISUAM). Especialista em Enfermagem Oncológica Pela Universidade Gama Filho (UGF). Atua na categoria de enfermagem no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Ambulatório de Oncologia Clínica e Hematologia desde 2011 e Professora da Fundação Educacional Unificada Campograndense / Colégio de Aplicação Emanuel Leontsinis (FEUC/CAEL), desde 2009. [lucimere\\_santos@hotmail.com](mailto:lucimere_santos@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-Doutora pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Email: [elianeramos.uff@gmail.com](mailto:elianeramos.uff@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestre e Especialista em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduação em Enfermagem pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) em 2006. Atualmente é servidora no Instituto Nacional do Câncer (INCA) na categoria de enfermagem desde 2006 e Professora do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) desde 2010. E-mail: [vanessag\\_2005@yahoo.com.br](mailto:vanessag_2005@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atualmente servidora no Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: [robélia\\_rj@yahoo.com.br](mailto:robélia_rj@yahoo.com.br)

## O CUIDADO À PELE DO PACIENTE OSTOMIZADO: REVISÃO DE LITERATURA

Joanna Francyne Silva de Barros<sup>1</sup>; Kelly Monteiro dos Santos<sup>1</sup>; Millena Carla da Silva Mesquita<sup>1</sup>; Emmanuellachrys da Silva Bomfim<sup>1</sup>; Athalis Regina de Queiroz Vanderley<sup>1</sup>; Thayna da Silva Constantino<sup>1</sup>

**Introdução:** Os estomas fazem parte das formas de tratamento de caráter provisório ou definitivo em diversas condições, tais como o câncer e os traumas. As complicações físicas do estoma podem ocorrer tanto no pós-operatório quanto no decorrer da vida do ostomizado. A dermatite periestoma faz parte dessas possíveis complicações e o enfermeiro deve estar sempre atento a executar medidas profiláticas contra o aparecimento desta dermatite, pois a qualidade de vida e adaptação do indivíduo com estoma está diretamente associada à presença ou não de complicações. A dermatite periestoma é a causa mais freqüente da perda da integridade da pele periestoma nos estomas intestinais, cuja presença prejudica de forma significativa o bem-estar da pessoa ostomizada e, conseqüentemente, sua reabilitação. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser prestada de forma individualizada e holística para que os desconfortos sejam minimizados. **Objetivos:** Identificar o papel do enfermeiro no cuidado à pele do paciente com estoma e traçar plano de cuidado adequado com uso de medidas profiláticas contra dermatites. **Metodologia:** O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica realizada com base nos dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as bases de dados do Scielo, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da MEDLINE, durante o período de julho e agosto de 2014. Foram encontrados 32 artigos, considerando artigos publicados entres os anos de 2008 a 2014, nos idiomas Inglês, Português ou Espanhol. Dos 32 artigos encontrados, 11 foram utilizados no presente estudo. **Resultados:** Boa parte dos estudos consultados era de caráter qualitativo e descritivo, mostrando a importância da obtenção de conhecimento sobre a área por parte do enfermeiro, para que o plano de cuidado de enfermagem alcançasse resultados positivos na recuperação do paciente com estoma, através da prevenção do aparecimento de dermatite periestoma durante o período de hospitalização. **Conclusão:** A partir dos resultados analisados observou-se que a disponibilidade de pesquisas sobre a área de estomaterapia na enfermagem ainda é escassa, sugerindo um olhar mais atento para este campo de pesquisa, corroborando para mais uma dificuldade vivenciada pelo enfermeiro no cuidado ao paciente ostomizado.

Após a aplicação dos cuidados de enfermagem traçados pela SAE observa-se uma melhora nas condições clínicas do cliente enfocando sua importância.

### Referências

PAULA, A.F.M.; **Banho de sol: um cuidado básico de enfermagem na prevenção e tratamento da dermatite periestoma.** Cienc. Cuid. Saúde, Rio de Janeiro, v 11, 2012;

ARAÚJO, J.B.G.N; ALENCAR, A.M.P.G.; **Assistência de enfermagem ao portador de ostomia intestinal na atenção básica.** Caderno de Cultura e Ciência, v.12, n 2, 2013;

RIBEIRO, M.A.S.; LAGES, J.S.S.; LOPES, M.H.B.M.; **Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 20(05), 2012.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória; Email: francyne\_barros@hotmail.com

## O EFEITO DAS ORIENTAÇÕES NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS :ÍNDICE DE TINETTI

Fabiana Lopes Joaquim<sup>1</sup>

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>2</sup>

Glycia de Almeida Nogueira<sup>3</sup>

Lívia da Silva Firmino dos Santos<sup>4</sup>

**Introdução:** a avaliação da capacidade funcional permite averiguar a independência do indivíduo ao realizar atividades básicas e instrumentais<sup>1</sup>. Realizar esta avaliação na visita domiciliar (VD) é uma oportunidade para obter informações adicionais sobre condições de vida, dinâmica familiar e estilo de vida do paciente, possibilitando ao enfermeiro promover orientações voltadas à superação da condição clínica, projetando a recuperação efetiva e conseqüentemente melhora da qualidade de vida deste sujeito<sup>2</sup>. A Relevância da pesquisa está na compreensão que a assistência de saúde aos pacientes portadores de úlcera venosa, requer uma assistência embasada em um modelo holístico de cuidado, visto que esse estado patológico gera expectativa, medo e ansiedade em relação à qualidade de vida afetada, devido ao comprometimento da doença que limita/impede o indivíduo de exercer atividades diárias, sociais e profissionais. Os benefícios para os sujeitos estudados são a possibilidade de redução da ferida por intermédio do ensino de habilidades sociais e enfrentamento, adesão terapêutica, capacidade funcional aumentada no domicílio, atendimento gratuito sem ônus, redução dos sintomas e complicações de retardamento da cicatrização da ferida, e indiretamente a diminuição nos custos do tratamento. **Objetivo:** comparar o efeito das orientações realizadas durante a VD na capacidade funcional de adultos e idosos com úlceras venosas pelo Índice de TINETTI. **Método:** estudo observacional, transversal e quantitativo. Cenário: domicílio de pacientes que se encontram em atendimento no Ambulatório de Reparo de Feridas de uma instituição pública do Estado do Rio de Janeiro. Participantes: 8 adultos e 8 idosos portadores de úlceras venosas. Instrumentos: protocolo da unidade e Índice de TINETTI com dados tratados estatisticamente. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: número 506.332. **Resultados:** Participaram 16 pacientes, 62,5% mulheres e 37,5% homens. No quesito faixa etária 50% são adultos e 50% idosos. Após orientações e posterior reavaliação do Índice de TINETTI 50% dos adultos e 56,25% dos idosos apresentaram melhoras percentuais. Nos adultos as melhoras ocorreram nos itens equilíbrio sentado; levantando; assim que se levanta; girando 360°; sentando; início da marcha; comprimento dos passos e continuidade dos passos. Nos idosos a melhora ocorreu em equilíbrio sentado; levantando; tentativas de levantar; assim que se levanta; equilíbrio em pé; olhos fechados; sentando; início da marcha e direção. **Conclusão:** as orientações melhoram a capacidade funcional, mas os adultos tendem a apresentar grau de dependência maior em detrimento dos idosos gerando preocupação em virtude das atividades laborais que os participantes deste grupo podem estar executando. Conclusão: as orientações melhoram a capacidade funcional, principalmente dos adultos que demonstraram na pesquisa maior dependência em detrimento dos idosos.

### Referências:

1Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Rev. bras. fisioter. [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2014 Jul 02]; 14(4): 322-329. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009&lng=en). Epub Sep 03, 2010.

2Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Family Practice.[ periódico na Internet] 2011[acesso em 2014 Jul 03]; 12-24. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/24>.

---

1 Enfermeira. Professora Substituta da EEAAC-UFF. Mestranda do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. E-mail: fabykim\_enf@yahoo.com.br

2 Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Docente do Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Orientadora.

3 Enfermeira. Professora Substituta da EEAAC-UFF. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

4 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Mestrado acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

## **O efeito espuma em úlceras plantares: uma estratégia de baixo custo para diminuição da dor**

### **1. INTRODUÇÃO**

As úlceras plantares são complicações oriundas de condições isquêmicas, neuropáticas, venosas e traumáticas que resultam em importantes consequências clínicas, sociais e econômicas para os pacientes (Abbadde, 2010).

Os curativos para as úlceras variam na dependência da presença ou não de infecção ou necrose e o paciente deve ser orientado quanto à necessidade de retirada da pressão sobre a úlcera, quanto aos cuidados diários e tipos de calçados (Abbadde, 2010).

Considera-se a descompressão da ferida um procedimento auxiliar e complementar no tratamento da cicatrização das feridas plantares para promoção de um pé sadio (Brasil, 2001). Um dos cuidados que podem ser adotados para diminuir a pressão na região plantar é a aplicação de uma espuma em zonas de pressão, fora do leito da ferida.

### **2. OBJETIVO**

Descrever a experiência da técnica de uso de uma espuma em áreas de compressão plantar, fora do leito da ferida.

### **3. MÉTODO**

Trata-se de um relato de experiência de uma técnica realizada desde 2003 em um ambulatório de média complexidade. Após a realização do curativo, conforme a lesão, e sua devida oclusão são realizadas duas voltas de atadura e, a seguir, instalada a espuma, sem o contato direto com a pele e ao redor da ferida, em áreas de maior pressão plantar. A espuma descompressiva é composta de poliuretano, possui altura de 05 a 10 cm e comprimento e largura variando de acordo com o tamanho do pé e a localização da ferida. É leve e flexível, de fácil acessibilidade e baixo custo.

O paciente é orientado a trocar a espuma em caso de eventual umidade, sendo a técnica contraindicada em casos de feridas com saída de secreção que possa entrar em contato com a espuma.

### **4. RESULTADOS**

Observa-se uma satisfação dos pacientes em relação ao uso da espuma. Pessoas com sensibilidade preservada referem diminuição imediata da dor.

A fricção e a pressão durante a marcha favorecem feridas. Calçados inadequados e saltos alteram a biomecânica do pé, influenciando em condições patológicas. A solução para essas condições seria o uso de calçados ergonômicos, que muitas vezes possuem um custo elevado. Palmilhas extras são contraindicadas por alterar a métrica do calçado e potencializar a maior pressão das costuras internas nos bordos dos pés. Como a espuma é aplicada em áreas de maior pressão e cortada conforme o tamanho do pé esse problema é evitado (Nordin, 2003).

A espuma tem a função de amortecer a pisada, melhorar o acolchoamento e proteger em torno da ferida, evitar a dor e a compressão constante do ferimento. Ao absorver o impacto durante o passo, proporciona maior conforto para os pés.

### **5. CONCLUSÕES**

Estratégias da equipe de enfermagem que promovam o bem-estar do paciente devem ser estimuladas no serviço de saúde. Acreditamos que um maior aprofundamento científico da técnica e sua divulgação sejam importantes para que seus benefícios sejam recebidos por cada vez mais pessoas acometidas por essas lesões, com segurança e aprimoramento, visando sempre um cuidado inovador e eficaz.

### **6. REFERÊNCIAS**

Abbadde L,PF. **Abordagem do Paciente Portador de Úlcera Venosa** in: Malagutti W, Kakhara C T, editores. Curativos , Estomias e Dermatologia, uma abordagem Multiprofissional, São Paulo, SP, Editora Martinari, 2010. pp.95-10

Nordin M, Frankel VH. **Biomecânica Básica do Sistema Musculoesquelético**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília, 2001.

# O EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA E ESTOMATERAPIA

I Diego Rocha Louzada Villarinho, II Paula Rocha Louzada Villarinho

**Introdução:** Esta reflexão é baseada nas pesquisas realizadas para a construção de um projeto para o mestrado, na linha de pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, visando trabalhar com a temática Empreendedorismo na Saúde, dando ênfase aos profissionais da Enfermagem. **Objetivos:** Refletir sobre o empreendedorismo na área da Enfermagem Dermatológica e Estomaterapia no Brasil. Discutir o mercado de trabalho existente para os especialistas das áreas e o potencial empreendedor do Enfermeiro. **Método:** Devido a pouca literatura existente sobre a temática abordada, os dados foram obtidos nas bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e nos sites das clínicas e consultórios de especialistas das áreas. **Resultados:** O Enfermeiro é um profissional com potencial empreendedor alto.<sup>1</sup> Em sua formação generalista já é preconizado pela Diretriz Curricular Nacional para o Curso de Graduação em Enfermagem, que a competência serem empreendedores deve ser desenvolvida durante o curso.<sup>2</sup> Aliado a este incentivo na graduação, tem-se como uma característica do brasileiro a tendência a “abrir o próprio negócio”, como destacada pelo SEBRAE.<sup>3</sup> A grande concorrência no mercado de trabalho e o aumento no número de profissionais altamente especializados levam o enfermeiro em formação, o enfermeiro egresso, o enfermeiro especialista e o enfermeiro em busca de satisfação pessoal e estabilidade financeira a procurar novos caminhos, novas formas de atuar, encontrando no empreendedorismo a chave para inovar em serviços e reinventar sua prática profissional.<sup>4</sup> Os especialistas das áreas de Dermatologia e Estomaterapia possuem um vasto mercado para atuação, podendo oferecer serviços personalizados ao cliente e investir na abertura de consultórios e clínicas privadas, bem como atuar no terceiro setor através do empreendedorismo social.<sup>5</sup> **Conclusão:** Atualmente no país o empreendedorismo na área da saúde vem ganhando espaço, seja através de serviços personalizados a clientela ou por meio de projetos com cunho social. Os enfermeiros pós-graduados em Dermatologia e Estomaterapia possuem um amplo mercado para atuação, principalmente com a abertura do próprio negócio, sendo um consultório ou uma clínica para atendimentos exclusivos e personalizados, bem como o labor na consultoria técnica e educação/ ensino de profissionais e equipes.

**Descritores:** Enfermagem; Mercado de trabalho; Empreendedorismo.

## Referências

1. ERDMANN, A. L. *et al. Formando empreendedores na Enfermagem: promovendo competências e aptidões sócio-políticas. Revista Enfermería Global, 16, jun 2009. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66271/66501>> Acesso em: 12 de março de 2014.*
2. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 7 nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 13 set 2013.
3. SEBRAE. Brasil é o país mais empreendedor do G20. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/pme/noticias/brasil-e-pais-mais-empreendedor-do-g20?page=1>> Acesso em: 12 de março de 2014
4. POLAKIEWICZ, R. R., *et al. Potencialidades e Vulnerabilidades do Enfermeiro Empreendedor: uma revisão integrativa. Persp. Online: Bio & Saúde, Campo dos Goytacazes, 11 (3), 53-79, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/14/10](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/14/10)> Acesso em: 25 de maio de 2014.*
5. MANDELBAUM, Maria Helena S. A Enfermagem na Dermatologia. **Instituto Protetores da Pele. Rio de Janeiro. 2012.** Disponível em: <<http://protetoresdapele.org.br/a-enfermagem-na-dermatologia/>>. Acesso em: 24 de setembro de 2011.

I Enfermeiro, Pós-graduado em Enfermagem Dermatológica. Mestrando em Saúde Mental pela EEAN/UFRJ.

II Enfermeira, Pós-graduada em Enfermagem Dermatológica. Mestranda em Educação e Saúde em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Endereço eletrônico para contato -

## O ENFERMEIRO COMO MONITOR EM ACAMPAMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS DE PELE

Camila de Souza Costa; Juliana da Silva Souza.

Na infância e adolescência, algumas doenças crônicas de pele se destacam, tanto por sua prevalência como por sua severidade, tais como psoríase, dermatite atópica, vitiligo, epidermólise bolhosa, ictiose e alopecia. Por ser a pele o maior e mais externo órgão do corpo humano, indivíduos com doenças de pele comumente apresentam lesões e/ou alterações cutâneas visíveis, tornando estas pessoas sujeitas à discriminação em diversos contextos sociais, o que pode desencadear emoções negativas, como insatisfação com a própria aparência, tristeza, piora na qualidade de vida, baixa auto-estima e dificuldades de interação social. É da competência do enfermeiro promover uma assistência integral eficaz a estas pessoas, inclusive no aspecto emocional e na maneira de cuidar. Participar de acampamentos colabora com o desenvolvimento da auto-estima, de habilidades sociais, de independência e autonomia, de qualidade de liderança, de interesse por aventuras e de disposição a tentar novas experiências. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do profissional enfermeiro como participante da equipe de recreação e monitoria em acampamento para crianças e adolescentes com doenças crônicas de pele. Trata-se de um relato de experiência, realizado por duas enfermeiras voluntárias que participam da equipe de monitoria de um projeto social há mais de três anos. O projeto atua com crianças e adolescentes com doenças crônicas de pele com os objetivos de promover integração social e melhorar a qualidade de vida dos participantes. Promove encontros periódicos entre os participantes (crianças, adolescentes, familiares e voluntários) e acampamentos temáticos com crianças, adolescentes e voluntários. Durante o acampamento os voluntários são divididos em algumas equipes específicas: enfermeiros e médicos (assumem a responsabilidade pelos cuidados relacionados ao tratamento clínico específico de cada um dos participantes), monitores (responsáveis pelo planejamento, organização, execução e avaliação das atividades desenvolvidas), companheiros (acompanham os participantes no alojamento e no dia-a-dia, responsabilizando-se por questões como organização de pertences, higiene pessoal, pontualidade e participação nas atividades) e monitores mirins (adolescentes que aprendem com e auxiliam monitores em algumas atividades). Desenvolvem-se atividades lúdicas, dinâmicas e educacionais especialmente planejadas para promover a integração, convivência com a diversidade e o Camila de Souza Costa – Enfermeira. Contato: enf.camila.costa@gmail.com Juliana da Silva Souza – Enfermeira. Contato: julynurse@gmail.com autoconhecimento dos participantes. Neste contexto, o enfermeiro, como participante da equipe de monitoria, pode colaborar na avaliação das necessidades, possibilidades e limitações de cada um dos participantes, tanto biológicas como emocionais, contribuindo para o planejamento adequado das atividades a serem desenvolvidas e adaptação das mesmas, quando necessária. Além disso, é também papel essencial do enfermeiro participar e auxiliar nestas atividades, incentivando e promovendo a integração e a convivência saudável entre os participantes e mostrando-lhes, desta forma, que mesmo com algumas restrições, é possível realizar muitas atividades e ter uma vida saudável e prazerosa. Esta forma de atuação tem demonstrado reflexos positivos sobre a autoimagem, autoestima e forma de lidar com a doença dos participantes. Concluímos que a atuação do enfermeiro no acampamento para crianças e adolescentes com doenças crônicas de pele deve ter visão e abordagem holísticas, prestando um cuidado que vai além de procedimentos técnicos.

1. Manzoni APDS et al. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. An. Bras. Dermatol. 2012;87(3):361-8
2. Mandelbaum MHS, Barreiros DCZ, Mouassab PA. Epidermólises bolhosas: assistência de enfermagem aos portadores e seus familiares. Rev Estima. 2004;2(3):16-24
3. Arruda, CS et al. Avanços e desafios da enfermagem na produção científica sobre psoríase. Rev. bras. Enferm. 2010;63(2):264-73.
4. American Camp Association. Directions: Youth Development Outcomes of the Camp Experience. Indiana, 2006. [Acesso em: 08 de abril de 2014]. Disponível em: <http://www.acacamps.org>
5. Dermacamp [homepage na internet]. Quem Somos [acesso em 08 de abril de 2014]. Disponível em [http://dermacamp.org.br/quem\\_somos.htm](http://dermacamp.org.br/quem_somos.htm)

## O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO CUIDADO COM DRENO.

Introdução: O desenvolvimento de novas tecnologias se refere a um contexto de idéias inovadoras, intervenções, assim como novos métodos e processos, estruturas organizacionais devendo contribuir para a melhoria do valor (retorno) na saúde (1). Já a tecnologia em enfermagem tem características diferenciadas como a criatividade e a visão humanitária, conhecimentos acumulados e a possibilidade de diversificação de atividades, uma vez que o cuidado do cliente é individualizado e sistematizado (2). Neste sentido, os cuidados relacionados aos drenos, os conceitos de prevenção e controle de infecções, a economia de recursos, o gerenciamento do tempo gasto no cuidado e os custos envolvidos no processo, devem fazer parte do plano de atuação da equipe de enfermagem (3). Diante deste cenário, o estudo tem como objetivo apresentar o processo de desenvolvimento de uma inovação tecnológica no cuidado com drenos. Material e método: A pesquisa tem caráter de relato de experiência e foi realizada após aprovação pelas gerências gerais e gerências serviço de enfermagem de uma instituição hospitalar filantrópicas do interior paulista. Para o desenvolvimento do novo uso da bolsa neonatal de colostomia/urostomia, foi percorrido o tradicional processo de inovação que consiste em três fases sequenciais: a invenção, a inovação e a difusão. Resultados: A invenção se deu por meio de reuniões entre uma enfermeira estomaterapeuta e outra enfermeira especialista em centro cirúrgico, nas quais foram discutidos os procedimentos realizados com paciente portadores de drenos e a análise dos coletores disponíveis no mercado. Foi eleita a bolsa neonatal de colostomia/urostomia, por ser transparente, conter válvula (luer) para drenagem, adesivo de hidrocolóides e durabilidade de 7 dias. O uso da bolsa neonatal de colostomia/urostomia em drenos iniciou-se no mês de Fevereiro 2013 e foi concluída com a padronização da bolsa para o uso em drenos tubulares no mês de Agosto 2013, culminando com a elaboração do Procedimento Operacional Padrão. Discussão e conclusão: Fica evidente que a tecnologia não envolve apenas o desenvolvimento de um produto ou a aplicação de ciência, mas acima de tudo é uma decisão dos profissionais de enfermagem diante dos desafios do processo de cuidar (2). O cuidado com drenos é tão complexo quanto suas complicações, sendo que a bolsa neonatal de colostomia/urostomia para drenos se mostrou altamente eficiente nos conceitos eleitos como imprescindíveis para o cuidado seguro do paciente submetido a cirurgia com uso de drenos (3). Portanto o desenvolvimento de tecnologia em saúde deve ser encarado pelo enfermeiro como uma ferramenta para tornar o cuidado cada vez mais humanizado e individualizado, uma vez que a atuação no cuidado envolve conhecimento técnico, teórico e avaliação crítica da realidade, desenvolvendo alternativas e soluções para os desafios do cuidar.

Palavras-chave: Inovação; Tecnologia; Enfermagem; Drenagem

1- LASTRES, H.M.M; Cassiolato, J.E.e Maciel, M.L. (orgs) *Pequena empresa: cooperação e Desenvolvimento*, Relume Dumará Editora, 2003.

2- KOERICH MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. *Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem suas perspectivas filosóficas. Texto Contexto Enferm*, 15 (Esp): 178-85. 2006.

3 – CESARETTI, IUR; SAAD, SS. *Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal: Fundamentos básicos e assistência de enfermagem. Acta Pauli. Enf.*, v. 15, n.3, p.97-106, 2002.

\*Enfermeira Estomaterapeuta Hollister, Professora Convidada do Curso de Pós Graduação Lato Sensu em Enfermagem- FAMERP/SP, especialista em educação- FioCruz.

# O ENSINO NA ENFERMAGEM SOBRE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Eveline Treméa Justino<sup>1</sup>  
Julia Kamila Bughetti Santana<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem, ao longo do tempo, vem sofrendo transformações e influências sobre as suas práticas, fazendo com que o processo pedagógico dos cursos de enfermagem também seja repensado e reformulado. Ao deparar-se com um portador de feridas é esperado que o enfermeiro desenvolva uma assistência com autonomia para avaliar e propor o melhor tratamento para o êxito da recuperação dessa ferida.

**OBJETIVO:** Identificar e analisar a literatura científica disponível sobre o ensino da temática ferida em cursos de graduação em Enfermagem.

**MÉTODOS:** Revisão integrativa da literatura, utilizando as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDEF (Base de dados em Enfermagem) e bibliotecas digitais, com os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde: "ensino", "educação em enfermagem", "ferimentos e lesões", e o descritor não-controlado "feridas". Permeada pelas etapas: seleção do problema; coleta de dados pela busca nas bases eletrônicas; elaboração de um instrumento de coleta; análise da amostra; interpretação dos dados e apresentação dos resultados<sup>(1)</sup>. Foram incluídos estudos disponíveis em texto completo; publicados na língua portuguesa e realizados no Brasil; não houve restrição de data de publicação. A amostra final constituiu-se de 06 publicações.

**RESULTADOS:** Dos estudos selecionados 2 foram publicados em 2013, seguidos por 2012, 2010, 2005 e 2000 com uma publicação cada. Sendo uma dissertação de mestrado da Universidade Federal da Paraíba, uma tese de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, as demais publicações foram artigos da Revista Mineira de Enfermagem - REME, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online e Revista Itinerarius Reflectionis, apenas esta última apresenta como área a Educação, as demais revistas a área central é a Enfermagem. Em 2 estudos os sujeitos foram os acadêmicos de Enfermagem, em outros 2 os docentes, uma pesquisa teve como sujeito os docentes e os planos de ensino e uma pesquisa utilizou os planos de ensino para obtenção dos dados. Todas as pesquisas usaram o método descritivo e para a análise 4 utilizaram a pesquisa qualitativa, uma quali-quantitativa e uma quantitativa. Identificou-se que o tema deve ser abordado em diversas disciplinas do curso de enfermagem uma vez que as lesões de pele acompanham todas as idades e fases da vida. Pontos importantes identificados em um dos estudos foi a necessidade do docente pesquisador analisar suas práticas por meio da pesquisa ação, pesquisa baseada em evidências além da necessidade da formação do aluno por competências. Foram apontados dificultadores para o processo de ensino: a falta de associação teoria e prática, carga horária prática insuficiente, falta de recursos materiais e estrutura física inadequada. Quando envolvido os estudantes, os resultados demonstraram que o nível de conhecimento sobre o cuidado a portadores de feridas é baixo e, portanto, se faz necessário investimentos no ensino do tema.

**CONCLUSÕES:** Percebeu-se a necessidade constante da atualização sobre feridas por parte dos docentes, a discussão da estrutura curricular dos cursos além da promoção da transdisciplinaridade, favorecendo uma visão integral e globalizada da realidade.

1. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Docente Assistente A do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: eveline.justino@unioeste.br

<sup>2</sup> Acadêmica do 5º ano do curso de Graduação em Enfermagem.



## O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PELAGRA

Kenny Cristina Mendes Cocentino de Medeiros<sup>1</sup>, Millena Carla da Silva Mesquita<sup>2</sup>, Kelly Monteiro dos Santos<sup>2</sup>, Priscilla Glazielly dos Santos de Moraes<sup>2</sup>, Ayanne Karoline da Silva Chagas<sup>2</sup>, Paula Carolina Valença Silva<sup>3</sup>.

**Introdução:** A pelagra não é uma doença tão comum em nosso meio, é decorrente da suplementação dietética inadequada de niacina ou do seu precursor o triptofano, presente no complexo vitamínico B3. Outra causa para esta deficiência de niacina pode ocorrer em situações em que seu metabolismo está comprometido pelo alcoolismo ou em casos de doença gastrointestinal. A doença causa perda de peso e apresenta-se clinicamente, com uma tríade clássica: dermatite, diarreia e demência. A medida em que a doença se agrava, começam a surgir estomatite, glossite, dor na boca (principalmente na língua) e, por fim, surgimento de lesões cutâneas características. Os sinais cutâneos são: eritema, desordem na pigmentação da pele, fissuras, lesões descamativas, prurido no dorso das mãos, pele edematosa e em alguns casos os doentes desenvolvem vesículas ou bolhas, cuja ruptura causam erosões. Nos casos mais graves podem ocorrer distúrbios neuropsiquiátricos como confusão e agitação psicomotora. **Objetivo:** Descrever a assistência de enfermagem direcionada a pacientes com pelagra. **Método:** Trata-se de revisão da literatura utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo por meio dos descritores controlados: pelagra, alcoolismo, nutrição e enfermagem. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados no período de 2007 a 2013, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram selecionados 4 artigos. **Resultados:** O enfermeiro e sua equipe na assistência ao paciente com pelagra têm um importante papel em identificar determinadas características relacionadas a problemas nutricionais e associar aos sinais e sintomas clínicos apresentados pelo doente, prestando uma assistência individualizada e holística. A pelagra, como já descrito, pode vir acompanhada de diversos sinais e sintomas, que requerem tratamentos especializados. Entretanto, os cuidados com essas complicações não serão eficazes no combate à doença propriamente dita. Para esse fim, é necessário que se reverta o quadro de deficiência vitamínica instalado. Diante disto, o paciente apresenta vários diagnósticos de enfermagem, porém destacam-se a dor, integridade da pele prejudicada relacionada à lesões, risco de infecção e auto-estima diminuída. De acordo com os diagnósticos, notam-se as necessidades de intervenções de enfermagem específicas para esse tipo de caso como promover o alívio do desconforto, prevenir a infecção lavando a área da pele acometida, assim tratando a ferida adequadamente e melhorando a auto-estima do paciente, além de esclarecer a importância de evitar o consumo do álcool durante o tratamento. **Conclusão:** A pelagra não é uma doença de difícil diagnóstico, no entanto, às vezes passa despercebido, principalmente por causa de sua incidência rara, que está associado com os efeitos dos problemas sócio-econômicos da dieta; O diagnóstico é feito através da história e resposta clínica. Com isso o paciente necessita de um tratamento diferenciado obtido através da Sistematização da Assistência de Enfermagem a qual determina os principais intervenções que devem ser realizadas a partir dos diagnósticos identificados, assim havendo um cuidado individualizado. Nesse contexto é necessária intervenções da enfermagem no tratamento das lesões causadas, no sentido de recuperar as condições clínicas dos doentes.

### REFERÊNCIAS:

Filgueiras, FM; Stolarczuk, DA; Gripp, AC; Brasil, IC - Lipomatose simétrica benigna e pelagra, associadas ao alcoolismo, An. Bras. Dermatol. vol.86 no.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2011.

Júnior, JV; Zaccariotto, LM; Maciel, JN; Sittart, JA - artigo de revisão, Pelagra - Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, SP, Brasil Rev Soc Bra Clin Med; 6(4): 139-141, 2008.

Schlichting, S; Boog, MCF; Campos, CJG - Almoço como momento terapêutico: uma abordagem de educação em saúde com mulheres alcoolistas - Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.3 Ribeirão Preto June 2007.

Stack, RP; Prieto, VAH; Vargas, ET; Torres, PR; Pellagra: uma velha doença e tempos atuais, University Hospital Manuel Ascunce Domench. Camagüey, Vol.17 no.3 Camagüey Cuba, AMC maio-junho 2013.

---

<sup>1</sup> Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: kenny.cocentino@gmail.com

<sup>2</sup> Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Núcleo de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

## O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM FERIDA OPERATÓRIA: REVISÃO DE LITERATURA

Joanna Francyne Silva de Barros<sup>1</sup>; Kelly Monteiro dos Santos<sup>1</sup>; Millena Carla da Silva Mesquita<sup>1</sup>; Emmanuellachrys da Silva Bomfim<sup>1</sup>; Amanda Rosineide da Silva<sup>1</sup>; Solange Queiroga Serrano<sup>2</sup>

**Introdução:** A infecção de sítio cirúrgico (ISC) é uma das principais complicações enfrentadas pela maioria dos pacientes que são submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico, com comprometimento das camadas da pele, e que pode ser diagnosticada até 30 dias após a realização do mesmo. Diversos fatores se associam à sua incidência, relacionados ao microorganismo e/ou ao paciente, e constituem-se como uma das maiores fontes de morbimortalidade entre pacientes submetidos a cirurgias. A gastrectomia, por ser classificada como potencialmente contaminada, devido à retirada total ou parcial do estômago com objetivo de reverter sua participação mecânica e química, é considerada um fator de risco para o surgimento de ISC. Se faz necessário que o enfermeiro compreenda os fatores que influenciam seu aparecimento, para que ações que minimizem os riscos de infecções sejam executadas e haja melhoria dos cuidados ao paciente cirúrgico. Estas ações são elaboradas de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), desenvolvida a partir da identificação das necessidades da coletividade e de cada indivíduo. Com a implantação da SAEP é possível planejar assistência de forma segura e com qualidade para o paciente e sua família. **Objetivo:** Observar a implantação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na diminuição do risco para infecção de ferida operatória. **Métodos:** Para elaboração deste estudo 13 artigos foram consultados e utilizados, onde 9 estavam disponíveis na LILACs, 2 na BDENF e 2 na MEDLINE, nos idiomas Português e Inglês, entre os anos de 2006 a 2014. **Resultado:** A partir de toda análise feita são claros os riscos expostos aos pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos de forma geral, devido a isto, medidas tomadas pelo enfermeiro com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória são eficazes e alcançam resultados positivos na recuperação do paciente, inclusive na prevenção do aparecimento de sinais flogísticos na ferida operatória. **Conclusão:** Conclui-se que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, quando adequada, é um método eficaz na prevenção de infecção de ferida operatória no âmbito hospitalar.

### Referências

ARCOVERDE, K.V.P.T.S.; **Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgica em cirurgia cardíaca pediátrica: um estudo de caso controle.** Rio de Janeiro, s.n; jul 2012. 93 p.;

ERCOLE, F.F. et al; **Risk of surgical site infection in patients undergoing orthopedic surgery.** Rev Lat Am Enfermagem, 19(6), 1362-1368, 2011;

LIU C. et al; **Target use of vancomycin as perioperative prophylaxis reduces periprosthetic joint infection in revision TKA.** Clin Orthop Relat Res; 227-31, 2014.

SANTANA, L.C. et al; **Infecção Hospitalar em pacientes cirúrgicos de um hospital de Minas Gerais.** Revista de Enfermagem, Minas Gerais, 51-57, 2012.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória; Email: francyne\_barros@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora Assistente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco.

## O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS COM O CÂNCER DE PELE

Fernanda Persi Milanin<sup>1</sup>, Fernanda Sabrina Nazário<sup>1</sup>, Tainara Maldonado Reinoso<sup>1</sup>, Tais Capilé Ramires<sup>1</sup>, Thamara rosa Leonel da Costa<sup>1</sup>, Andreisa Vendrami Parra.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul;

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

**INTRODUÇÃO:** O câncer da pele é a neoplasia mais frequente no Brasil, devido à exposição solar prolongada da população ou pela utilização do método de bronzeamento, sendo assim, os fatores de risco geradores desta doença podem ser tanto alterações genéticas, histórico familiar, fatores ambientais e estilo de vida. Desse modo, a atuação do enfermeiro é de extrema importância na prevenção e no diagnóstico precoce.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dado Scielo e BVS, utilizando os descritores “prevenção AND câncer de pele; e câncer de pele AND enfermagem”, recorte temporal de 2002 a 2010, de língua portuguesa e trabalhos desenvolvidos no Brasil. Como resultados da busca foram encontrados 10 artigos, porém após análise dos estudos apenas 6 foram selecionados.

**OBJETIVOS:** Levantar a prevalência de casos de câncer de pele em regiões brasileiras e a atuação da enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce dessa doença.

**RESULTADOS:** Observou-se que no Brasil, o câncer de pele representa 25% do total de casos entre todos os tumores diagnosticados, sendo que, o sexo feminino apresenta maior probabilidade de adquirir a doença do que o sexo masculino. A população que possui pele clara, com pouca melanina, pigmento que promove a proteção epitelial, possui maior possibilidade de adquirir a doença, assim, segundo alguns estudos a Região Sul do país apresenta a maior prevalência de câncer de pele devido a essa característica ser predominante. O profissional de enfermagem atua na prevenção desta doença, em que o mesmo deve informar aos pacientes sobre os riscos da exposição excessiva ao sol e qual a prevenção desse fator, como o uso de filtros solares aplicado 15 minutos antes da exposição ao sol, utilização de vestimentas adequadas e acessórios protetores como camiseta, chapéu, guarda-sol e óculos escuros, e evitar a exposição solar entre 10h00min horas e 16h00min horas. Além da orientação da realização do auto-exame de pele, um método simples e fácil de diagnosticar precocemente este câncer, a orientação é que a pessoa irá procurar manchas com prurido, descamativas ou que apresentam sangramento, sinais ou pintas que mudam de tamanho, forma ou cor.

**CONCLUSÕES:** Conclui-se que por mais que seja algo despercebido no cotidiano do brasileiro, ainda é um fator que o profissional de enfermagem deve estar atento, observando tipos de manchas diferenciadas, lesões e cicatrizes, assim, o mesmo deve orientar o indivíduo sobre a redução de exposição ao sol e a utilização de acessórios protetores.

## O SABER DO ENFERMEIRO NA INDICAÇÃO DE COBERTURAS NO CUIDADO AO CLIENTE COM FERIDAS

Prado, Athayne Ramos de Aguiar<sup>1</sup>  
Machado, William César Alves<sup>2</sup>  
Tonini, Teresa<sup>3</sup>  
Silva, Alexandre Souza da<sup>4</sup>  
Barreto, Viviane Pinto Martins<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO:** No cuidado ao cliente com ferida, a avaliação adequada do Enfermeiro é importante para a cicatrização. Esta avaliação precisa ser personalizada, pois cada cliente apresenta características individuais que precisam ser respeitadas. É de suma importância que os Enfermeiros possuam multiplicidade de conhecimento científico e habilidade na atuação clínica, além de conhecer as coberturas disponíveis no mercado e saber suas indicações. Diante disso, faz-se o seguinte questionamento: Os Enfermeiros que cuidam diretamente dos clientes com ferida sabem a indicação das coberturas no tratamento de feridas?

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, de análise univariada. O estudo foi realizado com Enfermeiros de um Hospital Universitário no estado do Rio de Janeiro através de um questionário com perguntas a cerca da indicação das coberturas. Utilizou-se o programa estatístico R (R version 3.0.2 Copyright (C) 2013) para auxiliar na análise estatística dos dados. O trabalho foi aprovado pelo CEP (Nº CAAE 20727213.6.0000.5243). **RESULTADOS:** Quanto à caracterização sociodemográfica a média de idade dos Enfermeiros estudados foi de 37,5 anos (dp = 10,5), a maioria dos sujeitos do estudo era do sexo feminino (83,3%) e tinham entre 1 a 10 anos de formados (60%). Dos participantes da pesquisa, apenas um não possuía curso de pós-graduação (3,3%) e 66,7% realizaram curso de capacitação em feridas. As coberturas com maior índice de erro foram o hidrocolóide (100%), seguido da papaína 2% (83,3%), do hidropolímero (60%), carvão (56,7%) e da tela com petrolatum (53,3%). A cobertura com maior número de acertos foi o filme de poliuretano com 93,3%, seguido da papaína 10% que apresentou 70% de assertivas. Em relação ao conhecimento sobre a indicação das coberturas por enfermeiro observamos que a maioria (46,7%) obteve entre 26% e 50% de acertos e apenas dois enfermeiros obtiveram entre 76% e 100% de assertivas. Através análise da relação entre as variáveis observa-se que quanto maior a idade maior foi a quantidade de acerto. Observou-se também que quanto maior o tempo de formação maior foi a quantidade de acerto, não se encontrou diferença estatisticamente significativa para o total de acertos entre os que possuem e não possuem curso de capacitação.

**CONCLUSÃO:** Com esse estudo observou-se que a maioria dos Enfermeiros não sabe indicar a cobertura para o tratamento de feridas. Tal fato indica a necessidade de formulação de protocolos, algoritmos, ações de educação permanente que atraiam a participação dos Enfermeiros através de estratégias eficientes que modifiquem a atual realidade.

**REFERÊNCIAS:** BRANDÃO, E.S., SANTOS, I. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: cultura médica, 2006. 400p. SALOMÉ, G.M. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. Saúde Coletiva, v. 6, n. 35, p.280-287, 2009.

1 Enfermeira. Mestranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Pós-graduanda em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). athayne@hotmail.com

2 Doutor em Enfermagem. Docente e orientador acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

3 Doutora em Saúde Coletiva. Professor adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO).

4 Doutor em Estatística. Professor Assistente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

5 Enfermeira Coordenadora da Comissão de Prevenção, Avaliação e Tratamento de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro. Doutoranda pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

## O USO DA PROPÓLIS NO TRATAMENTO DE FERIDAS CUTÂNEAS

Viviane Regina de Miranda<sup>1</sup>; Paulo Guilherme Cábria<sup>1</sup>; Christiane Aparecida Rodrigues de Lima<sup>1</sup>; Michelle Goulart Nunes Valadares<sup>1</sup>; Nataly Mesquita Cardoso<sup>1</sup>; Andrelisa Vendrami Parra<sup>2</sup>.

**INTRODUÇÃO:** Segundo Barbosa et al (2008), o uso da própolis proveniente das abelhas da espécie *Apis mellifera* destaca-se no tratamento de feridas por conta de suas propriedades terapêuticas uma vez que é considerada um dos produtos naturais de maior destaque devido seus componentes biológicos. Contudo, as substâncias variam de acordo com as diferenças genéticas e geográficas da espécie da abelha, de modo que, sua ocorrência é efetiva em regiões tropicais, devido a sua riqueza vegetal.

**OBJETIVOS:** Evidenciar a eficácia da própolis no tratamento de feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados Scielo e Bireme no período de agosto de 2014, utilizando os descritores: "própolis and feridas, feridas and cicatrização". Do cruzamento dos descritores e utilizando filtros, 20 estudos foram encontrados. Utilizou-se como critérios de inclusão estudos de língua portuguesa e o recorte temporal de 2003 a 2013. **RESULTADOS:** A Própolis apresenta em sua composição química os flavanóides, ácidos graxos, vitaminas e minerais, sendo destes, o flavonoide como o principal componente no processo de cicatrização, atuando na ação e absorção de vitaminas, antioxidantes e exercendo a função antimicrobiana, reduzindo o processo inflamatório, promovendo o tecido de reepitelização, por meio da angiogênese, favorecendo o processo de cicatrização. Nesta perspectiva a Própolis além de sua propriedade antibiótica natural ela não apresenta efeitos colaterais. **CONCLUSÃO:** O uso da própolis no processo de regeneração de um tecido lesionado apresenta-se como um componente de ação positiva, uma vez que, atua como um componente cicatrizante eficaz. No entanto, é necessário manter o controle de locais e metodologia de coleta das espécies de abelhas, pois podem ocorrer variações em sua atuação farmacológica devido as diferenças geográficas.

**REFERÊNCIAS:** BARBOSA, MH; ZUFFI, F.B; MARUXO, H.B et al. **Ação terapêutica da própolis em lesões cutâneas.** Escola Paulista de Enfermagem., v.22, cap.03, p. 318-322, 2009.

PEREIRA, A.L; BACHION, M.M. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 58, cap. 02, p. 208 – 213, 2005.

RAHAL, S.C.; BRACARENSE, A.P.F.R.L.; TANAKA, C.Y et al. Utilização de Própolis ou mel no tratamento de feridas limpas induzidas em ratos. **Archives of Veterinary Science.**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2003.

<sup>1</sup> Discentes do Curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Email: biovivimiranda@gmail.com

# TÍTULO: O USO DA TERAPIA DE FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA EM LESÃO TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

Rafael de Souza Moraes\*, Aline Granato Florido Domingues \*\*, Eliane Iris Paiva Goto\*\*\*

**INTRODUÇÃO:** As lesões traumáticas automobilísticas são de difícil tratamento devido à extensa perda de substância cutânea e deiscências de sutura. 1 É considerado um dos principais problemas na saúde pública mundial. 2 Se tornando a terceira causa de óbito, antecedidas pelas doenças cardiovasculares e neoplásicas. 3 A terapia de feridas por pressão negativa (TFPN) é capaz de acelerar o processo de cicatrização, sendo importante adjuvante no tratamento dessas lesões. **4 OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi relatar o tratamento de um paciente ambulatorial com lesão traumática em membro inferior esquerdo (MIE), causada por acidente automobilístico, utilizando terapia de feridas por pressão negativa (TFPN). **METODOLOGIA:** Estudo de caso único com pesquisa retroativa em prontuário, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), desenvolvido em um hospital privado no interior do estado de São Paulo - Brasil. **RESULTADOS:** a TFPN foi eficaz na redução do edema, controle do exsudato e preparo do leito da ferida, evitando o enxerto de pele e reduzindo as complicações. **CONCLUSÃO:** a TFPN mostrou resultados positivos desde a primeira troca de curativo, não sendo observado intercorrências no tratamento.

## Bibliografia

1. Kamamoto F; Carvalho V. A utilização de terapia por pressão negativa tópica em feridas complexas. In: Malagutti W, Kakiyama CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010. P.544.
2. Cerqueira DRC, Carvalho AXY, Lobão WJA, Rodrigues RI. ANÁLISE DOS CUSTOS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA NO BRASIL. Brasília: Ipea, 2007. Mir L. Guerra Civil – Estado e trauma. São Paulo: Geração Editorial, 2004.
3. Birke-Sorensen M, Malmsjö P, Rome M et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: Treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer) – Steps towards an international consensus. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2011;64:S1- S16.
4. N. Runkel et al. RECOMENDAÇÕES COM BASE EM EVIDÊNCIAS PARA USO DE TERAPIA PARA FERIMENTOS COM PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDAS TRAUMÁTICAS E CIRÚRGICAS RECONSTRUTORA: PASSOS EM DIREÇÃO A UM CONSENSO INTERNACIONAL Injury, Int. J. Care Injured 42 (2011) S1-S12. Disponível em [www.elsevier.com/locate/injury](http://www.elsevier.com/locate/injury)

\*Médico Cirurgião Plástico pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

\*\*Enfermeira Dermatologista pela SOBENDE – Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

\*\*\*Enfermeira, graduando especialização em Enfermagem Dermatologia

## O USO DA TERAPIA PARA FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA EM ENXERTO DE PELE

Suzana Aron\*, Karina Beltrame Trovarelli\*\*, Regina Maldonado P. Bernardo\*\*\*, Sidnéia Raquel Bazallia Bassoli\*\*\*\*, Nelié Maria Venturini\*\*\*\*\*,  
Norma Gondim Cleto\*\*\*\*\*

### Resumo

O enxerto de pele é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para restaurar ou reparar uma ferida, desde que preservados a viabilidade do segmento de pele transferido, a vascularidade, perfusão, hemostasia e antissepsia. O curativo ideal deve ser mantido entre cinco a sete dias sem perturbações, com exceção do aparecimento de secreção e eritema em margens (características de infecção) e a partir deste período, a região pode receber cobertura secundária leve.<sup>1,2</sup> Dentre as principais complicações, a literatura relata infecção local, deslocamento e a perda do enxerto devido à formação de seroma. A terapia de feridas por pressão negativa (TFPN) é um tratamento adjuvante por proporcionar um contato próximo entre o enxerto e o leito receptor, minimizando a formação do seroma na fase de embebição plasmática (primeiras 24 horas do enxerto), infecção, hematoma e infecção local.<sup>3,4</sup> O objetivo foi avaliar o tratamento do enxerto de pele associado a TFPN. Método: estudo desenvolvido em 02 pacientes de um hospital público, especializado em doenças dermatológicas no interior do estado de São Paulo - Brasil, com doenças crônicas de base e dificuldade em cicatrização das feridas, submetidos à enxertia de pele e acompanhados no período de março a junho/2014. Todos os pacientes foram orientados quanto aos objetivos do trabalho e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Resultados: o TFPN melhorou as taxas de sucesso de pega do enxerto de pele, reduzindo as complicações do procedimento e facilitando os cuidados no pós-operatório. Conclusão: o TFPN mostrou resultados positivos desde a primeira troca de curativos, não sendo observados descolamento ou prejuízos ao procedimento.

### Bibliografia

1. Mandelbaum S. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, 78(4)393-410 jul/ago 2003
2. José Anselmo Lofêgo Filho, et al. ENXERTIA DE PELE EM ONCOLOGIA CUTÂNEA. *An. Bras. Dermatol.* vol.81 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2006
3. Bruna Luiza Wunderlich, et al. CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA E MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA: UMA NOVA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA FERIDAS EXTENSAS. *Rev Bras Queimaduras.* 2011;10(3):78-84
4. N. Runkel et al. *Recomendações com base em evidências para o uso de terapia para ferimentos com pressão negativa em ferimentos traumáticos e cirurgia reconstrutora: Passos em direção a um consenso internacional Injury, Int. J. Care Injured* 42 (2011) S1-S12. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/injury](http://www.elsevier.com/locate/injury)

## O USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDA TRAUMÁTICA: ESTUDO DE CASO

Rafaela Butinholi Antonucci<sup>1</sup>

**Introdução:** Feridas traumáticas são um desafio para os profissionais de enfermagem e para os médicos, pois aumentam o tempo de internação hospitalar, tem um auto custo e elevam as taxas de morbi-mortalidade devido as complicações que podem ocorrer durante seu tratamento. A terapia por pressão negativa é o método mais avançado para o tratamento e cicatrização de feridas que existe nos dias de hoje, atuando na remoção do exsudato, redução do edema, estimulação da irrigação sanguínea local, e formação precoce de tecido de granulação no leito da lesão através da pressão subatmosférica localizada e controlada.

**Objetivo:** Descrever um estudo de caso no qual foi utilizado a terapia por pressão negativa para o tratamento de uma lesão traumática em uma enfermaria cirúrgica de um hospital do interior do estado de São Paulo. **Metodologia:** Estudo de caso descritivo, iniciado após a autorização da paciente e de seu responsável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o registo das imagens e descrição do caso no período de 13 dias. **Resultados:** Iniciado tratamento após desbridamento da lesão em mão direita decorrente a acidente automobilístico com a Terapia por Pressão Negativa (Vac Therapy). Ferida com presença de tecido de granulação róseo opaco, pontos de esfacelo, exposição de tendões e ossos, com bordas irregulares. Foram realizadas 3 trocas do curativo, com intervalo de 3 dias em cada troca. **Conclusão:** O uso da terapia por pressão negativa acelerou o processo de cicatrização, com a estimulação da formação do tecido de granulação vermelho vivo brilhante, com a cobertura total dos tendões expostos e contração das bordas da lesão, preparando a ferida para cobertura posterior com enxerto de pele em 10 dias de tratamento. Realizado o enxerto 2 dias após o encerramento do uso da terapia por pressão negativa. O resultado obtido com o tratamento comparando com a literatura dos tratamentos convencionais comprova que a terapia por pressão negativa estimula a cicatrização precoce da lesão, menor gasto da equipe de enfermagem e de materiais, conforto e segurança para o paciente, evitando que ocorra complicações durante o seu tratamento.

### REFERÊNCIAS:

FERREIRA, M. C.; PAGGIARO, A. O.L. **Terapia por Pressão Negativa – Vácuo**. Revista de Medicina da USP, v. 89, n. 3, p. 142-146, 2010.

OLIVEIRA, M. S.; KOMATSU, C. A.; CHING, A. W.; FAIWICHOW, L. **Tratamento de feridas complexas com o uso de pressão negativa local método à vácuo**. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 25, p. 101 – 102.

1. Enfermeira Pós Graduada em Enfermagem em Dermatologia, em Enfermagem em Prática Médico Cirúrgica e pós graduanda em Estomaterapia; Enfermeira Clínica no Instituto de Reabilitação Lucy Montoro em São José do Rio Preto, Enfermeira Consultora Técnica da SUPRIMED - KCI, Enfermeira ATIVA Coloplast  
E-mail: rafa.antonucci@hotmail.com



## PRESSÃO EM PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS.

Carla Maria Fonseca Simão<sup>1</sup>, Renata da Cunha<sup>2</sup>, Diego Bonil de Almeida<sup>3</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>4</sup>, Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>5</sup>.

**Introdução:** A Úlcera por Pressão (UPP) na região occipital no paciente neurocirúrgico pode ter graves conseqüências, principalmente no período pós-operatório de Craniotomia Descompressiva, cirurgia para redução imediata da pressão intracraniana por meio da retirada de uma parte da calota e armazenamento no abdome<sup>1</sup>. Dentre os cuidados específicos com pacientes neurocirúrgicos, há a necessidade de manter o pescoço retificado e a cabeça alinhada ao tronco, principalmente durante o uso do cateter de monitorização da Pressão Intracraniana (PIC)<sup>2</sup>. Por meio do acompanhamento dos pacientes da Neurocirurgia internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e com restrição de mudança de decúbito, foi observada uma elevada incidência de UPPs na região occipital, acarretando freqüentemente deiscência da ferida operatória devido à proximidade do sítio cirúrgico, tendo o paciente que ser reoperado, além da ocorrência de Meningite. **Objetivo:** Relatar a experiência do uso do protetor occipital na prevenção da Úlcera por Pressão em pacientes neurocirúrgicos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, tipo relato de experiência, no qual a coleta de dados foi realizada em prontuário no período de Junho à Julho de 2014, em um hospital escola de porte extra do interior do Estado de São Paulo. Este trabalho faz parte de um Projeto Mãe aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 04194712800005415. **Relato de experiência:** Após observação de que a prevenção da UPP na cabeça se restringia apenas ao uso do colchão piramidal padronizado na instituição e uso de lençóis dobrados sob a cabeça do paciente para manter o alinhamento, e visando a redução da ocorrência de úlceras occipitais, buscou-se um dispositivo que pudesse aliviar de maneira satisfatória a pressão na região occipital e manter o paciente posicionado adequadamente. Assim foi implantado após teste piloto, o uso do protetor occipital, em forma de meia lua, como rotina institucional específica aos pacientes neurocirúrgicos em UTI com restrição de mudança de decúbito, sua utilização teve início a partir do mês de Julho de 2013. O protetor também é conhecido como posicionador cirúrgico e é constituído por polímero viscoelástico. Constatou-se que após a implantação do protetor occipital, houve a redução da média de incidência de 20,3% no primeiro semestre de 2013 (antes do uso do protetor) para 5,8 % no segundo semestre de 2013 (após a implantação do protetor). Outra observação importante foi sobre o estágio das lesões. Antes do uso do protetor, as úlceras apresentavam necroses extensas e profundas que quando removidas expunham a lesão ao estágio IV havendo exposição óssea. Nos pacientes sem a calota, observava-se a exposição da Dura-máter, com grave risco de Meningite. Após o uso do protetor, as poucas lesões desenvolvidas eram menores que 5cm de diâmetro e de fina espessura e quando a crosta necrótica se soltava, a lesão já estava epitelizada e os pacientes recebiam alta com a região occipital cicatrizada. **Conclusão:** O uso do protetor occipital pode ser considerado como uma ferramenta na prevenção da Úlcera por Pressão em pacientes neurocirúrgicos em UTI com restrição de movimentação da cabeça.

**Referências:** 1. Faleiro, RM, et AL. Craniotomia Descompressiva para Tratamento Precoce da Hipertensão Intracraniana Traumática. Arq. Neuropsiquiatr. 2005; 63 (2 – B): 508-513.

2. Camacho, EF. Avaliação do impacto da implantação de rotina de cuidados com cateter de drenagem ventricular externa em uma unidade de terapia intensiva neurológica. 2011. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-26052011-115512/>>. Acesso em: 2013-06-07.

1. Enfermeira Mestre pela EERP – USP Ribeirão Preto, Especialista em Dermatologia e Estomaterapia pela FAMERP, integrante da equipe de Neurocirurgia e coordenadora do Grupo de Curativo do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Email para contato: carlamfs@hotmail.com
2. Enfermeira assistencial e integrante do Grupo de Curativo do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com Aperfeiçoamento em Estomaterapia pela FAMERP.
3. Enfermeiro da UNIMED de São José do Rio Preto, Mestrando pela FAMERP e Aperfeiçoamento em Enfermagem em Feridas pela FAMERP.
4. Enfermeira Aperfeiçoanda em Feridas pela FAMERP.
5. Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP.

# O USO DO ÓLEO DE ARROZ NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS CUTÂNEAS EM RATOS

Bruno Grosselli Lania 1,3  
Marilene Neves da Silva 1,2  
Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho 1,4

## Resumo

**Introdução:** o processo de cicatrização é longo e complexo, dura meses nos humanos, e depende de diversos fatores locais e gerais. Ele pode ser dividido em três fases: inflamatória, proliferativa e de remodelação. Para que ocorra, é necessária uma cascata de eventos e a participação de diversos tipos de células, bem como de substâncias por elas secretadas. Entre estas substâncias se destacam as citocinas pró-cicatriciais, como a leptina, IL-2, IL-4, IL-6 e o IGF-1, as anti-cicatriciais, como a adiponectina, IL-12, o IFN- $\alpha$ , o IFN- $\gamma$  e, finalmente, o TNF- $\alpha$ , que possui ação variável, de acordo com a concentração circulante desta substância. Muito há para se pesquisar nesse campo, e o desenvolvimento de produtos, com princípios ativos de baixo custo que estimulam a cicatrização, que aproveite matérias-primas encontradas na região, poderia beneficiar um número grande de indivíduos. **Objetivo:** testar a efetividade do óleo de arroz na cicatrização de feridas cutâneas e avaliar, tanto no tecido lesado, como no sangue, sua ação em fatores que atuam na cicatrização. **Métodos:** um produto à base de óleo de arroz (patente BR 10 2012 008718 9) foi aplicado sobre feridas cirúrgicas circulares produzidas com bisturi pela exérese da pele no dorso de ratos, (45 animais, divididos em três grupos). O processo de cicatrização foi avaliado por meio do estudo histológico e da quantificação tissular (por meio da PCR real time) e sérica (por meio da técnica Elisa), de fatores que atuam na cicatrização: leptina, IL-2, IL-4, IL-6, IGF-1, adiponectina, IL-12, IFN- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  e TNF- $\alpha$ . **Resultados e conclusões:** o uso tópico do óleo de arroz para o tratamento de feridas cutâneas em ratos mostrou-se eficaz, com significância estatística quando comparados com os animais sem tratamento. A ação sistêmica sugerida pelos resultados exigirá novos estudos para possível uso oral ou parenteral do óleo de arroz como tratamento sistêmico de úlceras e, potencialmente, de outras doenças inflamatórias, como a psoríase. As análises de leptina, IL-2, IL-6, adiponectina, IFN- $\gamma$  e TNF- $\alpha$  corroboram com a melhor cicatrização observada clinicamente e histologicamente quando foi usado o óleo de arroz.

## Referências

1. Ereno D. Curativo de Borracha. Revista Pesquisa Fapesp, 2003;88 (6) , disponível em <http://www.fapesp.org.br/www.revistapesquisa.fapesp.br>.
2. Lania BG. O uso do óleo de arroz na cicatrização de úlceras cutâneas em ratos. 2013. 128f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
3. Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. An Bras Dermatol 2003; 78(4):393-410.
4. Ortonne JP, Clévy JP. Physiologie de la cicatriscation cutanée. Ver Prat 1994; 44(13): 1733-4.
5. Pittman, J. Effect of aging on wound healing: current concepts. J Wound Ostomy Continence Nurs. Jul-Aug; 34(4) p. 412-5. 2007.

1-Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Dermatologia.

2-Enfermeira. Doutoranda em Clínica Médica. E-mail: mnsilva31@gmail.com

3-Biólogo. Doutorando em Clínica Médica. E-mail: bruglania@gmail.com

4-Médico. Professor Doutor no Departamento de Dermatologia. E-mail: penfelho@gmail.com

**PADRÃO DE LESÃO DE TECIDOS MOLES EM PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMOS FACIAIS**  
**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP**

Izabelle Cristina de Souza Soller<sup>1</sup>  
Juliana Cristina Lima<sup>1</sup>  
Nauyla Miranda da Costa<sup>1</sup>  
Ludmilla Laura Miranda<sup>1</sup>

**Introdução:** Os traumas de tecidos moles são definidos como uma entidade caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo induzido pela troca de energia entre os tecidos e o meio. Apresentam alto índice na atualidade, levando ao sofrimento físico, social e psicológico. Cabe destacar ainda os diferentes tipos de lesões de tecido moles, que são classificadas segundo sua origem. As feridas perfurocontusas tem formato quase regular, geralmente com bordas de ferida ligeiramente irregulares (a depender do tipo de elemento causador da lesão) e possibilidade de se observar áreas de equimoses e hematomas adjacentes às áreas de ulcerações, normalmente causado por objetos que penetram a pele mediante impacto. Já as feridas de origem térmica tem formato irregular dependente da área de pele exposta à radiação ionizante, fonte de calor, abrasão, dependente da área de pele exposta ao frio ou produto químico causador da queimadura. A caracterização dos pacientes e traumas faciais, ao considerar as variáveis envolvidas com este tipo de lesão, indica caminhos para um cuidado de enfermagem mais adequado. **Objetivo:** Verificar o padrão de lesão de pele e tecidos moles em pacientes vítimas de traumatismos faciais atendidos na unidade de urgência e emergência de São José do Rio Preto, São Paulo, nos últimos quatro anos. **Método:** Para responder ao objetivo dessa pesquisa será conduzido um estudo descritivo, prospectivo. A amostra será constituída por todos os pacientes que foram atendidos no setor de emergência com trauma facial de tecidos moles. Serão avaliados os prontuários dos pacientes no período de 2010 a 2014, após a coleta dos dados os mesmos serão transcritos para uma planilha elaborada na versão Excel 2010, e analisados por estatística descritiva como media, mediana, desvio padrão. **Aspectos éticos da pesquisa:** O estudo faz parte de um projeto mãe aprovado pelo CEP da FAMERP, sob protocolo número 04194712.8.0000.5415. Resultados esperados: Já foi iniciada a coleta de dados no início de agosto de 2014 que terá duração até o início de outubro de 2014. Espera-se apresentar estes resultados total ou parcialmente no V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia em novembro do ano corrente.

### Referências Bibliográficas

1. DE TRÁNSITO, A. C. C. I. D. E. N. T. E. S. "Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura." *Rev Latino-am Enfermagem* 17.1 (2009).
2. Rezende Neta, Dinah Sá, et al. "Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI; Profile of multiple trauma occurrences in motorcycle drivers attended by the SAMU of Teresina-PI; Perfil de ocorrências de politraumatismos en conductores de motocicletas atendidos por el SAMU de Teresina-PI." *Rev. bras. enferm* 65.6 (2012): 936-941.
3. Vieira, Camila Lins, et al. "Lesão de tecido mole em pacientes vítimas de trauma buco-maxilo-facial." *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial* 13.1 (2013): 97-104..
4. Carvalho, Thiago Bittencourt Ottoni, et al. "Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases." *Brazilian journal of otorhinolaryngology* 76.5 (2010): 565-574.
5. Ykeda, Renier Barreto Arrais, et al. "Perfil epidemiológico de 277 pacientes com fraturas faciais atendidos no pronto atendimento, pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Trabalhador em Curitiba/PR, no ano de 2010; Epidemiological profile of 277 patients with facial fractures treated at the emergency room at the ENT Department of Hospital do Trabalhador in Curitiba/PR, in 2010." *Int. arch. otorhinolaryngol.(Impr.)* 16.4 (2012): 437-444.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de medicina de São José do Rio Preto- FAMERP. Izabelle Cristina de Souza Soller, Rua: José Pedro Salomão, n°: 454, São Deocleciano, São José do Rio Preto – SP. E-mail: izabelle\_soller@hotmail.com. Trabalho financiado pelo CNPQ

# PADRONIZAÇÃO E PRÉ QUALIFICAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS: UMA ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.

Rogério Ribeiro1  
Simone Viana Diamantino Laranjeira2  
Aldacy Gonçalves Ribeiro3  
Jean Alves Bulcão4

**Introdução:** A pré-qualificação de artigos médico-hospitalares e sua padronização são etapas relevantes que podem contribuir para a aquisição de produtos que melhor atendam às necessidades do estabelecimento de saúde, proporcionem a garantia de uma assistência livre de danos ao paciente, e minimize os riscos que os profissionais estão expostos<sup>1</sup>. A pré-qualificação é definida como avaliação legal, técnica e funcional realizada pelos usuários relevantes da área que mais utiliza os produtos<sup>1</sup>. O uso de curativos com alta tecnologia, conhecidos como curativos especiais tem se tornado cada vez mais mandatório no tratamento e prevenção de feridas nas instituições de saúde e requer uma avaliação técnica criteriosa na escolha do produto adequado<sup>3,4</sup>. Na perspectiva de vigilância do risco e monitoramento da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, a segurança do paciente vem sendo um tema atual discutido mundialmente<sup>2</sup>. O plano de segurança em serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, entre eles a segurança no uso de equipamentos e materiais, prevenção de úlcera por pressão, prevenção de eventos adversos incluindo as infecções relacionadas a assistência à saúde<sup>2</sup>. A padronização e pré-qualificação de curativos especiais no tratamento e prevenção de feridas pode proporcionar uma terapia com maior efetividade, menor custo e maior segurança para pacientes e profissionais de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência acerca da prática de uma Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e da atuação de uma Comissão de Padronização de Produtos Para a Saúde, na pré-qualificação e padronização de curativos especiais em um hospital público de Salvador-Ba. **Objetivos:** relatar a experiência da criação de uma Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas bem como, a atuação de uma comissão Técnica de Padronização de Produtos para a Saúde como estratégia de segurança do paciente no âmbito de um hospital público. **Resultados:** A atuação das Comissões tem proporcionado importantes decisões nas condutas terapêuticas e de prevenção das feridas na instituição, assim como a indicação de coberturas que contribuem para um melhor tratamento e segurança do paciente. A Comissão de Feridas tem atuado com autonomia e exclusividade no atendimento deste público específico e alcançado excelentes resultados no tratamento e prevenção de feridas, utilizando como ferramentas estratégicas a educação em saúde através de treinamento e capacitação em serviço. O julgamento técnico dos curativos especiais adquiridos por processo licitatório realizados pela comissão técnica de padronização contribui para a aquisição de produtos de melhor qualidade e vem proporcionando maior eficácia e segurança na prevenção e tratamento das lesões de pele. **Conclusão:** Compreende-se a relevância da Comissão de Feridas e da Comissão de Padronização como uma forma de gerenciamento das condições de risco que permeiam a assistência. Ressalta-se a importância da criação de uma Comissão de Padronização no ambiente hospitalar como uma ferramenta de gestão na garantia da qualidade dos produtos de uso em saúde, a serem adquiridos no contexto hospitalar, e sua repercussão na segurança da assistência prestada ao paciente portador de feridas.

**Descritores:** padronização; segurança do paciente; gestão; curativo; tratamento de ferida;

## Referências:

- 1-BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). GT Materiais/ Unidade de Tecnovigilância. Núcleo de Vigilância em Eventos Adversos e Queixas Técnicas. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: Estratégia de vigilância sanitária de prevenção, ANVISA/MS** – Brasília, 2008. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Visitante/Meus%20documentos/Downloads/4f7baaa770714.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.
- 2-BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, 1ª edição, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.
- 3- MALAGUTTI, William; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. Ed. 1ª. –São Paulo: Martinari, 2010.
- 4-LIMA, Angela Cristina Beck; GUERRA, Diana Mendonça. **Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100029>.

---

1 Enfermeiro. Sanitarista, Especialista em Urgência e Emergência. Membro da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Coordenador de Padronização do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rogerio.ribeiro28@yahoo.com.br.  
2 Enfermeira. Pós Graduada em Enfermagem em Estomatoterapia pela FAMERP-SP. Coordenadora do Serviço de Atenção a Pessoas com Feridas e Estomias do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: simone.viana@gmail.com  
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: aldacygoncalves@yahoo.com.br.  
4 Enfermeiro. Especialista em urgência e emergência, pós graduado em metodologia do ensino superior. Docente do setor de Educação Permanente do Hospital Santo Antônio. Bahia, Brasil. E-mail:jean\_bulcao@hotmail.com.

## PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NA MACRORREGIÃO DE BATURITÉ, ESTADO DO CEARÁ, BRASIL.

Autores: GABRIELA SILVA CRUZ<sup>1</sup>; MARIA AUXILIADORA BEZERRA FECHINE<sup>2</sup>; JALLYNE COLARES BEZERRA<sup>1</sup>; FRANCISCO CLÉCIO SILVA DUTRA<sup>1</sup>; EDMARA CHAVES COSTA<sup>2</sup>; VALDERLAN FECHINE JAMACARU<sup>3</sup>

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, transmitida ao homem pela picada das fêmeas de flebotomíneos infectadas com protozoários do gênero *Leishmania*. É uma zoonose em franca expansão geográfica no Brasil, sendo uma das infecções dermatológicas mais importantes, não só pela frequência, mas principalmente pelas dificuldades terapêuticas, deformidades e sequelas que podem acarretar. É endêmica no Estado do Ceará, principalmente na Macrorregião Administrativa de Baturité, composta de 13 municípios (Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Palmácia e Redenção). O objetivo desse estudo foi descrever as características clínico-epidemiológicas da LTA, através da revisão das fichas de notificação dos casos, na Macrorregião de Baturité no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Foi obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB sob nº 401.248, segundo os requisitos da resolução CNS 196/96 e suas complementares que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos. Foram diagnosticados 247 indivíduos acometidos por LTA nos municípios de Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Mulungu, Pacoti e Redenção. Enquanto os municípios de Aracoiaba, Ocara, Palmácia, Acarape, Barreira e Itapiúna não registraram casos da doença. Houve predominância dos casos na zona rural entre jovens e adultos do sexo masculino, inclusive em menores de 10 anos. É necessária a instituição de políticas públicas para o controle da LTA, principalmente nos municípios com casos da doença, incluindo o esclarecimento da população a cerca da LTA, suas formas de aquisição, manifestações clínicas, prevenção, a importância do diagnóstico precoce e tratamento para interromper o ciclo biológico do agente etiológico, e assim obter redução no número de casos da doença.

1. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB) gabrielacruz.gc7@gmail.com
2. Professora Doutora Efetiva do Instituto de Ciências da Saúde/UNILAB
3. Médico patologista

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maria Luiza de Medeiros Trivellato <sup>1</sup>  
Dayse Christielle Alves Martins Morales <sup>2</sup>  
Mônica Antar Gamba <sup>3</sup>

Este é um estudo epidemiológico do tipo descritivo com análise retrospectiva de casos de pessoas com diagnóstico de doenças e úlceras crônicas atendidas no Centro de Atendimento e Educação em Enfermagem- CAENF, serviço complementar de uma Universidade federal, acompanhados no período entre 1994 a 2014. O objetivo foi caracterizar perfil epidemiológico, sócio demográfico, de práticas de saúde e desfecho clínico da população atendida; as variáveis: sexo, idade, cor, religião, naturalidade, escolaridade, ocupação, tipo de serviço que utiliza, doença de base, tipo de ferida e desfecho da mesma foram analisadas. A análise estatística inicial, foi realizado por meio do programa Excel 2007®, e nos propiciou reconhecer a população e as variáveis sociais de maior frequência; foram identificados trezentos e dezoito (318) indivíduos, a principal ferramenta de análise foi a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, que descreveu ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A maior morbidade foi de usuários com úlceras decorrentes de neuropatia diabética (37%), seguidas das úlceras venosas (25%), mistas (9%), arteriais (8%), úlceras por pressão (5%), oncológicas (1%), outras lesões corresponderam a 5% dos atendimentos. Esta investigação permitiu concluir que a maior parte das pessoas atendidas no serviço pertence ao sexo masculino, com idade média de 61 anos, são brancos, aposentados, com baixa escolaridade e renda, SUS dependentes, com presença de comorbidades, feridas de etiologias variadas, de longa duração com sequelas em função do diabetes mellitus mal controlado, seguidas de complicações decorrentes de varizes e que se seguissem um protocolo de atenção baseado em evidências e garantido por políticas públicas poderiam lograr cicatrização das úlceras sem evoluir para complicações. As intervenções clínicas nos fatores de risco devem ser realizadas, incluindo a educação, prevenção, cuidados especiais e tratamento específico do diabetes e das complicações em extremidades inferiores, efetivando desta forma as ações do enfermeiro por meio da consulta de enfermagem, contribuindo para a forma de cuidar, educar, motivando o outro a participar ativamente do tratamento, realizar o autocontrole e otimizando, assim, a aderência ao tratamento. Utilizando o modelo da integralidade com os princípios da clínica compartilhada e projeto terapêutico singular, tais ações desenvolvidas logram para a cicatrização de parte dos casos; a contra referência aos serviços de especialidades, ao restante do grupo analisado, visam à resolução do caso, a autonomia para o cuidado e o empoderamento para o viver a própria vida. O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética através da plataforma Brasil no dia 24/11/2013, sob o CAAE: 23639913.2.0000.5505, sendo aprovado no dia 06/12/2013 sob o parecer número 482.039.

### REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada [Internet], 1997. Disponível em: [www.gastaowagner.com.br/.../28-clinica-do-sujeito11](http://www.gastaowagner.com.br/.../28-clinica-do-sujeito11).

CAMARGO, JR, K. R. (2010). Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. R.A Mattos (Orgs.), *Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde* (5ª Ed). Rio de Janeiro.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GAMBA, MA, et. al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Rev. Saúde Pública* [Internet] 2004.

GAMBA, MA. Cuidado de enfermagem: uma prática de saúde coletiva. *Acta Paul Enf* 1998a; 11 (no esp.): 64-6.

<sup>1</sup> Graduanda de Enfermagem. Contato: malu\_trivellato@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Contato: dayse.chris@gmail.com

<sup>3</sup> Professora Doutora Orientadora . Contato: antar.gamba@unifesp.br

# PLANO DE CUIDADOS PARA AS LESÕES DA PELE EM DECORRÊNCIA DAS FÍSTULAS DO SISTEMA DIGESTÓRIO: ELABORAÇÃO DO POP

Graciete Saraiva Marques <sup>1</sup>  
Fernanda Rocha Rodrigues,<sup>2</sup>  
Dayse Carvalho Nascimento<sup>3</sup>  
Claudia Elizabeth Almeida<sup>4</sup>  
Andreia Fontes da Paz <sup>5</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma elaboração de um procedimento operacional padrão (POP) para pacientes portadores de fístula do sistema digestório para equipe de enfermagem na prevenção e no tratamento de suas complicações decorrente o extravasamento do conteúdo na área peri fistular. As fístulas do sistema digestório (FSD) ocorrem no contexto cirúrgico sendo uma das complicações da fase pós operatória mais expectante, uma vez que acarreta variados transtornos à recuperação do paciente, exigindo esforços de toda equipe multidisciplinar. O estudo é um desdobramento de uma revisão bibliográfica sistemática realizada por MARQUES e RODRIGUES et al. onde a produção científica dos enfermeiros no período de 2001 à 2011 era nula, além de indicarem apenas 12 artigos na língua inglesa com abordagem principal as fístulas intestinais. O estudo descreve os vários tipos de fístula do FSD: a esofágica, a gástrica, a biliar, a pancreática e a intestinal , e o contato desses respectivos conteúdos ricos de enzimas digestivas com a pele perifistula provoca lesões severas com repercussões físicas e psicológicas ao paciente. . Os objetivos: Descrever a construção de um plano de cuidados de enfermagem que visem a proteção da pele em decorrência das FSD. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência iniciado em 2011 a 2013 a partir do trabalho de revisão bibliográfica sistemática ocorria em 2011 na BVS e Scielo, onde a produção científica dos enfermeiros no período de 2001 à 2011 era nula, além de indicarem apenas 12 artigos na língua inglesa, tendo como assunto principal as fístulas intestinais. Resultados: O plano de cuidados de enfermagem foi construído e nomeado como: Guia básico de cuidados ao paciente com lesões de pele peri-fístulas do sistema digestório. Conclusão: Cabe ao enfermeiro especialista na área a orientar condutas para o tratamento adequado, destaca-se a existência de cuidados universais para lesões de pele com as FSD, os quais independem do uso da alta tecnologia, porém salientam ao enfermeiro a tarefa de ser o sustentáculo da assistência, atuando ao lado do paciente, promovendo sua recuperação e auto-estima, sendo este um bem maior da vida: a valorização humana.

**Descritores:** fistula do sistema digestório, cuidados de enfermagem, plano de cuidados

- 1-Enfermeira, Estomaterapeuta. Mestre em enfermagem, Membro da comissão de curativos/CCHUPE e comissão de operacional padrão em enfermagem/COMPOPE- HUPE/UERJ. Email: graciasmar@gmail.com
- 2-Estomaterapeuta.Chefe de Seção Masculina de Cirurgia Geral HUPE/UERJ, Membro da comissão de curativos / CCHUPE . Email: ferocha60@yahoo.com
- 3-Enfermeira, Estomaterapeuta. Mestre em enfermagem, Coordenadora da comissão de curativos/CCHUPE e COMPOPE- HUPE/UERJ
- 4-Enfermeira, Mestre em enfermagem, membro da comissão de curativos/CCHUPE e COMPOPE- HUPE/UERJ
- 5-Enfermeira, Mestre em enfermagem, Coordenadora da comissão operacional padrão em enfermagem COMPOPE- HUPE/UERJ

## Referências

- 1- Marques GS, Rodrigues FR et al. Os cuidados com as lesões da pele em decorrência das fístulas do sistema digestório: Uma revisão bibliográfica. [Trabalho de Término de Curso de Pós Graduação em estomaterapia]. Rio de Janeiro- RJ; Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011. 38 p.(mimeo)
- 2- Santos VLCG. Cuidados com a pele em fístulas digestivas. Rev. Esc. Enferm. USP.1993; 27(1): 87-93.
- 3- Bortolazzil F, Saito KAM, Paula PR, Paula MAB e Vasconcellos ACLP. Dificuldades na Assistência às Pessoas com Fístulas Digestivas: Estudo com Enfermeiros não estomaterapeutas. Rev Estima. 2007; 5(2):13-17.
- 4- Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 193- 94.
- 5- Kaushal M, Carlson GL.Manegement of enterocutaneous fistulas. Colon Rectal Surg Clin.2004;17(2):79-88. Disponível em: < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed > [acesso em 09/06/2011]

## PRÁTICAS POPULARES UTILIZADAS PARA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: UM BREVE HISTÓRICO

**Introdução:** É sabido que desde os primórdios, indivíduos em diferentes sociedades adotam medidas próprias para tratamento e cicatrização de suas feridas. Saberes que são passados de geração a geração e, em alguns casos inclusive, se sobrepõe as práticas preconizadas cientificamente, seja por falta de recursos para a não adesão ao tratamento recomendado, seja pela influência que os costumes tem a esses indivíduos. Esses hábitos advêm de costumes culturais e alguns já têm eficácia cientificamente comprovada. Os enfermeiros que tratam as feridas desses usuários acabam, habitualmente, recomendando tratamentos, sem levar em consideração se estes praticam cuidados alternativos em suas feridas. **Objetivo:** Demonstrar a importância do reconhecimento de práticas populares adotadas pelas comunidades para cicatrização de feridas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática na base de dados Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores retirados do Decs: praticas populares and feridas and cicatrização. Como critério de inclusão utilizamos artigos em português, textos na íntegra, publicados a partir do ano de 2003. Foram utilizados apenas 2 artigos, que atendiam aos critérios de refinamento. **Resultados:** Os registros mais antigos citados por Zimmerman e Veith falam sobre manuscritos egípcios que datam de 3000-2500 a.C., e neles são mencionados curativos à base de mel, graxa fios de linho e diversos tipos de excrementos, que faziam parte dos princípios da farmacopéia egípcia.<sup>2</sup> Já Hipócrates, recomendava que as feridas fossem mantidas limpas e secas e preconizava a sua limpeza com água morna, vinho e vinagre<sup>2</sup>. A partir do século XIX, durante a guerra da Criméia, foram criados vários tipos de curativos, à base de fibras de linho.<sup>2</sup> Através de registros históricos e de hábitos passados de geração a geração podemos identificar, em diferentes sociedades, desde a antiguidade, práticas populares para o tratamento de feridas. Algumas delas envolvem o uso tópicos de plantas, mel. Outras envolvem mecanismos de curativos como cobrir as feridas. E outros tratamentos sistêmicos, como a não ingestão de certos alimentos, Essas práticas não se restringem às regiões rurais ou afastadas, ao contrário, a medicina popular não apenas é extensamente praticada no meio urbano, como constitui uma alternativa que faz concorrência à medicina oficial, considerada pelas classes dominantes como a única legítima.<sup>1</sup>

**Conclusão:** É importante que os profissionais de enfermagem reconheçam esses costumes culturais e a influência que estes exercem sob os usuários, afim de orientá-los da melhor maneira acerca do tratamento de suas feridas, levando em consideração o seu contexto cultural.

### Referências

1 GUALDA, Dulce Maria Rosa ET AL. **Cuidado Popular com feridas: Representações e práticas na comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. 2003.** Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100006)>. Acesso em 28/08/2014.

2 DI SANTIS, Érico Pampado; et al. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. Parte I. In: **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 78, julho agosto 2003, p. 393-410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n4/16896.pdf>>. Acesso em: 28/08/2014.



## PREDITORES DE QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM FERIDAS

Alciclea dos Santos Oliveira\* (1), Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos (2), Ana Flávia dos Santos Amaral(3), Erika Tihemi Nishi(4), Jaqueline Betteloni (5), See Hee Park Kim (6)

**Introdução:** A qualidade de vida (QV) tem sido amplamente avaliada em pacientes com feridas crônicas devido ao impacto negativo nas diversas dimensões na vida das pessoas<sup>1</sup>, sendo influenciada por diferentes fatores como dor, grau de dependência física, autoestima, condição socioeconômica e religiosidade.<sup>1,2</sup> **Objetivos:** Avaliar a QV de pessoas com feridas crônicas em tratamento especializado ambulatorial e os fatores preditores das mudanças. **Métodos:** Estudo prospectivo, descritivo, quantitativo, secundário a partir do estudo original de Oliveira e Santos<sup>3</sup> (que testou a responsividade do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers – Versão Feridas - IQVFP-VF)<sup>1</sup>, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Processo nº 929/2010). A amostra foi composta de 27 pacientes, com idade média de 50,1 anos, 59% do sexo masculino, 48,15% com úlcera venosa, 29,63% com úlcera diabética e 22,22% com outras lesões crônicas (exceto aquelas de origem neoplásica, por AIDS e queimaduras), com tempo médio de feridas de 57,52 ± 88,60 meses, atendidos em dois serviços ambulatoriais especializados, nas cidades de Manaus e São Paulo. Os pacientes foram entrevistados nos momentos baseline e 60 dias após cuidado especializado, utilizando-se os seguintes instrumentos: Dados Sócio Demográficos e Clínicos, IQVFP-VF, Escala Numérica de Dor e Escala de Avaliação Global de Mudança. Os dados foram analisados por meio de teste t-student, ANOVA, coeficiente de correlação de Spearman e regressão logística.

**Resultados:** Os resultados mostram que, ao longo dos 60 dias, houve melhora significativa da QV Geral e nos domínios Saúde e Funcionamento (Effect Size=1,21) e Sócio-Econômico(Effect Size=0,76). Com relação à diferença de QV total (60 dias e baseline) a média foi 3,13 (DP=3,09) ou (Effect Size=1,01). Dentre as variáveis avaliadas, apenas a dor esta associada aos preditores de mudança, sendo a "pior dor sentida na semana" responsável pela redução de 0,58 pontos na QV Total ( $p < 0,001$ ), com exceção do domínio QV Família, que não sofreu impacto com a variação da dor.

**Conclusão:** Os resultados apresentados mostram o impacto da dor como aspecto negativo sobre a QV, resultado que corrobora com outros estudos,<sup>1,4</sup> evidenciando a necessidade de uma prática de saúde especializada com olhar integralizado e para tanto, aperfeiçoamento e uso de instrumentos que auxiliem na avaliação da QV bem como seus fatores determinantes. Uma vez que há escassez de estudos prospectivos sobre QV de pacientes com feridas crônicas e não há estudos similares com uso do instrumento IQVFP-VF, este estudo contribui para a melhor compreensão dos principais fatores preditivos relacionados às mudanças na QV dos indivíduos com feridas crônicas sob tratamento especializado.

### Referências:

1. Yamada BFA, Santos VLCG. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers – Versão Feridas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, p. 1105-1113, 2009.
2. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. Rev Col Bras Cir.2011;38(5):327-33 apud Salomé GM, Ferreira LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de unna. Rev Bras Cir Plást.; 27(3): 466-71; 2012;
3. Oliveira AS, Santos VLCG. Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers – Versão Feridas: estudo da responsividade. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
4. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:44-66.

### Descritores: Qualidade de vida. Ferimentos e lesões

1. Enfermeira, Supervisora da comissão de curativos do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo;
2. Enfermeira, Profa Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP;
3. Enfermeira Estomaterapeuta;
4. Enfermeira Estomaterapeuta;
5. Enfermeira Estomaterapeuta;
6. Enfermeira, Gerente de Marketing Clínico da Coloplast.

\*alciclea@ig.com.br .

## PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO USO DE DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR (VAD): UTILIZAÇÃO DE UM FIXADOR DE HIDROCOLÓIDE

**Introdução:** Pacientes com falência cardíaca, em estágios específicos da doença podem fazer uso de um tipo de tratamento conhecido como VAD – ventricle assist device – ou dispositivo de assistência ventricular, do grupo de dispositivos de assistência circulatória Mecânica. O VAD possui um cabo de dados inserido no flanco D, que deve ser fixado com segurança. **Objetivo:** Analisar a utilização de um fixador de hidrocolóide na prevenção de infecção em cirurgias de implantação de VAD. **Método:** Estudo retrospectivo, com análise fotográfica de 4 pacientes submetidos a implantação de VAD, em Hospitais Referência em Cirurgias Cardíacas do Estado de São Paulo, com tempo mínimo de implantação de 6 meses, tendo como critérios a integridade da pele, cicatrização do sítio de inserção do cabo e características físicas do cabo de dados. **Discussão:** Segundo dados publicados na revista ISHLT, a infecção relacionada ao cabo de dados é a principal causa de reinternação, troca de bomba e morte dos pacientes com VAD<sup>1</sup>. As infecções de implantes podem ocorrer em até um ano de pós-operatório<sup>2</sup>, portanto, recomenda-se o uso de um fixador para este cabo implantado. Tal fixador é colocado próximo ao sítio de saída do cabo, fixando firmemente a inserção deste, e mantendo a outra extremidade que comporta o driveline livre. **Resultado:** O fixador do cabo de dados do VAD foi utilizado em 3 pacientes, dos quais, todos mantiveram a integridade da pele, apresentaram tempo adequado de cicatrização do sítio de inserção do cabo, não sofrendo alterações em sua conformidade física. O paciente que não fez uso do fixador, apresentou ulcerações na pele, tempo de cicatrização prolongado e infecção do sítio cirúrgico e tegumentar, bem como presença de sinais flogísticos, após cultura da secreção foi identificado microorganismo *Staphylococcus aureus*, agente etiológico causador da infecção. **Conclusão:** O fixador de hidrocolóide, demonstrou eficácia na prevenção de agravos relacionados ao uso do VAD, assim como diminuição do risco de infecção dos tecidos próximos ao cabo de dados. O fixador é composto por estrutura circular de hidrocolóide com sistema de trava ajustável ao diâmetro do cabo a ser fixado, podendo ser aberto e fechado sempre que necessário, como na troca de curativo. Desta forma a utilização do fixador se mostrou eficiente na permanência do VAD sem complicações associadas a sua implantação, melhorando desta forma a integridade da pele e a qualidade de vida do paciente.

Descritores: Fixador, infecção, tegumentar

### Referências:

1. The Trouble with Driveline Infections. Volume 5, Assunto 3. Julho de 2013;
2. Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Dale Everett, Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Edward L. Kaplan, Jose G. Montoya, and James C. Wade. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. *Clinical Infectious Diseases* 2005;41:1373-1406
3. Driveline Infections in Left Ventricular Assist Devices: Implications for Destination Therapy Vikas Sharma *et al*, *Divisions of Cardiovascular Surgery and Infectious Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. Ann Thorac Surg* 2012;94:1381–6) © 2012 by The Society of Thoracic Surgeons.

## Prevenção de Lesão de Pele em Pacientes Oncológicos em uso de Cateter Venoso Central

\*Daniela Moreira Campos  
\*\* Danielly dos Anjos Freschi  
\*\*\*Bruna Gabriely Rocha Costa

**Introdução:** O emprego do cateter venoso central em ambiente hospitalar corresponde a um avanço para a prática clínica, sendo ferramenta indispensável no cuidado ao paciente oncológico, porém sabemos que o curativo pode se tornar uma problemática quando não utilizado adequadamente. O curativo do cateter é uma maneira de proteger o sítio de inserção da colonização por bactérias. **Objetivo:** Demonstrar a eficácia de um curativo para cateter venoso central na prevenção de lesão de pele em pacientes oncológicos. **Método:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, realizado no mês de Abril de 2014. O cenário de estudo foi realizado em uma unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital geral de grande porte particular na região metropolitana de São Paulo. A amostra foi composta por 11 pacientes que possuíam Cateter Venoso Central. Foram utilizados dois tipos de curativos. O curativo habitual do óstio de saída do cateter com pinças cirúrgicas, clorexedina alcoólica 0,5%, gaze estéril e fita azul de silicone permeável para cateteres recém-implantados, com presença de sujidade hemática ou para pacientes alérgicos ao filme transparente. E intervenção no curativo do óstio de saída do cateter com pinça cirúrgica, clorexedina alcoólica 0,5% e filme transparente de poliuretano para cateteres sem a presença de sujidade na inserção. A troca dos curativos foi realizada diariamente para os com gaze e micropore e a cada sete dias para os com filme transparente com troca necessária quando ocorrência de sujidade, exsudato ou deslocamento do filme transparente. **Resultados:** Em 8 pacientes foram realizados curativos com filme transparente de poliuretano e 3 com gaze e fita azul de silicone. Para os curativos realizados com gaze e fita azul de silicone a troca era diária. Para os curativos realizados com filme transparente a troca era em até 7 dias, ou antes quando havia má fixação, presença de exsudato ou descamação de pele. Nos curativos feitos com filme transparente era aplicado previamente o lenço protetor cutâneo ao redor do cateter para maior proteção entre a pele e o filme. Foram usados lenços removedores para facilitar a retirada do curativo sem ocasionar lesão na pele. **Discussão:** Na literatura, a recomendação para o uso do curativo de poliuretano apoia-se nos seguintes aspectos: redução da manipulação do sítio de saída, do custo e do tempo de enfermagem, além de promover o conforto do paciente sem aumentar o risco para infecção relacionada ao cateter intravascular. **Conclusão:** O filme transparente de poliuretano permitiu a visualização constante do sítio de inserção, a identificação precoce de potenciais complicações como lesão de pele e troca em intervalos maiores. Os resultados oferecem evidências que poderão contribuir para a tomada de decisão do enfermeiro na prática clínica sobre qual tipo de cobertura a utilizar e produtos de proteção e prevenção cutânea no curativo de Cateter Venoso Central.

1. Yazbek G, Zerati AE, Langer M, Malavolta LC, Nishnari K, Wolosker N. Utilização dos cateteres de Hickman em transplante autólogo de medula óssea: análise de 49 cateteres implantados. *Acta Oncol Bras.* 2002;22(3):299-305.
2. Mesiano ERAB, Merchán-Hamann E. Bloodstream infections among patients using central venous catheters in intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(3):453-9.
3. Gillies D, O'Riordan L, Carr D, Frost J, Gunning R, O'Brien I. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003827.
4. Gillies D, O'Riordan E, Carr D, O'Brien I, Frost J, Gunning R. Central venous catheter dressings: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2003; 44(6): 623-32.
5. Rasero L, D'innocenti M, Mocali M, Albenari F, Boschi S, Giraudi A, et al. Comparison of two different protocols for central venous catheter dressing in bone marrow transplant patients: results of a randomized multicenter study. *Haematologica.* 2000;85(3): 275-9.

\*Enfermeira do Transplante de Medula Óssea do Hospital São Camilo- Pompéia; integrante do grupo de prevenção e tratamento de lesão de pele; Graduação Universidade Federal de São Paulo, Pós-Graduação em Gestão de Saúde, Universidade SENAC São Paulo.

\*\*Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital São Camilo – Pompéia; Graduação São Camilo, Pós-graduada em Estomaterapia pela UNITAU; Pós-graduada em Enfermagem em Dermatologia pela FAMERP; Pós graduada em Terapia intensiva adulto pelo Centro Universitário São Camilo.

\*\*\*Enfermeira plena do Hospital São Camilo- Pompéia; integrante do grupo de prevenção e tratamento de lesão de pele; Graduação Santa Casa de SP; Pós graduada em Nefrologia pela UNIFESP.

# PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE CAUSADAS POR DISPOSITIVOS MÉDICOS EM RECÉM- NASCIDOS PREMATUROS

Leonice Neves da Silva<sup>1</sup>  
Lidianara Pagliace<sup>2</sup>  
Lindalva da Cruz Melo<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

O nascimento é um período de grandes mudanças e modificações para nosso organismo, gerando assim uma transição anatomofisiológica da vida fetal para a neonatal. Os recém-nascidos que nascem prematuramente sofrem um pouco mais com estas mudanças e modificações, um dos órgãos sofredores deste processo é a pele. A pele do recém-nascido prematuro é mais fina e gelatinosa, contendo pouca camada de estrato córneo. Esta é extremamente suscetível a traumas mecânicos como lesões, escoriações, lacerações e queimaduras da epiderme o que torna um desafio para toda a equipe de enfermagem manter a integridade cutânea durante este período de internação em uma unidade de terapia intensiva neonatal.

## OBJETIVO

Demonstrar a importância do uso de película de filme transparente para prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros causadas por sensores de monitorização.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado em um hospital privado do interior do oeste do Paraná, entre os meses de setembro de 2013 a junho de 2014. A amostra constituiu-se de 25 recém-nascidos pré- termos com menos de 32 semanas de gestação internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Anteriormente ao período referido do estudo não se adotava a aplicação do filme transparente para prevenção de lesões por fricção de dispositivos, como os sensores de oximetria, utilizavam-se outros métodos preventivos, mas estes não eram efetivos e resultavam em lesões importantes e significativas.

## RESULTADOS

No período de setembro de 2013 a janeiro de 2014 ocorreu o total de nove lesões por fricção de sensor de oximetria, já no período de fevereiro a junho de 2014, com o início das medidas preventivas utilizando a película de filme transparente para todos os prematuros extremos abaixo de 32 semanas de gestação, obtivemos uma redução significativa no número de lesões, ocorrendo apenas uma lesão ocasionada pela retirada precoce da película do filme. Observamos que a cobertura escolhida mostrou-se eficaz na redução da fricção entre o dispositivo médico e à derme.

## CONCLUSÃO

Através deste estudo podemos afirmar que, a rotina do uso da película de filme transparente em prematuros extremos é necessária para podermos manter a integridade da pele dos recém-nascidos.

## REFERÊNCIAS

1. PROCIANOY, R.S; LEONI, C.R. Programa de atualização em Neonatologia (PRORN): Sociedade Brasileira de Pediatria. Porto Alegre: Art Med/ Panamericana Editora, 2003, ciclo 05.
2. NASCIMENTO, T.R. Enfermagem na UTI neonatal: Assistência do Recém- nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro, 2013.
3. PEREIRA, M.C.; VILALOBOS, C.E. Revista Brasileira de Enfermagem: 62(5):778-783, set -out 2009.
4. DOMANSKI, R.C; BORGES, E.L. Manual para Prevenção de lesões de Pele: Recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

## Contato das autoras:

### 1. Leonice Neves da Silva

Telefone: (45)- 9941-2886  
E-mail: utineo@policlinica.com.br

### 2. Lidianara Pagliace

Telefone: (45)- 9967-3159  
E-mail: lidianara\_pagliaci@hotmail.com

### 3. Lindalva da Cruz Melo

Telefone: (45)- 9928-0588  
E-mail: enfermagem@policlinica.com.br

1. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, especialista em Cuidados Intensivos Gerais, membro da comissão de prevenção de lesões de pele.
2. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, especialista em Unidade Terapia Intensiva, membro da comissão de prevenção de lesões de pele.
3. Enfermeira Gerente do Serviço de Enfermagem, especialista em Enfermagem do Trabalho.

## PREVENÇÃO DE PERDA DE SONDAS NASOGÁSTRIA E NASOENTÉRICA E DE LESÕES DE PELE UTILIZANDO FIXADOR DE HIDROCOLÓIDE: INDICADOR DE QUALIDADE

Claudia Renata Périco; 2- Kelly Camarozano Machado, 3-Bruna Prini Rafaldini, 4- Paula Buck de Oliveira Ruiz, 5- Roger Ribeiro Rodrigues.

**Introdução:** A terapia nutricional é reconhecida como importante fator na recuperação de pacientes. As sondas modernas possibilitam a oferta de nutrientes e a melhora do estado nutricional, por meio de métodos pouco invasivos, desde que o aparelho digestivo esteja conservado, ou uma parte de sua capacidade de absorção. O procedimento requer cuidados especializados, posto que não é isento de complicações. Para tal, foram criados os programas de qualidade, visando ao melhor qualidade na assistência e a segurança do paciente. Assim, os indicadores de qualidade trazem uma resposta da efetividade de um determinado processo. A equipe que assiste o paciente que recebe terapia nutricional através de sondas deve ter conhecimento da instalação das mesmas bem como da administração das dietas, posicionamento correto, fixação e avaliação da pele próxima a inserção do dispositivo. **Objetivo:** Comparar o indicador de perdas de Sondas Nasogástricas (SNG) e Nasoenterais (SNE) e o risco de lesões de pele antes e depois da inserção de uma nova tecnologia de fixação do dispositivo. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo na modalidade de análise quantitativa, realizado em um Hospital Público da Baixada Santista, nas de unidade de clínica médica, cirúrgica, unidade de terapia intensiva e unidade de emergência referenciada. Foi utilizado o indicador de perdas de SNG e SNE, disponibilizado pela instituição no período de janeiro a junho de 2014, foi realizado o teste do fixador em abril. Foram analisados 687 pacientes com SNG ou SNE. A fixação da sonda era feita com adesivos de terceira geração e sua troca era diária. O fixador é composto por hidrocolóide e trava de segurança para fixação da sonda e era trocado após 7 dias. **Resultados :** Após a aplicação do fixador de SNG e SNE foi observada que no mês de abril a incidência de perdas de sondas foi de 0%, visto que durante o período de janeiro a junho de 2014, a incidência de perda de SNG e SNE chegou em média a 87,48%. No período analisado também se observou que não houve nenhuma lesão de asa de nariz devido a pressão ou atrito da sonda, causado pela fixação com adesivos de terceira geração. **Conclusão:** Conclui-se que a utilização de indicadores de qualidade como ferramenta na assistência de enfermagem e na segurança do paciente, associada ao embasamento científico e novas tecnologias, contribui de forma significativa para a redução da perda de SNG e SNE, eventos adversos, na redução de custo e de tempo de enfermagem na manipulação do paciente, bem como a diminuição de lesões de pele nas narinas dos pacientes, promovendo uma melhora da qualidade da assistência e segurança para o paciente.

**Palavras Chaves:** lesão de pele, indicador de qualidade, sonda nasogástrica e nasoentereal.

### Referências Bibliográficas:

- 1- PEREIRA, Sandra Regina Maciqueira et al. Causas da Retirada de: Não planejada da sonda de Alimentação los Terapia Intensiva. Acta paul. enferm. , São Paul, v. 26, n.4 de 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400007&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&Ing=en&nrm=iso) Acesso em 27 de agosto de 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400007>.
- 2- NAMUNO MRDL & MARCHINI JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan./mar.2002.
- 3- CQH - Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH- [www.cqh.org.br](http://www.cqh.org.br)
- 4- WAITZBERG DL; ENCK CR; MIYAHIRA NS; MOURÃO JRP; FAIM MMR; OLISESKI M.B. A Terapia Nutricional: Indicadores de Qualidade, 2011.

- 1- Enfermeira estomaterapeuta, Mestranda em Clínica Médica na Uniluz- [claudia\\_perico2005@yahoo.com.br](mailto:claudia_perico2005@yahoo.com.br)
- 2- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, especialista em enfermagem dermatologia-UNIFESP, docente da faculdade de Medicina do ABC.
- 3- Enfermeira Consultora Técnica Hollister, estomaterapeuta, docente convidada do curso especialização de Enfermagem em dermatologia-FAMERP.
- 4- Enfermeira Mestranda Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, docente convidada do curso da especialização de enfermagem em dermatologia-FAMERP.
- 5- Enfermeiro pós-graduado em Enfermagem Dermatológica pela UGF. Coordenador do Grupo de Pele do CHM-SCS-SP

## PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ÚLCERAS VENOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA

AUTORAS:

SANTOS LSF 1,2, CAMACHO ACLF2, OLIVEIRA BGRB2, BERTANHA ASM1, NOGUEIRA GA2, JOAQUIM FL2.

1 Faculdade Arthur Sá Earp Neto - FASE, 2 Universidade Federal Fluminense - UFF

O embasamento científico justifica as ações adotadas na prevenção e tratamento das úlceras e oferece qualidade na assistência. A busca de conhecimento pelo Enfermeiro, profissional que lida diretamente com o portador de úlcera venosa, é extremamente importante para o diagnóstico correto e para que medidas terapêuticas específicas sejam adotadas em prol da cicatrização da lesão. **Objetivo:** analisar a produção de conhecimento da última década sobre úlceras venosas. **Método:** revisão integrativa, utilizando os descritores: “úlceras venosas”, “cuidado de enfermagem”, “cicatrização de feridas”, “saúde do idoso” e “saúde do adulto”. Os artigos foram selecionados em Dez/2013, em português, inglês e espanhol, nas bases LILACS, PUBMED e SCIELO no período de 2004 a 2013. **Resultados:** Durante a busca foram encontrados 43 artigos refinados dos últimos dez anos. Deste total 3 não se enquadraram na pesquisa e 8 se repetiam na própria PUBMED. Não foi encontrado artigos na LILACS e SCIELO, cruzando apenas esses descritores, por tanto finalizamos com total de 32 artigos. A análise mostrou que sobre o tipo de estudo houve predomínio do ensaio clínico (47%) seguido por estudo de caso (34%). Os anos 2005, 2006, 2007 e 2012 somaram 70% das publicações e os anos de 2010 e 2013 apresentaram nesta busca 0%. Os principais temas abordados foram: terapia compressiva (28%), seguido por novos tratamentos (25%). e os temas de menor interesse foram: cuidados de enfermagem 9% e qualidade de vida dos portadores de úlcera venosa com 6%. **Conclusões:** Os dados encontrados sinalizam a importância de se investir em novas pesquisas sobre essa temática, principalmente abordando tratamentos que proporcionem melhora na qualidade de vida, autocuidado e capacidade funcional de pacientes adultos/idosos com úlcera venosa. O enfermeiro deve cada vez mais se aprimorar através do conhecimento científico e da aplicação de tratamentos eficazes para cicatrização, e desta forma colaborar na melhorar a vida desses pacientes.

**Descritores:** cuidado de enfermagem, saúde do adulto, saúde do idoso, úlcera venosa e cicatrização de feridas

## PROJETO CUIDADOS E SUPERVISÃO DA PELE: RELATO DE CASO

SILVA, A. G.1.; SILVA, L. M.2; MORAES, J. T.3

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Úlcera por pressão é uma lesão decorrente da isquemia gerada pela compressão extrínseca e prolongada da pele e tecidos adjacentes. Nas extremidades ósseas são os locais mais frequentes da lesão. Os fatores de risco das úlceras por pressão são idade, umidade, calor, cisalhamento e pressão por tempo prolongado. **OBJETIVO:** Orientar o uso de coberturas nas feridas oncológicas/úlceras por pressão e gerar a continuidade dos cuidados. **MÉTODO:** Estudo de caso do tipo descritivo. A admissão e o acompanhamento foram registrados no prontuário do próprio projeto, que conta com fichas de admissão e de evolução, Escala de Braden, protocolo de úlcera por pressão. **RESULTADOS:** Paciente M.G.P. 65 anos, sexo feminino, restrita ao leito e sem mobilidade. Reside com o marido e duas filhas em uma cidade próxima a da internação. No dia da admissão M.G.P. encontrava-se com sinais de higiene adequada, sonolenta e em pós-operatório para retirada de metástase cerebral. Durante o exame físico, foi identificado uma úlcera por pressão na região sacral com comprometimento muscular (estágio IV). A cobertura primária usada TCM, cobertura secundária gazes, período de troca uma vez ao dia ou após evacuação. A acompanhante foi orientada quanto a importância da mudança de decúbito de 2 em 2 horas e o uso da boia na região sacral. Após 15 dias de acompanhamento da lesão, observamos que o uso da cobertura associado com a mudança de decúbito teve um efeito benéfico, a lesão reduziu de tamanho e profundidade. **DISCUSSÃO:** A mudança de decúbito é importante para evitar a piora da ferida e a abertura de novas em outras regiões do corpo. O acompanhante deve ser orientado quanto aos horários da mudança de decúbito e como deve ser feito, pois ele pode ajudar a enfermagem. A limpeza e a troca do curativo devem ser registradas e feitas conforme prescrição, sempre observando a necessidade da mudança de decúbito. **CONCLUSÃO:** Os profissionais de enfermagem devem estar preparados e orientados para a importância da mudança de decúbito, visto que está pode melhorar de forma significativa a úlcera além de prevenir o aparecimento de novas lesões. **Descritores:** Feridas, Úlcera por pressão, Administração de Caso.

### Referências Bibliográficas:

BORGES, Eline Lima; et al. Feridas: como tratar. 2.ed . Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 246 p.

DEALEY, Carol. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 216 p.

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: silvaa.gabriela@yahoo.com.br

2 Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: lyzimartins@hotmail.com

3 Professor da Universidade Federal de São João del-Rei. Orientador. E-mail: julianotmoraes@ufsj.edu.br

## **Projeto de Extensão Cuidar-te: garantindo a equidade no cuidado as pessoas com anormalidades na pele.**

Jéssica Silva Costa<sup>1</sup>, Karen Cristina Prado Vicente<sup>2</sup>, Dayse Christielle Alves Martins Morales<sup>3</sup>, Mônica Antar Gamba<sup>4</sup>

O Projeto de Extensão Cuidar-te é desenvolvido desde 2011, tendo em vista a promoção à saúde oferece apoio a pessoas e familiares acometidos por agravos dermatológicos e seqüelas incapacitantes ocasionados por doenças infecciosas e crônicas. Atua nos diferentes níveis de prevenção, seguindo os preceitos básicos do SUS e a atenção baseada na clínica compartilhada (Campos, 2007), visa integrar à extensão, o ensino e a pesquisa, de forma a garantir a ação/integração da graduação, da pós-graduação, e de profissionais da rede básica de serviço, conta ainda com o apoio da Liga Acadêmica de Feridas, e é integrado ao Núcleo de Pesquisa Cuidar-te (CNPq).

O programa atua no atendimento direto aos clientes além de estimular a reinserção social desta população, que muitas vezes sofre desigualdade, preconceito, em função do estigma que as anormalidades da pele ocasionam. Conta com o apoio do Projeto DERMACAMP, a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) e a Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD), e promove eventos de extensão com a comunidade UNIFESP, como Fórum Brasil Nossas Áfricas. Os referenciais teóricos utilizados estão ancorados na saúde coletiva, ciências humanas e biológicas, com enfoque da educação em saúde, propiciando a aplicação prática de conceitos teóricos.

O Projeto visa despertar nos integrantes a formação de uma opinião crítica, além da reflexão sobre a importância do cuidar e ser cuidado, como base para a ação do autocuidado, adesão ao tratamento clínico e melhora da auto-estima e estimula a formação de graduandos e pós - graduandos críticos e engajados no enfrentamento dos determinantes do processo saúde, doença e cuidado.

---

1,2 Graduandas do Curso de Enfermagem - jessycasylvac@hotmail.com

3 Enfermeira dermatologista 4 Professora Doutora do Curso de Enfermagem



## PROJETO EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM

Luciana Guimarães<sup>1</sup>; Priscilla Farias Chagas<sup>2</sup>; Poliana Moreira de Arraujo<sup>3</sup>; Meisierle da Silva Bento<sup>4</sup>; Sarah de Oliveira Soares<sup>5</sup>.

**INTRODUÇÃO:** Educação continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. É um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social<sup>1</sup>. No Brasil, a equipe de enfermagem representa o percentual mais significativo de pessoal, chegando a atingir em alguns casos certo de 60% do total de profissionais nas instituições hospitalares. No Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), a enfermagem desempenha importante papel na educação continuada da equipe de enfermagem para a realização de uma assistência de qualidade aos pacientes, considerando que aproximadamente 2500 profissionais são capacitados para o atendimento a nossa clientela. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) recomenda que um profissional (enfermeiro) seja o coordenador e responsável por este setor, diretamente envolvido com o atendimento às necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional. No HUPE, o Serviço de Treinamento e avaliação de Enfermagem (STAVE) é o setor responsável pela organização dos eventos, cursos, aulas a beira do leito, estudos de casos clínicos e administrativos que busquem atingir a clientela de profissionais internos ou externos. Para a instituição é de fundamental importância um programa de educação voltada aos profissionais de enfermagem que busque atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais. **Objetivos:** Identificar as principais necessidades de educação continuada da equipe de enfermagem, traçar o perfil de formação da equipe de enfermagem, Identificar a partir da visão dos profissionais de enfermagem, as temáticas para educação continuada frente a necessidade da equipe e da instituição, afim de Oferecer programas de educação continuada a equipe de enfermagem. Planejar, executar e avaliar os mesmos, construir relatórios de enfermagem. **Metodologia:** Com base no Projeto Educação Continuada, foi criado a proposta metodológica deste estudo sendo uma pesquisa quantitativa, descritiva do tipo exploratória. A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para que assim sejam classificados e analisados<sup>2</sup>. Foram utilizados recursos e técnicas estatísticas. Como critério de inclusão deste estudo, foi realizar a pesquisa com enfermeiros e técnico de enfermagem que iniciaram no hospital em julho de 2013 a julho de 2014. Teve como critério de exclusão todos os profissionais que não fazem parte da equipe de enfermagem. O período de coleta de dados foi do mês de Julho a Agosto de 2014. **Resultados:** O campo de estudo foi um hospital Universitário situado no município do Rio de Janeiro, este realiza atendimentos a nível secundário e terciário de alta complexidade. Neste hospital funcionam aproximadamente 525 leitos e mais de 60 especialidades e subespecialidades. Suas Tecnologias sofisticadas abrangem a Cirurgia Cardíaca, Transplante Renal e Transplante de Coração, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias, além dos atendimentos ambulatoriais de referência em diversas áreas da saúde. A primeira parte do formulário é composta pela Caracterização dos sujeitos: Categoria Profissional, Sexo, idade, Outra Formação Profissional, Formação Profissional, Nível de escolaridade, Setor de Atuação, Tempo de Experiência. A segunda parte está relacionada ao Levantamento de Necessidades de Educação Continuada apontadas pelos profissionais, onde foi identificado os temas prioritários para a realização de ações referente a necessidade do profissional, bem como, a participação desses profissionais em cursos e eventos, a adesão destes aos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) em seu processo de trabalho. As principais falhas na segurança do paciente ocorridas na instituição visualizadas por estes profissionais e como ele tem se sentido em relação ao setor de atuação e sua equipe **Conclusão:** A pesquisa foi de suma importância, pois conseguimos levantar as necessidades de educação continuada, permitindo a promoção da atualização dos profissionais de enfermagem. Ao capacitarmos os profissionais otimizamos o atendimento ao usuário, proporcionando uma melhora na qualidade de vida. Sendo assim, espera-se que o profissional de enfermagem busque atualizar seus conhecimentos técnicos/científicos a fim de melhorar a qualidade de sua assistência. contribuições/implicações para a Enfermagem: Espera-se contribuir no ensino da equipe enfermagem, na tentativa de oferecer subsídios para a introdução de discussões em temas no campo teórico-prático, com a finalidade de otimizar o conhecimento da equipe, para assim, promover um cuidado de excelência, buscando fomentar reflexão e discussão sobre os impactos da falta de preparo dos profissionais. Afim de incentivar a formação de profissionais críticos.

**Referências** 1. Acadêmica de ENF / UERJ, Bolsista do Projeto Educação Continuada na modalidade Estágio Interno Complementar no Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem ..... ENF/UERJ; Coordenadora do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

1. KURCGANT, P. et AL. Gerenciamento em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

2. SILVA, E. L.; MENEZES, E. M., Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3. ed. Florianópolis, 2001. p. 121.

Eixo 2: O Protagonismo no Educar e Pesquisar

## PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ESTOMIA INTESTINAL.

João Carlos dos Santos<sup>1</sup>  
Vania Rodrigues Santos de Sousa<sup>2</sup>  
Maria José Aguiar de Oliveira<sup>3</sup>  
Maria de Fátima Souza<sup>4</sup>  
Rita Paiva Pereira Honório<sup>5</sup>

Estomias intestinais são intervenções cirúrgicas realizadas no cólon ou no intestino delgado, que consistem na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal. A pessoa portadora de um estoma precisa aprender a cuidar de si, de modo a preservar a sua autonomia com vistas a uma adequada qualidade de vida. A consulta de enfermagem - atividade privativa do enfermeiro, é um espaço onde estes exercem suas atividades com autonomia utilizada, prioritariamente, para a promoção da saúde e colaboração para o desenvolvimento da boa qualidade de vida da pessoa cuidada. A ausência de um instrumento para consulta de enfermagem a estes pacientes impossibilita a padronização da sistemática de atendimento a estes pacientes na instituição. Um instrumento adequado para a realização destas consultas contribui para um trabalho sistematizado que contemple necessidades específicas de cada condição de saúde. O objetivo deste estudo foi construir um instrumento para consulta de enfermagem, direcionado para pessoas em situação de estomia intestinal baseado na Teoria do Autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo de desenvolvimento onde o instrumento foi construído com base na literatura, na Teoria de Orem e na experiência do autor e constituiu dissertação de mestrado do mesmo. Para a validação do conteúdo do instrumento, utilizou-se a metodologia de análise do conteúdo de instrumentos proposta por Pasquali. Esta análise é feita por especialistas na área em estudo que são denominados "juízes", em face de sua tarefa consistir em ajuizar os itens do instrumento. Seis juízes participaram deste estudo. Utilizou-se para avaliação, estatística descritiva com resultados dados em frequência e porcentagem. Um percentual maior ou igual a 80% de concordância entre os juízes bem como a análise das observações e sugestões apresentadas por estes, resultou na manutenção, reformulação ou exclusão do item. Foram procedidas reformulações de alguns quesitos quando da elaboração do instrumento final, estas reformulações se ancoraram nos percentuais das respostas e nas observações e sugestões apresentadas pelos juízes. Nenhum quesito incluído no instrumento foi considerado irrelevante a ponto de ser excluído. O método de avaliação do conteúdo de construtos realizada por juízes, se constitui um método adequado para a consolidação de um instrumento para a aplicação na prática cotidiana profissional; a versão final do instrumento para consulta de enfermagem a pessoas em situação de estomia intestinal está pronto para ser utilizado na prática profissional e ser submetido ao processo de validação do uso junto à pacientes atendidos no ambulatório de proctologia da instituição onde o instrumento foi proposto. O trabalho obedeceu aos princípios éticos que regem as pesquisas e, por se tratar de estudo metodológico, envolveu apenas seus elaboradores, não havendo participantes diretos ou indiretos para a obtenção dos dados. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498, de junho de 1986. Resolução COFEN-272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras; PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPam/ IBAPP, 1999.

---

<sup>1</sup>Enfermeiro, mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, membro da Comissão De Estomaterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, e-mail: santosj.c@oi.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira membro da Comissão De Estomaterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, e-mail: vrsshalom@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira membro da Comissão De Estomaterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, e-mail: mazeaguiar@uol.com.br

<sup>4</sup>Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, doutora em Farmacologia, e-mail: souza.mfatima@gmail.com

<sup>5</sup>Enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, mestre em Enfermagem.

## PROTOCOLO DE FERIDAS EM HOSPITAL PÚBLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FERNANDA MATHEUS ESTRELA.1, LÍCIA CORREA.2, HESÍQUIA MARIA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA.3, CARLA CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS LIMA.4, LUANA IGLÉSIAS.5, LUANA GORDILHO.6

A implantação de um protocolo para o acompanhamento dos clientes portadores de feridas em uma unidade Hospitalar pela equipe multiprofissional é essencial por representar um instrumento seguro para a prevenção, controle e tratamento dos casos. Em nossa realidade existem poucas instituições com Protocolo de Feridas implantado. O objetivo deste trabalho é descrever a criação de uma Comissão de Pele e a elaboração de um Protocolo de Feridas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, no formato de relato de experiência. A Comissão de Pele foi criada em 2014 em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, referência em ortotrauma. A Comissão foi nomeada em agosto de 2014 pelo Diretor Operacional e é formada por profissionais com experiência ou afinidade na área. Sendo composta por seis enfermeiras, uma cirurgiã plástica, uma médica da CCIH, uma nutricionista, uma farmacêutica e uma psicóloga, que se reúnem mensalmente. Após a confecção do Regimento interno com as definições das funções dos membros executores e consultores, partiu-se para a elaboração de um protocolo pautado em evidências científicas que norteou a escolha das coberturas a serem usadas em cada estágio da ferida e que foram padronizadas frente ao perfil dos pacientes atendidos. Após a conclusão do Protocolo, foi discutido e confeccionado o fluxo de atendimento aos portadores de feridas, bem como o instrumento de avaliação das lesões. A partir daí, foram promovidos treinamentos para os integrantes da Comissão e demais membros da equipe de Enfermagem, a fim de atualizá-los e capacitá-los para a prevenção das lesões de pele, bem como a avaliação, a indicação e o manejo das coberturas padronizadas. Após a implementação do Protocolo de Feridas, percebeu-se a organização do processo de trabalho, além do controle e acompanhamento dos casos com conseqüente redução do consumo de materiais, uso racional das coberturas e uma maior resolutividade da terapia proposta para cada paciente.

**Palavras-chave:** Feridas, protocolo de feridas, hospital

CARVALHO, EVANILDA.S.SANTANA. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.

FERNANDES NC. Úlceras de membros inferiores de causa vascular. Atualidades Dermatológicas. 1996

FIANAGAN M, VOGENSEN H, HAASE L. Case series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen. World Wide Wounds 2006. [documento WWW]. URL <http://www.worldwidewounds.com/2006/april/Flanagan/Ibuprofen-Foam Dressing.html> [acessado em 10 de agosto de 2013]

FREIRE BM, Fernandes NC, Maceira JP. Úlcera hipertensiva: relato de caso, 2006

WILLIAN, MALAGUTTI. Curativo, estomias e dermatologia: Uma Abordagem Multiprofissional. São paulo: Martinari, 2010.

1Enfermeira. Especialista em Centro cirúrgico e Central de Material Esterilizado e em Auditoria em Sistemas de Saúde, Especialista em Enfermagem Dermatológica. Coordenadora da UTI do Hospital Manoel Vitorino, Bahia, Brasil. Docente substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email:nanmatheus@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Especialista em Emergência. Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Manoel Vitorino.

3 Farmacêutica. Coordenadora da Farmácia do Hospital Manoel Vitorino.

4 Enfermeira assistencial da UTI do Hospital Manoel Vitorino.

5 Enfermeira. Coordenadora das Enfermarias do Hospital Manoel Vitorino.

6 Nutricionista. Coordenadora da Nutrição do Hospital Manoel Vitorino.

# PROTOCOLO PARA COLETA DE AMOSTRA CLÍNICA DA UNHA PARA EXAME MICOLÓGICO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Onsli dos Santos Almeida, Vera Ligia Lellis Jacob\*, Rose Ana Rios David

As onicomicoses são as infecções fúngicas mais comuns entre as onicopatias, entretanto, outras desordens também produzem alterações ungueais que podem confundir o diagnóstico de onicomicose<sup>1,2</sup>. Esta dermatose pode ser causada por diversos patógenos, cuja evidência clínica pode ser indistinguível, por essa razão a identificação do agente etiológico é essencial para iniciar o tratamento e para a sua remissão<sup>1</sup>. O seu diagnóstico deve ser realizado pelo exame clínico e análise do espécime por microscopia direta e cultura de fungos<sup>1</sup>. A onicomicose é responsável por aproximadamente 50% de toda doenças da unha<sup>1,2,3</sup>. Na maioria das vezes são tratamentos que perduram por um longo tempo, sem resultado satisfatório<sup>1</sup>. Apresenta multiplicidade dos agentes causais e pode ser confundido com outras doenças sistêmicas, podendo determinar a ineficácia do tratamento<sup>1, 4</sup>. O Enfermeiro Podiatra é um especialista preparado para esse atendimento e treinamento específico, pois, na sua prática assistencial atende pacientes com este perfil, realizando de modo seguro a coleta de amostras para uma análise micológica ungueal, utilizando técnicas e instrumentais apropriados. Essa prática já vem se concretizando em algumas clínicas, e em ambulatórios de especialidades de serviços públicos de saúde de nosso país. Com base no exposto, este trabalho tem como objetivo padronizar o procedimento de coleta de amostra clínica da unha para exame micológico em serviços de saúde, onde atuem os Enfermeiros Podiatras. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo a partir da construção de um protocolo de procedimento de coleta de amostra clínica da unha para exame micológico em serviços de saúde por Enfermeiros Podiatras. O protocolo descrito foi baseado em uma técnica de coleta para análise micológica ungueal, idealizado em 1998, por uma enfermeira responsável pelo ambulatório de Pé Diabético, em um hospital estadual da cidade de São Paulo. O protocolo compõe-se de sete etapas: Descrição do processo; **Objetivos;** Resultados esperados; Aplicação; Profissional habilitado; Material e equipamentos necessários; e Técnica para coleta do material. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Em 1998, durante a idealização da técnica, foram analisadas amostras de unhas de 80 pacientes diabéticos, com quadro clínico sugestivo de onicomicose obtendo-se os seguintes resultados: 51 (60,9%) com resultado negativo para fungos, 14 (16,6%) positivo para leveduras, 08 (9,5%) positivo para dermatófitos, 06 (7,1%) positivo para outros fungos e 05 (5,9%) positivos para bactérias. Estes resultados não tinham descritos na literatura científica da época, o que demonstra a sua relevância. Análise dos resultados demonstra a necessidade de difusão desta técnica e sua relevância ao possibilitar diagnóstico correto, abreviar tempo de tratamento e diminuir o risco de infecção bacteriana. **CONCLUSÃO:** A padronização do procedimento da coleta de amostra clínica da unha pode abreviar o diagnóstico e o tempo de tratamento dos pacientes acometidos por onicomicoses, através da coleta segura e eficaz, uniformizando, para isto, os procedimentos e evitando contaminação e erro da amostra colhida. Atualmente está sendo realizados estudos com a aplicação do protocolo para obter evidências científicas quanto a sua aplicação.

**Palavras chave:** Assistência de Enfermagem; Podiatria; Onicomicose.

## REFERÊNCIAS

1. Allevato, MAJ. Daseses mimicking onychomycosis. Clinics in Dermatology 2010; 28: 164-177.
2. Baran R, Nakamura R. Doenças da Unha: do diagnóstico e tratamento. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
3. Welsh O; Vera-Cabrera L, Welsh E. Onychomycosis. Clinics in Dermatology 2010; 28: 151 -159.
4. Purim, KSM, Niehues LP, Filho FQT, Leite N. Aspectos epidemiológicos das micoses dos pés em um time chinês de futebol. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2006; 12(1) 16-20.

## QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Betânia Mendes Malta Rodrigues Costa<sup>1</sup>  
Ana Lúgia Fernandes Reis<sup>1</sup>  
Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>2</sup>

**Introdução** As feridas crônicas de membros inferiores é a caracterizada pela permanência da ferida por mais de 6 meses, onde há destruição de estruturas cutâneas, como a epiderme e derme, em alguns casos os tecidos mais profundos também são afetados, a cicatrização da ferida ocorre em períodos mais prolongados, algumas feridas tornam-se recidivantes e muitas vezes não cicatrizam por completo. Geralmente estão associadas a patologias crônicas como a hipertensão, doença vascular periférica, diabetes e anemia falciforme. Podendo então causar diversos impactos negativos sobre alguns âmbitos da vida do cliente, como na qualidade de vida e a autoestima do mesmo. Visto isso cabe ressaltar que o cliente deve ser visto de forma integral, que visa não somente a cura, mais o bem estar, o saber acolher e o respeito ao cliente, pois é visível o quanto os portadores de feridas crônicas sofrem psicicamente, não só por sua imagem corporal, como também pela dor, incapacidade de realizar algumas atividades do dia a dia e emocionalmente. **Objetivo** Este estudo tem como objetivo caracterizar quais os aspectos são abordados pelos autores em pesquisas nacionais, quanto a qualidade de vida (QV) em portadores de ferida crônica, suas expectativas em relação ao tipo de ferida, duração da mesma, sua alta imagem e tratamento. **Metodologia** Será realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a qualidade de vida em portadores de ferida crônica. Este tipo de estudo é um método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), tendo então como propósito, fomentar a utilização de resultados de pesquisa na prática do cotidiano da enfermagem com o objetivo de buscar o conhecimento científico para promover o cuidado, promoção e prevenção da saúde. Desta forma a revisão integrativa, permite a investigação, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema apresentado. Este trabalho é parte de um projeto mãe intitulado Estudo dos aspectos relacionados ao cuidado de feridas crônicas que foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, CAAE: 04194712.8.0000.5415 de acordo com a resolução 196/96 que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados esperados** Espera-se com a revisão integrativa da literatura fornecer subsídios para resultados de pesquisa na prática da enfermagem, quanto a qualidade de vida de portadores de ferida crônica e apresentar os resultados no V CEBED.

**Palavras chave:** Qualidade de Vida. Doença Crônica. Cuidados de Enfermagem.

### Referências Bibliográficas

- 1- Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC, Rodrigues GRS. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. Rev. Gaúcha Enferm. [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2014 July 09] ; 34( 3 ): 163-170. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000300021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300021&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300021>.
- 2- Yamada BFA, Santos VLCCG. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2014 July 09] ; 43( spe ): 1105-1113. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500015>.
- 3- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira and GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.4 [cited 2014-07-18], pp. 758-764 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso). ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

1) Acadêmicas da 4ª Série do curso de Graduação em Enfermagem FAMERP. Email: betaniamendesm@gmail.com

2) Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMERP. \*Este estudo é parte de um projeto desenvolvido pelo Grupo de estudos de assistência em Enfermagem em feridas e cuidados com a pele do curso de Graduação em Enfermagem FAMERP.

## QUEIMADURAS EM CRIANÇAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA A PARTIR DA REVISÃO DOS ESTUDOS PUBLICADOS NO BRASIL.

Vanessa Gomes da Silva<sup>1</sup>  
Lucimere Maria dos Santos<sup>2</sup>  
Robélia Almeida<sup>3</sup>

**Introdução:** Como profissionais de saúde, buscamos constantemente resgatar a fundamentação teórica para embasar a assistência, porém na realidade esta ordem por diversas situações se inverte, da realidade empírica, pensamos ou somos provocados a aprofundar o referido conhecimento. Tal dinâmica foi precursora da investigação proposta por este trabalho, na qual um das autoras por vivenciar constantemente casos de queimaduras em um Hospital Municipal da cidade do Rio de Janeiro, em sua atuação como docente, vislumbrou a relevância em atualizar e aprofundar a temática que envolve os casos de queimaduras em crianças. As lesões por queimadura são usualmente atribuídas a fontes de calor externo, porém também podem resultar da exposição ao frio, substâncias químicas, eletricidade ou radiação<sup>1</sup>. Desta, forma estas lesões podem ser classificadas como: superficial, de espessura parcial, de espessura total e de espessura total que envolvem estruturas subjacentes como músculo, fáscia e osso. Como medidas de tratamento, propõe-se a estabilidade térmica, reposição hídrica, avaliação e alívio da dor, nutrição adequada, uso de antibióticos, prevenção de sepse, curativos e cobertura antimicrobiana tópica, sendo assim o objetivo do tratamento envolve: prevenção de infecção, remoção de tecido desvitalizado e fechamento da ferida<sup>1</sup>. **Objetivo:** Atualizar os conhecimentos teóricos e as práticas assistenciais do cuidado para as crianças vítimas de lesões por queimaduras, através da revisão dos estudos publicados. **Metodologia:** A investigação do tema esteve ancorada na pesquisa bibliográfica desenvolvida com base em material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos<sup>2</sup>. Com os seguintes descritores: criança, queimaduras e enfermagem, circunscritos no período de 2007 a 2011. Como fontes da pesquisa também foram utilizadas as bases de dados: SCIELO, BIREME e LILACS. O levantamento de dados foi realizado no período de Junho a Julho de 2014. **Questão norteadora:** De que maneira podemos atualizar os conhecimentos e articular a assistência de enfermagem em prol do tratamento das crianças vítimas de queimaduras? **Resultados:** Dos 67 artigos, 7 são publicações brasileiras e 60 internacionais. O critério de seleção correspondeu ao panorama brasileiro, desta forma, dos trabalhos selecionados, seis abordaram o cenário hospitalar e apenas um relacionado à atenção básica, ampliaram o conhecimento epidemiológico, destacaram a taxa elevada de internação, porém, baixa incidência de óbitos. Com isso, ambos apontaram para a necessidade de prevenção, orientação da população de modo geral e participação no cuidar. **Conclusão:** Cabe o destaque para o número reduzido de publicações brasileiras, o que nos provocou a recorrer ao aporte teórico<sup>1</sup>, onde pudemos aprofundar o conhecimento a respeito de sua conceituação, classificação e tratamento. Por sua vez, houve uma lacuna, pois os estudos publicados realizaram enfoque nos dados epidemiológicos e com isso, o avanço para o debate, reflexão da assistência e utilização de práticas inovadoras não esteve contemplado. Por fim, avançar a investigação nesta temática é urgente, com vistas a compreender o cenário internacional. **Referências:** (1) WONG, Donna. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento [et al] Rio de Janeiro, 8ª edição, Editora Elsevier, 2011.* (2) GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projeto de pesquisa. Editora Atlas, 4ª edição, 2002.*

---

<sup>1</sup> Mestre e Especialista em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduação em Enfermagem pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) em 2006. Atualmente é servidora no Instituto Nacional do Câncer (INCA) na categoria de enfermagem desde 2006 e Professora do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM) desde 2010. E-mail: vanessag\_2005@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Especialização em Terapia Intensiva e Graduação em Enfermagem Pela Universidade Augusto Motta (UNISUAM). Especialista em Enfermagem Oncológica Pela Universidade Gama Filho (UGF). Atua na categoria de enfermagem no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Ambulatório de Oncologia Clínica e Hematologia desde 2011 e Professora da Fundação Educacional Unificada Campograndense / Colégio de Aplicação Emanuel Leontsinis (FEUC/CAEL), desde 2009. lucimere\_santos@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atualmente servidora no Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: robelia\_rj@yahoo.com.br

## REALIZAÇÃO DE CURATIVOS: SUCESSO NO PROCEDIMENTO ATRAVÉZ DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

GRAZIELA SILVA DE PAULA  
MÔNICA MARIA DE LIMA

**INTRODUÇÃO:** A eficácia na realização de curativos se torna comprometida pela falta de preparo e atualização dos profissionais que executam esse procedimento. Tal fator gera morosidade no processo cicatricial resultando em desânimo e muitas vezes abandono do tratamento pelo portador da lesão. O profissional qualificado além de possuir conhecimento científico e destreza desenvolve papel fundamental na adesão do cliente ao tratamento, contribuindo para redução do tempo da enfermidade e aumento da auto estima, conseqüentemente melhor interação social.

**OBJETIVO:** Evidenciar a importância da qualificação profissional no tratamento de clientes com lesões.

**METODOLOGIA:** Foi desenvolvido treinamento teórico-prático por enfermeira Dermatoterapeuta entre os profissionais de enfermagem do município, utilizando técnicas baseadas em estudo científico com artigos extraídos de fontes como Scielo e Medline .

**RESULTADOS:** Resultados positivos evidenciando melhora das lesões, com redução de tempo de enfermidade, segurança e auto confiança do profissional, maior adesão do cliente ao tratamento.

**CONCLUSÃO:** O preparo profissional evidencia competência nas ações, proporciona confiança por parte do profissional e do cliente, adesão maior ao tratamento e sucesso efetivo no proposto que é a cicatrização.

SILVA, R.C.L da et al .Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ªed. - São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2011.

ALAGUTTI, W. ; KAKIHARA, C.T. Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem profissional. 2ªed. - São Paulo: Martinari, 2011.

grazielapaula2006@ig.com.br

## RELATO DE CASO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM FERIDA POR DEISCÊNCIA

Aderson Francisco de Oliveira\*  
Edina Fernandes da Rocha\*\*

**INTRODUÇÃO:** Este trabalho abordou os cuidados com feridas cirúrgicas que evoluem para deiscência. A deiscência é a separação das bordas total ou parcialmente de uma ferida que cicatriza por primeira intenção. A deiscência pode ocorrer por fatores locais ou sistêmicos; entre os fatores de risco associados estão: obesidade, Diabetes *Mellitus*, *tabagismo*, *cirurgia prévia e infecção*.

**OBJETIVO:** Demonstrar a importância e atualização do enfermeiro na identificação de cada fase da ferida e quais as intervenções devem acontecer para a cicatrização em tempo propício, a fim de diminuir os riscos de complicações e os custos advindos do tratamento prolongado.

### MATERIAIS E MÉTODOS:

**ESTUDO DE CASO:** D.C. G, 35 anos, pós-operatório de abdominoplastia, que evoluiu com infecção de parede abdominal, quadro de sepsis e deiscência de sutura devido ao processo infeccioso. A paciente foi internada na unidade de terapia intensiva, avaliada pelo Grupo de Curativo da instituição para a qual foi transferida, momento em que a ferida cirúrgica se apresentava com tecido desvitalizado e drenando exsudato purulento em grande quantidade. Foi realizado desbridamento cirúrgico instrumental e aplicada a terapia à vácuo na fase exsudativa. Posteriormente, o curativo com hidrofibra foi introduzido na terapia tópica, com trocas a cada três dias e mantido até a obtenção do fechamento completo da ferida.

### RESULTADOS:

A cicatrização da ferida ocorreu por completo, prevenindo complicações.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que o enfermeiro deve buscar novos conhecimentos de forma constante, utilizar novas tecnologias que proporcionam custo-efetividade e diminuição da morbimortalidade associadas às feridas crônicas e infectadas, propiciando atuação assertiva e segura, gerando resolutividade na instituição de saúde.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DEALEY, C. **Cuidando de Feridas – Um Guia para as enfermeiras**. 3° Ed., São Paulo, Atheneu, 2008.
2. PAES, LSS; Lima, ECMCA; Bonfim, FMTS; Barcelar JM. **Deiscência de ferida operatória por mediastinite: atuação sistematizada do enfermeiro**. Vol 6, Revista Estima, 2008.
3. GORGIA, PP. **Feridas, tratamento e cicatrização**. Rio De Janeiro, Editora Revinter, 2003.
4. POLETTI, N.A.A. **Cuidados de enfermagem a pacientes com feridas crônicas**. Riberão Preto, 2000.

\* Enfermeiro Especialista em Dermatologia – aderfranco@ig.com.br

\*\* Enfermeira Especialista em Dermatologia – ednarocha@grupocene.com.br



## RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE QUEIMADURA COM USO DE ESPUMA COM PRATA

1Claudia Maria Tetê da Silva; ; 2Carla Duque Batista; 3Luciana Mendes ; 4Naiara Rodrigues Nunes 5Lícia Marques Vidal; 6Roberta Azoubel

**Introdução:** é grande o número de pacientes que dão entrada vítimas de queimaduras em hospitais gerais. As lesões traumáticas por queimaduras constituem-se um desafio para os profissionais de enfermagem, não somente por envolver o cuidado direto à ferida, mas por englobar um contexto econômico-cultural-biopsicossocial. As queimaduras geralmente lesionam uma grande extensão do corpo o que predispõe a infecções e outras co-morbidades. A vítima está susceptível às sequelas que poderão resultar em perdas e prejuízos na sua readaptação social. É predominante o grupo de crianças, sendo este mais vulnerável às queimaduras. O uso de coberturas especiais contribui na otimização do tratamento trazendo benefícios não só ao paciente, como também às Instituições hospitalares. A motivação em desenvolver esse relato de experiência advém dos resultados positivos encontrados após o tratamento das vítimas de queimaduras realizado com a espuma absorvente com tecnologia SAFTEC impregnado com prata. A experiência a ser relatada tem sua relevância na possibilidade de divulgar um cuidado diferenciado à vítima de queimadura, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar. **Objetivo:** avaliar a eficácia do uso da espuma de poliuretano de silicone com prata em pacientes vítima de queimadura de 2º e 3º grau. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência com abordagem descritiva e avaliativa, realizado em um Hospital Geral no período de maio de 2013 a abril de 2014. A experiência envolveu onze pacientes com queimadura de 2º e 3º grau, internados na Clínica Cirúrgica e Pediatria, sendo causada, na sua maioria, com líquido quente, e chama direta. Foi feito acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de queimadura e uso de espuma com prata através de registro fotográfico e em prontuário do internamento até a alta. Os pacientes autorizaram esse relato, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução n.º 196/96, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** observou-se que houve um rápido processo de cicatrização desde a primeira troca (com 05 dias). A evolução do tratamento é visível a partir a observação do surgimento de tecido granulação, selamento de bordas, diminuição de edema, manutenção do meio úmido, absorção do exsudato. Notou-se diminuição do tempo de internamento da vítima de queimadura, redução dos custos hospitalares, especialmente, com insumos e medicamentos, ainda a taxa de ocupação, risco de infecção hospitalar, e aumento da rotatividade de leitos. **Conclusão:** a experiência possibilitou concluir que o uso das coberturas especiais traz vários benefícios à recuperação do paciente vítima de queimadura, pois diminui o número de troca, e conseqüentemente a manipulação da ferida, reduzindo o risco de infecção, a dor e o custo do tratamento. Além disso, favorece uma diminuição considerável do tempo de permanência do paciente no internamento comparado ao uso de outros produtos.

### REFERÊNCIAS:

- 1 BRASIL. **Resolução Nº 196.** Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- 2 CARVALHO, E. S. DE S.. Como cuidar de pessoas com Feridas: Desafios para a Prática Multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.
- 3 SANTANA V.C; FEROLLA, E.C; MONTEIRO E.A. **Cobertura de espuma de poliuretano associada à silicone suave e prata no tratamento de ulcera isquêmica:** um estudo clínico.
- 4 SILVA, A. C. B. da; PIZOL, A. D. Queimaduras. In: PRAZERES, S. J. (Org). **Tratamento de feridas: teoria e prática.** Porto Alegre: Moriá, 2009.
- 5 OLIVEIRA, T. S; MOREIRA, K. F. A; GONÇALVES, T. A. **Assistência de enfermagem com pacientes queimados.** Revista Brasileira de Queimaduras. v. 11, n. 1, p. 31-37, 2012. Disponível em: [http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=97](http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=97), acesso em: 10/08/2014.

---

1 Enfermeira Especialista membro da Comissão de Prevenção e Tratamento ao Portador de Feridas do Hospital Geral Prado Valadares; [cade.tete@gmail.com](mailto:cade.tete@gmail.com);

2 Enfermeira mestrande do Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, consultora técnica da empresa Polycare;

3 Enfermeira mestrande do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, supervisora técnica da empresa Polycare;

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PACIENTES PORTADORES DE ULCERAS VENOSAS, APESAR DAS TECNOLOGIAS.

Cilane Cristina Costa Silva Vasconcelos<sup>1</sup>; Priscila Borghi Ribeiro do Nascimento<sup>2</sup>; Jussara de Paiva Nunes<sup>3</sup>; Lenigia Maria Alencar<sup>4</sup>; Alba Paula Mendonça Lima<sup>5</sup>; Bheatriz Gondim Lambert Moreira<sup>6</sup>.

**Introdução:** As feridas crônicas em geral não são usualmente consideradas problemas emergente de saúde pública; no entanto, as feridas crônicas de perna configuram-se como condição clínica de ocorrência comum na população geral e de grande importância na atenção primária, caracterizada por alta morbidade e elevado consumo de recursos técnicos e materiais de saúde, necessitando da continuidade do tratamento e do acompanhamento das especialidades médicas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é, apresentar as principais dificuldades dos pacientes atendidos em um ambulatório de feridas localizado em Natal – RN. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência através da ficha de avaliação individual com a evolução da ferida nos anos de 2010 a 2014, com pacientes recidivos e sem conclusão do tratamento, juntamente com a entrevista gravada com os mesmo, com a seguinte questão: 'Quais as principais dificuldades enfrentadas durante o período do seu tratamento?'. **Resultados:** Observamos que, os pacientes acompanhados pela unidade, apresentam muitas dificuldades para conseguir a cura de suas lesões, pois apesar dos recursos e produtos de alta tecnologia disponíveis na unidade (alginatos, hidrogéis, espumas com prata, hidrofibra e bota de unna), falta o acompanhamento do controle da doença pelo vascular, endocrinologista quando são diabéticos, medicações de controle, uso de meias de compressão para aqueles que fecham as lesões. Sem contar que os ambulatórios de feridas são entregues aos técnicos de enfermagem, sem capacitação técnica e avaliação do enfermeiro. **Conclusão:** A falta da continuidade do tratamento mostram que, especialidade médicas, de enfermagem e as novas tecnologias (produtos), sendo utilizados de forma individual, não conseguem o sucesso da cura das lesões. Agravando essas situações as UBS/ESF próximo as residências dos pacientes não funcionam adequadamente, forçando os mesmos a se deslocarem para serviços distantes de suas residências. <sup>1</sup>Enfermeira Assistencial SMS/SESAP/RN. Especialista em enfermagem do Trabalho. Email: cccsv@hotmail.com. <sup>2</sup>Graduanda do 10º semestre do curso de enfermagem da UNIFACEX NATAL/RN. <sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Enfermeira Assistencial SMS 4 Enfermeira Assistencial SMS/RN 5 Enfermeira Assistencial/ Tecnocenter/NATAL-RN 6 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFRN.

### Referências

1. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício MEC. Representações da ferida: entre a dor, o sofrimento, o heroísmo e o prazer. In: Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza; 2012.p 23-3
2. Hinds OS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. Qual Health Res. Newbury Park; 1992. 2(1): 61-74.
3. Thernstrom M. As crônicas da dor: tratamentos, mistérios, testemunhos e a ciência do sofrimento. Rio de Janeiro: Objetiva; 2011. P 91-2 supervisora técnica da empresa Polycare;

1 Enfermeira Assistencial SMS/SESAP/RN. Especialista em enfermagem do Trabalho. Email: cccsv@hotmail.com.

2 Graduanda do 10º semestre do curso de enfermagem da UNIFACEX NATAL/RN.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Enfermeira Assistencial SMS

4 Enfermeira Assistencial SMS/RN

5 Enfermeira Assistencial/ Tecnocenter/NATAL-RN

6 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFRN.

## Relato de experiência: construção de um protocolo de prevenção de UP em um programa de atendimento domiciliar de uma Prefeitura no Interior de SP

Roseli Aparecida de Lima 1 Paloma Lemos Santos 2 Gislaine Gebra Rizk 3

**Introdução:** A úlcera por pressão (UP) ainda é considerada um problema grave, especialmente em pessoas idosas e clientes portadores de doenças crônico-degenerativas 1. A úlcera por pressão são feridas crônicas, oriundas de áreas submetidas a constante processo isquêmico e, conseqüentemente, morte tecidual, cuja presença nos pacientes se constitui em parâmetro para a avaliação da assistência<sup>2</sup>. Todo o paciente confinado ao leito por períodos prolongados, com disfunção motora e sensitiva, dentre outras alterações, estão propensos a desenvolver UP. Diversos são os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de úlceras por pressão 4. Estes são todos que predis põem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, e que reduzem a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica 4. Sua incidência nos pacientes em atendimento domiciliar é relevante e exige medidas para prevenir este agravo e melhorar a qualidade da assistência prestada. Estratégias de prevenção em paciente de risco se fazem necessárias para melhorar o conforto do paciente e a qualidade da assistência a ele oferecida.

**Objetivo:** Descrever a experiência de enfermeiras de um programa de atendimento domiciliar de um município no interior do estado de São Paulo na construção de um protocolo de Prevenção de úlceras por pressão.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. A trajetória metodológica seguiu três etapas: levantamento bibliográfico; escrita do protocolo; validação do conteúdo pela equipe da. Para elaboração foi realizado um levantamento bibliográfico referente ao tema utilizando os seguintes descritores de saúde: úlceras por pressão, prevenção de úlceras por pressão, medidas preventivas de úlceras por pressão. Para avaliação do risco de desenvolvimento de UP foi utilizado a Escala de Braden. Os pacientes, de acordo com o protocolo, deveriam ser avaliados por esta escala. Após a leitura dos artigos foram identificadas as principais medidas preventivas adequadas a pacientes em atendimento domiciliar e agrupadas segundo o risco de desenvolvimento de UP. De acordo com o risco identificado, medidas preventivas adequadas a cada perfil de pacientes deveriam ser adotadas. Definiu-se que em pacientes que apresentavam 1- Enfermeira Estomaterapeuta. Subsecretária de Saúde. 2- Enfermeira Consultora Técnica Neve/Molnlycke 3- Enfermeira do Programa de Atendimento Domiciliar risco elevado e muito elevado de desenvolver úlceras por pressão, associado às medidas preventivas que deveriam ser utilizadas em todos os pacientes, deveria ser utilizado cobertura multicamadas com silicone suave na região sacral (mepilex border sacrum) e espuma com camada de silicone suave com formato adequado para os calcâneos (mepilex heel). Na próxima etapa foram realizadas duas reuniões com a equipe do programa para validação do conteúdo segundo aplicabilidade prática.

**Resultados:** A experiência de construção deste protocolo foi de fundamental importância para identificação, estabelecimento e padronização das medidas preventivas que devem ser adotadas em um serviço de atendimento domiciliar. A escolha de coberturas para prevenção foi fundamentada na literatura e na experiência com o produto que se mostrou eficaz e eficiente para o objetivo proposto.

**Considerações Finais:** Com a implementação do protocolo objetiva-se a redução da incidência de UP nos pacientes em acompanhamento pelo programa de atendimento domiciliar. Isso possibilitará redução de custos, melhora do bem estar dos pacientes, melhora da qualidade da assistência prestada e uma reorganização da mesma.

### Referências Bibliográficas:

1. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Revista da Escola de Enfermagem USP 2009; 43 (1): 223-8.
2. Santos VCG, Caliri MH. Tradução Copyright 2007: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Publicado na Revista Estima. Vol 5 (3)jul/ago/set 2007. Disponível internet <<http://www.sobest.com.br/>>.
3. Fernandes LM, Caliri, MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa de literatura. Rev. Paul. Enfermagem. v.19, n. 2, p.25-31, 2000.
4. Wada A, Teixeira N, Ferreira MC. Úlceras por pressão. Rev Med (São Paulo). 2010 jul.- dez.;89(3/4):170-7.

1- Enfermeira Estomaterapeuta. Subsecretária de Saúde.  
2- Enfermeira Consultora Técnica Neve/Molnlycke  
3- Enfermeira do Programa de Atendimento Domiciliar

# RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

Danielly dos Anjos Freschi<sup>1</sup> Fernanda Marchiori Moraes<sup>2</sup> Giovana Ribau Pícolo Peres<sup>3</sup>

**Introdução:** A manutenção da integridade cutânea é uma das preocupações dos profissionais de enfermagem. Isso porque, o extrato córneo – camada superficial da pele – confere uma barreira protetora, evitando lesões cutâneas decorrentes de possíveis fatores extrínsecos. Ao se considerar uma série de fatores ambientais que se relacionam com a idade e afetam a eficiência da barreira de hidratação da pele, tem-se aumento do risco de dermatite associada à incontinência (DAI) relacionada ao envelhecimento e, como concomitantemente, há maior risco de incontinência urinária e fecal nessa faixa etária. A ocorrência envolve perineo, grandes lábios, virilha, glúteos e escroto decorrente da exposição à urina e nas regiões perianal e prega Inter glútea decorrente de exposição às fezes. Mediante ao exposto, considera-se de suma importância que o enfermeiro esteja instrumentalizado para o cuidado de qualidade, para isso, é necessário existir profissionais envolvidos e qualificados que orientem a prevenção e o tratamento por meio de protocolos institucionais competentes e seguros, considerando que a padronização dos produtos é fator decisivo na eficácia e na redução dos custos. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e tratamento de DAI, em uma rede de hospitais particular de grande porte da cidade de São Paulo. **Método:** O Protocolo foi elaborado a partir do Consenso de DAÍ e através da escolha e padronização de materiais específicos para prevenção e tratamento de DAÍ. Foi instituído para todos os pacientes com incontinência o uso do creme barreira em todas as trocas, para pacientes incontinentes que evoluíram com hiperemia foi adicionado após o banho película protetora sem ardor em lenços de espuma e após e em todas as outras trocas creme barreira, quando havia desnudação mantivemos a película protetora sem ardor em lenços de espuma após o banho e em todas as trocas a utilização de creme a base de vitamina B5 associada ao hidrocolóide pó. Sempre reavaliando a cada 72h. Depois de elaborado e aprovado, foi realizado treinamento da equipe de Enfermagem do hospital, a fim de capacitar toda a equipe a aplicar o protocolo. **Resultados:** Após a capacitação das equipes, foi possível observar uma redução das ocorrências de DAI e também de suas complicações. **Conclusão:** A implantação do Protocolo juntamente com o treinamento de toda a equipe de enfermagem resultou em uma maior conscientização da importância da vigilância sobre a integridade da pele do paciente e conseqüentemente a um cuidado de melhor qualidade. Estas intervenções somadas levaram a uma queda significativa na incidência de DAI na Instituição e maior envolvimento dos membros da equipe de Enfermagem nas ações de Preventivas. Considerações finais: Ainda há a necessidade de maiores estudos sobre a prevalência das dermatites em ambiente hospitalar, mas as evidências diárias demonstram que com boas práticas de assistência é possível prevenir a integridade da pele.

**Palavras chave:** Dermatite , incontinência urinária, incontinência fecal

## Referências :

Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Emer Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Dermatite Associada a Incontinência – Um consenso sobre o tema. J wound Ostomy Continence Nurs. 2007; 34(1):45-54.

BLACK, JOYCE M et al. MASD Part 2: Incontinence-Associated Dermatitis and Intertriginous Dermatitis - A Consensus. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011;38(4):359-370.

Denat Y, Khorshid L. The effect of 2 different care products on incontinence-associated dermatitis in patients with fecal incontinence. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011; 38(2):171-6.

<sup>1</sup>Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital São Camilo- Pompéia, Pós-graduada em Estomaterapia e Enfermagem em Dermatologia e mail: anjosdanny@ig.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital São Camilo- Santana, Pós graduada em Estomaterapia

<sup>3</sup>Enfermeira Estomaterapeuta do Hospital São Camilo- Ipiranga, Pós-graduada em Estomaterapia

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ÚLCERAS POR PRESSÃO DECORRENTES DA GANGRENA DE FOURNIER

Alexandre Ernesto Silva\*, Vivianny Christine Marques Silva\*\*, Aryanne Gabrielly Policarpo\*\*, Mariana Rodrigues da Silva\*\*, Mayra Cristina Tavares\*\*, Sabrina de Cassia Chagas\*\*.

\* Professor da Universidade Federal de São João del-Rei. Orientador. E-mail: alexandresilva@ufsj.edu.br

\*\* Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste, Divinópolis, MG, Brasil. E-mail: viviannycms@hotmail.com.

**INTRODUÇÃO:** O estudo clínico vem da experiência vivida pelas acadêmicas do 4º Período de Enfermagem durante o estágio supervisionado. Durante esse estágio eram realizadas várias visitas domiciliares, onde foram feitas consultas e procedimento de enfermagem. Em uma destas visitas as discentes se depararam com um caso de Síndrome de Fournier. A Síndrome denominada Fournier, é uma doença polimicrobiana, necrotizante, que envolve a fáscia superficial e frequentemente a fáscia profunda da região genital e perineal, com rápido prospecto evolutivo, podendo causar mutilações graves, o que torna o índice de mortalidade muito elevado. (TOLEDO et al, 2012). No relato em questão, o que desencadeou a Síndrome de Fournier foi uma cirurgia de apendicectomia, a qual foi à porta de entrada para se desenvolver tal patologia. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de um grupo de discentes da graduação, no campo de prática do estágio em uma unidade de saúde envolvidos na realização de curativos à um usuário portador de gangrena de Fournier. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência relacionado à prática de tratamento de lesões cutâneas realizadas por um professor e discentes do curso de Enfermagem de uma Universidade Federal do Centro Oeste de Minas Gerais. **RESULTADOS:** Na avaliação inicial, nossa paciente encontrava-se com feridas referentes à Síndrome de Fournier nas regiões umbilical e perineal e úlceras por pressão no calcâneo e hálux, ambos no pé esquerdo. Os cuidados realizados com as feridas referentes à Síndrome foram irrigação exaustiva com solução fisiológica 0,9%, cobertura com colagenase onde encontrava esfacelos e hidrogel no tecido de epitelização. Nas feridas por pressão ambas com tecido necrótico, foi realizado um desbridamento autolítico com hidrogel, a filha foi orientada aos cuidados com essas feridas a fim de mantê-las sempre com a cobertura para facilitar um futuro desbridamento mecânico. Após sete dias, o tecido se encontrava amolecido e foi realizado o desbridamento mecânico com um bisturi, e a retirada total do tecido desvitalizado. Após a retirada do tecido necrótico, foi utilizado placas de hidrocolóide para retirar o esfacelo presente. Foi realizada uma orientação para a filha quanto a troca da cobertura secundária de gaze e faixa sempre que notar saturação da cobertura. Após sete dias, foram reavaliadas as feridas onde foi notada a ausência total de esfacelo, e presença de tecido de granulação. Realizado então o curativo com SF 0,9%, e cobertura com hidrogel, gazes e ataduras. A ferida sacral tinha presença de tecido de granulação e pouco esfacelo, o curativo foi realizado com SF 0,9%, hidrogel no tecido de granulação e colagenase nos pontos com esfacelo, a oclusão foi realizada com gazes e micropore. **CONCLUSÃO:** A importância de estudarmos além do que é ensinado na academia, uma vez que o aprendizado que tivemos sobre a síndrome de Fournier, não é citado na mesma; aprendemos como o Processo de Enfermagem é fundamental no cuidado ao paciente, cabendo a nós enfermeiros todo o planejamento na busca de uma melhoria na qualidade de vida desse paciente; a relevância da prática em campo para uma formação diferenciada.

**Descritores:** Gangrena de Fournier, Úlcera por Pressão, Estudo Clínico

### Referências Bibliográficas:

· TOLEDO, Souza Alexandre; Silva Oliveira, Marcia; Saldanha, Rosana Regina; Delfino Sousa, Gutemberg. **A ATUAÇÃO DO BIOMÉDICO NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE FOURNIER.** Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 16, nº. 4, 2012, pp. 171-182. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26029236013.pdf>. Acesso 02 mai. 2014.

## RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO IMPETIGO NA INFÂNCIA PELO ENFERMEIRO

Ayanne Karoline da Silva Chagas<sup>1</sup>, Maria Amelia de Souza<sup>2</sup>, Millena Carla da Silva Mesquita<sup>3</sup>, Kennya Cristina Mendes Cocentino de Medeiros<sup>3</sup>.

**Introdução:** O impetigo é a infecção cutânea bacteriana mais frequente da infância, acomete crianças, em idade pré-escolar e escolar, convivendo em situações de aglomeração e déficit de higiene. Também afeta crianças predispostas como, por exemplo, eczema atópico. O impetigo pode apresentar-se sob a forma não bolhosa e bolhosa. O impetigo não bolhoso é a forma mais comum, com incidência de 70% dos casos, com maior incidência dos 2 aos 5 anos, pode ser causado pelo *S. aureus* e *Streptococcus pyogenes*, o quadro geralmente inicia-se com pequenas pápulas vermelhas, semelhantes a picadas de mosquito, que, entretanto, evoluem rapidamente para pequenas pústulas que estouram e formam leões crostosas com coloração dourada. Este processo costuma durar uma semana e as lesões atacam preferencialmente a face e/ou o crânio, mas também podem surgir nos membros. Já o impetigo bolhoso ocorre em qualquer idade, mas principalmente em recém-nascidos e lactentes, causado pela bactéria *S. aureus*, é caracterizado pelas vesículas que aumentam e acumulam um conteúdo amarelado, com cerca de 1 a 3 dias as vesículas se rompem deixando uma crosta amarelo-avermelhada, acomete os membros, pode surgir nas nádegas e no tronco mas não costuma acometer a face. Dessa forma, surge à importância das condutas diagnósticas pelo enfermeiro para um bom prognóstico do impetigo na infância. **Objetivo:** Identificar na literatura que o diagnóstico preciso na fase inicial possibilita a terapêutica específica. **Método:** Trata-se de revisão da literatura utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, por meio dos descritores controlados: impetigo e infância. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados no período de 2010 a 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados 4 artigos. **Resultados:** Nas unidades de saúde é comum encontrar crianças com infecções cutâneas, sendo necessária a intervenção da enfermagem para um diagnóstico precoce e início do tratamento o mais rápido já que a contaminação desta infecção se faz pelo contato direto de pele a pele, mas também podem ocorrer através de roupas, brinquedos e alguns pacientes, após se contaminarem podem armazenar na cavidade nasal as bactérias, tornando a eliminação definitiva difícil, permanecendo, assim, colonizados por muito tempo. Mesmo que a bactéria seja eliminada da pele, basta manipularmos o nariz com as mãos para nos contaminarmos novamente. O tratamento é realizado com agentes tópicos e, em casos com lesões extensas, são utilizados antibióticos sistêmicos. Além do tratamento farmacológico deve-se ficar em alerta para os fatores de risco que são as aglomerações, higiene precária, traumas na pele e também doenças dermatológicas que servem como portas de entrada, sendo o maior exemplo a dermatite atópica. **Conclusão:** Espera-se que este estudo sirva de orientação para o profissional de enfermagem no que concerne a doença.

### Referências:

- 1- AGOSTINHO, K. M.; CAVALCANTE, K. M. H.; CAVALCANTI, P. P.; PEREIRA, D. L. **Doenças dermatológicas frequentes em unidade básica de saúde.** *Cogitare Enferm. Out/Dez; 18(4): 715-21. 2013.*
- 2- EMPINOTTI, J. C.; UYEDA, H.; RUARO, R. T. **Piodermites Anais Brasileiros de Dermatologia** vol.87 no. 2 Rio de Janeiro março / abril 2012 .
- 3- PEREIRA, L. P. **Impetigo - revisão Anais Brasileiros de Dermatologia** vol.89 no. 2 Rio de Janeiro março / abril 2014.
- 4- TONOLLI, V. M.; OCANHA, J. P.; STOLF, H. O. **Impetigo bolhoso disseminado Revista diagnóstico e tratamento.** v: 19; e: 3 ; p:125-8. 2014.

---

1 Relatora. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. E-mail: ayannekaroline@hotmail.com

2 Doutora em Enfermagem. Professora do Núcleo de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

3 Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

# REPERCUSSÕES DO ACOMETIMENTO CUTÂNEO NA VIDA DAS PESSOAS: SOCIPOETIZANDO A AUTOIMAGEM E A AUTOESTIMA

Iraci dos SantosI; Patrícia Britto Ribeiro de JesusII; Euzeli da Silva BrandãoIII; Elias Barbosa Oliveira IV; Alexandre Vicente da SilvaV1

## RESUMO:

Tratar sobre dimensões vivenciais que envolvem o adoecimento cutâneo é indispensável em uma sociedade onde as pessoas vivem sujeitas às pressões quanto à: modelos socioculturais, preocupações com crenças e valores e imposições estéticas, podendo assim sofrer distorções em sua autoimagem corporal e autoestima. Refletindo sobre a teoria de adaptação de Roy quanto à singularidade do ser humano para reagir, aprender e se adaptar na sua convivência no mundo, consigo e com os outros, indaga-se: quais são as repercussões do acometimento cutâneo na vida das pessoas? Assim, formulou-se o objeto de estudo - Repercussões do acometimento de afecções cutâneas na vida das pessoas. Teve-se como objetivos propor uma perspectiva de cuidar em enfermagem compatível com as necessidades humanas de pessoas com alteração de autoimagem e autoestima devido a afecções dermatológicas; identificar as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com afecções dermatológicas; analisar a dimensão imaginativa de pessoas referente à sua convivência com afecções dermatológicas, destacando seus sentimentos quanto à autoimagem e à autoestima. Escolheu-se como referencial teórico metodológico a sociopoética e a técnica da narrativa da lenda da beleza. O Grupo-Pesquisador, (GP) dispositivo analítico da sociopoética foi composto por 18 clientes da Enfermaria de Dermatologia de um Hospital na cidade do Rio de Janeiro, que desenvolveram as fases do método sociopoético no período de maio a agosto de 2013. Foram delimitados 16 temas que originaram as subcategorias temáticas - A beleza está nos olhos de quem vê; Desmitificando os padrões massacrantes da sociedade quanto à beleza; e Reconhecendo os seus valores e percebendo a beleza da vida. Estas compõem a categoria analítica - A beleza existente no ser humano amado: estudo filosófico. No estudo filosófico, destacam-se as categorias: comprometimento da autoimagem frente às repercussões da afecção dermatológica e a beleza existente no ser humano amado. Os resultados permitiram responder a questão inicialmente formulada e alcançar os objetivos propostos. Conclui-se que, a sociopoética como uma construção coletiva revelou-se, nesta pesquisa, como uma importante ferramenta tanto no cuidar/educar/pesquisar em enfermagem como na abordagem humanista aos clientes com afecções dermatológicas. Sendo assim, ao analisar a dimensão imaginativa referente à convivência das pessoas com a enfermidade citada, esta dissertação contribuiu para uma ampliação da perspectiva da imagem e estima das mesmas, na tentativa de possibilitar o desenvolvimento do cuidado de enfermagem cada vez mais próximo ao cliente por meio da interação e do diálogo.

**Palavras-chave:** Enfermagem; afecções dermatológicas; autoimagem; autoestima.

## REFERÊNCIAS

- 1.Santos I dos, Brandão ES, Clos AC. Enfermagem dermatológica: competências e tecnologia da escuta sensível para atuar nos cuidados com a pele. Rev enferm UERJ. 2009; 17: 124-9.
2. SANTOS, I. dos. Sociopoética: uma ponte para o cuidar / pesquisar em enfermagem. Index Enferm., Granada, v. 50, 2005. Disponível: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/p5233.php>>. Acesso em: 23 jul. 2013.
- 3.Santos I dos, Caldas CP, Gauthier J, Erdmann AL, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: um desafio no domínio da enfermagem. Rev enferm UERJ [online]. 2012; 20: 4-9.
4. PHILLIPS, K. D. Modelo de adaptación. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, M. A. Modelos y teorías de enfermería. 7. ed. España: Elsevier, 2011. p. 335-357.
5. TAHAN, M. Minha vida querida: os segredos da alma feminina nas lendas do oriente. Rio de Janeiro: Conquista, 1997. de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

1 IEnfermeira. Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atuante no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado) e no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: iraci.s@terra.com.br

IIEnfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Campus Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: patty\_brj@hotmail.com

IIIEnfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado e Doutorado) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Diretora da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - Regional Rio de Janeiro. Professora Assistente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: euzelibrandão@gmail.com.br

IVEnfermeiro. Pós Doutor em Álcool e Drogas. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto de Pós-Graduação (Mestrado) e Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: eliasbo@oi.com.br

VENfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: alexvicentesilva@uol.com.br

## REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VITILIGO

Dieigue Andrade Vieira  
Aglaya Barros Coelho

O vitiligo é uma doença manifestada por áreas despigmentadas no corpo decorrente da diminuição ou ausência da produção de melanina, o que a torna uma enfermidade desfigurante. Por isso, tornou-se instigante a necessidade de conhecer as representações sociais do portador desta doença. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na teoria das Representações sociais, para compreender o que representa socialmente ao indivíduo portar esta enfermidade. Foram efetuadas entrevistas gravadas, utilizando questão indireta, aberta e em profundidade, sendo a coleta interrompida com a saturação dos dados (CEP: 0.213.000-06). Após transcrição, as entrevistas foram analisadas segundo a base teórica da Análise Estrutural de Narração e referencial teórico das Representações Sociais. Os resultados mostram o impacto provocado pela doença, interferindo significativamente na vida do indivíduo. O vitiligo é representado pelo autopreconceito, dor emocional causado pela aparência desfigurante, curiosidade e preconceito das pessoas, assim como prejuízos biopsicossociais, principalmente dentro do núcleo familiar. O Vitiligo impede que o indivíduo se sinta integrante da sociedade e sua autoestima está diretamente relacionada ao tratamento, à medida que os resultados são positivos quanto a repigmentação da pele. Desta maneira, a postura do doente frente às relações sociais está ligada às representações que o portador tem da doença. Os resultados apontam para sentimentos e percepção do indivíduo sobre a doença, sendo possível reconstruir o significado e a atitude do portador do vitiligo. No entanto é sabido que a necessidade de criar políticas públicas de atenção a estas pessoas tem se configurado como de fundamental importância para a sua reinserção na sociedade.

### Referencias Bibliográficas:

BELLETT, Janes S.; PROSE, Neil S. Vitiligo em crianças: uma revisão de classificação, hipóteses sobre patogênese e tratamento. **Revista Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n.6, Nov/dez. 2005.

DELGADO, Josefa Aida. Que é o "Ser família?" **Texto Contexto- Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.spe, 2005.

GONZÁLEZ, Vivian Lopes. Determinantes psicossociales em La aparición y curso Del vitiligo. **Revista Cubana Med. Gen. Integr.**, V16, n.2, p. 171-176, mar-abr. 2000.

Email: dieigue@yahoo.com.br



# REPRESENTAÇÕES DE ODORES E SECREÇÕES PROVENIENTES DE FERIDAS CRÔNICAS E REPERCUSSÕES NA SEXUALIDADE DA MULHER

Luana Santana Brito<sup>1</sup>, Aline Brandão Santana<sup>2</sup> e Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

As feridas crônicas causam condições desconfortantes no indivíduo lesionado, como os odores fétidos e secreções, causando em quem vivencia sentimentos negativos. As mulheres adoecidas exploram alternativas para minimizar tais desconfortos, como o isolamento social, usar vestes longas para esconder a ferida e o rompimento da sexualidade. Buscando explorar as implicações da ferida crônica na sexualidade, elegeu-se como questão norteadora deste estudo: “Como as representações de odores e secreções provenientes de feridas crônicas repercutem sobre a sexualidade da mulher?”.

## METODOLOGIA

Realizou-se este estudo no sentido de analisar as representações de odores e secreções provenientes de feridas crônicas e suas repercussões na sexualidade de mulheres. O estudo foi desenvolvido no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso do município de Feira de Santana-BA, visando sempre manter o anonimato e privacidade das participantes. Os dados empíricos foram obtidos através de entrevista narrativa e o tratamento de dados foi realizado através da análise de conteúdo temática.

## RESULTADO

Através do estudo foi evidenciado que o odor exalado da ferida promove na mulher a vergonha do próprio corpo ferido, levando-a excluir-se do convívio das pessoas: “Mudou que eu tinha vergonha até de sair, de estar no meio de gente de pessoas, que eu me sentia assim a pessoa que tem aquele mau cheiro incomodante.” (E. 2). A vergonha é decorrente também do odor exalado da lesão que possa vir a incomodar os demais, fazendo com que as mulheres rompam vínculos afetivos e se tornem reclusas nos seus próprios lares, como é revelado na seguinte fala: “Deixei de sair várias vezes por causa do odor, até eu mesmo não aguentava, imagine está no meio das pessoas.” (E.2)

As mulheres com feridas crônicas revelam que acreditam que a sexualidade prejudica no processo de cicatrização, impossibilitando o desenvolvimento de atividades sexuais, e que tentam esconder a lesão por sentirem vergonha do próprio corpo, como é evidenciado através da seguinte relato: “*Depois que me separei, já vai fazer 19 anos eu não tive mais ninguém porque eu tenho vergonha*”. (E.5)

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que a presença de odores e secreções causa impactos negativos na vida das mulheres, como isolamento social, alteração na autoimagem e no comportamento sexual. Nesse sentido, a Enfermagem deve atentar para estratégias a fim de minimizar odores e secreções da ferida. Estes resultados indicam também a necessidade de novas investigações entre mulheres com feridas crônicas no sentido de construir evidências para a tomada de decisões dos enfermeiros no planejamento do cuidado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004. 223 p.

CARVALHO, E. S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia.

1. Bolsista de Iniciação Científica FAPESB/CNPq, Graduanda em Enfermagem em Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: luanasbrito@hotmail.com

2. Bolsista de Iniciação Científica FAPESB/CNPq, Graduada em Enfermagem em Universidade Estadual de Feira de Santana.

3. Orientadora, Professora Doutora, Autora do Projeto Corpo e sexualidade de mulheres cronicamente feridas: Imagens e representações sociais, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana.

## RESGATE HISTÓRICO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DERMATOSSES IMUNOBOLHOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Euzeli da Silva Brandão<sup>1</sup>  
Iraci dos Santos<sup>2</sup>

**Introdução:** As dermatoses imunobolhosas são doenças caracterizadas pelo surgimento de lesões bolhosas e ou vesículas na pele e ou mucosas<sup>1,2</sup>. O cuidado de enfermagem ao cliente com dermatoses imunobolhosas é extremamente complexo, tendo em vista as características das lesões apresentadas por esta clientela e riscos a que ficam vulneráveis principalmente no ambiente hospitalar, necessitando de conhecimentos específicos, especializados e indispensáveis para sua recuperação. **Objetivos:** Identificar os cuidados de enfermagem recomendados aos clientes com dermatoses imunobolhosas. **Métodos:** Foram realizadas duas revisões integrativas de literatura, na primeira foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: publicações em língua portuguesa e/ou inglesa no período de 1955 a 2009 nas bases de dados Scientific Electronic Library Online; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Base de Dados de Enfermagem e United States National Library of Medicine, utilizando os descritores: enfermagem e pênfigo, nursing and pemphigus. Para realização da segunda revisão, além das bases já citadas acrescentou-se as bases EBSCOhost Research Databases Online, SciVerse e Wolters Kluwer Health – OVID, utilizando-se os descritores nursing care and pemphigus na busca por artigos disponíveis online publicados no período de 2006 a 2009 em inglês, português e espanhol. **Resultados:** Na primeira revisão, das 31 publicações encontradas, apenas seis atenderam aos critérios de inclusão, todos publicados no PUBMED, quatro deles publicados há mais de 30 anos, sendo um deles de 1955, apenas dois publicados em 2006 e 2007, sendo cinco revisões de literatura e um estudo de caso. Cinco apresentavam-se na língua inglesa e apenas um em português, tendo como autora uma professora da Universidade de São Paulo. Três abordavam especificamente o pênfigo e três não especificavam o tipo de dermatose imunobolhosa. Três publicações com autoria de enfermeiros, um de estudante de enfermagem e os dois mais recentes de médicos dermatologistas<sup>4</sup>. Durante a segunda revisão, dos 129 artigos encontrados, apenas quatro foram selecionados, sendo duas revisões de literatura e dois estudos de caso, todos publicados em inglês. Apesar de publicados em revistas de enfermagem, houve predominância de médicos como autores ou co-autores. Diante dos resultados, constata-se ausência de estudos quantitativos e predomínio de revisões de literatura e estudos de caso, caracterizando níveis de evidência quatro e cinco<sup>5</sup>. Excetuando a publicação de autoria brasileira publicada em 1955, observou-se que os artigos abordavam aspectos relacionados a fisiopatologia, características clínicas e tratamento medicamentoso sem privilegiar os cuidados de enfermagem, normalmente citados em poucas linhas ao final dos artigos. **Conclusão:** Apesar da importância do cuidado de enfermagem para promoção do conforto e prevenção de agravos ao cliente com dermatoses imunobolhosas, verifica-se a escassez de artigos relacionados ao tema. Torna-se imperativo a qualificação profissional do enfermeiro para transcender no seu cotidiano o cumprimento das prescrições de outros profissionais. Como consequência, observa-se a necessidade de realizar pesquisas que apresentem evidências significativas para oferecer um cuidado digno a essa clientela.

1. Hanauer L, Azulay-Abulafia L, Azulay RD, Azulay DR, Azulay RD. Doenças vesicobolhosas In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2013. p. 145-61.

2. Cunha PR, Barraviera SR. [Autoimmune bullous dermatoses]. An Bras Dermatologia [Internet]. 2009 [cited 2014 Mai 5]; 84(2); 111-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a03>.

3. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1):102-6.

4. Brandão ES, Santos I dos, Carvalho MR de, Pereira SK. Nursing care evolution to the cliente with pemphigus: integrative literature review. Rev enferm UERJ. 2011; 19(3):479-84.

5. Brandão ES, Santos I dos. Evidences related to the care of people with pemphigus vulgaris: a challenge to nursing] Online braz j nurs [internet] 2013 [cited 2014 Mai 5]; 12(1): 162-77. Avaiable from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3674>.

1 Doutora e mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ); Especialista em Enfermagem em Dermatologia pela SOBENDE. Professora do Departamento de Fundamentos e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (MFE/EEAAC/UFF).

2 Doutora em enfermagem. Professora Titular do departamento de Fundamentos de Enfermagem do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ); Pesquisadora do CNPq.

## INTRODUÇÃO

Segundo Baptista e Castilho (2006) é de extrema relevância para o gerenciamento dos serviços de saúde, quer públicos ou privados, o conhecimento dos custos dos procedimentos realizados. Neste contexto destacam a atuação do enfermeiro no gerenciamento dos recursos materiais e de insumos utilizados no tratamento de lesões. A tecnologia expressa nas coberturas comerciais/industriais possibilita a aceleração da cicatrização, conseqüentemente menor tempo de tratamento e baixo custo (FRANCO; GONÇALVES 2007).

## OBJETIVO

Realizar revisão bibliográfica sobre custo do tratamento de lesões com coberturas comerciais/industriais.

## MÉTODOS

Busca de acervo bibliográfico na internet no ano 2014 com ênfase no assunto, como artigos científicos publicados em revistas da área.

## RESULTADOS

O custo do tratamento com coberturas comerciais/industriais é considerado menor quando relacionado ao tratamento com curativos tradicionais, pois o elevado número de trocas dos curativos tradicionais são diários e as coberturas industriais geralmente são semanais. Além disso, as coberturas comerciais/industriais promovem conforto ao cliente e estimula a cicatrização (CARMO, et al. 2007). Em seu trabalho Carmo et al. (2007) revela que uma paciente gastou aproximadamente R\$228,90/mês com tratamento <sup>1</sup> Acadêmica de enfermagem do décimo período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni. Email: ta-black@hotmail.com, contato (3388299444) <sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem do quinto período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni. <sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem Dermatológica, Mestre em Biomedicina usando coberturas comerciais/industriais e alcançou a cura depois de três meses e quinze dias com custo total de R\$799,40 aproximadamente, enquanto que no tratamento anterior com coberturas tradicionais gastava R\$320,88/mês aproximadamente. Ascari et al. (2013) descreveram em um período mensal que, no tratamento de lesão cutânea com coberturas comerciais/industriais reduz 69% dos custos em relação ao tratamento com coberturas tradicionais. Em sua pesquisa um paciente em tratamento que utilizava curativos convencionais consumia R\$184,17/semanal e R\$789,20/mensal, enquanto que com coberturas industriais/comerciais o custo para o município seria de R\$57,06/semanal e R\$241,53/mensal.

## CONCLUSÃO

Com o uso das coberturas comerciais/industriais o custo-benefício se mostra na redução do tempo de tratamento da lesão que proporciona diretamente menor custo para a unidade ou paciente.

## REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A. et al. *Desenvolvimento de normas técnicas para utilização de curativos industriais na rede básica de saúde. Revista Saúde Pública, Florianópolis, v.6, n.2, p. 8-22, abr./jun. 2013. Disponível em:*

*<<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/167/209>>. Acesso em: 19 fev. 2014.*

BAPTISTA, C. M. C.; CASTILHO, V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. *Revista Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n.6, nov./dez. 2006. Disponível em:*

*<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600017&script=sci\\_arttext&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600017&script=sci_arttext&tng=pt)>. Acesso em: 08 abr. 2014.* <sup>1</sup>

*Acadêmica de enfermagem do décimo período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni. Email: ta-black@hotmail.com, contato (3388299444) <sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem do quinto período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni. <sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem Dermatológica, Mestre em Biomedicina*

CARMO, S. S. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista Eletrônica Enfermagem, v.9, n.2, ago. 2007. Disponível em:* *<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.*

FRANCO, D.; GONÇALVES L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v.35, n.3, maio/jun 2008. Disponível em:* *<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912008000300013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 fev. 2014.*

<sup>1</sup> Acadêmica de enfermagem do décimo período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni. Email: ta-black@hotmail.com, contato (3388299444)

<sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem do quinto período na Instituição Faculdades Doctum campus Teófilo Otoni.

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem Dermatológica, Mestre em Biomedicina

## REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE FATORES LOCAIS QUE INFLUENCIAM O PROCESSO CICATRICIAL DAS FERIDAS CRÔNICAS

Rosana Cristina Correa Pinto <sup>1</sup>  
Mônica Antar Gamba

**INTRODUÇÃO:** Indicadores demonstram aumento progressivo da proporção de idosos devido à diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento da expectativa de vida - que acrescenta cada ano cerca de 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população. Com este aumento, cresce proporcionalmente fatores predisponentes ao desenvolvimento de feridas devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente associadas às alterações do diabetes, aparelho circulatório e neoplasias. Além da relação existente entre as feridas crônicas e estas patologias, aspectos importantes a considerar na cicatrização das feridas, que alterados podem cronificá-las, são: funções bioquímicas e fatores locais como alteração do pH, temperatura, infecção, entre outros. Neste cenário é imprescindível a acurácia do enfermeiro especialista, não restringindo o tratamento a utilização de coberturas tópicas, mas compreendendo a complexidade nos cuidados às pessoas com anormalidades na integridade cutânea mucosa para compreender o manejo do leito da ferida e optar pela terapêutica específica, visando estabelecer autonomia do cuidado pelo próprio paciente. **OBJETIVOS:** Descrever fatores locais que influenciam na cicatrização das feridas crônicas e a atuação do enfermeiro. **MÉTODOS:** revisão integrativa, reunindo e sintetizando resultados de pesquisas sobre a temática, de maneira sistemática e ordenada. As referências foram organizadas excluindo-se repetições, resultando um total de 38 referências; após resultado do teste de relevância construiu-se um fluxograma de seleção e foram selecionadas 06 referências para análise e utilização neste estudo, que dão suporte para tomada de decisão e melhoria da prática clínica. **RESULTADOS:** Verificou-se um maior número de informações das publicações em livros e reduzidas citações de artigos. Apesar da ausência de publicações por enfermeiros, observa-se a utilização deste conhecimento na prática clínica durante avaliação geral das feridas e contato com o paciente, definindo condutas partindo dessas premissas. Borges(2008), Meneghin, Soares (2000), Dealey (2008), Oliveira e Rodrigues (2003), Blanes (2004), descrevem como os fatores locais, tais como: infecção, edema, corpos estranhos, temperatura, ressecamento/umidade, pressão, pH; Vianna e Gamba (2007) descrevem que interferem na cicatrização: infecção - a presença de tecido desvitalizado, edemas - propiciam a multiplicação bacteriana e hipóxia - o que facilita as complicações, além da baixa concentração de oxigênio que impede a destruição dos microrganismos pelos leucócitos. Ovington e Leaphart (2005) afirmam que para haver um bom tratamento é essencial que profissionais de saúde concentrem-se no foco primário que está impedindo a cicatrização. Segundo Moraes, Oliveira e Soares (2008), os enfermeiros, por estarem diretamente relacionados aos cuidados das pessoas que apresentam anormalidades na integridade da pele, devem resgatar a responsabilidade de manter a observação intensiva dos fatores locais, sistêmicos e externos que propiciam surgimento da ferida ou interferiram no processo cicatricial. **CONCLUSÃO:** A atuação do enfermeiro está intimamente relacionada à identificação dos fatores locais que se encontram alterados uma vez que, não basta utilizar curativos avançados no tratamento das feridas, mas realizar uma avaliação integral do indivíduo e da lesão para discernir como, quando e por que utilizar determinado tratamento tópico.

### REFERÊNCIAS

DEALEY, C. – **Cuidando de feridas** – um guia para as enfermeiras – 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OVINGTON, L. G. **Novel Treatment Strategies in Wound Management.** US Surgery, 2007.

SANTOS, M.J.dos; VIANNA, L.A.C.; GAMBA, M.A. **Avaliação da eficácia da pomada de própolis em portadores de feridas crônicas.** Acta paul. enferm; 20(2):199-204, tab, graf. Abr. - Jun. 2007 <sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Contato: enf\_ro@hotmail.com <sup>2</sup> Professora Doutora Orientadora . Contato: antar.gamba@unifesp.br

YAMADA a, B.F.A.; GAMBA, M.A. – **Úlceras vasculogênicas venosas In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2005.

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Contato: enf\_ro@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora Doutora Orientadora . Contato: antar.gamba@unifesp.br

## SISTEMA AUTOMÁTICO PARA SUPORTE AO TRATAMENTO DE PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO.

Rinaldo Neves(1), Renato Guadagnin(2), Poliana Martins(3), Caio César Ferreira(4), Stefane Rodrigues(5) Taiara Alves(6),

Estudo transversal, quantitativo, descritivo com pesquisa de campo, número de aprovação emitido pelo CEP 215596. O objetivo é propor um sistema de avaliação automática de úlceras por pressão, através de fotografias e cruzamento com os dados coletados através do histórico de enfermagem elaborado pela equipe e adotado como padrão. Foram selecionados dez pacientes atendidos pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar, dos quais nove aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As fotografias passaram por um processo 1de mineração de dados, permitindo a identificação de relações entre seus atributos (cor e textura).

Constatou-se a possibilidade de construção de um sistema de interpretação automática para auxiliar na assistência de enfermagem aos pacientes portadores destas lesões, facilitando o diagnóstico e a conduta a ser realizada pelo profissional.

Este estudo mostra que a Mineração de Imagens é um instrumento eficaz para determinação automática do estágio e do tecido de uma úlcera por pressão. Embora os percentuais de acerto sejam animadores, cumpre lembrar que a construção de instrumentos operacionais para suporte ao diagnóstico de pessoas com úlceras por pressão, requer a sua aplicação a um universo mais amplo de casos e a construção de um conjunto de casos para teste. A delimitação da imagem recortada da fotografia a apenas a área da úlcera pode também ser uma forma de tornar mais precisos os atributos relativos às cores fundamentais inferidos pelo software ImageJ.

---

1 Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Enfermeiro e Docente na Escola Superior de Ciências da Saúde, coordenador do Programa de Iniciação Científica – PIBIC.

2 Doutor em Ciências da Administração pela Universidade Alemã de Ciências da Administração, Speyer (Alemanha), professor do Programa de Mestrado em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação da Universidade Católica de Brasília.

3 Acadêmica do curso de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, voluntária no Programa de Iniciação Científica – PIBIC. (polianapjm@gmail.com)

4 Acadêmico do curso de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, voluntário no Programa de Iniciação Científica – PIBIC.

5 Acadêmica do curso de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, voluntária no Programa de Iniciação Científica – PIBIC.

6 Acadêmica do curso de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal, bolsista no Programa de Iniciação Científica – PIBIC.

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PODIÁTRICA: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

Onsli dos Santos Almeida\*, Vera Ligia Lellis Jacob, Rose Ana Rios David

**Introdução:** A Podiatria originou-se da quiropodia, especialidade médica presente em países europeus e na América do Norte, voltadas para o tratamento dos pés e tornozelos<sup>4</sup>. No Brasil é uma especialidade da Enfermagem e surgiu da necessidade de profissionais voltados para a saúde dos pés, principalmente para as comorbidades que comprometem esse segmento corporal, destacando-se o Diabetes Mellitus e suas complicações<sup>4</sup>. Iniciada em um hospital estadual da cidade de São Paulo, na assistência de enfermagem prestada a pacientes com Diabetes e com complicações nos pés. Nesta experiência o enfermeiro uniu as técnicas podológicas ao conhecimento técnico-científico da enfermagem, desenvolvendo um cuidado específico voltado para a profilaxia e tratamento das complicações dos pés. Entretanto, tornou-se necessária elaboração de um instrumento que atendesse a sistematização da assistência de enfermagem, considerando nesse estudo como um método científico em que o profissional de enfermagem dispõe para empregar seus conhecimentos técnico-científicos na sua assistência<sup>5</sup>, pautado nas recomendações da Resolução 358/2009 do COFEN<sup>3</sup>. Assim, este estudo teve por objetivo construir um instrumento a ser aplicado em consulta podiátrica pelo enfermeiro. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo. A construção do instrumento foi baseada nas etapas estabelecidas na resolução do COFEN-358/2009, a partir de variáveis específicas das necessidades assistenciais da Enfermagem podiátrica, voltadas para o atendimento de pacientes. As necessidades assistenciais foram identificadas de forma empírica, em uma clínica escola na cidade de São Paulo, no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014. O instrumento informatizado foi construído com programa Microsoft InfoPath 2010 Designer, aplicativo utilizado na construção de formulários. A teoria de enfermagem escolhida foi à teoria de Orem, baseada no autocuidado, referência em alguns estudos<sup>1,2</sup>, que discorrem sobre o cuidado à pacientes com Diabetes. O instrumento consta das seguintes etapas: Identificação; Histórico de enfermagem, dividido em duas fases: a) Informações sobre doenças e tratamentos pregressos b) Exame físico, que baseia na observação dos membros inferiores permeando pela avaliação vascular, da pele, das unhas, da sensibilidade e das alterações ósseas; Diagnósticos de enfermagem; Plano de enfermagem; Prescrições de enfermagem e Avaliação da assistência de enfermagem. **Resultados e Discussão:** Não foram identificados diagnósticos, da Taxonomia II da NANDA, relacionados às distrofias ungueais, alterações da marcha e do apoio plantar, problemas comuns na prática diária do enfermeiro podiatra, entretanto foram encontradas intervenções na Classificação de enfermagem (NIC), que caracterizam o perfil deste profissional atendendo as suas necessidades. Observou-se a necessidade de revisar algumas intervenções de enfermagem relacionada aos cuidados com os pés. **Conclusão:** O instrumento foi elaborado a partir de uma exigência legal do COFEN, mas que pode ser considerada uma ferramenta para autonomia do enfermeiro podiatra. A construção seguiu todas as etapas da SAE estabelecidas na resolução do COFEN-358/2009. Pretende-se em outros estudos propor diagnósticos de enfermagem, voltados para o atendimento podiátrico realizado pelo enfermeiro, e dar seguimento ao estudo com sua aplicação a fim de buscar evidências do uso do instrumento na prática clínica deste profissional.

**Palavras chave:** Assistência de Enfermagem, Podiatria, Pés.

## REFERÊNCIAS

1. Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação os cuidados com os pés. Revista da escola de enfermagem - USP. 2002; 36(1): 97-103.
2. Becker TAC, Teixeira CRS, Zanetti ML. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. 2008; 61(6):847-852. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000600009>.
3. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 out 2009.
4. Portal do Enfermeiro Podiatra Brasileiro. [homepage na internet]. Quem somos. [Acesso em 03/03/2013]. Disponível em: <http://podiatria.com.br/index/quemsomos>
5. Tannure MC, Pinheiro AM. **Sistematização de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

\* Bacharel em Enfermagem pela Universidade Jorge Amado (Salvador/BA); Especializanda em Podiatria Clínica pela Faculdades Integradas de Guarulhos (SP/SP). Contatos: [onsli10@hotmail.com](mailto:onsli10@hotmail.com). Telefone (71) 9171-2053.

## SKIN TEARS REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

I Ana Paula Guarnieri, II Bianca de Oliveira Branco, III Rosana Gomes dos Santos

**INTRODUÇÃO:** Skin tears é uma lesão que ocasiona a separação entre a derme e a epiderme, devido o processo de fricção e/ou cisalhamento<sup>1</sup>. Com a integridade da pele comprometida por fatores fisiológicos, o indivíduo idoso é o principal grupo etário de risco envolvido neste processo, uma vez que é, também, a população que mais tem crescido no mundo e alvo para a ocorrência de iatrogenias<sup>2,3</sup>. O momento para realização deste estudo é oportuno devido à transição epidemiológica da população brasileira e mundial, que tem como tendência o envelhecimento sendo que suas maiores transformações se evidenciam na pele. **OBJETIVOS:** Elencar na literatura nacional e internacional os construtos existentes acerca da temática skin tears; identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos que predispõem a este tipo de lesão e identificar os conhecimentos acerca da prevenção de skin tears existentes na literatura selecionada. **MÉTODO:** O método utilizado foi o bibliográfico, com o levantamento da literatura nacional e internacional de saúde, publicados no período de 1990 a 2014 nas bases de dados BIOLOGICAL ABSTRACT OVDISP, PROQUEST, PUBMED NCBI, SCIEDIRECT E WEB OF SCIENCE. **RESULTADOS:** 79 artigos foram analisados, 69 excluídos por não fazerem referência real às atividades de Enfermagem, duplicidade de publicações em bases de dados diferentes e indisponibilidade do conteúdo na íntegra. As bases de dados que mais contribuíram foram PUBMED – NCBI e WEB OF SCIENCE. **CONCLUSÕES:** O estudo possibilitou identificar que os construtos encontrados na literatura são limitados, pouco explorados e possuem referências bibliográficas saturadas, os fatores intrínsecos e extrínsecos influenciam diretamente no surgimento da lesão e os conhecimentos sobre prevenção ainda são escassos.

### Bibliografia:

1 Pulido KCS, Adaptação cultural e validação do Instrumento “Star Skin tear Classification System” para a Língua Portuguesa no Brasil. 2010. Tese de mestrado. Acessado em 10 de maio de 2014 às 20:09h. [online] Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-103305/pt-br.php>

2 Calirini MHL, Úlcera por pressão. 2000 Acessado em 11 de maio de 2013 às 11:30h. [online] Disponível em <[http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21&Itemid=30](http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=30)> B.O.B. bianca.obranco@yahoo.com.br

3 Martins JJ, Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.10 n.3. Rio de Janeiro 2007. [online] Acessado em 11 de maio de 2013. Às 22:00h. Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso)>

I Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André – SP, Brasil. [azuldomar2@gmail.com](mailto:azuldomar2@gmail.com)

II Graduanda do Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André – SP, Brasil. [bianca.obranco@yahoo.com.br](mailto:bianca.obranco@yahoo.com.br)

III Graduanda do Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André – SP, Brasil. [rosanagomes.90@gmail.com](mailto:rosanagomes.90@gmail.com).

Steven Johnson: associação do curativo de Hidrofibra com uso de dispositivo para incontinência fecal – relato de caso

Daisy Cristina Zemke Barreiros Archila<sup>1</sup>, Vera Lúcia Brás de Oliveira<sup>2</sup>, Juliana Lucinda dos Santos<sup>3</sup>

**Introdução:** A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) pode ser definida como uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, com duração aproximada de duas a quatro semanas, que afeta a pele e a membrana mucosa Nogueira et al, (2003). Caracterizada também por reações mucocutâneas potencialmente fatais que resultam de hipersensibilidade a fatores precipitantes variados, como infecções por vírus, fungos, bactérias, enfermidades do tecido conjuntivo, neoplasias malignas, vacinas e múltiplos medicamentos Falcão et al, (2009). Para Bulisani et al, (2006) a SSJ e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são reações cutâneas graves, com potencial para morbidade e mortalidade elevadas acometendo a pele e a membrana mucosa, caracterizada por exantema eritematoso disseminado, com acometimento centrífugo, acometimento de mucosa oral, ocular e genital. Segundo Falcão et al (2009) lesões evidentes na pele são consideradas parte dos critérios de diagnóstico, mas podem estar ausentes. Típicas lesões em alvo, ou mesmo atípicas, podem aparecer associadas a bolhas eritematosas ou máculas purpúreas que se rompem e produzem extensas áreas desnudas, podendo gerar dor. A mucosa oral, lábios e conjuntiva são as principais regiões acometidas. A avaliação diagnóstica e uma conduta precoce frente a síndrome de Stevens-Johnson podem evitar uma evolução grave, até mesmo óbito do paciente com esta enfermidade. Assim sendo, esse estudo propõe o uso da hidrofibra, para o acompanhamento da paciente com lesões características desse quadro, associado ao dispositivo de incontinência fecal para o desvio do fluxo e, prevenção de complicações das lesões. **Objetivo:** Relatar o uso da cobertura de hidrofibra com prata e, um dispositivo de incontinência anal em uma paciente de 55 anos, diagnosticada como SSJ, através de um relato de caso. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, realizado em um Hospital Estadual do estado de São Paulo, no período de 03 de maio de 2012 a 25 de maio de 2012, com o objetivo de descrever o caso de uma paciente portadora da SSJ, com lesões disseminadas por todo corpo tratada inicialmente com curativos a base de AGE (ácidos graxos especiais) e posteriormente com hidrofibra de prata. Para o auxílio no tratamento das lesões disseminadas em todo o corpo optou-se no uso de um dispositivo de incontinência anal para evitar complicações devido grande extensão das lesões. **Resultado:** Após iniciada a terapia com hidrofibra, foi realizada em conjunto o uso concomitante do dispositivo para incontinência anal, com desvio do fluxo anal que se apresentava diarreico. A melhora e das lesões se deram após 8º dia de internação quando transferida para clínica médica e a cicatrização após 10 dias de uso. **Conclusão:** Através deste estudo conclui que apesar de todas as terapias empregadas para a evolução satisfatória do estado clínico da paciente A.M.S, é notável que o trabalho multiprofissional, juntamente com uso do dispositivo para incontinência anal foi determinante para o sucesso do tratamento e alta hospitalar da paciente que evoluiu em 22 dias.

Relator: Daisy CZB Archila, email: dbarchila@gmail.com

1. Enfermeira especialista em Estomaterapia e Dermatologia. 2. Enfermeira especialista em Dermatologia. 3. Enfermeira especialista em Nefrologia e Estomaterapia.



## TECNOLOGIA AVANÇADA COM ANTIMICROBIANOS EM DEISCÊNCIA ABDOMINAL

Jessé de Souza Ferreira

**Introdução:** Apesar da evolução tecnológica no tratamento tópico de feridas, continuam a existir controvérsias, principalmente relacionadas às diferentes fases da cicatrização. Desse modo, a literatura tem indicado que a utilização local inadequada de produtos e medicamentos, tornam difícil prever a sua evolução, gerando ademais resultados nem sempre satisfatórios 1,2,3,4,5,6.

**Objetivos:** apresentar as intervenções de enfermagem especializada na terapia tópica de uma paciente com deiscência de ferida abdominal.

**Método :** Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido em um Hospital Público, realizado no período de janeiro de 2014 a junho de 2014. Relato do caso : M.X.S.F., sexo feminino, 54 anos, natural e procedente de Minas Gerais, com 2º Grau completo, casada, evangélica. Paciente após cirurgia de hérnia inguinal, houve complicação posteriormente com infecção e deiscência da sutura e tomando vários antibióticos. Foi feito antibiograma mais biopsia apresentou resultado de Proteus Mirallis, encontra-se em atendimento domiciliar pelo PSF. A ferida operatória evoluiu com infecção e deiscência abdominal, sendo feitos vários desbridamentos cirúrgicos, seguidos de cobertura com curativos tradicionais. Resultados: Solicitados para atendimento especializado em Estomaterapia, em uma primeira etapa, procedemos à avaliação da ferida, estabelecendo-se as estratégias de condução do tratamento. Apresentando infecção, passamos a indicar o emprego de PHMB Solução e Gel associadas à Espuma de poliuretano adicionado com alginato de cálcio e prata, para preenchimento da cavidade.(fig. 1, 2 ). Desse modo, a cobertura era trocada a cada cinco dias e, após quatro meses de tratamento, suspendeu-se a Espuma e deu-se continuidade ao uso da PHMB solução e Gel, durante quatro meses consecutivos, o que proporcionou ótima cicatrização, com maior segurança para o tecido neoformado.(fig. 2) 4,5,6

**Conclusão:** O estudo mostra que, mesmo com presença de necrose e infecção, reconhecendo-se as etapas e cicatrização e empregando-se os materiais específicos para cada fase, as feridas podem beneficiar-se da utilização de tecnologia avançada, já disponível no mercado nacional, com resultados satisfatórios, ou seja, cicatrização de boa qualidade.

### Referências bibliográficas

1. Bates-Jensen B. Incontinence management. In: Parish, L. C., Witkowski, J.A., 1997.
2. International Association for Enterostomal Therapy: Standarts of Care - Dermal Wounds: Pressure Sores, IAET, USA, 1987.
3. Morgan DA, Harting K. Wound dressings and dressing principles. (ed.). Advanced Wound Healing Resource. Denmark: Theory, 1992.
4. Frost MR, Jackson SW, Stevens PJ. Adsorption of bacteria on to activated charcoal cloth: an effect of potential importance in the treatment of infected wounds. Microbios Letter, 1980.
5. Phillips TJ, Palko MJ, Bhawan J. Histologic evaluation of chronic human wounds treated with hydrocolloid and non-hydrocolloid dressings. J. Am. Acad Dermatol, 1994.
6. Bryant RA. Acute and chronic wounds: Nursing management, Mosby Year Book, 2ª ed., St. Louis, Missouri, U.S.A, 1992. Jessé de Souza Ferreira: Enfermeiro Estomaterapeuta , Consultor e Responsável técnico da Empresa Estomoplast – SP- E-mail: [jesse\\_Ferreira@holtmail.com](mailto:jesse_Ferreira@holtmail.com)



# TRATAMENTO DAS QUERATOSES ACTÍNICAS COM A TERAPIA FOTODINÂMICA

Elisângela R. de Oliveira<sup>1</sup>; Vanderlei S. Bagnato<sup>2</sup>; Natália Y Inada<sup>2</sup>; Cristina Kurachi<sup>2</sup>; Dora Patrícia Ramirez<sup>3</sup>; Ana Gabriela Sálvio<sup>1</sup>.

## INTRODUÇÃO

Queratoses actínicas (QAs) são lesões pré-Malignas comuns, com uma incidência estimada em 60% dos pacientes com idade acima de 60 anos, as QAs podem evoluir para carcinoma espinocelular (CEC) que é um tipo de câncer de pele não melanoma agressivo, podendo ser responsável por 34% das mortes por câncer de pele em todo mundo<sup>1,2</sup>. A terapia fotodinâmica (TFD) em QAs com ALA e Metil-ALA é uma opção de tratamento aceita para esta doença, devido à sua eficácia e excelentes resultados estéticos<sup>3</sup>.

## OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi comparar a eficácia entre ALA e Metil-ALA a 15%, no tratamento das QAs disseminadas de membros superiores, e comparar a dor referida pelos pacientes, durante o tratamento de TFD.

## MÉTODOS

O presente trabalho foi um ensaio clínico, aberto, não randomizado, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o nº 000042/2012. Foram selecionados 40 pacientes com QAs em membros superiores, e realizado a divisão de dois grupos de 20 pacientes, grupo I administrado o medicamento ALA e no grupo II administrado Metil-ALA, em seguida os membros foram ocluídos permanecendo por 3 horas, após o curativo foi removido e realizado a iluminação da área por 40 minutos, com fluência de 36 J/cm<sup>2</sup>, no protótipo Kerato PDT a base de emissores de LED. Durante a iluminação e a cada 5 minutos foi aplicada uma escala visual numérica (EVN) para mensurar a dor referida. As lesões foram quantificadas e fotografadas antes e 30 dias após o tratamento.

## RESULTADOS

Os valores obtidos foram submetidos a análise estatística pelo teste t de Student, teste t pareado, teste de Friedman e teste de Tukey. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, e que ambos os medicamentos utilizados mostraram-se eficazes no tratamento de QAs. Comparando a dor referida pelos pacientes durante o tratamento, não houve diferença estatística entre o sexo feminino e o masculino, e nem entre os dois grupos, porém para o sexo masculino a escala de dor foi estatisticamente maior quando utilizado Metil-ALA.

## CONCLUSÃO

Concluimos que ambos os medicamentos podem ser indicados para o tratamento de QAs disseminadas em membros superiores, e mais estudos voltados na comparação entre ALA e Metil-ALA devem ser desenvolvidos, com o objetivo de confirmar ou não os resultados apresentados.

## REFERÊNCIAS

1. Neidecker MV, Davis-Ajami ML, Balkrishnan R, Feldman SR. Pharmacoeconomic considerations in treating actinic keratosis. *Pharmacoeconomic*. 2009;27:451-64.
2. Nshan D, Meiss F, Muller M. Therapeutic strategies for actinic keratoses – a systematic review. *Eur J Dermatol*. 2013;23:14-32.
3. Dirschka T, Radny P, Dominicus R, Mensing H, Bruning H. Photodynamic therapy with BF-200 ALA for the treatment of actinic keratosis: results of a multicentre, randomized, observer-blind phase III study in comparison with a registered methyl-5-aminolaevulinate cream and placebo. *Br Assoc Dermatol*. 2012;166:137-46.

<sup>1</sup> HAC, Departamento de Pele do Hospital Amaral Carvalho, Rua Dona Silvéria, 150

<sup>2</sup> IFSC-USP, Instituto de Física de São Carlos - USP, Av Trabalhador São Carlense,s/n

<sup>3</sup>UFSCAR, Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luís, Km 345-SP 310- Jardim Guanabara

## TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM LESÃO TRAUMÁTICA DE MEMBRO INFERIOR: RELATO DE CASO

Fernanda Matheus Estrela<sup>1</sup>, Licia Correia<sup>2</sup>, Camila Motta<sup>3</sup>, Luana Iglésias<sup>4</sup>, Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima<sup>5</sup>, Silvio César Santos de Amorim<sup>6</sup>

### Resumo:

A terapia por pressão negativa (TPN) favorece a angiogênese, aumentando o fluxo e aporte sanguíneo da área. Essa diminui a complexidade e a área cruenta como também o exsudato. Além, de auxiliar na eliminação de edema, pressão e a colonização de bactérias, mantendo um ambiente ideal para o crescimento do tecido de granulação. O objetivo foi descrever os efeitos do tratamento de uma ferida traumática de membro inferior com a TPN. Estudo de caso clínico, realizado em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, de um paciente vítima de acidente automobilístico, atendido em 03/04/2014 pela comissão de pele do referido hospital a qual indicou a TPN para tratamento da lesão, com três trocas. Os dados foram pesquisados no prontuário do paciente, nas evoluções de enfermagem e confrontados com a literatura. Na admissão, jovem, sexo masculino, 30 anos com fratura de tibia E e lesão em pé E com perda de substância com dimensões de 20x14x6cm, 80% de tecido de granulação e 20% de esfacelo, com exposição óssea, exsudato moderado, sem odor e pele perilesional íntegra. Iniciado tratamento com TPN com espuma, colocando pressão contínua de 120mmHg, aprazado primeira troca para 72hs e as subseqüentes com cinco dias. Observou-se significativa melhora do tecido desvitalizado, da profundidade da ferida, diminuindo as dimensões da mesma, tendo o paciente alta da terapia e do hospital em quinze dias e sendo realizado curativos em domicílio com hidrofibra com prata com troca a cada três dias e o fechamento total da lesão aconteceu em três meses. A utilização da TPN quando bem indicada, resulta num excelente resultado, como percebido nesta terapia direcionada ao preparo do leito da ferida para posterior fechamento. A TPN é uma tecnologia avançada no manejo de feridas de múltiplas etiologias com destaque para lesões traumáticas e no presente caso trouxe conforto e bem estar ao paciente e possibilitou reabilitação e alta em um curto período de tempo.

**Palavras-chave:** terapia por pressão negativa, cicatrização de feridas

1-Montovaní M, 2003. In: Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p.123-31.

2-Birke-Sorensen M, Malmjö P, Rome M et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: Treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer) – Steps towards an international consensus. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2011;64:S1- S16.

3-Runkel N, Krug E, Berg L, et al. Recomendações com base em evidências para o uso de terapia para ferimentos com pressão negativa em ferimentos traumáticos e cirurgia reconstrutora: passos em direção a um consenso internacional. Injury Int. J. Care Injured; 42 (2011) S1,S1-S12 Km 345-SP 310- Jardim Guanabara

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Centro cirúrgico e Central de Material Esterilizado e em Auditoria em Sistemas de Saúde, Especialista em Enfermagem Dermatológica. Coordenadora da UTI do Hospital Manoel Vitorino, Bahia, Brasil. Docente substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email:nanmatheus@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira Coordenadora do Bloco Cirúrgico do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>3</sup>Enfermeira Estomaterapeuta

<sup>4</sup> Enfermeira Coordenadora das Enfermarias A e B do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>5</sup> Enfermeira Assistencial da UTI do Hospital Manoel Vitorino.

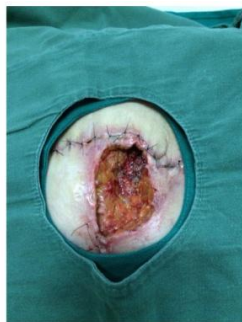
<sup>6</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem Dermatológica.

## TERAPIA TÓPICA PARA DEISCÊNCIA CIRÚRGICA: ASSOCIAÇÃO DE ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO E BARREIRA PROTETORA DE PELE EM PÓ

**Introdução:** Deiscência é a abertura espontânea de suturas cirúrgicas. É uma separação das bordas dos tecidos que foram unidos por pontos, que ocorre durante o período pós-operatório. Possuem extensões mórbidas variáveis que prolongam o período de internação hospitalar, aumentam substancialmente o custo do tratamento, perpetuam sequelas funcionais e contribuem para indesejável índice de mortalidade. As mais temíveis complicações são: a infecção e a deiscência da anastomose. Esta quase sempre é a causa mais nefasta da infecção e se expressa como infecção profunda. A deiscência da anastomose tem definição, incidência, etiologia e fatores de riscos como alvos de controvertidas opiniões, o que torna difícil a elaboração de esquemas profiláticos e planejamentos terapêuticos universais. Estudos revelam que pacientes que fazem uso crônico de corticóides, quando submetidos a procedimento cirúrgico, apresentam pele com comportamento distinto dos demais doentes e respondem ao processo regenerativo de forma diferente. A deiscência geralmente ocorre nos primeiros dias de pós-operatório. Na maior parte das vezes a complicação só se torna clinicamente óbvia entre o 5º. e o 10º dia, quando, após a retirada dos pontos, a pele se abre espontaneamente. **Objetivo:** Relatar um caso clínico pós deiscência cirúrgica com necrose e esfacelos, com aplicação de alginato de cálcio associado a barreira protetora de pele em pó. **Material e Método:** trata-se de um estudo descritivo, de um caso clínico de deiscência pós retossigmoidectomia + Herniorrafia incisional, vivenciado pelas autoras em um ambulatório de feridas da Santa Casa de Santos, no Estado de São Paulo. Para documentar e acompanhar a evolução do tratamento, foi realizado registro fotográfico semanal. Caso Clínico: O.S., 74 anos, sexo feminino, branca, casada, previamente hígida. Foi submetida a Cirurgia de Retossigmoidectomia (por Diverticulite) + Herniorrafia Incisional em 29/04 de 2014 na Beneficência Portuguesa de Santos. Paciente apresentava deiscência de ferida cirúrgica com presença de necrose e esfacelos no leito da lesão de aproximadamente 10x08 cm. Paciente deu entrada no ambulatório da Santa Casa de Santos, apresentando leito da ferida com 80% de esfacelos + 20% de granulação + exsudato abundante. Iniciou-se a terapia tópica com Alginato de Cálcio e Sódio + Barreira Protetora de pele em pó. **Resultados:** após 08 dias de tratamento diário, com aplicação do alginato de cálcio e sódio no leito da lesão e da barreira protetora de pele nas bordas da lesão, observou-se redução de esfacelos e do exsudato e epitelização de bordas. Após 12 dias da terapia tópica indicada, o leito da lesão apresentava tecido totalmente granulado, com baixo exsudato e importante redução das medidas da ferida. **Conclusões:** a cicatrização de feridas é um processo complexo, após avaliação da lesão, observou-se a necessidade de realizar terapia tópica baseada nos conhecimentos científicos e na enfermagem baseada em evidências, focando no tratamento holístico, proporcionando melhora e redução da lesão, com o empenho de profissionais especialistas e a utilização de coberturas adequadas (alginato de cálcio e sódio + barreira protetora de pele em pó), melhorando a qualidade de vida e promovendo a dignidade ao paciente.

### Referencias bibliográficas:

- 1- Spiliotis J, Tsiveriotis k, Datsis AD, Vaxevanidou A, ZachariS G, Giasis K, Kekelos S, Rogdakis A. Wound dehiscence: is still a problem in the 21th century: a retrospective study. World Journal of Emergency Surgery 2009, 4(12);1-5.
  - 2- Borges EA. Assistência a pacientes com feridas cirúrgica complexa. In: Borges EA, Saar SRC, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VLAN. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 95-111.
  - 3- <http://www.livrosdefaculdade.com.br/so-enfermagem/curativos-estomia-e-dermatologia-uma-abordagem-multiprofissional.html>
  - 4- Rev bras. colo-proctol. vol.31 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011
- Palavras-chave: deiscência, infecção, terapia tópica.



## TERMOGRAFIA INFRAVERMELHA COMO ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DO RISCO DE LESÕES CUTÂNEAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Natália Chantal Magalhães da Silva\*, Denise Hollanda Iunes, Érika de Cássia Lopes Chaves, Danielle Cristina Garbuio, Cristina Mara Zamarioli, Emília Campos de Carvalho

**Introdução:** Compreende-se que determinadas condições clínicas podem levar à diminuição da hidratação, da elasticidade, da espessura e à deficiência na termorregulação periférica, o que pode favorecer o comprometimento de estruturas constituintes do tecido cutâneo e levar a ruptura da pele<sup>1</sup>. Dessa forma, a monitorização da temperatura da pele torna-se uma aliada na prevenção de lesões. Nesse sentido, as imagens geradas pela termografia infravermelha, por possibilitar a detecção da distribuição de calor sobre a superfície e, ao mesmo tempo, permitir a aferição da temperatura cutânea, podem auxiliar no rastreamento do risco de lesões<sup>2</sup>. Contudo, por ser um método de avaliação ainda nova na área da saúde, necessita ter sua aplicação investigada. **Objetivo:** Buscar, na literatura científica, evidências que sugiram a utilização da termografia infravermelha como estratégia de rastreamento do risco de lesões cutâneas. **Métodos:** Optou-se pelo método de revisão integrativa de literatura, utilizando-se como estratégia de investigação: “thermography” [Subject descriptor] and “lesions” [Subject descriptor] and “skin” [Subject descriptor]. A questão norteadora fundamentou-se em: “Quais evidências sugerem a utilização da termografia infravermelha como estratégia de rastreamento do risco de lesões cutâneas?”. O levantamento bibliográfico foi realizado durante o mês de maio de 2014 nas bases de dados PUBMED, CINAHL e SCIENCE DIRECT e teve como critérios de inclusão artigos publicados nos 10 últimos anos. Esse levantamento reuniu 83 citações, sendo que, dessas, 67 foram excluídas por não abordarem a termografia infravermelha na área da saúde. Assim, 16 artigos foram lidos na íntegra. Após a leitura crítica dos artigos, verificou-se que 12 respondiam a questão norteadora, compondo, assim, a revisão. **Resultados:** Os estudos indicam que a termografia infravermelha pode ser utilizada para medir o calor emitido pelo corpo ou parte deste, podendo, portanto, rastrear o risco de lesões. Sabe-se que as lesões cutâneas desencadeiam processos inflamatórios que, devido ao aumento do metabolismo local, elevam a temperatura da pele<sup>3,4,5</sup>. Dessa forma, as imagens termográficas mostram precocemente o início de um processo inflamatório, mesmo que ainda não tenham sido evidenciados sinais e sintomas dor, rubor e edema<sup>4</sup>. A termografia infravermelha pode atuar, portanto, na identificação de fatores que predispõe a ruptura da pele<sup>2,3,5</sup>. **Conclusão:** As evidências sugerem que a termografia infravermelha pode ser utilizada como estratégia de rastreamento do risco de lesões cutâneas. Sugere-se, no entanto, a realização de estudos que avaliem a confiabilidade e a validação da termografia infravermelha, para, assim, assegurar a utilização da mesma como estratégia de rastreamento do risco de lesões cutâneas.

1. Ribeiro MAS, Lages JSSS, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(5): 1-9.
2. Lahiri BB, Bagavathiappan S, Jayakumar J, Pihlip P. Medical applications of infrared thermography: A review. Infrared Phys e technol. 2012; 55(1): 221-235.
3. Lavery LA, Kevin RH, Lanctot DR, Constantinides GP, Zamorano RG, Athanasiou KA, Armstong DG, Agrawal CM. Preventing diabetic foot ulce recurrence in high-isk patients: use of temperature monitoring a self assessment tool. Diab Care. 2007; 30(1): 14-20.
4. Bagavathiappan S, Saravanan T, Philip J, Jayakumar T, Raj B, Karunanithi R, Panicker T, Korath MP, Jagadeesan K. Infrared thermal imaging for detection of peripheral vascular disorders. J Med Phys. 2009; 34(1): 43-47.
5. Ring, EFJ, Jung A, Zuber J. New opportunities for infrared thermography in medicine, Act Bio-Opt Inf Med. 2009; 15(1): 28–30.

## TIPOLOGIA DO PÉ DIABÉTICO: CORRELAÇÃO BIOMECÂNICA E NEUROVASCULAR

Roseanne Montargil Rocha<sup>1</sup>, Marcelo Araújo<sup>2</sup>, Ivo Arão Silva dos Santos<sup>3</sup>, Ricardo Carneiro Campelo<sup>4</sup>, Luiz Roberto Martins Pinto<sup>5</sup>

O Diabetes Mellitus é uma síndrome de etiologia múltipla com uma prevalência estimada no Brasil em torno de 8%. Os agravos às extremidades, particularmente dos membros inferiores, podem levar a uma alta taxa de complicações incluindo a amputação. A presença de alterações na sensibilidade, na circulação sanguínea e na biomecânica dos pés de pessoas diabéticas figura como fatores preditores da ulceração. A identificação dos principais tipos de pé e a sua associação com a biomecânica e as alterações neurovasculares poderão oferecer as bases para ações que previnam as complicações sérias como a amputação dos membros inferiores neste grupo de pacientes. O objetivo foi identificar o perfil tipológico e sua associação com as características biomecânicas e neurovasculares dos pés de pacientes diabéticos atendidos em uma Associação de Diabéticos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Pública com protocolo de número 123. A pesquisa é de caráter exploratório, prospectiva e transversal. Foram incluídos pacientes com diagnóstico prévio de diabetes de ambos os sexos, e de qualquer idade, atendidos na Associação e que assinaram TCLE. Os pacientes foram submetidos ao exame clínico, neurovascular de rotina com identificação dos tipos de pés por podoscopia com registro fotográfico e avaliações de variáveis hemodinâmicas. Os dados foram coletados em formulários impressos, consolidados em planilhas eletrônicas e analisados utilizando-se a estatística descritiva. Foram avaliados 43 pacientes totalizando 85 pés. A idade variou de 38 a 88 anos, média de  $61 \pm 11,7$  anos. O tempo de diabetes variou de 1 a 30 anos. Dentre as alterações dermatológicas avaliadas, o ressecamento, com 81,18% se destaca como a mais frequente, 22% apresentaram calosidades. Em 28,2% havia diminuição ou ausência de pulsos, tendo como média do índice tornozelo-braço (ITB)  $1,00 \pm 0,27$ , sendo que 21,1% apresentavam sinais de doença arterial obstrutiva (ITB < 0,9) com maior frequência entre os pacientes com pé grego 36,8%. A insensibilidade ao monofilamento de 10g ocorreu em 32,6% de pés egípcios e em 31,6% dos pés gregos e foi preservada em todos os pacientes com pé quadrado. A amplitude média de movimento na articulação subtalar foi de  $41 \pm 13^\circ$  e na metatarso-falangiana do hálux  $54 \pm 16^\circ$ . Concluiu-se que as menores amplitudes foram observadas nos pés gregos. Os pacientes estudados foram em sua maioria idosos, com mais de 10 anos de doença. O tipo de pé mais frequente foi o egípcio, no qual foram encontradas com maior frequência as alterações sensitivas. A mobilidade articular esteve globalmente prejudicada na amostra. A frequência de úlcera na amostra foi de 13,4% entre os pés egípcios, 21,4% nos pés quadrados e 15,8% nos pés gregos.

1. Crawford F., et al. Predicting foot ulcers in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Q J Med; 100:65–86; 2007.

2. Fidelis C, Pitta GBB, Castro AA, Burihan E. Pé Diabético. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

1 Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente da UESC. roseannemontargil@gmail.com

2 Médico Vascular. Doutor em Medicina. Docente da UESC.

3 Médico formado pela UESC.

4 Médico formado pela UESC.

5 Estatístico. Doutor. Docente da UESC.

## TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PÉ DIABÉTICO COM PHMB EM DOMICÍLIO

Autores: Ana Flávia Balbo da Mota\*, Andreia Aparecida Silveira Maloni\*\*, Nelci Conceição de Moura\*\*\*, Ana Carolina Garcia e Garcia\*\*\*\*, Almir Rogério de Almeida Sene\*\*\*\*\*

**INTRODUÇÃO:** O diabetes mellitus tipo 2 é uma das principais causas de morbimortalidade do Brasil, sendo um importante problema de saúde pública. A neuropatia causada por essa doença traz muitas complicações, entre as quais a infecção que é uma das principais preocupações no tratamento do pé diabético, justificando-se, portanto a utilização de um produto de amplo espectro, baixa toxicidade e sem evidência de desenvolvimento de resistência. **OBJETIVO:** O presente estudo tem por objetivo avaliar a evolução de uma lesão por complicação de pé diabético com Hidrogel mais Poli-Hexa-Metileno-Biguanida (PHMB). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso descritivo, envolvendo um paciente diabético descompensado com complicação de pé diabético, pós procedimento cirúrgico de drenagem de abscesso com risco de amputação tratado com formulação do hidrogel com PHMB e contensão inelástica, visto que as ações terapêuticas do produto promovem a manutenção dos tecidos nobres como ossos e tendões, granulação e conseqüente epitelização, no período de novembro de 2013 à março de 2014, no serviço de atenção domiciliar no interior de São Paulo. O paciente participou da pesquisa voluntariamente, os dados foram coletados e o paciente fotografado após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme a Resolução 196/96. **RESULTADOS:** O tratamento contribuiu para uma melhor qualidade de vida ao paciente diabético. **CONSIDERAÇÕES:** Encontrou-se evidências seguras da efetividade do produto no combate a infecção com conseqüente otimização do processo de cicatrização, visto que promoveu a recuperação tecidual em tempo menor que a média de outros produtos geralmente utilizados em lesões desse tipo, proporcionado através da humanização da assistência prestada em domicílio, boa qualidade de vida ao paciente que permanece em seu meio social e familiar, e tem um rápido retorno as suas atividades laborais.

### Referências Bibliográficas:

- 1) SILVA, C.L. et al. Características de lesões de pé diabético e suas complicações. RevRene. 2012.13(2):445-53.
- 2) CAIAFA, J.S. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. Vasc Bras. 2011. Vol.10. nº4. Suplemento 2.
- 3) MARANGONI, D. Cobertura Antimicrobiana com PHMB: Um Novo Conceito para o Tratamento de Feridas. Acessado em 12/03/09. Disponível em <http://www.sobenfee.org.br/cbf/palestras/Denise%20Marangoni.pdf>

\*Ana Flávia Balbo da Mota, Enfermeira Pós-graduada em Estratégia Saúde de Família e Urgência e Emergência- FAMERP e Enfermeira da equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar.  
e-mail: anaf\_balbo@yahoo.com.br

\*\*Andréia Aparecida Silveira Maloni, Enfermeira gerente do Serviço de Atenção Domiciliar.

\*\*\*Nelci Conceição de Moura, Enfermeira ( UPF ) Pós-graduada em Educação em saúde pela (FIOCRUZ), Pós-graduada em Saúde da Família , e em Estomaterapia- FAMERP, Consultora Técnica da Helianto Farmacêutica LTDA.

\*\*\*\*Ana Carolina Garcia e Garcia, Médica Geriatra da equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar.

\*\*\*\*\*Almir Rogério de Almeida Sene, Psicólogo da equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar.

# TRATAMENTO DE ERISPELA BOLHOSA NECROZANTE EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Autora: Erica Camargo de Oliveira Ebert 1

## Resumo

**Introdução:** A doença de Crohn é um processo inflamatório crônico de etiologia ainda desconhecida, não curável por tratamento clínico ou cirúrgico e que acomete o trato gastrointestinal. O tratamento da doença é iniciado com antibióticos associados à antifúngicos, a corticoterapia é indicada para pacientes com pouca ou nenhuma resposta ao tratamento inicial, e a terapia imunossupressora é iniciada quando o paciente é diagnosticado com corticodpendência ou refratariedade à corticoterapia. (1) A Terapia imunossupressora associada a micoses interdigitais e falta de higiene cuidadosa do paciente tornam o indivíduo potencialmente suscetível a adquirir erisipela. A erisipela é uma celulite superficial com intenso comprometimento do plexo linfático subjacente e se caracteriza por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema, acometendo em 90% dos casos os membros inferiores. A erisipela necrozante é uma complicação que associada a uma doença crônica como a doença de crohn pode levar o indivíduo a amputações, septicemias e a morte. (2).

**Objetivos:** Descrever a importância do tratamento da terapia tópica em paciente portador de doença de crohn, acometido por erisipela bolhosa necrozante.

**Métodos:** O tratamento tópico se iniciou após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme a resolução de 196/96 do conselho nacional de saúde, o relato do caso ocorreu após aprovação do CEP Secretaria Municipal de São Paulo em 10/07/2014 sob o nº 003498. Os curativos eram realizados diariamente, através de limpeza com soro fisiológico 0,9% juntamente com antisséptico degermante a base de clorexidine 2%, cobertura primária com hidrofibra impregnada com prata, gaze e atadura crepe como cobertura secundária.

**Resultados:** Sr. A.R.S, 39 anos, sexo masculino, desempregado, com histórico de doença de Crohn há 24 meses, tratamento intermitente com corticosteroides, chegou ao Hospital, com queixa de dor em membros inferiores, febre, edema e “aparecimento de bolhas” no membro inferior esquerdo, hemograma infeccioso, após início da terapia antimicrobiana houve o rompimento espontâneo das lesões bolhosas e aparecimento de tecido necrótico em joelho esquerdo, comprimento (C) 10cm, largura (L) 8cm e profundidade (P) 0 cm e face anterior da tibia estendendo-se ao dorso do pé esquerdo C: 30cm, L: 12cm e P: 0,3 cm. A comissão de curativos multidisciplinar ficou responsável pela reabilitação tecidual do paciente, O primeiro curativo foi realizado com alginato de cálcio e sódio, porém a lesão não respondeu ao tratamento, apresentando grande quantidade de tecido inviável (fibrina). A cobertura primária foi substituída por hidrofibra impregnada com prata. Após a primeira aplicação da hidrofibra impregnada com prata foi observada, redução do edema local de 3+/4+ remoção de 30% do tecido desvitalizado fibrinoso e aparecimento de pontos de epiteliação em 20% da lesão. Com melhora da lesão, os curativos passaram a ser realizados duas vezes por semana e após cinco semanas o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Em quinze dias de tratamento ambulatorial, as lesões apresentavam-se 90% epiteliada, 10% de tecido de granulação de qualidade, redução total do edema, e o paciente iniciava o retorno à suas atividades da vida diária.

**Conclusão:** O uso da terapia tópica antimicrobiana associada à terapia sistêmica contribuíram para reestabelecer a cura e evitar complicações ao paciente. Porém isso não seria possível se não houvesse a união da equipe multiprofissional.

## Referências bibliográficas

- 1 – Habr-Gama A, Cerski CTS, Moreira JPT et al. **Doença de Crohn intestinal: manejo.** Rev Assoc Med Bras 2011; 57(1):10-13
- 2 – Bernardes CHA, Augusto JCA, Lopes LTC et al. **Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. An bras Dermatol,** Rio de Janeiro, 77(5):605-609, set/out. 2002. o da equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar.



## TRATAMENTO DE FERIDAS OPERATÓRIAS ABDOMINAIS INFECTADAS: REVISÃO DE LITERATURA

Kelly Monteiro dos Santos<sup>1</sup>; Millena Carla da Silva Mesquita<sup>1</sup>; Joanna Francyne Silva de Barros<sup>1</sup>; Emmanuellachrys da Silva Bomfim<sup>1</sup>; Solange Queiroga Serrano<sup>2</sup>

**Introdução:** A ferida operatória é considerada uma complicação biológica que tem tendência à regressão espontânea. Alguns fatores podem afetar o processo de cicatrização, como a infecção, que é um tema muito debatido entre enfermeiros, pois o tempo causado pela permanência hospitalar de um paciente devido ao retardo na cicatrização da pele tem sido foco em diferentes contextos na área da saúde. Sendo a pele o maior órgão do corpo humano a escolha correta das coberturas utilizadas é imprescindível. Com isso, faz-se necessário a compreensão dos recursos terapêuticos devido à diversidade de materiais disponíveis para aplicação, que diminua o tempo de hospitalização do paciente, promova uma melhor qualidade de vida e agilidade na manutenção da integridade da pele. **Objetivo:** Identificar os tipos de coberturas mais utilizadas no tratamento de feridas operatórias abdominais infectadas. **Metodologia:** O estudo consistiu de uma pesquisa bibliográfica onde foi realizada uma consulta à base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde, indexadas as bases de dados do LILACS e MEDLINE, com os seguintes descritores: cirurgia abdominal, cicatrização e tratamento. Foram considerados apenas artigos publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais; compreendidos entre os anos de 2010 a 2014 e disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram encontrados 30 artigos e, destes, 9 foram utilizados por se enquadrar com o objetivo proposto. **Resultados:** A amostra foi composta por 9 artigos completos, sendo 2 revisão sistemática, 3 ensaios randomizados, 2 caso-controle, 2 estudos prospectivos multicêntricos. Em relação aos países de origem houve uma predominância dos estudos realizados nos EUA com 5 artigos. Em relação aos curativos, foram encontrados 3 tipos diferentes, onde a prevalência foi no uso do curativo a vácuo com pressão negativa. **Conclusão:** O presente estudo mostrou uma maior prevalência do curativo a vácuo ou terapia de pressão negativa, que configurou como uma das melhores opções no tratamento de feridas abdominais infectadas. Contudo, os autores sugerem a elaboração de novas pesquisas, tendo em vista que essa terapia exige tecnologia e profissionais treinados, para que se possa avaliar a viabilidade e efetividade da terapia.

Palavras chave: Cirurgia Abdominal, Cicatrização e Tratamento

**Referências:** Caro, A; Olona, C; Jiménez, A; Vadillo, J; Feliu, F; Vicente, V. Treatment of the open abdomen with negative pressure therapy: a retrospective study of 46 cases. *Int Wound J*; 8(3):274-9, 2011.  
Mess, J; Mardin, WA; Senninger, N; Bruewer, M; Palmes, D; Mess, ST. Treatment options for postoperatively infected abdominal wall wounds healing by secondary intention. *Langenbecks Arch Surg*; 397(8): 1359-66, 2012.  
Duteille, F; Rouif, M; Alfandari, B; Andreoletti, JB; Sinna, R; Laurent, B; Perrot, P. Reduction of skin closure time without loss of healing quality: a multicenter prospective study in 100 patients comparing the use of insorb absorbable staples with absorbable thread for dermal suture. *Surg Innov*; 20(1): 70-3, 2013.  
Silva, CG; Crosseti, MGO. Curativos para tratamento de feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*; 33(3): 182-189, 2012.

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco; Email: kellymonteiro.ufpe@gmail.com

<sup>2</sup>Professora Assistente do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco.

# TRATAMENTO DE LESÃO PÓS-AMPUTAÇÃO COM DEISCÊNCIA COM POMADA GEL A BASE DE H2O E CLORETO DE SÓDIO A 20% EM PACIENTE COM DM

Regina Maciel Correa, Silvia Maria Zaitune e Elaine Alboledo Monteiro

O propósito deste trabalho foi avaliar sobre as opções terapêuticas para o tratamento do pé diabético e o papel do enfermeiro diante desta complicação crônica.

Entre as modalidades terapêuticas utilizadas para o tratamento do pé diabético identificou-se o desbridamento e a revascularização das lesões, o uso dos fatores de crescimento e da oxigenoterapia; porém a amputação do pé/perna tem se caracterizado como o tratamento mais freqüente, em decorrência do estágio avançado da doença, na maioria dos casos.

A partir da indicação do tratamento mais adequado, tendo em vista o atendimento integral das necessidades do diabético, o enfermeiro tem papel fundamental na realização de curativos diários nas lesões dos pés, na avaliação clínica da cicatrização, na assistência durante o período perioperatório, em casos de amputações, como também na assistência emocional aos pacientes e familiares.

O diabetes mellitus (DM) é um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. É uma doença crônica e se caracteriza por uma variedade de complicações, entre as quais se destaca o pé diabético, considerado um problema grave e com conseqüências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputação de dedos, pés ou pernas (1).

Estima-se que, em nível global, a prevalência do DM seja em torno de 120 milhões de indivíduos, e que de 4 a 10% destes desenvolvam lesões nos pés (2). Trata-se de uma complicação que ocorre, em média, após 10 anos de evolução dessa doença, tornando-se a causa mais comum de amputações não traumáticas (3). O pé diabético é uma das mais graves e onerosas complicações do DM e a amputação de uma extremidade inferior ou parte dela é geralmente conseqüência de uma úlcera no pé (4)

Estudo descritivo, relato de caso realizado no ambulatório de estomaterapia do HOSPITAL REGIONAL DR. VIVALDO MARTINS SIMÕES. Regional de Osasco São Paulo. Paciente PHC, 41 anos, DM há 16 anos em uso de metiformina 850mg 2X/dia, HAS há 16 anos em uso de losartana 50mg 1X/dia, amputação dos artelhos há 3 meses, evoluindo com deiscência.

Após a avaliação vascular em 02/08 iniciado curativo diário com colagenase. Em 19/08/2014, sem melhora da lesão feita nova avaliação e realizado limpeza da lesão com SF A 0,9% morno e início do tratamento com hipergel (pomada gel a base de H2O, cloreto de sódio a 20% e goma xantana) com objetivo de amolecimento e remoção de necrose e esfacelos é hiperosmolar, com troca diária na residência, vindo 1 X / semana no ambulatório para acompanhamento e avaliação da enfermeira. Durante o tratamento já na primeira semana observou-se a redução de esfacelos e da queratose e redução das medidas da lesão

**Resultados:** O tratamento está em continuidade, mas semanalmente nas avaliações no ambulatório tem-se observado com a utilização do gel com cloreto de sódio a 20%, ausência de esfacelos, a redução das medidas na lesão e favorecendo o processo de cicatrização

**Conclusão:** A utilização do gel com cloreto de sódio a 20%, apresentou um resultado mais rápido na remoção de tecido necrótico comparado a pomada utilizada no início do tratamento além de propiciar ambiente adequado para promover a cicatrização por ser composta de pomada gel a base de H2O. A atualização da enfermagem é fundamental e constante para o tratamento de lesões visando o alcance do objetivo de tratamento e a redução de custos aliado a melhoria da qualidade da assistência e reforça também a necessidade do enfermeiro buscar constantemente novas tecnologias

## Referências:

1. Macedo G, Pedrosa HC, Ribeiro JF. Abordagem clínica e terapêutica do pé diabético. In: Vilar L, organizador. Endocrinologia Clínica. 2a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p. 671-685.
2. Brasileiro JL, Oliveira WTP, Monteiro LB, Chen J, Pinho Jr. EL, Molkenthin S, et al. Pé diabético: aspectos clínicos. J Vasc Bras. 2005;4(1):11-21.
3. Milman MHSA, Leme CBM, Borelli DT, Kater FR, Baccili ECDC, Rocha RCM, Senger MH. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001;45(5):447-451.
4. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Diretrizes Práticas: Abordagem e prevenção do pé diabético. Brasília; 2001.

## TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA COM COBERTURAS INDUSTRIALIZADAS: RELATO DE CASO

### Autores

Diego Bonil de Almeida<sup>1</sup>, Julio Cesar Bernardes Silva<sup>2</sup>, Nadia Antonia Aparecida Poletti<sup>3</sup>, Rosana Marcelino Braz<sup>4</sup>, Nelci Conceição Moura<sup>5</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>6</sup>

**Introdução:** As úlceras venosas são feridas crônicas e estão relacionadas com a hipertensão venosa dos membros inferiores em sua grande maioria e representam de 80 a 90% das úlceras de perna e elas necessitam de um cuidado específico, com uma equipe capacitada para tratar essas lesões. Nesse panorama destaca-se o tratamento com hidrogel enriquecido com alginato. O hidrogel mantém o meio úmido, possibilitando o desbridamento autolítico, através do rolamento dos macrófagos, e promovendo a epitelização. Os produtos a base de AGE agem aumentando a resposta imune e o processo inflamatório, estimulando a cicatrização através da angiogênese e a epitelização. O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia de uma associação de hidrogel com alginato e hidrogel com AGE na cicatrização de uma úlcera venosa. **Metodologia:** Para atender ao objetivo proposto foi realizado um estudo de caso no período de julho a outubro de 2013 no ambulatório de feridas. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a paciente foi submetida ao tratamento com o Debrigel AlgCa® e o ReviAGE®, associados a tela não aderente AGE Derm Compress®. **Relato de Caso:** Paciente L.A.P.M, sexo feminino, 71 anos, residente na cidade de Cedral, viúva, aposentada, do lar, primeiro grau incompleto, católica. Frequenta o Ambulatório de Feridas. Apresenta duas úlceras venosas crônicas, uma no MID e uma no MIE, recorrentes. A lesão do maléolo medial do MIE estava medindo 12 cm de comprimento por 12,5cm de largura, apresentava tecido desvitalizado e pontos de tecido necrótico. A lesão no MID estava mensurando 5,5 cm de comprimento por 3,5cm de largura, com tecido misto (granulação opaco e desvitalizado). Durante o atendimento a paciente relata dor intensa, principalmente quando o curativo é manipulado. No dia 31/07/13 foi iniciado o tratamento da lesão com Debrigel AlgCa® em lesão em MIE e ReviAGE® em MID, ambos curativos foram associados a AGE Derm Compress®. A paciente retornou ao ambulatório em 20 dias, onde podemos observar uma redução da mensuração da lesão, melhora no tecido e principalmente redução da dor local. Na consulta de enfermagem do dia 23/10/2013 a lesão do MID estava totalmente cicatrizada. Já a lesão do MIE mensurava 7 cm de comprimento e 7 cm de largura. O tecido em quase toda sua extensão era de granulação vermelho vivo brilhante com pontos esbranquiçados e isquemia na borda interna. O tratamento não teve continuidade porque cliente mudou-se de cidade, não possibilitando mais atendimentos. **Conclusão:** O uso de Debrigel AlgCa®, ReviAGE® associados a AGE Derm Compress® no tratamento de úlcera venosa nos MMII, proporcionou: redução da dor, otimizou o desbridamento do tecido necrótico em 20 dias pela manutenção da umidade no leito da ferida. Houve uma significativa diminuição de lesão em MIE e cicatrização de lesão em MID em cerca de 50 dias.

### Referências Bibliográficas:

- 1- Costa, DR. Hidrogéis de PVA-NaCMC para aplicação em curativos. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola Politécnica, 2012.
- 2- Mandelbaum SH, Santis EPD, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte II. Na Brás Dermatol, Rio de Janeiro, 78(5):525-542, set./out. 2003.

1- Enfermeiro da Unimed São José do Rio Preto, docente em Saúde Pública da Unilago, mestrando da FAMERP, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia na FAMERP; email: Diego.bonil@hotmail.com  
2- Enfermeiro da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia da FAMERP;  
3- Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP;  
4- Enfermeira Trainee da Unimed São José do Rio Preto; 5- Enfermeira da Helianto LTDA; 6- Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela FAMERP.

## TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DE UMA ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO

Aline de Souza Menezes Bertanha<sup>1</sup>  
Desirré Mathias Pinheiro da Silva<sup>1</sup>  
Lívia Silva Firmino dos Santos<sup>2</sup>  
Simone Fátima de Azevedo<sup>1</sup>

**Introdução:** As úlceras tem se demonstrado como um sério problema de saúde pública no Brasil. A cronicidade das úlceras venosas requer acompanhamento minucioso dos pacientes junto à Instituição de Saúde, envolvendo equipe multidisciplinar, curativos freqüentes, avaliação da úlcera e reavaliações da terapia instituída. Para cuidar de um paciente com feridas é preciso compreender um grande processo de observar, interagir e aprofundar conhecimentos científicos com enfoque holístico. **Objetivo:** Descrever a evolução de uma úlcera venosa, tratada em uma Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso realizado em um Ambulatório localizado no Município de Petrópolis/RJ. Os preceitos éticos e legais da Resolução Nº 466/12 foi seguido e os dados foram coletados do prontuário e através do arquivo fotográfico foi possível observar a evolução da lesão. **Resultados:** FMR, 60 anos, sexo feminino, hipertensa em tratamento, portadora de úlcera venosa em MID, iniciou tratamento em outubro/2012, onde a ferida apresentava 10cmx5cm, paciente permaneceu durante 11 meses realizando terapia tópica com soro fisiológico a 0,9%, clorexidine degermante, óleo AGE, papaína a 4% e a 10%, sulfadiazina de prata, fitoscar tópica e colagenase. Passou por 2 processos de internação hospitalar com infecção por pseudomonas, neste período obteve pouca melhora. Em agosto/2013 apresentou lesão de 10cmx8cm. Iniciou tratamento compressivo com Bota de Unna em setembro/2013, onde foi possível perceber evolução positiva, em janeiro/2014 a úlcera reduziu para 7cmx2, 5 cm. O tratamento com Bota de Unna permaneceu durante 7 meses, e em março/2014 a lesão evoluiu para fase de epitelização e em abril/2014 houve o fechamento da úlcera. **Conclusão:** Através do cuidado de enfermagem especializado, atuação de uma equipe multidisciplinar e o uso da terapia compressiva foi possível alcançar a cicatrização da úlcera, porém é preciso acompanhar o paciente após a cicatrização a fim de prevenir novas lesões.

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas.** Brasília, DF: MS, 2002.
2. Yamada BFA. Úlceras venosas. In: Jorge AS, Dantas SRPE, organizadoras. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 247-59.
3. Gatti MAN, Vieira LM, Barraviera B, Barraviera SRCS. Treatment of venous ulcers with fibrin sealant derived from snake venom. *J. Venom. Anim. Toxins incl. Trop. Dis [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 24]. vol. 17, n.2, pp. 226-229. ISSN 1678-9199. 2 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-91992011000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-91992011000200015&script=sci_arttext)*

1. Estudante de Graduação em Enfermagem pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto, Petrópolis – RJ;  
2. Docente da Faculdade Arthur Sá Earp Neto, Petrópolis – RJ;

## TRATAMENTO TERAPEUTICO de EMBOLIA CÚTIS MEDICAMENTOSA: RELATO DE CASO

*Luciana de Jesus Tassoni<sup>1</sup>  
Aparecida Eliane dos Reis<sup>2</sup>*

**Introdução:** A Embolia Cútis Medicamentosa é um evento adverso raro decorrente da administração de medicamentos por via intramuscular; dentre os quais inclui-se os produtos de veículos aquoso, antigripais e antiinflamatórios não esteroidais (AINE), entre outros. A Síndrome se manifesta com uma grave reação tecidual no local da injeção de aparecimento imediato ou tardio, caracterizada por dor aguda intensa, inflamação subcutânea, intramuscular e necrose tecidual no local da administração da injeção. Apresenta sequelas potencialmente devastadoras, podendo desencadear prejuízos diretos ao usuário ou a terapêutica instituída. **Objetivo:** Relatar o tratamento e a evolução de um caso de lesão por Embolia Cútis Medicamentosa em região deltoideana causada pela administração intramuscular de corticoide e associações de óleo essenciais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em uma enfermaria do Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis - SP e residencial, no período de setembro de 2014 até o presente momento. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e autorização para registros fotográficos esclarecimento ao usuário foi submetido ao tratamento. Esta pesquisa é parte de um projeto mãe que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP sob o número CAAE 04194712.8.0000.5415. **Resultados e Discussão:** Cliente, 64 anos, sexo masculino, hipertenso com bronquite, internado na instituição no dia 12/09/2014, relatando que no dia 03/09/2014 em uma cidade do interior de Mato Grosso do Sul, após a administração intramuscular com corticoide e associações de óleo essenciais, para o alívio de um quadro gripal e sintomas de bronquite, referiu incomodo com extrema dor local, acompanhado de reação inflamatória, pressão, logo seguida de dormência e com presença de hiperemia, associada ao surgimento de área necrose circunscrita em região deltoideana. Foi então, admitido no Hospital de Ensino Santa Casa de Fernandópolis, onde realizou Ultrassonografia com o seguinte resultado: articulações do Membro superior esquerdo (MSE), sem alterações, no exame médico foi constatado necrose de MSE associado a abscesso e celulite em deltoide E, quando foi medicado com Ciprofloxacino e Clindamicina. O tratamento foi acompanhado com cuidados terapêuticos locais diário (papaína 5% e 3%) e antibioticoterapia sistêmica e execução de desbridamento cirúrgico pelo cirurgião. Este tratamento vem apresentando resultado satisfatório, com a cicatrização parcial da lesão até o momento e proporcionando ao cliente o alívio da dor e melhora da qualidade de vida. **Conclusão:** Considerando o fato de que não há um padrão estabelecido para o tratamento de Embolia Cútis Medicamentosa, é importante os métodos profiláticos: evitar injeções de substâncias cáusticas e/ou oleosas no músculo deltoide ou observar o sítio adequado de aplicação de uma técnica correta de injeção para minimizar os fatores de risco.

**Descritores:** Síndrome de Nicolau, acidente por injeção intramuscular, infiltração e embolia cútis medicamentosa.

### Referências:

1. Duque, FLV; Chagas, CAA. Acidente por injeção medicamentosa no músculo deltoide: lesões locais e à distancia, revisão de 32 casos. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 8 n. 3; 2009.
2. Silva, AMM; Ton, A; Loureiro, TF; Agrizzi, BL. Síndrome de Nicolau de desenvolvimento tardio - Relato de caso. *An. Bras. Dermatol.* 2011;86(1):157-9.
3. Hoefler, R.; Menezes, ES. Diclofenaco intramuscular: medicamento perigoso ou uso abusivo?. *Boletim Farmacoterapêutica.* Ano X. n. 04. jul-set/2005.

# TRATAMENTO TÓPICO DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA POR EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

*Treatment by team multidisciplinary epidermolysis bullosa: a systematic review*

Daniele Aguiar de Souza Andrade<sup>1</sup>, Renato Ribeiro Nogueira Ferraz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estácio de Sá – São Paulo – SP. <sup>2</sup>Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GS) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo – SP.

## RESUMO

**Introdução:**A epidermólise bolhosa refere-se a um grupo raro de doenças cutâneas hereditárias e é caracterizada por pele frágil, na qual lesões que geralmente contêm fluido (vesículas), que se desenvolvem após trauma mínimo. Conhecer e revisar as formas de cuidado na realização dos curativos torna-se importante tendo em vista a complexidade da doença. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática com o intuito de verificar qual forma de tratamento com curativos pela enfermagem mostrou-se mais eficaz, apresentando melhora significativa nas lesões. **Método:**Foi feita uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed/MEDLINE, no período de fevereiro de 2013. **Resultados:**Foram incluídos na avaliação apenas quatro artigos, que efetivamente comparavam os resultados entre tratamentos com curativos pela equipe de enfermagem. **Conclusão:**A atuação da equipe multidisciplinar e o uso de coberturas antiaderentes são essenciais para a melhora nas lesões. As coberturas não aderentes à base de substância polimérica possuem melhor capacidade de absorção do excesso de exsudato e promovem o desbridamento autolítico.

**Palavras-chave:**Gestão em Saúde.Epidermólise bolhosa.Enfermagem.Dermatologia. Coberturas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Bullosa epidermolysis refers to a group of rare inherited skin diseases and is characterized by fragile skin where lesions usually containing fluid, develop following minor trauma. To review the forms of care in performing the dressing is important in view of the complexity of the disease. **Objective:** To conduct a systematic review in order to find what form of curative treatment by nursing proved more effective with significant improvement in the lesions. **Method:** A literature search was performed in PubMed/MEDLINE database, from February 2013. **Results:** We included only four review articles, which effectively comparing the results between treatments with curative by the nursing staff. **Conclusion:** The role of the multidisciplinary team and the use of non-stick covers are essential to the improvement in the lesions. Non-adherent coverage of the base polymer material has improved ability to absorb exudates and promote autolytic debridement.

**Keywords:** Management in Health. Bullosa Epidermolysis. Nursing. Dermatology. Skin Coverage.

## REFERÊNCIAS

- BOEIRA, Vanessa Lys Simas Yamakawa. Epidermólise bolhosa hereditária: revisão de literatura. Rev. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.
- VERGARA, Enrique; SOLAQUE, Henry. Pseudosindactilia en epidermolisis bullosa Rev. Fac. Med. (Bogotá); v. 57, n.3, p.274-280, 2009.
- SAMPAIO, Rivitti. Doenças Bolhosas Hereditárias. Dermatologia, 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. Pp. 787-94.
- SANTOS, Ana Sofia Fernandes. Dissertação – Artigo tipo Case Report Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto. Porto, Portugal, 2010.
- ANGELO, Marla Mônica Fagundes Cardoso; FRANÇA, Diurianne Caroline de Campos; LAGO, Daniely Beatrice Ribeiro; VOLPATO, Luiz Evaristo Ricci. Manifestações Clínicas da Epidermólise Bolhosa: Revisão De Literatura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, n.12, p.135-142, 2012.
- SEABRA, Luciana; PALERMO, Melissa; Avaliação Comparativa Entre Membrana Polimérica e Gaze Vaselina no Tratamento das Lesões por Epidermólise Bolhosa Distrófica. Recomed Trading Ltda. www.recomedtrading.com.br. Publicação 2011 acessado em 22/02/2014 às 05:00.
- CÔRTEZ, Júlia Gomes; DI PIERO, Karina Chamma; LIM, Chan; FERNANDES, Nurimar. Abordagem da úlcera de difícil cicatrização na epidermólise bolhosa. Trabalho apresentado no 67º. Congresso da Sociedade Brasileira de Dermatologia, Rio de Janeiro – Set/2012. Acessado em 24/02/2014 <http://www.dermato.med.br/ufjrj2012/2012-Epidermolise-bolhosa.pdf>.

## TROCAS DE SONDAS ENTERAIS EM DOMICILIO, UMA ANALISE DOS CUSTOS E ALTERNATIVA PARA REDUÇÃO DE DESPESAS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Introdução: Com o crescente numero de idosos no Brasil, assim como o avanço das modalidades de atendimento domiciliar e hospitalar, é frequente o contato com pacientes que necessitam de dieta enteral, sendo esta administradas via sondas nasogastricas, nasoentéricas ou ainda por estomas. O Conselho Federal de Enfermagem publicou a Resolução 162 em 1993 que dispõe sobre a administração da nutrição parenteral e enteral sendo que nesta última cabe ao enfermeiro, dentre outras atribuições, introduzir a sonda(1). É inegável a contribuição do avanço tecnológico na saúde, bem como as preocupações com seus custos por partes dos gestores de instituições de saúde, uma vez que o atendimento domiciliar envolve profissionais de diversas áreas de atuação, envolvendo custos adicionais como o deslocamento da equipe. Diante deste cenário o estudo tem como objetivo analisar os custos envolvidos com a troca de sondas enterais e identificar alternativa para redução das despesas com trocas não programadas. Materiais e Métodos: Estudo descritivo, quantitativo, nos moldes de estudo de caso, para levantar o custo envolvido na troca não programada de sonda enteral em um serviço publico de atendimento domiciliar. Os dados considerados foram o tempo despendido para a intervenção x salário dos colaboradores, bem como a média de combustível consumido para o deslocamento desta equipe. Resultados: Os custos relacionados aos profissionais diretamente envolvidos na intervenção por 1 hora, (tempo médio gasto para o deslocamento e recolocação da sonda enteral) foram de R\$20,69 para a enfermeira, R\$7,50 para o motorista e R\$ 8,67 totalizando um investimento de R\$ 36,86 para a realização de uma recolocação de sonda enteral não programada pelo serviço de atenção domiciliar. A alternativa identificada para minimizar estes eventos, reduzindo assim os custos, foi o uso de um fixador específico para sondas enterais e gástricas, cujo custo médio é de R\$8,00 com permanência média de 5 dias. Discussão: Não existem dados nacionais indicando o numero de pessoas que fazem uso de sondas entéricas para alimentação, porém a sondagem é um procedimento amplamente utilizado pelos profissionais de saúde promovendo alimentação ou drenagem de conteúdo gástrico. A retirada acidental da sonda entérica é a complicação mais comum relacionada ao uso deste dispositivo(2) que envolve ainda o trauma causado pela retirada, o risco de aspiração, lesão de pele e ulcerações da narina. Os custos desprendidos com esta atividade, retira um automóvel, motorista e enfermeira das atividades previamente programadas, prejudicam o desenvolvimento do trabalho em domicilio. Desta maneira o enfermeiro se torna peça fundamental na análise e beneficio das tecnologias existentes na instituição e a substituição daquelas que se tornarem demasiadamente dispendiosas, praticando um gerenciamento responsável de custos e qualidade no serviço, gerando maior segurança ao paciente e equipe envolvida no cuidado.

### Bibliografia:

- 1 – Unamuno MRDL, Marchini JS. Sonda nasogastrica/nasoentérica: cuidado na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina (Ribeirão Preto)
- 2 – Graciano RDM; Ferretti REL; Nutrição enteral em idosos na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência de fatores associados. Geriatria & Gerontologia. 2008;2(4):151-155
- 3 –Malta MB, Pereira APA, Geraldo RRC, Nishihara SCR, Soriano EA, Navarro AM  
INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM UM PACIENTE GRAVEMENTE QUEIMADO: ESTUDO DE CASO. Rev. Simbio-Logias, V.1 , n.2 , Nov/2008.

# TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: A IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Instituição: Universidade Anhanguera/ UNION Unidade Maria Cândida.

Contato: E-mail: sandramariaenf@ig.com.br

## Autoras:

- Carla Fernanda de Miranda Rodrigues - Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup> e Especialista na Graduação de Enfermagem
- Elizia Esther Calixto Paiva - Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup>, Mestranda na Graduação de Enfermagem
- Luciení Narciso de Souza - Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup> e Especialista na Graduação de Enfermagem
- Marli Reinado Barbosa – Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup>, Mestre e Coord. na Graduação de Enfermagem
- **Sandra Maria da Penha Conceição – Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup>, Mestranda na Graduação de Enfermagem**
- Suely Rodrigues de Aquino Silva - Enf<sup>a</sup>, Prof<sup>a</sup>, Mestranda na Graduação de Enfermagem

## RESUMO

**Introdução:** A Trombose Venosa Profunda é uma patologia grave de grande incidência que pode interferir na qualidade de vida do doente, pois gera repercussões negativas na esfera social e econômica. A decisão quanto ao tratamento e orientações para prevenção da TVP exige conhecimento técnico do enfermeiro. É fundamental para esses profissionais atualizarem os conhecimentos sobre esse assunto, pois a construção de pesquisa é dinâmica e, constantemente, novos conhecimentos são incorporados ou descartados quando ultrapassados. O **objetivo** deste trabalho é propor ações preventivas de enfermagem para evitar que o doente tenha as complicações associadas à Trombose Venosa Profunda. **Metodologia** Pesquisa qualitativa realizada por revisão bibliográfica, levantado 20 artigos de base, BVS, Scielo, COFEN, Bireme, Ministério da Saúde. Artigos gratuitos e brasileiros na íntegra. **Discussão:** O diagnóstico precoce é fundamental para prevenção de agravamentos desta patologia, ele baseia-se na história clínica completa, exame físico com identificação dos sinais e sintomas e exame complementar para analisar estrutura e função do sistema venoso. **Considerações Finais:** O tratamento é direcionado para obter ações preventivas e evitar complicações. Os avanços no conhecimento sobre o tratamento de TVP têm permitido a integralidade do cuidado, busca pela autonomia do doente e ênfase na qualidade da assistência para favorecer a relação custo benefício.

**Palavras chave:** Trombose Venosa central; Assistência de Enfermagem; Prevenção.



## ÚLCERA POR PRESSÃO CEFÁLICA EM PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE CASO

Carla Maria Fonseca Simão<sup>1</sup>, Renata da Cunha<sup>2</sup>, Diego Bonil de Almeida<sup>3</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>4</sup>, Carlos Eduardo Dall Aglio Rocha<sup>5</sup>, Nádia Antônia Aparecida Poletti<sup>6</sup>.

A Craniotomia Descompressiva é uma cirurgia que visa à redução imediata da pressão intracraniana. O procedimento cirúrgico consiste geralmente em Craniotomia unilateral e ampliação do espaço intradural por meio de plástica da dura-máter para acomodar o cérebro tumefeito e o osso pode ser alojado temporariamente no tecido celular subcutâneo abdominal<sup>1</sup>. Esse perfil de paciente exige cuidados críticos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e apresentam alto risco para o desenvolvimento de Úlcera por Pressão (UPP). Ressalta-se que a presença de UPP na cabeça neste caso, deve ser cuidadosamente avaliada e a escolha do curativo a ser utilizado é fundamental para a evolução não apenas da ferida, mas do paciente como um todo. Neste contexto, este estudo tem por objetivo relatar o caso de uma paciente em pós-operatório (PO) de Craniotomia Descompressiva que desenvolveu Úlcera por Pressão necrótica na região cefálica. Trata-se de um relato de caso, realizado no período de Agosto de 2013 à Maio de 2014, em um hospital escola de porte extra do interior do Estado de São Paulo. Este trabalho faz parte de um Projeto Mãe aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 04194712800005415. Paciente D.P., sexo feminino, 32 anos, diagnóstico de Aneurisma Cerebral Roto, doenças de base desconhecidas, foi realizado Embolização do Aneurisma e 24 horas após, cirurgia de Craniotomia Descompressiva. Permaneceu internada 18 dias na Unidade de Terapia Intensiva e as medidas preventivas para UPP foram realizadas conforme protocolo institucional. No 7º dia de PO foi observada área de isquemia na região parietal E que evoluiu para UPP necrótica seca comprometendo toda a área onde a calota craniana foi removida. Considerando as orientações para tratamento de UPP necrótica em áreas com pouco tecido adiposo recomendadas pelas Guidelines do EPUAP<sup>2</sup>, e considerando a ausência óssea, optou-se pelo tratamento da lesão enfocando a prevenção de infecção e o desbridamento autolítico, sendo orientada a limpeza local 3x/dia com SF0,9% e Clorexidina Degermante, visando a descolonização da área, e após enxágue abundante, hidratação com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) em óleo, sendo a lesão mantida ocluída. Após a alta, a paciente foi orientada a realizar higiene local com água e sabão ou shampoo e curativo oclusivo 3x/dia com AGE óleo, o acompanhamento foi mensal por meio de consulta médica ambulatorial. Após 9 meses de acompanhamento, a paciente apresentou remoção completa da necrose e epitelização total da área. A necrose permaneceu seca, sem sinais de infecção durante todo o tratamento e regrediu lentamente das bordas para o centro, se desprendendo à medida que a lesão fora epitelizando. Concluiu-se que o tratamento proposto foi efetivo por ter alcançado a cicatrização completa da lesão, mesmo que à longo prazo, sem ter exposto a paciente a um risco maior de deiscência de sutura com conseqüente exposição da meninge e outras complicações, que poderiam ocorrer mais facilmente caso a necrose fosse desbridada quimicamente. Ressalta-se a importância da avaliação do paciente como um todo, devendo o enfermeiro estar atento ao método de desbridamento a ser escolhido e suas implicações para o indivíduo.

**Referências:** 1. Faleiro, RM, et AL. Craniotomia Descompressiva para Tratamento Precoce da Hipertensão Intracraniana Traumática. Arq. Neuropsiquiatr. 2005; 63 (2 – B): 508-513.

2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Disponível em : <http://www.epuap.org/guidelines/> . Acesso em: 30 de Agosto de 2014.

1. Enfermeira Mestre pela EERP – USP Ribeirão Preto, Especialista em Dermatologia e Estomaterapia pela FAMERP, integrante da equipe de Neurocirurgia e coordenadora do Grupo de Curativo do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Email para contato: carlamfs@hotmail.com
2. Enfermeira assistencial e integrante do Grupo de Curativo do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com Aperfeiçoamento em Estomaterapia pela FAMERP.
3. Enfermeiro da UNIMED de São José do Rio Preto, Mestrando pela FAMERP e Aperfeiçoamento em Enfermagem em Feridas pela FAMERP.
4. Enfermeira Aperfeiçoanda em Feridas pela FAMERP.
5. Médico especialista em Neurocirurgia Funcional pela USP-SP, integrante do Centro do Cérebro e Coluna de São José do Rio Preto e integrante da equipe de Neurocirurgia do Hospital de Base de São José do Rio Preto.
6. Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP.

## ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES QUE FALECERAM EM HOSPITAL: CIRCUNSTÂNCIAS CLÍNICAS E CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA

Nathalia Angelo de Oliveira 1; Maria Helena Larcher Caliri 2

As úlceras por pressão (UP) ocorrem em decorrência de vários fatores intrínsecos ou extrínsecos ao paciente, modificáveis ou não. Podem ser consequência ou causa de complicações clínicas e muitas vezes são associadas ao óbito. Os objetivos da pesquisa foram investigar as características de pacientes admitidos com úlcera por pressão que foram a óbito em hospitais de ensino universitário e as ações utilizadas para manejo da úlcera. Estudo de natureza descritiva e retrospectiva, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 22349013400005393), desenvolvido pela análise documental dos prontuários de 21 pacientes que foram a óbito no período de 2010 a 2012 e que apresentavam UP como diagnóstico principal na admissão. Os dados foram coletados utilizando um roteiro construído e validado em estudo piloto. A maioria era do sexo masculino (57%), brancos (76,2%) casados (57%). A idade mínima foi de 30 anos, a máxima 96 anos, média de 69,9 anos (DP 17,4). O nível de escolaridade mais frequente foi 1º grau completo (71,4%), 81% eram residentes em Ribeirão Preto e 66,6% aposentados. A maioria (85,7%) foi admitida pela Sala de Urgência e o motivo mais frequente da admissão foi UP infectada (33,3%). Dentre os 26 diagnósticos médicos secundários, os mais frequentes foram doenças cerebrovasculares (8) e sepse (8). O tempo de internação variou entre 1 a 136 dias com média individual de 23,9 dias (DP 40,77). Para os que tiveram necrópsia (15) as causas da morte registradas com maior frequência foram choque séptico (40%) e sepse (40%). Em 19 (90,47%) prontuários, no registro da admissão do paciente foi anotada a presença da UP. Das 34 UP registradas, 15 (44,2%) eram na região sacral, 10 (29,4%) no trocânter do fêmur, 6 (17,6%) nos calcâneos, 2 (5,8) nos joelhos e 1 (3%) na região da panturrilha. Quanto as anotações sobre a classificação das UP, dimensões e características do leito da ferida as informações eram escassas. Somente para 7 (20,58%) das UP havia registros da classificação sendo mais frequente o estágio III. Para 5 UP havia registro da dimensão e 8 foram descritas com presença necrose e odor fétido. Na análise dos 21 prontuários identificou-se realização de desbridamento cirúrgico (5) e desbridamento instrumental (2). Quanto a terapia tópica, identificou-se 61 anotações de enfermagem de "realização de curativo" sem qualquer descrição do local, classificação, características do leito da ferida ou produto utilizado. Outras 33 anotações tinham registro do local da úlcera, 36 tinham a classificação e 62 registraram a característica principal do leito da ferida sendo mais comum a necrose. Foram utilizados na terapia tópica: AGE com vitaminas A e E (146), hidrogel (72), hidrogel com alginato (71), hidrocolóide (59) papaína (20), gaze algodoadada (21), sulfadiazina de prata (13) e filme de poliuretano (12). Mudança de decúbito foi registrada em prontuários de 8 pacientes e elevação de calcâneos em 2. Conclui-se que os indivíduos tinham processos patológicos complexos, eram na maioria idosos, foram a óbito por infecção e que não houve sistematização da assistência para controle dos fatores de risco e ao cuidado da UP.

1 Aluna de Graduação em Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica, Bolsista do CNPq

2 Enfermeira, Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. E mail: mhcaliri@eerp.usp.br

## USO DA GAZE COM PHMB NO TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO

Fernanda Matheus Estrela<sup>1</sup>, Ana Passos<sup>2</sup>, Mariana do Valle Meira<sup>3</sup>, Eliene Coutinho<sup>4</sup>, Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima<sup>5</sup>, Daniela de Novais Miranda<sup>6</sup>

### Resumo:

As úlceras por pressão (UP) são lesões que se localizam na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, representam um problema de saúde pública, e apesar da modernização dos cuidados a prevalência ainda se mantém elevada, especialmente nos doentes hospitalizados. São causas de morbimortalidade, afetam a qualidade de vida, constituindo sobrecarga econômica para os serviços de saúde. O objetivo foi descrever os efeitos do tratamento de uma úlcera por pressão com o uso da gaze com PHMB. Estudo de caso clínico, realizado em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, de um paciente vítima de perfuração por arma de fogo, com diagnóstico de fratura de C-3 e C-4, tetraplégico, atendido em 03/07/2014 pela comissão de pele do referido hospital a qual a gaze impregnada com PHMB para tratamento da lesão, com trocas diárias por um mês e quinze dias. Os dados foram pesquisados no prontuário do paciente, nas evoluções de enfermagem e confrontados com a literatura. Na admissão, jovem, 22 anos, sexo masculino, com lesão em sacra com dimensões de 15x 18x 3cm, com 70% de tecido de granulação e 30% de esfacelo, exudato intenso, odor fétido e pele perilesional íntegra, bordas descoladas. Iniciado tratamento com gaze impregnada com PHMB, apazado trocas diárias devido a exsudato intenso e odor fétido. Em um mês e quinze dias de tratamento com a gaze impregnada com PHMB, observou-se significativa melhora do tecido desvitalizado e da profundidade da ferida, diminuição das dimensões da mesma, exsudato em pequena quantidade, ausência do odor e tecido de granulação recobrimo totalmente o leito da ferida. Após esse período foi avaliado pela cirurgia plástica a qual indicou rotação de retalho para fechamento da úlcera por pressão. A gaze impregnada com PHMB colaborou de forma eficaz como adjuvante para o tratamento de úlceras por pressão, preparando o leito da ferida em curto espaço de tempo para realização da enxertia, não foi identificada nenhuma complicação durante a aplicação do produto, porém este resultado mostra que nesta situação o produto não foi suficiente para fechamento total da ferida, somente aplicando em outras lesões e com análise mais ampliada será possível avaliar efeitos sobre processo de cicatrização evitando com isso as generalizações e atestando melhor a eficácia do produto.

Palavras-chave: úlcera por pressão, cicatrização de feridas, gaze com PHMB

CARVALHO, EVANILDA.S.SANTANA. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora, 2012.

MALAGUTTI, WILLIAM. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2 ed-São Paulo: Martinari, 2011

BUTCHER, M. PHMB: an effective antimicrobial in wound bioburden management. B J Nursing. 2012. 21 (12): 16-21

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Centro cirúrgico e Central de Material Esterilizado e em Auditoria em Sistemas de Saúde, Especialista em Enfermagem Dermatológica. Coordenadora da UTI do Hospital Manoel Vitorino, Bahia, Brasil. Docente substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email:nanmatheus@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira da Educação Permanente do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>3</sup>Enfermeira intensivista, preceptora da residência de enfermagem em terapia intensiva do convênio HC/SESAB/FAMAN/UFBA

<sup>4</sup> Enfermeira Coordenadora das Enfermarias do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>5</sup> Enfermeira Assistencial da UTI do Hospital Manoel Vitorino.

<sup>6</sup> Enfermeira.

## USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER - RELATO DE CASO

Roger Ribeiro Rodrigues\*, Carolina Sant'annaMoreira

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Fournier é uma afecção rara caracterizada por gangrena progressiva acompanhada de quadro séptico precoce e altas taxas de mortalidade. Atinge pacientes com média de idade de 50 anos, predominantemente do sexo masculino. Etiologicamente, está associada a quadros clínicos infecciosos cutâneos, principalmente da região perineal. Os sintomas incluem queda do estado geral, toxemia e gangrena. (1) O tratamento consiste em debridamento dos tecidos desvitalizados, antibioticoterapia de largo espectro e medidas de suporte, o que pode representar longos períodos de internação e alto custo aos serviços de saúde. Dada a condição refratária da doença ao tratamento proposto, e com o objetivo de reduzir as medidas da lesão e o tempo de internação, utilizamos a Terapia de Feridas por Pressão Negativa (TFPN). (2) **MATERIAL E MÉTODO:** O estudo foi realizado num município do Grande ABC (SP) entre maio e junho de 2014. Os dados foram coletados durante as trocas dos curativos, conforme avaliação da ferida (tipo de tecido, características do exsudato e odor), declarações do participante e registros fotográficos. As consultas incluíram procedimentos de debridamento instrumental previamente às duas primeiras trocas. (3) O participante foi orientado quanto ao objetivo do trabalho e recebeu todas as informações relacionadas. Em acordo com sua participação, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** W.M.M. 51 anos, sexo masculino, sem histórico de doenças crônicas. Procurou o serviço de saúde após quatro dias do início dos sintomas, por ocorrência do aumento de lesão em região escrotal, drenagem caseosa, presença de sinais flogísticos e dor. Diagnosticada Sd. Fournier, procedeu-se internação para realização de debridamento cirúrgico e antibioticoterapia. No decorrer de 23 dias realizou nova abordagem cirúrgica e recebeu o tratamento preconizado associado a dez sessões de câmara hiperbárica, com baixa resposta à terapêutica. Em 29 de maio o paciente foi avaliado pelo Grupo de Pele: lesão com dimensões de 9,0cm x 8,0cm, perda total de espessura, grande quantidade de esfacelo e exsudato. Instalada a TFPN a - 120 mm/Hg. Foram realizadas seis aplicações, com troca a cada três ou quatro dias. Após a terceira sessão, não houve mais necessidade de debridamento instrumental. Ao final da sexta sessão, observou-se uma redução da lesão em 80%, sendo descontinuada a terapia. (2) O paciente recebeu alta em 18 de junho. A lesão residual passou a ser tratada de modo conservador, em regime domiciliar. **DISCUSSÃO:** A abordagem com aTFPN, associada à antibioticoterapia sistêmica e outras medidas terapêuticas como oxigenoterapia hiperbárica deve ser considerada ainda que a efetiva resolução da ferida tenha se dado através de força mecânica. **CONCLUSÃO:** A TFPN mostrou-se altamente eficaz no tratamento da Síndrome de Fournier, abreviando o tempo de internação para 43 dias em razão de uma média de permanência de 70 dias nesta instituição.

Palavras-chave: Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa, Ferimentos e Lesões, Cicatrização

1. BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Principais Síndromes Infecciosas – Módulo I [Internet]. Brasília, DF, Brasil: 2004 – [citado em 15/07/2014]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosade/microbiologia/mod\\_1\\_2004.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/microbiologia/mod_1_2004.pdf).
2. Birke-Sorensen H, et al. Recomendações Baseadas em Evidências para Terapia para Feridas com Pressão Negativa: Variáveis no Tratamento (Níveis de Pressão, preenchimento da Ferida e Camada de Contato) – Etapas em Direção a um Consenso Internacional. Journal of Plastic, Reconstructive and Esthetic Surgery; 2011.S1-S16.64 p.
3. Yamada, BFA. O Processo de Limpeza. In: Jorge, SA & Dantas, SRPE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2003. 45 – 67 pp. \*Pós-graduado em Enfermagem Dermatológica pela Universidade Gama Filho (SP). Coordenador do Grupo de Pele do CHM - São Caetano do Sul (SP)

\* Pós graduado em Enfermagem Dermatológica pela UGF. Coordenador do Grupo de Pele do Complexo Hospitalar Municipal de São Caetano do Sul.

## USO DE ALGINATO DE CÁLCIO COMO TERAPIA TÓPICA NO TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE MASTECTOMIA.

Paula Buck O Ruiz, Nádia Aparecida Poletti, Luciana Barbuy Forte, Kelly C. Machado, Bruna Prini Rafaldini, Claudia Regina Perico.

**Introdução:** Com base em informações do Instituto Nacional de Câncer<sup>1</sup>, a neoplasia da mama continua sendo a maior causadora de óbitos entre as mulheres. Um dos métodos mais utilizados para o tratamento do câncer da mama é a mastectomia, uma cirurgia mutiladora que visa remover todo o tumor visível. Algumas complicações cirúrgicas podem ocorrer, como por exemplo, a infecção, presente na forma de celulite ou, mais tardiamente, como abscesso (mais comum com organismos como *Streptococcus* ou *Staphylococcus aureus*) e como consequência a deiscência de sutura, que é a separação das bordas dos tecidos que foram unidos por pontos, que ocorre durante o período pós-operatório<sup>2</sup>. O estudo foi descrever o tratamento especializado de uma paciente com deiscência pós- mastectomia, utilizando cobertura de alginato de cálcio. **Metodologia e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi através de uma busca ativa de dados em prontuário e do acompanhamento ambulatorial através da avaliação clínica e registro fotográfico. A paciente do sexo feminino com diagnóstico de câncer de mama, em tratamento de quimioterapia, submetida à mastectomia e linfadenectomia com colocação de prótese e apresentando deiscência de sutura. Realizado limpeza com soro fisiológico 0,9%, e aplicado alginato de cálcio, com troca programa do produto em 7 dias e o secundário (gaze) de acordo com a necessidade. **Resultados:** A.B.S.S. 43 anos, após há 1 ano de cirurgia, realizou radioterapia e apresentou deiscência de sítio cirúrgico com exposição da prótese, que foi retirada cirurgicamente em consultório médico. Em 08/07/2014 a ferida apresentava-se com 8cm<sup>2</sup> e 3cm de profundidade, altamente exsudativa, com pele perilesão macerada. Realizado técnica de limpeza e aplicado alginato de cálcio em fibra e como curativo secundário gaze e micropore com troca diária desta cobertura. Após 7 dias, a ferida apresentava-se com 6cm<sup>2</sup> e 2 cm de profundidade, com diminuição significativa do exsudato, aplicou-se a mesma terapia e o curativo secundário passou a ser trocado a cada 48 horas. Depois de 14 dias de utilização de alginato de cálcio a ferida apresentava-se com 4cm<sup>2</sup> e 1cm de profundidade e pouco exsudato favorecendo o conforto para paciente além da diminuição de custos com a redução da quantidade de materiais utilizados e mão de obra dispensada. **Conclusão:** A atuação especializada e sistematizada do enfermeiro, valorizando a interação entre a enfermagem e a paciente, foi fundamental para a adesão da conduta proposta, assegurando um cuidado contínuo e individualizado. Observou-se evolução significativa das características e medidas da ferida, contribuindo desta forma para a melhora da qualidade de vida da paciente, otimizando o processo de cicatrização, permitindo retorno às atividades diárias, continuidade do tratamento clínico e reintegração da imagem corporal.

### Referência

- 1- Bervian PI e Girardon-Perlini NMO. A família (con) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(2): 121-128. [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v02/pdf/artigo1.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf).
- 2- Mota MR e Marks G. Estudo sobre o volume de drenagem de seroma pós mastectomia radical e cirurgia conservadora. UNINGÁ Review. 2012 Jan. No09(1). p.45-49.

# USO DE BANDAGEM COMPRESSIVA IMPREGNADA COM ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS EM ÚLCERA VENOSA: ESTUDO DE CASO

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

## Autores

Diego Bonil de Almeida<sup>1</sup>, Julio Cesar Bernardes Silva<sup>2</sup>, Nadia Antonia Aparecida Poletti<sup>3</sup>, Samaris Cristina Jorge<sup>4</sup>, Nelci Conceição Moura<sup>5</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>6</sup>

## Resumo

**Introdução:** As úlceras venosas são feridas crônicas e estão relacionadas com a hipertensão venosa dos membros inferiores em sua grande maioria e representam de 80 a 90% das úlceras de perna. O aumento da pressão nos membros inferiores dilata os vasos sanguíneos, deixando-os incapazes de promover retorno venoso satisfatório, causando assim, estase e edema. Nesse panorama destaca-se o tratamento com a terapia compressiva. É comprovado que este tratamento, quando usado da maneira correta, reduz tanto o tempo de cicatrização da lesão como o seu custo total. Para usarmos este tratamento devemos calcular o índice sistólico entre o tornozelo e o braço (ITB). Ele é calculado a partir do valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo dividido pela pressão sanguínea sistólica do braço. Os valores entre 0,91 e 1,30 são considerados normais. A bandagem compressiva impregnada com ácidos graxos essenciais (AGE) visa a obtenção da compressão necessária para melhorar o retorno venoso do paciente, evitando a estase e ao mesmo tempo acelerar o tratamento da lesão a partir da impregnação com AGE. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso da bandagem compressiva impregnada com ácidos graxos essenciais na cicatrização de uma úlcera venosa. **Metodologia:** Para atender ao objetivo proposto foi realizado um estudo de caso no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014 num ambulatório de feridas. Este trabalho teve aprovação do CEP da FAMERP CAAE: 04194712.8.0000.5415. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a paciente foi submetida ao tratamento com a bandagem. Os dados foram obtidos pela mensuração, fotografia e observação sistemática a cada 14 dias da evolução da ferida. **Relato do caso:** Paciente A.L.S., sexo feminino, 63 anos, apresenta uma úlcera venosa em membro inferior direito. Na consulta do dia 30 de outubro de 2013 a lesão apresentava mensuração de 7,0cm de altura de 5,5cm de largura, bordas com linfedema e lipodermatosclerose. Foi feito o ITB da paciente valor de 1,1 e foi aplicada a bandagem compressiva com impregnação de AGE. Em um mês de uso da bandagem compressiva foram feitas quatro trocas de curativo e a ferida teve uma melhora muito significativa. Sua mensuração passou para 2,5cm de largura e 1,0cm de comprimento e o edema existente diminuiu consideravelmente. Na consulta do dia 06 de janeiro de 2014 a ferida esta totalmente cicatrizada. **Conclusão:** Concluiu-se que o uso da bandagem Umectaflex® no tratamento de úlcera venosa no MID, proporcionou: redução do linfedema local e cicatrização local da lesão em apenas 69 dias.

## Referências Bibliográficas:

- 1- Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Revisão sistemática no tratamento tópico da úlcera venosa. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2007, novembro-dezembro; 15(6).
- 2- Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jul-ago; 65(4): 637-44.
- 3- Ferreira AM, Souza BMV, Rigotti MA, Loureiro MRD. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):752-60.

1- Enfermeiro da Unimed São José do Rio Preto, docente em Saúde Pública da Unilago, mestrando da FAMERP, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia na FAMERP; email: Diego.bonil@hotmail.com

2- Enfermeiro da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia da FAMERP

3- Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP;

4- Enfermeira da UBSF de Paulo de Faria;

5- Enfermeira da Helianto LTDA;

6- Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela FAMERP.

# USO DE BANDAGEM COMPRESSIVA IMPREGNADA COM PHMB EM ÚLCERA VENOSA: ESTUDO DE CASO

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

## Autores

Julio Cesar Bernardes Silva<sup>1</sup>, Nádia Antonia Aparecida Poletti<sup>2</sup>, Nelci Moura Conceição<sup>3</sup>, Diego Bonil de Almeida<sup>4</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>5</sup>, Rosana Marcelino Braz<sup>6</sup>

## Resumo

**Introdução:** As úlceras venosas são feridas crônicas e estão relacionadas com a hipertensão venosa dos membros inferiores em sua grande maioria e representam de 80 a 90% das úlceras de perna. Nesse panorama destaca-se o tratamento com a terapia compressiva. Para usarmos este tratamento devemos calcular o índice sistólico entre o tornozelo e o braço (ITB). Ele é calculado a partir do valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo dividido pela pressão sanguínea sistólica do braço. Os valores entre 0,91 e 1,30 são considerados normais. A bandagem elástica impregnada com ácidos graxos essenciais (AGE) associada a Polihexametilbiguanida (PHMB) visa a obtenção da compressão necessária para melhorar o retorno venoso do paciente, evitando a estase, acelerar o tratamento da lesão a partir da impregnação com AGE e tratar a infecção da ferida com o PHMB. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do uso da bandagem compressiva impregnada com ácidos graxos essenciais associada a Polihexametilbiguanida (PHMB) na cicatrização de uma úlcera venosa. **Metodologia:** Para atender ao objetivo proposto foi realizado um estudo de caso no período de fevereiro de 2014 a julho de 2014 num ambulatório de feridas. Este trabalho teve aprovação do CEP da FAMERP CAAE: 04194712.8.0000.5415. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a paciente foi submetida ao tratamento com a bandagem. Os dados foram obtidos pela mensuração, fotografia e observação sistemática a cada 14 dias da evolução da ferida. Relato do caso: Paciente A.A.S.L., sexo feminino, 89 anos, apresenta uma úlcera venosa em membro inferior direito. Cliente foi admitida no ambulatório no dia 11 de março de 2013 com duas lesões em MID de etiologia venosa. Quatro meses após as lesões aumentaram e se tornaram uma só. A terapia proposta até então foi a utilização de sulfadiazina de prata com nitrato de cério. Em agosto de 2013 foi mudada a conduta para hidrogel com alginato associado a tela não aderente, não havendo evolução satisfatória. A cliente retornou ao ambulatório em 12 de fevereiro de 2014 onde sua lesão mensurava 14cm de altura e 34cm de circunferência. Foi realizado o ITB da paciente no valor de 1,063 e iniciou-se a terapia de contenção com a bandagem com impregnação de AGE e PHMB. A bandagem foi trocada semanalmente. O tratamento durou 23 trocas da bandagem. Na consulta de 14 de julho de 2014 existiam duas feridas separadas por um tecido de epitelização que surgiu durante o tratamento, a porção media mensurava 6,0cm de largura e 7,0cm de altura, a porção lateral mensurava 13,0cm de largura e 14,5cm de altura. As lesões eram compostas por tecido de granulação e muitas ilhas de epitelização. O diâmetro do MID mensurava 25cm. Infelizmente o tratamento foi interrompido no dia 25 de julho devido ao falecimento da cliente por um aneurisma cerebral. **Conclusão:** Concluiu-se que o uso da bandagem Polihexan Umecta® no tratamento de úlcera venosa no MID, proporcionou: redução do linfedema local e cicatrização parcial da lesão em 166 dias de tratamento.

## Referências Bibliográficas:

- 1- Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Revisão sistemática no tratamento tópico da úlcera venosa. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2007, novembro-dezembro; 15(6).
- 2- Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jul-ago; 65(4): 637-44.
- 3- Ferreira AM, Souza BMV, Rigotti MA, Loureiro MRD. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):752-60.

1- Enfermeiro da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia da FAMERP; email: Julio.bernardes@hotmail.com.br

2- Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP;

3- Enfermeira estomaterapeuta e consultora técnica da empresa Helianto;

4- Enfermeiro da Unimed São José do Rio Preto, docente em Saúde Pública da Unilago, mestrando da FAMERP, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia na FAMERP

5- Enfermeira Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela FAMERP;

6- Enfermeira Trainee da Unimed São José do Rio Preto;

# USO DE CREME BARREIRA EM DERMATITE ALÉRGICA DE CONTATO E MACERAÇÃO DA PELE PERILESIONAL

## Autores

Julio Cesar Bernardes Silva<sup>1</sup>, Diego Bonil de Almeida<sup>2</sup>, Nadia Antonia Aparecida Poletti<sup>3</sup>, Rosana Marcelino Braz<sup>4</sup>, Nelci Conceição Moura<sup>5</sup>, Regina Helena Squizzato<sup>6</sup>

**Introdução:** O processo de cicatrização é composto por várias etapas e mecanismos que favorecem a evolução da cicatrização. A pele perilesional é aquela que rodeia a lesão que depende do grau de afetação, da localização ou da magnitude do problema da lesão. Alterações como maceração, eritema, escoriação, descamação, vesículas e edema podem acometer a pele perilesional. Para haver a proteção e manutenção da umidade foi criado um creme barreira a base de cera de abelha, responsável por formar um filme suave, não gorduroso de proteção da pele e de óleo de amêndoas, rico em ácidos graxos essenciais. A dermatite alérgica de contato (DAC) é a reação imunológica do tipo IV, envolve ativação do sistema imunológico pelo contato de uma substância alergênica específica. Nesta dermatite ocorre todo o processo de inflamação. **Objetivo:** Avaliar a evolução da pele perilesional com DAC utilizando um creme barreira. **Metodologia:** Para atender ao objetivo proposto foi realizado um estudo de caso no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014 num ambulatório de feridas. Este trabalho teve aprovação do CEP da FAMERP CAAE: 04194712.8.0000.5415. Após conhecimento e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido a paciente foi submetida ao tratamento com a bandagem. Os dados foram obtidos pela mensuração, fotografia e observação sistemática a cada 14 dias da evolução da ferida. **Relato do Caso:** CMPS, sexo feminino, 56 anos. Em 18/06/2012 fez uma internação eletivamente para correção de hérnia incisional. No dia 23/07/2012 comparece pela primeira vez ao ambulatório de curativos da FAMERP apresentando deiscência de sutura, associada à necrose e odor forte, mensurando 15,5 cm de largura por 13,5cm de comprimento, pele perilesional íntegra. Sua ferida foi tratada com hidrogel com PHMB. Na décima consulta no dia 13/03/2013 a conduta foi mudada e foi aplicado hidrogel com alginato de cálcio e na consulta seguinte no dia 03/04/2013 podemos observar que a ferida passou a apresentar maceração em bordas e hiperemia sugerindo sintomas de DAC. Foi aplicado um creme barreira nas bordas da lesão. Em 45 dias de tratamento apresentou melhora da DAC na pele perilesional. O uso do creme barreira vai ser mantido até o fechamento total da ferida como uma maneira de prevenção. **Conclusão:** O creme barreira mostrou ser eficiente para tratamento de DAC e prevenção de maceração na pele perilesional.

## Referências

- 1- DEALEY, Carol –Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras – tradução Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos-3 ed. –São Paulo: Atheneu Editora, 2008. Pg1- 11, 191.
- 2- MARTINS, M.A.– Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiania - tese de dissertação de mestrado - 2008 [https://portais.ufg.br/uploads/127/original\\_dissertacao-marlene-andrade.pdf](https://portais.ufg.br/uploads/127/original_dissertacao-marlene-andrade.pdf) acesso em 09/07/2013 as 21:03h.
- 3- AMAR, A. – 2002 – Significado prognóstico da deiscência e infecção da ferida operatóriano carcinoma epidermóide das vias aerodigestivas superiores - Revista Brasileira de Cirurgia - Vol. 30 - Nº 4: 293-296, Jul. / Ago. 2003.

1- Enfermeiro da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia da FAMERP; email: Julio.bernardes@hotmail.com.br

2- Enfermeiro da Unimed São José do Rio Preto, docente em Saúde Pública da Unilago, mestrando da FAMERP, pós graduando em Enfermagem em Dermatologia na FAMERP;

3- Professora Doutora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP;

4- Enfermeira Trainee da Unimed São José do Rio Preto;

5- Enfermeira da Helianto LTDA;

6- Aperfeiçoanda em Feridas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Graduada em Enfermagem pela FAMERP.



## USO DE HIDROCOLÓIDES EM PÓ, PASTA E PLACA EM LESÃO COM FÍSTULA: RELATO DE CASO

Roger Ribeiro Rodrigues\*, Kelly Camarozano Machado, Bruna Prine Rafaldini, Paula Buck

**INTRODUÇÃO:** As grandes mudanças ocorridas nas últimas décadas nos conceitos referentes à cicatrização têm mobilizado as indústrias a desenvolver e colocar no mercado produtos cada dia mais específicos que sejam eficazes e adequados a cada tipo de ferida em termos de custo/benefício.(1) Dentre estes produtos figuram os hidrocolóides sob diversas formas de apresentação. Compostos de carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina os hidrocolóides interagem com o exsudato de modo a formar um composto úmido e gelatinoso entre a cobertura e o leito da ferida, favorecendo o debridamento autolítico e estimulando a formação do novo tecido. O estudo propõe o uso simultâneo de três apresentações de hidrocolóides no tratamento de ferida com fístula, a fim de favorecer sua breve resolução com bom custo-efetividade. **MATERIAL E MÉTODO:** O estudo foi realizado num hospital do Grande ABC (SP) entre janeiro e março de 2014. Os dados foram coletados durante os procedimentos, através da observação da ferida e declarações da participante, que foi orientada quanto ao objetivo do trabalho e recebeu todas as informações relacionadas. Concordando com sua participação, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** T.S.O. 32 anos, em 12/11/2013 procurou o serviço de urgência com queixa de fortes dores abdominais. Diagnosticada apendicite, foi submetida à cirurgia de laparotomia exploradora. No POI apresentou deiscência seguida de evisceração e rotura de alça intestinal, com drenagem de efluente composto por suco gástrico e dieta. A acidez do conteúdo em contato com a pele e a ferida determinou queimaduras nas adjacências da lesão, especialmente sobre fendas originadas por cicatrizes de cirurgias anteriores. Acionado o Grupo de Pele em 31/01/2014, constatou-se lesão de 13,5 x 9 cm, encoberta por esfacelo frouxamente aderido e presença de fístula. Diante da impossibilidade de fixação de coletores ou curativos no local e da inviabilidade de uma nova cirurgia, investigou-se a possibilidade de benefício com o uso de três formas de hidrocolóides: pó, pasta e placa. O método qual convencionou-se chamar “PPP” em razão do trinômio pó/pasta/placa, incluiu a utilização da aplicação da pasta sobre a pele íntegra para prevenir possíveis extravasamentos do conteúdo gástrico, e do pó, sobre toda a pele lesionada por queimaduras e área cruenta da lesão, compondo a camada de contato do curativo. Em seguida, adaptou-se sobre a fístula um anel hidrocolóide moldável e, sobre ele, um anel convexo. A segunda camada do curativo consistiu na sobreposição da placa hidrocolóide, perfurada conforme tamanho e localização da fístula, e da instalação da bolsa coletora. A primeira aplicação desse sistema ocorreu em 01/02/2014, com trocas em intervalos de três ou quatro dias. Após 06 aplicações, observou-se uma redução de 83% na área total da lesão. Em 05/03/2014 submeteu-se ao procedimento de anastomose. **DISCUSSÃO:** Uma abordagem menos tardia e o estudo de novos casos, com outras variáveis clínicas devem ser considerados e poderão definir melhor o custo efetividade do método. **CONCLUSÃO:** O método PPP mostrou-se eficaz na reparação da pele acometida por lesão com fístula, favorecendo a antecipação da cirurgia e, conseqüentemente, reduzindo custos e tempo de internação.

Palavras-chave: Tratamento de Ferimentos, Ferimentos e Lesões, Cicatrização, Fístulas

### REFERÊNCIAS

1. Mandelbaum, Di Santis&Mandelbaum, MHS. An. Bras. Dermatol. vol.78 no.4 Rio de Janeiro: July/Aug. 2003. Pp 393-408
2. Dealey, C. Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2001

\* Pós graduado em Enfermagem Dermatológica pela UGF. Coordenador do Grupo de Pele do Complexo Hospitalar Municipal de São Caetano do Sul.

# USO DE HIDROGEL COM PHMB EM FERIDA CIRÚRGICA DE PÉ DIABÉTICO

Arnaldo Pinheiro da Costa  
enf\_arnaldo@yahoo.com.br  
Andréia Cristine Deneluz Schunck de Oliveira  
andreiaschunck@hotmail.com  
Sayonara Scotá  
Mariana Takashahi Ferreira da Costa

**Introdução:** Diabetes mellitus (DM) é uma doença conhecida por suas complicações multifacetadas, dentre as quais uma das mais comuns é o pé diabético<sup>1</sup>. As complicações de extremidades inferiores tem se tornado um crescente e significativo problema de saúde pública mundial. Essas complicações se associam com neuropatia e doença arterial periférica que predispõem ou agravam as lesões nos pés, levando subsequentemente à infecção e amputação<sup>1-3</sup>. A prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% das pessoas portadoras de diabetes. Cerca de 40% a 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores ocorrem nesses pacientes sendo que 85% destas são precedidas de úlceras nos pés<sup>4-5</sup>. Objetivos: Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do cuidado tópico de hidrogel com PHMB em ferida cirúrgica em coto distal de MIE de um paciente diabético.

**Material e método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em uma Unidade Básica de Saúde no Estado de São Paulo. Descrição do caso: SRAG, 55 anos, do sexo masculino, casado, fumante com comorbidades associadas DM, HAS e insuficiência vascular. Foram respeitados todos os princípios da bioética postulados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa que versa sobre pesquisa com seres humanos. **Resultado:** O primeiro atendimento na unidade básica de saúde foi realizado no dia 12/08/14 após 20 dias de amputação de MIE, com ferida de dimensões C:7,5cm X L:5cm X P:3cm (área de 37,5cm<sup>2</sup>), com 55% de tecido de granulação e 45% de tecido com necrose úmida, com bordas irregulares, hiperqueratosas e ressecadas; com média quantidade de exsudato seroso, com odor fétido. Realizado curativo com cobertura primária com hidrogel com PHMB, cobertura secundária de rayon e ocluído com gaze e atadura de crepe, trocado a cada 24 horas. No dia 15/08/14 a lesão apresentava melhora do aspecto do tecido com aproximadamente as dimensões de C:7cm X L:4,5cm X P:2,5cm (área de 31,5cm<sup>2</sup>), com 70% de tecido de granulação e 30% de necrose úmida, mantido conduta das coberturas. No dia 22/08/14 houve também diminuição do tamanho da lesão com dimensões de C:6cm X L:4cm X P:1,0m (área de 24cm<sup>2</sup>) com preenchimento importante do leito da lesão e retração de bordas, com 80% de tecido de granulação e 20% de necrose úmida sem exsudato e não apresentava odor fétido. **Conclusão:** Os cuidados adotados utilizando cobertura com hidrogel com PHMB mostraram efetivos, promoveram o desbridamento autolítico com diminuição da necrose úmida, estimularam a proliferação celular do tecido de granulação para contração das bordas, com diminuição do tamanho da lesão em aproximadamente 64% havendo resolução de exsudação e odor em apenas 10 dias de tratamento.

**Palavras-chave:** Pé Diabético; Curativos; Deiscência da Ferida Operatória.

## Referências:

1. Wu SC, Driver VR, Wrobel JS, Armstrong DG. Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vasc Health Risk Manag* 2007; 3(1):65-76.
2. Santos VP, Silveira DR, Caffaro RA. Risk factors for primary major amputation in diabetic patients. *Sao Paulo Med J* 2006; 124(2):66-70.
3. Ogeng'o JA, Obimbo MM, King'ori J. Pattern of limb amputation in a Kenyan rural hospital. *Int Orthop* 2009; 33(5):1449-1453.
4. Tavares DMS, Dias FA, Araújo LR, Pereira GA. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm* 2009;62(6):825-830.
5. Van Battum P, Schaper N, Prompers L, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, Edmonds M, Holstein P, Jirkovska A, Mauricio D, Ragnarson Tennvall G, Reike H, Spraul M, Uccioli L, Urbancic V, van Acker K, van Baal J, Ferreira I, Huijberts M. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation. *Diabet Med* 2011; 28(2):199-205.

Arnaldo Pinheiro da Costa  
Enfermeiro do Serviço de Estomaterapia do Hospital Premier  
Enfermeiro da UBS de Embu das Artes  
Email: enf\_arnaldo@yahoo.com.br

Andréia Cristine Deneluz Schunck de Oliveira  
Doutora em Ciências da Saúde, Área de Infectologia, Pós-Graduada em Estomaterapia na UNITAU, Supervisora da Equipe Técnica da Educação Continuada, Responsável pelo Grupo de Pele do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e Coordenadora do Serviço de Estomaterapia do Hospital Premier  
Email: andreiaschunck@hotmail.com

Sayonara Scotá  
Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Mariana Takashahi Ferreira da Costa  
Instituto de Infectologia Emílio Ribas

# USO DE PRATA NANOCRISTALINA EM ÚLCERA NEUROTRÓFICA

Izabel Cristina Sad das Chagas<sup>1</sup>; Mercedes Antunes Rodrigues<sup>2</sup>

**Introdução:** A hanseníase tem grande potencial incapacitante. A afinidade do mycobacterium leprae por células do sistema nervoso periférico pode provocar deformidades primárias com o comprometimento de fibras dos nervos sensitivos, motores e autônomos, acarretando diminuição ou ausência da sensibilidade protetora, paralisia e amiotrofia. E como deformidades secundárias, podem ocorrer as úlceras neurotróficas<sup>1</sup>. As úlceras neurotróficas são de difícil cicatrização, podem se complicar devido aos episódios recorrentes de infecção, tornando-se crônicas, e ainda podem levando a amputação do membro, quando não for instituído um tratamento precoce e adequado <sup>2,3</sup>. A Enfermagem tem um importante papel a desempenhar no tratamento de feridas crônicas, o profissional precisa estar ciente das responsabilidades, tanto em relação ao conhecimento científico, para avaliação das úlceras e diminuição de gastos com o tratamento. **Objetivo:** Relatar o tratamento de um paciente portador de úlcera neurotrófica utilizando cobertura de prata nanocrystalina. **Métodos:** Este relato de caso foi desenvolvido em um Serviço de Referência para Atendimento de Pacientes Portadores de Hanseníase na cidade de Belo Horizonte. Todo o acompanhamento do tratamento foi realizado através de registro fotográfico e mensuração da úlcera com régua milimetrada. Este estudo foi realizado com autorização da instituição parecer 177/10. **Resultados:** Trata-se de um paciente J. A. F., 59 anos, sexo masculino. Realizou tratamento para hanseníase multibacilar com término em agosto de 2004. Apresentando úlceras em membros inferiores há 9 anos, com vários episódios de infecções. Após 3 meses seguidos de internações para o uso de antibioticoterapia endovenosa, a equipe decidiu afastar o paciente do ambulatório, sendo os curativos realizados no domicílio pela enfermeira responsável pelo Ambulatório de Feridas da Instituição. Em 26/02/2010 iniciou-se o tratamento com cobertura de prata nanocrystalina em membro inferior esquerdo, face lateral. Optou-se por esta cobertura pois se tratava de uma ferida crônica e segundo Campos (2009) as feridas crônicas tem níveis extremos de metaloproteinases (MTP). A função da MTP é o controle da degradação da matriz extracelular, removendo tecidos danificados, permitindo a migração celular e angiogênese. Os elevados níveis dessa enzima proteolítica contribuem para a cronicidade das feridas, pois sua atividade excessiva leva à destruição da própria matriz e a prata nanocrystalina apresenta a capacidade de modular a atividade da MTP, diminuindo seus níveis. A ferida apresentava tecido vermelho pálido com esfacelo amarelado, medindo 5,0 x 3,8 cm de extensão. As trocas eram realizadas uma vez por semana. Na 1º troca (02/03/2010) da cobertura foi possível observar melhora a qualidade do tecido, 100% tecido vermelho pálido e diminuição da extensão 4,5 x 3,5 cm. Já na 16º troca a úlcera apresentava-se com 80% de tecido vermelho vivo e 20% de esfacelo amarelado e 2,5x 2,0 cm de extensão. Na 31º semana (28/09/2010) o paciente estava com 95% de área epitelizada. **Conclusão:** O uso de cobertura com prata nanocrystalina demonstrou eficiência na diminuição da carga bacteriana evidenciada pela redução da área da lesão em um curto intervalo de tempo. A cobertura com prata nanocrystalina apresenta boa relação custo benefício.

## Referência

1. SOARES, MT et al. *A prática da enfermagem em curativos de hansenianos em unidades de saúde da Direção Regional de Saúde XXIV. Hansen. init.* 29(1):28-36, 2004.
2. CÔRTEZ, S.M.S. Avaliação da cicatrização estimulada por aceleradores, em pacientes adultos com hanseníase, portadores de úlcera plantar. Brasília, 2008. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências sociais. 143 p.
3. ODA, Roseli Marega et. al. Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos. Bauru: Centro de estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2004. 36p.
4. CAMPOS, Décio Luís Portella de et al. Uso de curativo com prata nanocrystalina sobre enxerto em malha em queimaduras colonizadas por cepas multirresistentes. Rev. Bras. Cir. Plást. 2009; 24(4): 471-8.

1. Enfermeira Estomaterapeuta do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG. Contato:

izabelchagas2005@hotmail.com

2. Enfermeira Estomaterapeuta Acessora Técnica da Empresa Smith&Nephew

# USO DO ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL INSATURADO COMO AGENTE HIDRATANTE NA PREVENÇÃO DE ULCERA POR PRESSÃO

Lidianara Pagliace<sup>1</sup>  
Leonice Neves da Silva<sup>2</sup>  
Lindalva da Cruz Melo<sup>3</sup>

## INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UPP) é um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipes multidisciplinares, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongando a internação e a morbidade dos pacientes. O desenvolvimento de UPP é um grave problema de enfermagem, pois, freqüentemente, é associado à má qualidade da assistência e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões o maior problema descrito é o fato de que a prevenção recebe menos atenção da equipe quanto deveria. GONÇALVES (1996) afirma que UPP “é um extenso e caro problema no cuidado a pacientes, e considera que conhecer e entender o que são as UPP, suas causas e os fatores de risco permitem, não só ao enfermeiro como a toda equipe de saúde envolvida, programar ações efetivas de prevenção e tratamento”.

## OBJETIVOS

O objetivo deste estudo visa mostrar a efetividade do uso do ácido graxo essencial insaturado (AGEI) como principal forma de hidratação de pele para prevenção de UPP em pacientes hospitalizados de um hospital geral. Desenvolver um processo preventivo tem se constituído a maneira mais econômica e eficaz na abordagem deste problema, menos traumatizante e dolorosa ao paciente. “Os ácidos graxos são aceleradores do processo cicatricial, atuando como agentes quimiotáticos para leucócitos, promovendo angiogênese, além de hidratação da pele e ferida” (DECLAIR, 1994). O ácido graxo essencial insaturado tem excelente absorção e um importante papel no transporte, metabolismo das gorduras e na manutenção da função e integridade estrutura das membranas celulares, mostra – se uma alta capacidade de hidratação proporcionando nutrição celular local, e quando usados em lesões epidérmicas, possuem grande capacidade de regeneração tissular, sabe-se que um curativo “úmido oleoso, característico da aplicação de AGEI, serve como barreira protetora contra microorganismos, evita desidratação tecidual, mantém a temperatura corpórea e diminui os traumatismos” (CANDIDO, 2001).

## MÉTODOS

Os resultados obtidos neste estudo são subsídios para uma reflexão, Trata-se de um relato de experiência e de uma pesquisa descritiva, realizada por meio de revisão da literatura e a pratica baseada na evidencia, onde observou de forma sistemática aplicação das principais formas de prevenção para UPP, após a padronização de algumas rotinas descritas pelo protocolo de prevenção de lesão de pele.

## RESULTADOS

A mudança de decúbito, hidratação da pele e o uso de colchão piramidal são medidas de fácil operacionalização adotadas de forma rigorosa pela equipe multiprofissional. Para atingir os objetivos propostos foram analisados dados durante seis meses antes e após a padronização do AGEI, observou- se uma diminuição significativa na estatística de UPP.

## CONCLUSÃO

A implementação de protocolos de prevenção de UPP é fundamental para a Instituição hospitalar. Com a realização desse estudo chegamos à conclusão que a utilização do ácido graxo essencial insaturado como agente hidratante é de extrema importância na hidratação profunda da pele contribuindo para a prevenção de lesões como as úlceras por pressão.

## REFERENCIAS

1. GONÇALVES, M. T. F. A úlcera de pressão e o idoso. Nursing. São Paulo. v. 9, n.106. p. 13-7, 1996
- DECLAIR, V. 1994. Uso de triglicérides de cadeia média na prevenção de úlceras de decúbito. Revista Brasileira de Enfermagem 47 (2):127-130
- CANDIDO, LC 2001. Nova Abordagem no Tratamento de Feridas. Ed. SENAC, São Paulo, p. 288.

1. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, especialista em Unidade Terapia Intensiva, membro da comissão de prevenção de lesões de pele.
2. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, especialista em Cuidados Intensivos Gerais, membro da comissão de prevenção de lesões de pele.
3. Enfermeira Gerente do Serviço de Enfermagem, especialista em Enfermagem do Trabalho.

## Contato das autoras:

### 1. Lidianara Pagliace

Telefone: (45)- 9967-3159  
E-mail: lidianara\_pagliaci@hotmail.com

### 2. Leonice Neves da Silva

Telefone: (45)- 9941-2886  
E-mail: utineo@policlinica.com.br

### 3. Lindalva da Cruz Melo

Telefone: (45)- 9928-0588  
E-mail: enfermagem@policlinica.com.br

# UTILIZAÇÃO DA PRATA NANOCRISTALINA DO TRATAMENTO DE FASCIÍTE NECROTIZANTE

Rosana Maria Pereira da Silva<sup>1</sup>  
Poliane Oliveira Carvalho<sup>2</sup>

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Fasciíte necrosante é infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade. Esta síndrome é causada por microrganismos aeróbios e anaeróbios que se disseminam rapidamente pelos planos fasciais, envolvendo pele e vasos da região acometida causando septicemia e choque séptico. A prata nanocristalina apresenta características especiais que permitem uma liberação de quantidade alta de prata no leito da ferida (70 a 100 ppm). Este quantitativo garante um largo espectro contra bactérias multirresistentes, caracterizando um potente antimicrobiano tópico. Além disso, tem fácil dispersão no leito da ferida por ser composta de nanopartículas de prata. Esta patologia precisa ser identificada de forma rápida e o tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível, já que o atraso de poucas horas pode significar maior criticidade do paciente. Foi utilizada prata nanocristalina em lesão por fasciíte necrotizante, com total remoção de total de necrose e debris, diminuição de odor e exsudato com quatro trocas de curativo a cada 48hs, permitindo rápida evolução da ferida. **OBJETIVOS:** Esclarecer a comunidade científica da necessidade do diagnóstico precoce; evidenciar as medidas terapêuticas utilizadas no tratamento da fasciíte necrotizante; e mostrar a eficácia da prata nanocristalina no tratamento da fasciíte necrotizante causadas por bactérias anaeróbias. **MÉTODO:** Descreve-se o caso de uma paciente de 42 anos apresentando fasciíte necrosante extensa em região supra púbica no 5º dia pós histerectomia total, com repercussão sistêmica. **RESULTADO:** A paciente apresentou melhora do quadro de sepse e recebeu alta da unidade de terapia intensiva. A ferida abdominal apresentou melhora do aspecto, redução de exsudato e do odor. **CONCLUSÃO:** A fasciíte necrosante é uma patologia grave que necessita um diagnóstico precoce e preciso e trata-se de um desafio para a equipe multidisciplinar. Sendo assim, as medidas terapêuticas adequadas são fundamentais para a manutenção da vida do paciente. Entre elas se inclui o tratamento adequado da ferida através do uso de uma terapia que garanta a segurança no combate da infecção.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Fasciíte necrosante: revisão com enfoque nos aspectos dermatológicos; Costa IMC; Cabral ALSV; Pontes SS; Amorim JF; Acesso em 12 de setembro 2014 11:28 < Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962004000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000200010) >
- 2 -Fasceíte Necrotizante em Pacientes Obstétricas; Matos JC, Guerin YLS, Barcaro M, Stuczynski JV, Carvalho RL, Xavier NL; Acesso em 12 de setembro de 2014 <Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072031998001000003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072031998001000003&script=sci_arttext)>
- 3 - Smith-nephew. Acticoat; Acesso 15 setembro de 2014 < Disponível em: <http://www.smith-nephew.com/key-products/advanced-wound-management/acticoat/>>

<sup>1</sup>- Enfermeira Graduada em 2003 pela Universidade Católica do Salvador; Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal da Bahia (Residência em Terapia Intensiva). rosanmina@gmail.com.  
<sup>2</sup>- Enfermeira Graduada em 2006 pela Universidade Católica do Salvador; Pós graduada em Enfermagem nefrológica pela Atualiza cursos e em Enfermagem do trabalho pela UCAMPROMINAS.