



Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família

Characterization of sores in bedridden patients assisted by the Family Health Strategy
Caracterización de las heridas en pacientes postrados en cama con la Asistencia de Salud de la Familia

Sandra Marina Gonçalves Bezerra¹ Karoline Monteiro Barros² Jeane Araújo de Brito³ Wesllany Sousa Santana⁴
 Elaine Cristina Carvalho Moura⁵ Maria Helena Barros Araújo Luz⁶

RESUMO

O estudo tem como objetivo caracterizar os tipos de feridas e verificar as medidas de cuidado em pacientes acamados. Estudo de natureza descritiva e abordagem quantitativa, realizado por meio de inquérito domiciliar com pacientes acamados em domicílio cadastrados na Estratégia Saúde da Família, localizadas na Regional Sul de Teresina, Piauí. Foram avaliados 41 pacientes, dos quais 68,2% eram do sexo masculino, 22 (53,6%) idosos, 25 (60,9%) com renda inferior a dois salários mínimos, 19 (28,7%) eram hipertensos, 10 (15,1%) eram diabéticos, 25 (60,9%) apresentavam feridas, principalmente úlceras por pressão 10 (40,0%). O principal motivo de estar acamado foi o pé amputado em decorrência de complicações do Diabetes Mellitus com 19,5%. É necessário o treinamento adequado das equipes e dos cuidadores por parte da Estratégia Saúde da Família, para melhores condutas na prevenção e no tratamento das feridas cutâneas em domicílio. **Descritores:** Enfermagem em Saúde Comunitária. Cicatrização de feridas. Pacientes domiciliares.

ABSTRACT

The study aims to characterize the types of wounds and check the measurements care for bedridden patients. A descriptive and quantitative study using household survey sectional bedridden at home enrolled in the Family Health Program, located at the Southern Regional Teresina-PI. We evaluated 41 patients, of whom 68.2% were male, 22 (53.6%) patients, 25 (60.9%) with incomes below two minimum wages, 9 (28.7%) hypertensive, 10 (15.1%) had diabetes, 25 (60.9%) with injuries to the prevailing pressure ulcer (40.0%). The main reason being bedridden foot was amputated due to complications of Diabetes Mellitus with 19.5%. You need the proper training of staff and carers by the Family Health Strategy, to better behavior in the prevention and treatment of skin wounds in the home. **Descriptors:** Community health nursing. Wound healing. Homebound.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo caracterizar los tipos de heridas y comprobar las medidas de atención en pacientes alojados. Estudio de naturaleza descriptiva y enfoque cuantitativo, logrado através de encuesta domiciliar, seccional em los pacientes alojados en domicilio registrados em La Estrategia Salud de La Familia, localizadas em la Regional Sul de Teresina-PI. Se evaluó 41 pacientes, de estos, 68,2% eran del sexo masculino, 22 (53,6%) ancianos, 25 (60,9%) com rendimento inferior a dos salarios mínimos, 19 (28,7%) hipertensos, 10 (15,1%) diabéticos, 25 (60,9%) com heridas prevaleciendo a la úlcera por presión (40,0%). El principal motivo de estar alojado fue el Pie amputado por complicaciones del Diabetes Mellitus con 19.5%. Es necesario una formación adecuado de las equipos y de los cuidadores por parte de La Estrategia Salud de La Familia, para um mejor comportamiento em la prevención y em el tratamiento de las Heridas cutâneas em domicilio.

Descritores: Enfermería em salud comunitária. Cicatrización de heridas. Personas imposibilitadas

¹Mestre em enfermagem pela UFPI. Docente da UESPI e Diretora Geral do Hospital Promorar. Endereço: Rua Regeneração, 290 apt 1001 ed . Mondrian, Ilhotas, Teresina-PI E-mail: sandramarina20@hotmail.com. ²Enfermeira pela Faculdade NOVAFAP - Especialista em oncologia pela UESPI. Docente da UESPI-FACOE e Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI. E-mail: karolinebarros@hotmail.com ³Enfermeira pela Faculdade NOVAFAP. Especialista em Terapia Intensiva. E-mail: jeane.araujo@hotmail.com ⁴Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: wesllany.santana@hotmail.com ⁵Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de Ribeirão Preto. Docente da Universidade Federal do Piauí. E-mail: elainecrism@bol.com.br; ⁶Doutora em enfermagem pela Escola Anna Nery. Docente do Programa de graduação e mestrado da UFPI. Email: mhelenal@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo, indispensável à vida humana e fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2013).

As feridas acometem a população de forma geral, independentemente de sexo, idade ou etnia, acarretam um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública, uma vez que aumenta a morbidade dos pacientes, reduz a qualidade de vida e eleva os custos para garantir a saúde. Estas representam um desafio para a enfermagem, uma vez que exige dos profissionais além de conhecimentos técnico-científicos específicos, observação cuidadosa e sensibilidade com o cliente sob seus cuidados (BEZERRA, 2010).

Sabe-se que o profissional de enfermagem tem um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, desempenha um trabalho de extrema relevância na prevenção e no tratamento de feridas, uma vez que realiza avaliação sistemática, identifica e acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, porque detém o maior domínio desta técnica, em virtude de ter na sua formação, componentes curriculares voltados para esta prática (TUYMANA et al., 2004).

A assistência domiciliar ou atenção gerenciada trata do cuidado que as pessoas doentes recebem em seus domicílios, seja ele executado por cuidadores informais como

Caracterização de feridas em

familiares, vizinhos, amigos, voluntários ou por profissionais da saúde. Na direção do cuidado domiciliar prestado por profissionais, o enfermeiro tem o importante papel de identificar, planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem, incentivando a família e o cliente à retomada de suas atividades rotineiras, por meio de orientações sobre cuidados específicos com relação à sua doença, atuando como elo entre o paciente, a família, a equipe multidisciplinar e a instituição (LIMA; VARGAS, 2004)

No atendimento domiciliar, a assistência está centralizada na residência do paciente que constituem um ambiente doméstico e, não nas instituições de saúde, com seus regulamentos e rotinas. Com isso, o atendimento ao paciente precisa ser individualizado e situado dentro do seu contexto, com respeito aos seus hábitos, crenças e recursos, assim como responder aos questionamentos e dúvidas dos diferentes membros da família.

Segundo Pessoa, Rocha e Bezerra (2011) é importante também a construção de redes de apoio entre a família, comunidade, serviços para facilitar a resolução dos problemas identificados. Essa modalidade de assistência tem como objetivos promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizar os efeitos das incapacidades ou doenças, inclusive daquelas sem perspectiva de cura (LACERDA; OLINISKI, 2010).

Nesse sentido a política de saúde vigente, mediante a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva a reorganização do modelo de assistência à saúde e a mudança no enfoque curativo hospitalocêntrico para promoção de saúde no domicílio, tendo a família como a principal referência de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BEZERRA, 2010).

Mediante o exposto os objetivos foram: descrever o perfil sócio demográfico e clínico de pessoas acamadas no domicílio, caracterizar os tipos de feridas e as medidas de cuidado utilizado em pacientes acamados cadastrados na ESF de Teresina- Piauí.

METODOLOGIA

descritiva com abordagem quantitativa, realizado por meio de inquérito domiciliar, seccional, que segundo Klein e Block (2009), caracteriza-se pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2010, junto a pacientes acamados em domicílio cadastrados em cinco equipes da ESF, vinculados a Coordenadoria Regional Sul - CRS do município de Teresina-Piauí. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPÍ sob parecer CAAE nº 0370.0.043.000-10

Utilizou-se como instrumento um formulário estruturado em quatro partes relacionadas às variáveis do estudo que foram: Parte I: Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e Parte II: Aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados à pacientes acamados e com feridas, Parte III: Classificação dos tipos de feridas. Parte IV: Medidas terapêuticas e cuidados utilizados no tratamento de feridas.

Os critérios de inclusão foram: pacientes de ambos os sexos, idade igual ou superior a 18 anos, estar na condição de acamado ou com mobilidade limitada, sendo acompanhado pelas ESF e aceitar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão considerou-se a ausência do responsável no momento da visita ou o próprio

R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

paciente não poder consentir e responder às perguntas, bem como, não estar mais na condição de imobilidade prolongada no momento da visita.

A visita domiciliária foi realizada pelas próprias pesquisadoras com o apoio das Enfermeiras da equipe da ESF e colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se disponibilizaram em acompanhar as visitas facilitando o acesso aos domicílios.

Após a coleta de dados, foi feita uma revisão manual dos formulários, objetivando corrigir omissões no preenchimento e foram analisados utilizando estatísticas do tipo descritivo simples mediante pelo Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 16.0. e encontram-se apresentados em tabelas de acordo com os objetivos do estudo.

RESULTADOS

Os resultados e discussão encontram-se apresentados em cinco tabelas de acordo com os objetivos do estudo: descrição do perfil sociodemográfico e clínico de pacientes acamados, classificação quanto aos tipos de feridas, caracterização das feridas quanto à localização anatômica e ao estágio de desenvolvimento da lesão e os cuidados dispensados no domicílio ao paciente acamado ou com imobilidade prolongada, as quais se encontram distribuídos.

Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos dos pacientes acamados em domicílio. Teresina, 2010. (n= 41)

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	28	68,2
	Feminino	13	31,7
Faixa Etária (em anos)	18 e 39	11	26,8
	40 e 59	8	19,5
	60 e 79	9	21,9
	80 anos ou mais	13	31,7
	Não Alfabetizado	15	36,5
Escolaridade	Ensino Fundamental	17	41,4
	Ensino Médio	9	21,9
Situação Conjugal	Solteiro/Separado	12	29,1
	Casado/União Estável	21	51,1
Naturalidade	Viuvo	8	19,5
	Teresina	13	31,7
	Interior do Piauí	21	51,2
	Outros Estados	7	17,0
Cor da Pele	Pardo	23	56,1
	Branco	14	34,1
N° de Pessoas na Família	Negro	4	9,7
	01 a 03	11	26,8
	04 a 06	21	51,2
	07 a 10	8	19,5
	Acima de 10	1	2,4
Renda Individual (em SM)	01 a 02	25	60,9
	03 a 05	12	29,2
Renda Familiar (em SM)	01 a 02	31	75,6
	03 a 05	10	24,3

Salário mínimo (SM) em outubro de 2010 era de R\$ 510,00.

Fonte: Pesquisa Direita

Dos 41 pacientes acamados houve predomínio do sexo masculino 28(68,2%), maioria de idosos 22(55,6%), ensino fundamental 17 (41,4%), casados 21 (51,2%), natural do interior do Piauí 21 (51,2%), de cor declarada parda 23 (56,1%), residindo com 4 a 6 pessoas na família 21(51,2%), renda individual de até dois salários mínimos 25 (60,9%) e renda familiar também de dois salários mínimos em 31(75,6%) dos casos.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes acamados em domicílio em relação ao motivo de estar acamado e às condições clínicas associadas. Teresina, 2010. (n= 41)

Motivo de Acamado	Estar	Condições Clínicas Associadas							Total N	%
		D M	H A S	Etilismo	Tabagismo	D. Card	D. Vasc	Outros		
Pé Amputado	8	3	-	-	1	2	-	8	19,5	
AVE	1	5	2	5	4	2	-	5	12,2	
Paralisia cerebral	-	1	1	1	-	-	1	6	14,6	
Ac. de Trabalho	1	3	1	3	-	-	-	4	9,8	
D. Degenerativas	-	2	-	2	1	-	-	4	9,8	
Idade avançada	-	2	-	-	1	1	-	3	7,3	
Vitima Violência	-	1	-	1	-	-	-	3	7,3	
Acid. Moto	-	-	-	1	-	-	-	3	7,3	
Pós-operatório	1	1	-	1	1	1	-	2	4,9	
Outros	1	2	-	1	-	1	-	3	7,3	

Soma mais de 100%, por questões múltiplas.

Fonte: Pesquisa Direta

Os dados mostram que o principal motivo de estar acamados foi a amputação do pé em decorrência de complicações do Diabetes Mellitus R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

(DM) 08 (19,5%), seguido de paralisia cerebral 06 (14,6%), Acidente Vascular Encefálico (AVE), 05 (12,2%) e alguns estavam acamados por acidente de trabalho por, 04 (9,8%), com igual número por doenças degenerativas raras, as quais os pacientes não lembravam ou cujo nome não sabiam, idade avançada, vítimas de violência e acidentes motociclístico apresentaram o mesmo percentual 3(7,3%), e pós-operatório 2(4,9%). Os outros 3(7,3%) tratavam-se de melanoma, meningite e trombose. Ressalta que dois pacientes com menos de um mês de acamado já apresentava lesões.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes acamados em domicílio, segundo a presença de lesão relacionada ao tempo de acamado. Teresina, 2010. (n= 41)

Tempo de acamado	Presença de Lesão				Total	
	Sim	Não	N	%	N	%
Menos de um mês	2	4,9	0	0,0	2	4,9
Até um ano	8	19,5	2	4,9	10	24,4
Acima de um ano	15	36,6	14	34,1	29	70,7
Total	25	61,0	16	39,0	41	100,0

Fonte: Pesquisa Direita

A maioria dos paciente 25(61%) encontrava-se com feridas no momento da pesquisa, dos quais 15(36,6%) encontravam-se acamados há mais de um ano.

Tabela 4 - Caracterização dos tipos de feridas em pacientes acamados em domicílio. Teresina, 2010. (n= 25)

Tipos de Feridas	N	%
UPP	10	40
Dermatite de Contato	4	16
Ferida Operatória	3	12
Pé Diabético	2	8
Escoriações	1	4
Outros	5	20
Total	25	100

Fonte: Pesquisa Direta

Quanto à classificação das feridas, observou-se a predominância das lesões do tipo: Úlcera Por Pressão (UPP) com 10(40,0%), seguida de dermatite de contato 04(16%), ferida operatória 3(12%), pé diabético 2(8%), escoriações 1(4%) e outros 5(20%) em que se incluem Furúnculos e Melanoma.

Tabela 5 - Medidas terapêuticas e cuidados dispensados aos pacientes acamados em domicílio. Teresina, 2010 (n= 41)

Variáveis	N	%
Quem Realiza o Curativo		
TE/AE de Enfermagem	2	8,7
Cuidador (leigo)	13	56,5
Não se aplica	26	34,8
Tipo de Cobertura Utilizada no Curativo		
Ácido Graxo Essencial (AGE)	12	52,2
Colagenase	2	8,7
Outros	1	4,3
Não se aplica	38	34,8
Frequência de Troca do Curativo		
01 vez/dia	4	17,4
02 vezes/dia	8	34,8
Sempre que necessário	3	13
Não se aplica	26	34,8
Tipo de Colchão		
Ar	1	2,4
Espuma ou mola	28	68,3
Rede	12	29,3
Condições de Mobilidade do Paciente		
Completamente imobilizado	5	12,2
Muito limitada	16	39
Ligeiramente limitada	20	48,8
Medidas de Cuidado Realizadas Durante o Dia		
Banho diário	27	65,9
Banho + Hidratante na pele	11	26,8
Banho + Hidrante na pele +	3	7,3

Fonte: Pesquisa Direita

Verificou-se que as medidas terapêuticas realizadas no domicílio houve o predomínio do cuidador leigo como o principal realizador dos curativos 13(56,5%), situação em que ele se limitava a efetuar a troca do curativo, duas vezes/dia 8(34,8%), e 12(52,2%) utilizava como cobertura da ferida o óleo de girassol. Em relação à superfície de suporte 28(68,3%) permaneciam por longo tempo em colchões de espuma ou mola; quanto às condições de mobilidade, observou-se que 16(39%) eram muito limitados, e 20(48,8%) eram ligeiramente limitados. As medidas de cuidado realizadas durante o dia foram banho diário 27(65,9%), uso de hidratante na pele 11(26,8%).

DISCUSSÃO

Levando em consideração as condições sociodemográficas da população estudada, verifica-se que a maioria era do sexo masculino (68,2%), fortalecendo a constatação de que mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde e preocupam-se mais com seu bem estar, o que lhes garantem mais qualidade de vida que o homem. Em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) o resultado encontrado foi diferente, pois a ocorrência de pacientes com R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

lesões foi mais frequente nas mulheres (51,1%) já que elas têm maior sobrevida que os homens (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Entre os pacientes a maioria eram idosos (53,6%), destacando-se os que têm idade superior a 80 anos (31,7%), justificado pelo aumento da expectativa de vida e pelo fato de que nesta faixa etária associa-se doenças crônicas, função imunológica e o turgor da pele estão diminuídos, aumentando, assim o risco para o surgimento de lesões frequente nos idosos que têm a sensação tátil diminuída (PESSOA; ROCHA; BEZERRA, 2010).

Em relação à escolaridade prevaleceu o ensino fundamental (41,1%) relacionado a pessoas que frequentaram a escola e sabiam ler um pouco. Não foi computado o número de anos porque os idosos que sabiam ler, aprenderam com professores fora da sala de aula. Foi considerado analfabeto (36,5%) quem não sabia ler ou escrever. Quanto à situação conjugal (51,1%) eram casados o que contribuía para uma melhor condição de vida, pois é o cônjuge quem presta o cuidado e faz companhia na maior parte do tempo, já que o acamado devido à sua condição tem a sociabilidade prejudicada.

Em estudo realizado por Bezerra (2010), a situação conjugal prevalente foi o de viuvez (40,20%), pois após a morte do parceiro (a) os pacientes relataram tristeza, o que os levou a uma redução da atividade física, à piora das doenças degenerativas e consequente desenvolvimento da situação de imobilidade prolongada. Observou-se que quanto à naturalidade, grande parte era do interior do Piauí (51,2%), que vieram para a capital na busca de melhor assistência à saúde, visto que Teresina é referência de atendimento à saúde tanto para o interior do Piauí e para algumas cidades de estados vizinhos.

Também foi verificada a migração de acamados para outras equipes da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a situação do cuidador de

Bezerra, S. M. G. et al.

pacientes é estressante e demanda tempo, sendo distribuído o cuidado entre os demais filhos e parentes, ocorrendo a mudança de equipes de acordo a residência dos filhos.

Houve predomínio da cor de pele parda (56,1%), ao contrário de um estudo realizado por Sousa et al. (2013), realizado em pacientes críticos em uma unidade de terapia intensiva em um hospital escola no Piauí, em que prevaleceram os pacientes declarados de cor branca (47,5%), o que também ocorreu no estudo de Rogenski e Santos (2005), no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) em que a maioria dos pacientes, 209(80,9%) eram de cor branca.

O número de pessoas na família foi de 04 a 06 membros (51,2%), o que afirma que o perfil familiar está mudando, pois apenas 2,4% moram em casa com mais de 10 pessoas. A renda individual e a familiar variaram de 01 a 02 salários, provenientes, na maioria dos entrevistados, da aposentadoria ou pensão dos pacientes acamados.

Ao analisarmos o motivo pelo qual o paciente está acamado, verificou-se que 19,5% dos casos, o fato estava associado à amputação do pé por lesão ocasionada pelo diabetes. Um estudo realizado no Piauí foi percebido que a amputação de membro é uma situação de limitações, restrições, sofrimento, solidão e isolamento social além do medo constante de ferimentos e nova amputação (BATISTA; LUZ, 2012).

Os que estavam acamados após sofrerem AVE correspondiam a 12,2% dos quais apresentavam como comorbidades associadas: doença cardiovascular, hipertensão e tabagismo, fatores estes que podem ter contribuído para o quadro de AVE.

A idade muito avançada foi um dado relevante, pois 31,7% dos pacientes da amostra tinham mais de 80 anos e baixas condições sócio

Caracterização de feridas em

econômicas, demonstrando que as políticas de saúde e a ESF vem contribuindo com a maior expectativa de vida desse grupo de pessoas (ROGENSKI; SANTOS, 2005).

A prevalência de pacientes com feridas foi 60,9%, haja vista que, dos 41 pacientes, vinte e cinco apresentavam lesões na pele. Em estudo semelhante realizado com 47 pacientes, encontrou-se que a prevalência de UPP foi de 19,1%.

Considerando os 41 pacientes que compuseram a amostra e os 25 encontrados com feridas a prevalência UPP nos pacientes cadastrados como acamados pelas ESF foi de 40,0%. Em pesquisa realizada por Bezerra (2010), na cidade de Teresina, com 102 pacientes no domicílio, encontrou-se a prevalência de 23,52% de UPP. Segundo Carvalho, Sedigursky e Viana (2006), viver com uma ferida significa: dor, vergonha e sofrimento; dependência, nojo e estranheza; isolamento e rejeição; reflexões sobre a vida e esperança. Os resultados apontam que essas pessoas experimentam muitas perdas e sentimentos negativos que alteram sua autoestima e autoimagem, sendo importante o apoio terapêutico de profissionais (BATISTA; LUZ, 2012).

As UPP sempre foram um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipes de enfermagem e multidisciplinar, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongando a internação e a morbidade dos pacientes (PESSOA; ROCHA; BEZERRA, 2011). Na ultima década, vários estudos foram desenvolvidos sobre incidência e prevalência de UPP e as incidências variaram entre 10,6 e 55%, mostrando diferenças de acordo com a população estudada (FERNANDES; TORRES, 2008), (LOURO; FERREIRA; POVOA, 2010).

No estudo de Rogenski e Santos (2005) em um Hospital de São Paulo foi encontrada incidência de 23,1% e no estudo de Bezerra,

Bezerra, S. M. G. et al.

(2010) realizado em domicílio a prevalência de UPP foi de 23,54%. Preocupados com esse problema, a (National Pressure Ulcer Advisory Panel) NPUAP (2009), órgão norte - americano se reúne periodicamente para estabelecer diretrizes para a prevenção e tratamento da UPP.

Observou-se no estudo que, na maioria dos casos, era o cuidador (56,5%) quem realizava o curativo. Este era orientado pelos enfermeiros ou técnicos de enfermagem do Hospital de referência ou, pelo médico ou enfermeiro da ESF a realizar os procedimentos de acordo com a técnica. É importante pontuar que, segundo os relatos, alguns pacientes adquiriram a UPP ou a Dermatite de contato durante o seu período de internação hospitalar, acrescentam ainda que no período em que não estavam internados não houve ocorrência de nenhum tipo de lesão, atribuindo o fato ao cuidado da família.

Isso demonstra a necessidade da implantação da assistência domiciliária uma vez que, as equipes da ESF não conseguem prestar a assistência diária a esses pacientes. A presença de uma ferida altera a vida das pessoas que a experimentam, pelo isolamento social que as lesões promovem (necrose e odores), dificultando ou limitando os contatos sociais (CARVALHO; SADIGURSKY; VIANA, 2006).

Os profissionais de saúde da ESF realizam visitas em acamados uma vez ao mês, fazem a consulta, prescrevem medicamento, encaminhamentos e dando as orientações para cuidadores e familiares.

Os cuidados verificados no domicílio são abrangentes, mas, principalmente nas famílias de pacientes que não desenvolveram úlcera, ressalta-se que o zelo e amor são fundamentais para manter a pele íntegra, o que demonstra a preocupação da família em manter a vigilância, o cuidado com a pele livre de umidade e ressecamento, e em realizar mudança de R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

decúbito, aspectos importantes na prevenção de UPP (BEZERRA, 2010).

Os curativos com AGE são constituídos por óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitaminas A, e lecitina de soja. Possui no seu mecanismo de ação o poder de promover a quimiotaxia e a angiogênese, manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Foi empreendida revisão sistemática em busca de evidências clínicas para o uso tópico de AGE no período de 2000 a 2010 e não foram encontradas evidências e recomendações embora na experiência clínica e opinião de especialistas ocorra larga utilização do óleo para prevenção e tratamento (CARVALHO; MOURA, 2010).

Dentre as terapias tópicas o AGE foi a mais utilizada entre os pacientes do estudo (52,2%), que relataram sua preferência devido à facilidade de aplicação e aquisição do produto. Nas embalagens mostradas pelos pacientes, o AGE utilizado era manipulado em farmácias locais. Nenhum dos entrevistados fizeram cultura da ferida, ou utilizava coberturas do tipo alginato de cálcio, hidrocolóide, hidrogel, carvão ativado com prata, espuma de poliuretano, sulfadiazina de prata ou outros produtos, demonstrando a necessidade de prevenção, de educação em saúde, de pesquisas baseadas em evidências científicas e de políticas públicas para implantação de atendimento aos pacientes com feridas cutâneas com a utilização de coberturas necessárias de acordo as características da lesão.

Em relação à frequência de troca do curativo observou-se a prevalência de duas vezes ao dia (34,8%) o que pode ser explicado pela baixa condição sócia econômica, pela temperatura

Bezerra, S. M. G. et al.

elevada e calor intenso, necessitando de maior número de banhos diários e consequentes trocas de curativo. Com o avanço tecnológico e evolução dos conceitos relativos à terapia tópica - limpeza/ desbridamento e coberturas - permite que as trocas das coberturas, possam ser realizadas em intervalos maiores sem prejuízo do tratamento, oportunizando novas estratégias de abordagem ao cliente com feridas, tanto na área institucional como no campo relativo à assistência domiciliar (PAULA, 2011).

É relevante ressaltar que a maioria dos pacientes acamados utilizava como leito o colchão de espuma ou mola (68,3%) e rede (29,3%). Familiares relataram que não aderem ao colchão de ar ou água pela dificuldade de aquisição e o cuidado com o manuseio.

A diminuição da mobilidade está associada à redução da capacidade funcional das pessoas para a realização das atividades da vida diária (AVDs) e para condução de suas vidas de forma independente, o que gera grande impacto para o paciente, sua família e para o sistema de saúde, com consequências na qualidade de vida das pessoas (LIMA; LEBRÃO; DUARTE, 2005).

O longo tempo de imobilização leva à síndrome do desuso, com implicações para os diversos sistemas corporais, as quais precisam ser prevenidas pelos cuidadores e pelos próprios indivíduos. Em relação à mobilidade, 20 pacientes (48,8%) encontravam-se ligeiramente limitados, ou seja, faziam uso de muletas ou tinham dificuldade de deambular.

Quanto às medidas de higiene observou-se que a maioria realizava somente banho diário (65,9%) e que o uso de hidratante foi verificado em apenas 26,8% dos acamados. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na cidade de Teresina- PI por Bezerra, (2010), o que é preocupante, porque o calor excessivo da região predispõe ao ressecamento da R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

pele e pode favorecer o desenvolvimento de feridas em pacientes acamado.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo mostraram que os pacientes acamados e com mobilidade reduzida (restritos a cadeiras) são, em sua maioria, idosos, com predomínio da faixa etária acima de 60 anos, vulneráveis ao aparecimento de feridas, comprometidos por morbidades múltiplas como DM, HAS e doença cardiovascular, o que leva à diminuição da capacidade funcional, com necessidade de cuidado, e à dependência de cuidadores. Dentre os principais motivos de estarem acamados prevaleceu o pé amputado em decorrência de complicações da diabetes e AVE. No que se refere à caracterização das feridas houve a predominância de UPP e como principal realizador dos curativos encontramos o cuidador leigo.

Diante dos resultados encontrados, identificou-se a necessidade de intervenção educativa junto à população e aos serviços de saúde. Para tanto, faz-se necessário à educação continuada dos enfermeiros e a implantação de protocolos e escalas de avaliação de risco que auxiliem na prevenção, tratamento e reabilitação do paciente. E ainda a necessidade de pesquisas clínicas para direcionamento baseado em evidências quanto à utilização de substâncias tópicas para prevenção e tratamento.

Assim, torna-se essencial a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar por meio de resultados de pesquisas e treinamento adequado dos familiares e cuidadores, bem como do paciente, de forma que esse problema de saúde pública possa ser reduzido ou evitado.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N. N. L. L.; LUZ, M. H. B. Vivências de pessoas com Diabetes e amputação de membros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.2, p.244-250, mar./abr. 2012.

BEZERRA, S. M. G. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados em domicílio**. 2010. 160f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. 2010.

CARVALHO, H. K. S.; MOURA, E. C. C. M. **Evidências clínicas da Terapia Tópica com Ácidos Graxos Essenciais em pacientes com Úlceras por Pressão: um estudo necessário** 2010. 77f. Monografia). Universidade Federal do Piauí. 2010.

CARVALHO, E. S.; SADIGURSKY D.; VIANA. R. O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam. **Revista Estima**, v.4, n. 2, p. 26-32, 2006.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 29-34. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2010. doi: 10.1590/S0103-2100201000010000

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n.3, p.304- 310, jul./set. 2008.

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, p. 203-206, mai./jun. 2008.

KLEIN C.H, BLOCH K.V. **Estudos Seccionais**. In: Medronho R A. et al. Epidemiologia, 2. ed. São Paulo: Athneu, 2009.

LACERDA, M. R.; OLINISKI S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12 n.3, p. 307-313, set./dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

R. Interd.v.6, n. 3, p.105-114, jul.ago.set. 2013

Caracterização de feridas em

07072006000400013&script=sci_arttext> Acesso em 24 de março de 2010.

LIMA, T. C.; VARGAS, M. A. O. Cuidado Domiciliar Intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57 n.6, p.658-661, nov./dez. 2004.

LIMA. F. D.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.17, n.5, p. 370-378, mai./jun. 2005.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n.3, p. 337-341. jul./set. 2007.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98-105, jan./mar. 2008.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. [online] Atualizado úlcera por pressão. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagescatteg>> Acesso em 01 de outubro de 2013.

PAULA , M. A. B. Aspectos da Assistência Domiciliar à Pessoa com Feridas. **Revista Estima**, v.9, n.2, p.39-44, 2011.

PESSOA, E. F. R.; ROCHA, J. G. S. C.; BEZERRA, S. M. G. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 4, n.1, p.14-18, jan./mar. 2011.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.4, p. 474-480, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000400003&script=sci_arttext&tlng=en/#nota1> Acesso em 20 de novembro de 2010.

SOUSA, P. R. A. S. et al. Avaliação de risco de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v.2 n.1, p.9-15, jan./mar. 2013. Disponível em:

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/818/pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2013.

TUYMANA, L.Y. et al. Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização da assistência de enfermagem a nível ambulatorial. **Revista Nursing**, v.25 n.7, p.46-50, 2004.

Submissão: 11/04/2013

Aprovação: 18/06/2013