



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

VANESSA PATRÍCIO SOARES DE OLIVEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E ALIMENTAR DOS PACIENTES COM
FERIDAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA DE UM
HOSPITAL PÚBLICO.**

BRASÍLIA

2018

VANESSA PATRÍCIO SOARES DE OLIVEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO E ALIMENTAR DOS PACIENTES COM
FERIDAS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA DE UM
HOSPITAL PÚBLICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como conclusão do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ivone Kamada

BRASÍLIA

2018

SUMÁRIO

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. MÉTODO	7
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSSÃO	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	35
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO BASE	36
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	37
ANEXO 2 – REGISTRO ALIMENTAR	43

RESUMO

O processo de cicatrização é uma sequência complexa de fases que pode ser influenciado por diversos fatores internos e externos. O correto manejo desses fatores, assim como o cuidado adequado direcionado às lesões, pode beneficiar o processo de cicatrização. Com isso, objetivou-se traçar um perfil epidemiológico com descrição clínica e alimentar dos pacientes com feridas em atendimento no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE). Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento base semiestruturado com caracterização sociodemográfica, clínica, da lesão e da alimentação, além de um registro alimentar semanal. Participaram do estudo 21 pacientes em atendimento em 2017, dos quais 62% eram do sexo feminino, com idade média de 54 anos. Percebeu-se com os dados o forte impacto psicossocial e econômico das lesões de pele. Nos antecedentes clínicos pessoais, as doenças mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica, anemia e diabetes. Foram analisadas 27 feridas, sendo a etiologia mais comum a úlcera vascular, do subtipo úlcera venosa. Em sua maioria, apresentavam características pertinentes ao processo efetivo da cicatrização. A cobertura primária mais utilizada foi o hidropolímero; a secundária, bota de Unna. A maioria dos pacientes apresentava sobrepeso ou obesidade. A ingestão de calorias, de vitaminas A, C, zinco, ferro e cobre estava abaixo das recomendações para a manutenção do processo cicatricial. É importante que o profissional de enfermagem se atente a todos os fatores descritos na literatura que podem interferir ou auxiliar a cicatrização para o planejamento de um cuidado centrado nas particularidades e necessidades do indivíduo com o objetivo de otimizar o tratamento.

Descritores: Feridas, Epidemiologia, Alimentação, Enfermagem, Estomaterapia.

1. INTRODUÇÃO

A cicatrização das feridas é uma sequência complexa de eventos, sendo descrita na literatura, como coordenados e desencadeados pelo organismo com o objetivo de reconstruir o tecido danificado (SILVA et. al., 2007). Porém, essa sequência de eventos pode sofrer influências positivas ou negativas de diversos fatores, tais como: idade, tabagismo, doença de base, medicamentos, condição nutricional, infecção local, cuidado inadequado com a ferida, falta de adesão ao tratamento, tipo de cobertura utilizada (SILVA et. al., 2007; SCEMONS & ELSTON, 2011).

É necessário que o cuidado prestado ao paciente com feridas seja direcionado à identificação e intervenção desses fatores que afetam a cicatrização para uma redução do tempo de tratamento e melhor aproveitamento dos recursos disponíveis. Por exemplo, sabe-se que a nutrição adequada é fundamental para o processo de reparação tecidual (SILVA et. al., 2007), sendo necessário aumentar a ingestão diária de alguns nutrientes (DOMANSKY & BORGES, 2012). Sabendo disso, o profissional de enfermagem pode identificar os pacientes que necessitem de acompanhamento com nutricionista e também dar orientações básicas sobre a alimentação equilibrada que beneficie o processo de cicatrização.

Em um estudo realizado em um ambulatório de reparo de feridas no Rio de Janeiro, os pesquisadores encontraram uma relação estatística entre a etiologia e a cicatrização da ferida. Também nas variáveis, escolaridade, doença de base, tecido da borda e quantidade de exsudato foi encontrado a mesma relação estatística com a cicatrização (OLIVEIRA et. al., 2013). E, em outro estudo realizado em um ambulatório de feridas no Paraná, os pesquisadores verificaram uma ingestão inadequada de vitamina C e A, ferro, zinco, proteínas, que são fundamentais no processo de cicatrização (DAL SANTOS et. al., 2015). Essas relações, assim como os achados, dão respaldo à importância de reconhecer esses fatores que interferem na cicatrização.

No Brasil, considerando o nível ambulatorial, em 2016, foram realizados 47.794.613 de curativos, sendo o gasto aprovado de R\$ 112.427.780,14 (DATASUS, 2016). Em Brasília, considerando o nível ambulatorial, em 2016, foram realizados 173.632 de curativos, sendo o gasto aprovado de R\$ 1.458.583,2 (DATASUS, 2016).

Sabe-se, porém, que no nível ambulatorial esses gastos poderiam ser melhor utilizados se os próprios profissionais atentassem ao adequado manejo do processo cicatricial e analisassem o paciente com feridas além do curativo que é realizado. Em um estudo realizado na atenção básica do Distrito Federal foi identificado tratamento em desacordo com as principais recomendações internacionais (SANT'ANA et. al., 2012), o que pode ocasionar um aumento do período de cicatrização e dos gastos envolvidos.

Instituído em 1994, o Serviço de Atendimento ao Estomizado do Hospital Universitário de Brasília (SAEE/HUB) foi efetivado como projeto de extensão para os acadêmicos de enfermagem em 1998, como Enfermagem Ambulatorial na Área de Cirurgia do HUB e, em 2005, em função da sua característica de atendimento foi renomeado para Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia. É um serviço de referência no Distrito Federal e entorno para avaliação e acompanhamento de pessoas com estomias, incontinências e feridas. Inicialmente, o ambulatório tinha um foco centrado no paciente estomizado, porém com a reorganização do atendimento ao estomizado na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a predominância dos atendimentos hoje está em pacientes com feridas crônicas.

Conhecer o perfil do paciente com feridas em atendimento permite uma otimização do tratamento com a compra de produtos adequados, oferece subsídios ao treinamento e à atualização dos profissionais e acadêmicos (OLIVEIRA et. al., 2013), assim como o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, contribuindo para a redução do tempo de tratamento e gastos institucionais (OLIVEIRA et. al., 2012). Diante disso, é possível se questionar: Quais as características do paciente, sua condição clínica, de sua ferida, da sua alimentação e do tratamento realizado no SAEE/HUB?

Assim, buscando uma otimização do cuidado prestado no SAEE/HUB, bem como um adequado gerenciamento do setor, este estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa clínica observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizada no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (SAEE/HUB), locado no corredor vermelho do ambulatório do HUB, funcionando de terça à sexta, das 14h às 18h, com marcação de consulta para atendimento de pacientes com feridas.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2017, sendo abordados inicialmente 23 pacientes, dos quais, 2 foram excluídos dos resultados da pesquisa devido a critérios de corte adotados. Nesse período, 38 pacientes encontravam-se em atendimento regular no serviço para o tratamento de feridas.

Participaram da pesquisa 21 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos; estar em acompanhamento no ambulatório para tratamento de lesão de pele, estar em condições de prestar informações por meio do instrumento base e registro alimentar, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Foram excluídos os pacientes que não entregaram o registro alimentar dentro do período. Participaram da pesquisa mais da metade da população em atendimento devido a lesões de pele no ambulatório.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. Durante a consulta foi utilizado um instrumento base semiestruturado (Apêndice 2) para a coleta das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, clínicas, avaliação da lesão, peso, altura e ingestão hídrica. Também foi entregue um registro alimentar, o DIA ALIMENTAR HABITUAL – DHA, no qual o paciente ou cuidador descreveu o que foi consumido em cada dia da semana, sendo coletados os seguintes dados: quantidade, horário e tipo de refeições (desjejum, almoço, jantar, lanches), quais os alimentos e como foi preparada cada refeição (DAL SANTOS et. al., 2015) (Anexo 2) e devolvido na consulta seguinte. Como complemento, foi realizada busca posterior em prontuário para confirmação das condições de saúde do paciente, tais como diagnóstico da etiologia da lesão, medicamentos em uso com prescrição médica e últimos exames realizados (considerando-se os últimos 6 meses a partir da data da coleta).

Os dados obtidos do DHA foram transferidos para o software da AVANUTRI online para conversão em gramas e cálculo das calorias e nutrientes ingeridos por paciente. Posteriormente, os dados do AVANUTRI e do instrumento de base foram transportados para a planilha Excel® 2010 para a construção do banco de dados, sendo realizada dupla digitação. Foi realizada análise descritiva das variáveis, utilizando tabelas, gráficos, frequências simples e percentuais, média, moda e amplitude.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o parecer Nº 2.106.213, CAEE - 67065417.4.0000.0030, em 19 de Junho de 2017 (Anexo 1). Todas as diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidas, respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização Sociodemográfica

De acordo com os dados, observa-se que a maioria dos pacientes é do sexo feminino (62%), com idade média de 54 anos, idade mínima de 32 anos e máxima de 69 anos, sendo que 16 pacientes (76%) têm mais de 50 anos. Mais da metade dos participantes está em um relacionamento estável, sendo 43% casados e 19% amasiados.

Em relação a escolaridade, 95% dos entrevistados possuem algum grau de ensino, sendo que 15 dos 21 pacientes participantes possuem escolaridade acima do Ensino Fundamental Completo (Tabela 1).

Considerando as regiões de origem dos pacientes, 24% reside na região central, 10% na região leste, 52% nas demais regiões do Distrito Federal e 14% nas demais regiões do Goiás (Tabela 1). Foram utilizadas as regiões de saúde do Distrito Federal para organizar de forma mais simples a diversidade de cidades levantadas.

Quanto a questão social e de trabalho, 19 pacientes (90%) relataram não possuir vínculo empregatício (Tabela 1) e 15 (71%) afirmaram que deixaram de trabalhar devido à ferida. A renda média declarada é R\$ 4.004,35, sendo a mínima

R\$ 290,00 e a máxima R\$ 20.000,00 (Tabela 1). Metade dos pacientes é o provedor financeiro da família (52%) e 13 pacientes (62%) afirmaram que a ferida afeta seu convívio social e/ou familiar, sendo que 77% desses alegaram que a ferida restringe as saídas de casa.

Tabela 1 - Frequência relativa e absoluta acerca da caracterização sociodemográfica dos 21 pacientes participantes da pesquisa. Brasília, 2017.

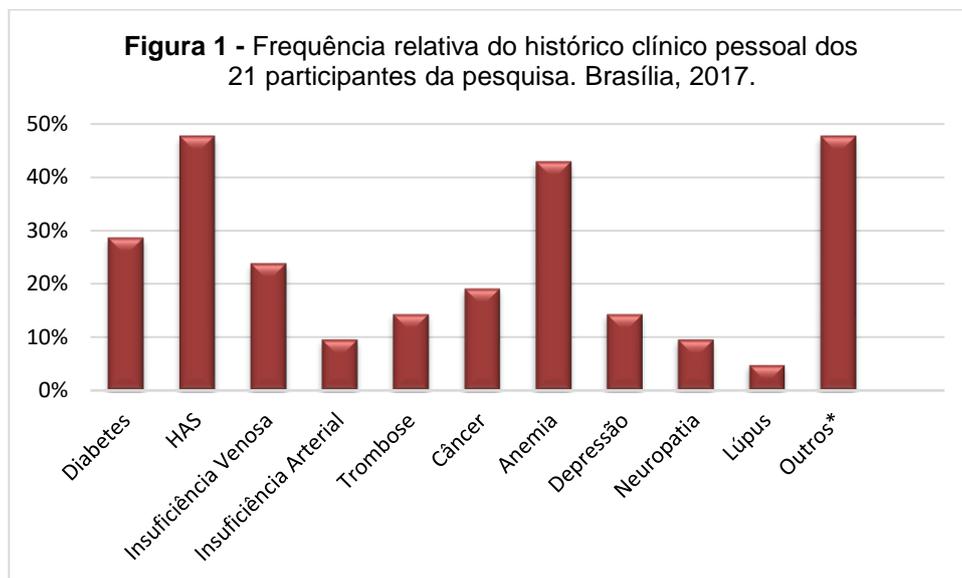
Caracterização Sociodemográfica	N	%
Sexo		
• Feminino	13	62
• Masculino	8	38
Idade		
• ≥ 32 e < 40	3	14
• ≥ 40 e < 50	2	10
• ≥ 50 e < 60	8	38
• ≥ 60 e ≤ 69	8	38
Estado Civil		
• Solteiro	5	24
• Casado	9	43
• Amasiado	4	19
• Viúvo	3	14
Escolaridade		
• Sem escolaridade	1	5
• Ensino fundamental incompleto	4	19
• Ensino fundamental completo	1	5
• Ensino médio incompleto	3	14
• Ensino médio completo	6	29
• Ensino superior incompleto	2	9
• Ensino superior completo	4	19
Região de origem		
• Região central	5	24
• Região leste	2	10
• Demais regiões do DF	11	52
• Demais regiões do GO	3	14
Vínculo empregatício		
• Não possui	19	90
• Possui	2	10
Renda		
• < R\$ 1000	5	24
• R\$ 1000 - R\$ 3000	8	38
• R\$ 3001 - R\$ 6000	4	19
• R\$ 6001 - R\$ 9000	1	5
• > R\$ 9 000	2	9
• Não declarou	1	5

3.2. Caracterização dos Hábitos de Vida

A média de horas de sono relatada pelos participantes foi de 5,7 h, sendo a mínima 2h e a máxima 8h de sono. Dos 21 pacientes, 43% afirmam ter insônia, dos quais 33% apontam a ferida como causa da insônia. Todos os pacientes negaram o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas e 90% negaram o hábito de fumar. Em relação a atividade física, 47% realiza atividades leves, sendo 78% dessas atividades descritas como caminhada leve.

3.3. Caracterização Clínica Geral

Considerando o histórico clínico familiar, as enfermidades mais frequentes foram Diabetes (76%), Hipertensão arterial sistêmica (67%), Câncer (62%) e Doenças cardiovasculares (43%). No histórico clínico pessoal, as mais frequentes foram Hipertensão arterial sistêmica (HAS) (48%), Anemia (43%) e Diabetes (29%) (Gráfico 1). Dos 21 pacientes, 5 possuem Diabetes e Hipertensão associadas.



*Enfermidades que não se repetiram na amostra.

Os pacientes relataram uso de múltiplas medicações, sendo que 13 pacientes (62%) utilizam mais de três medicações e as mais frequentes foram Losartana (33%), Omeprazol (29%), AAS e Insulina NPH (19%). Na análise das medicações utilizadas pelos pacientes foram encontradas medicações que podem interferir no processo de cicatrização, tais como, Pazopanibe, Rapamune, Prednisona e Ciclofosfamida. Não foi encontrado o uso por mais de um paciente dessas medicações.

Em relação às alergias, 18 pacientes (86%) negaram alergia a medicamentos e 17 pacientes (81%) negaram alergias tóxicas. As alergias medicamentosas relatadas foram aos antibióticos (n=3) e, as alergias tóxicas relatadas foram de coberturas (n=2) e cremes (n=2).

Para a caracterização clínica adicional foi verificada a glicemia capilar dos pacientes que relataram diabetes no histórico pessoal e pressão arterial dos pacientes hipertensos. Também foi realizada pesquisa em prontuário dos últimos exames realizados de todos os participantes. A média da glicemia verificada dos pacientes diabéticos foi de 251,6 mg/dL, sendo a mínima encontrada 169 mg/dL e a máxima 341 mg/dL. A média da PA sistólica dos pacientes com HAS foi 136 mmHg, sendo a mínima 111 mmHg e a máxima 152 mmHg. A média da PA diastólica foi 73 mmHg, sendo a mínima 62 mmHg e a máxima 80 mmHg. O valor da PA mais presente na amostra foi 130x80 mmHg. Mais da metade dos pacientes (57%) possuíam exames realizados nos últimos 6 meses, sendo o mais frequente o hemograma completo que constava em 87% dos prontuários, glicemia em jejum em 42%, eletrólitos, colesterol, Doppler em 25% e albumina em 17%.

Em relação ao acompanhamento médico regular, 95% afirmam realizar o acompanhamento, sendo que as especialidades mais relatadas, vascular (35%), dermatologista, clínico geral, endocrinologista (20%) e oncologista (15%). Outras especialidades citadas foram cardiologista, proctologista, reumatologista e nefrologista. Dos que realizam acompanhamento médico regular, 70% dos pacientes consulta com apenas uma especialidade.

Considerando a admissão no serviço e tempo de tratamento, 38% dos pacientes estão em tratamento há menos de um ano e 47,5% já possuem entre um ano e três anos de tratamento. A admissão mais recente realizada que participou da pesquisa foi no ano de 2017 e a mais antiga no ano de 2003. Os encaminhamentos para o serviço foram realizados por médicos em 52% dos casos e por enfermeiros em 29%.

3.4. Caracterização Clínica da Lesão

Para a caracterização clínica da lesão foi traçado um histórico da lesão de pele atual e uma avaliação clínica associada ao teste de sensibilidade da perilesão.

Considerando a história clínica da lesão, 12 pacientes (57%) afirmaram histórico de complicações com a ferida em tratamento, sendo a complicação mais recorrente a infecção local, relatada por 92% dos que afirmaram o histórico. Já 67% negaram o histórico de recidiva, sendo que 33% afirmaram esse histórico. Por outro lado, dos que afirmaram, 43% relataram mais de 3 casos de recidiva da mesma lesão. Considerando o histórico de cirurgias, 90% negaram cirurgias em relação a ferida, os 10% que afirmaram relacionaram a cirurgia ao tratamento da lesão.

Em relação a troca de curativos, 60% negaram realizar trocas em casa. E, considerando a quantidade de trocas realizadas durante a semana, 43% afirmaram precisar apenas de uma troca de curativo e 48% duas trocas de curativo. Para essa troca foi considerado a realização de toda técnica de limpeza e substituição da cobertura primária no período de uma semana.

Em relação à avaliação clínica da lesão, em mais da metade dos pacientes o edema (67%) e alterações estruturais do membro acometido (57%) estavam ausentes (Tabela 2). Nos 33% que apresentavam edema, o cacifo apresentava de +/4+ a ++/4+.

Considerando a *quantidade de lesões*, 76% dos pacientes apresentavam apenas uma lesão e 24% apresentavam de 2 a 3 lesões, sendo que dessas, 60% era em membros diferentes e 40% no mesmo membro. A quantidade de lesões analisadas foram 27.

A *localização* mais comum das lesões foram os membros inferiores (MMII), onde estavam localizadas 21 lesões da amostra (78%). A região mais acometida dessa localização, foi a região maleolar externa com 7 lesões (33%) e a maleolar interna com 7 lesões (33%). As demais regiões acometidas do MMII foram o terço inferior da perna (19%) e região plantar (14%). Outras localizações encontradas foram abdome, tórax e cabeça.

Em relação a *classificação do dano tecidual*, 89% das lesões eram de espessura parcial (acometimento da epiderme e derme), 7% superficial (acometimento apenas da epiderme) e 4% hiperplásica (Tabela 2).

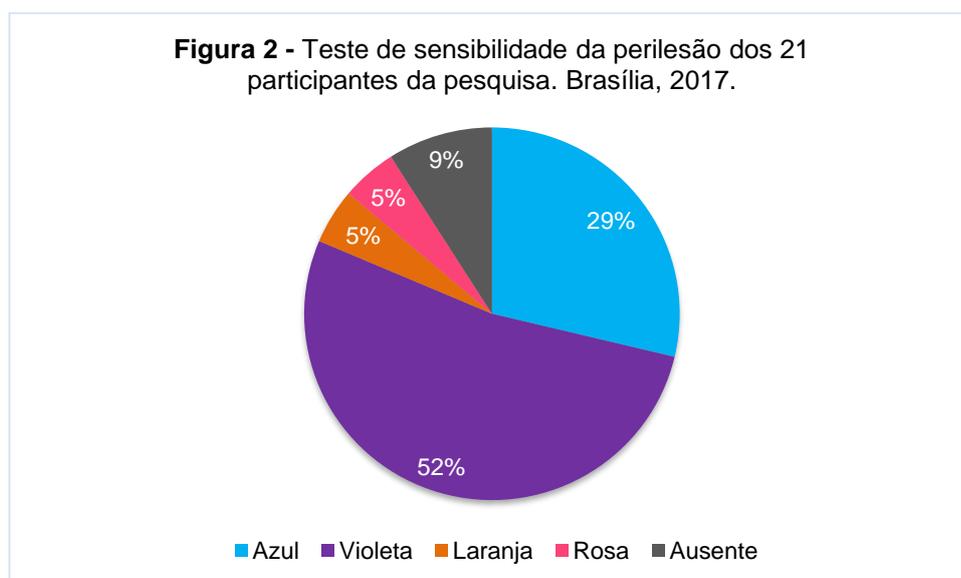
Considerando as *mensurações* e posterior cálculo da *área total*, as lesões sem profundidade apresentaram área² média de 45,95 cm², sendo a mínima 1 cm² e

a máxima 300 cm²; as lesões que possuíam profundidade apresentaram área³ média de 7,75 cm³, sendo a mínima 0,2 cm³ e a máxima 30 cm³.

Em relação a *etiologia*, as lesões mais frequentes foram as úlceras do tipo vascular (55,2%), sendo a úlcera venosa o subtipo predominante (33%); os outros subtipos encontrados foram a úlcera arterial (7,4%), úlcera mista (7,4%) e a úlcera vascular relacionada a Esclerose sistêmica (7,4%). Foram identificados ainda outras etiologias, tais como, deiscências operatórias (15%), úlcera neuropática (15%), psoríase (7,4%), oncológica (4%) e foliculite abscedante de couro cabeludo (4%).

Considerando a *exsudação da lesão*, 44% das lesões apresentavam pouco exsudato, 22% moderado exsudato, 15% intenso exsudato e 11% abundante exsudato; com o tipo mais frequente purulento (56%), de coloração amarelado (71%), acastanhado (14%), amarelo-esverdeado (14%) e sem odor em 59% das lesões (Tabela 2).

A *perilesão* apresentou características normais (próximo ao padrão da pele e com ausência de alterações que possam prejudicar a cicatrização) em 41% das lesões, com coloração normal (56%) e hidratação adequada em 70% das lesões (Tabela 2). Foi realizado o teste de sensibilidade com monofilamentos na perilesão para verificar a sensibilidade dessa região durante o processo de cicatrização. Metade (52%) dos pacientes testaram violeta e 29% testaram azul (Figura 2).



As *bordas* eram irregulares em 78% das lesões, apresentam-se livres (com tecido de epitelização) em 76% e em contração em 22% dos casos. Em 44% das lesões as bordas encontravam-se acima do leito, em 41% niveladas com o leito e 15% abaixo do nível do leito da lesão (Tabela 2).

O *leito da lesão* apresentou em 74% dos casos com tecido de granulação (Tabela 2), sendo que 63% desses apresentavam características dentro do esperado, vermelho vivo, brilhante e com aspecto granuloso; 11% apresentaram hipergranulação.

Em relação ao *nível da dor*, foi utilizada escala numérica de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável) em duas situações: na troca de curativo e durante o dia a dia. Na situação da troca de curativo 61% negaram dor durante o procedimento e 42% negaram dor durante o dia a dia. 58% afirmam dor em algum nível durante o dia a dia (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação clínica das lesões dos 21 participantes da pesquisa. Brasília, 2017.

Caracterização clínica das lesões	N	%
Edema		
• Ausente	14	67
• Presente	7	33
Alterações estruturais		
• Ausente	12	57
• Presente	9	43
Quantidade de lesões		
• 1 lesão	16	76
• 2 lesões	4	19
• 3 lesões	1	5
Localização das lesões		
• MMII	21	78
• Abdome	2	7
• Tórax	1	4
• Períneo	1	4
• Cabeça	2	7
Classificação da lesão		
• Lesão hiperplásica	1	4
• Superficial	2	7
• Espessura parcial	24	89
Exsudato		
<u>Quantidade</u>		
• Sem exsudato	2	7
• Pouco exsudato	12	44

• Moderado exsudato	6	22
• Intenso exsudato	4	15
• Abundante exsudato	3	11
<u>Tipo</u>		
• Seroso	5	20
• Purulento	14	56
• Piosanguinolento	6	24
• Sanguinolento	0	0
<u>Odor</u>		
• Sem odor	16	59
• Discreto	9	33
• Moderado	1	4
• Forte	1	4
<hr/>		
Perilesão		
<u>Característica</u>		
• Aspecto semelhante a pele íntegra	11	41
• Maceração	3	11
• Hiperemiada	3	11
• Dermatite	3	11
• Descamativa	3	11
• Hiperqueratose	2	7
• Brilhante	1	4
• Esfacelo aderido	1	4
<u>Coloração</u>		
• Normal	15	56
• rósea	5	18
• Hiperpigmentada escura	7	26
<u>Hidratação</u>		
• Hidratada	19	70
• Desidratada	8	30
<hr/>		
Bordas		
<u>Formato</u>		
• Regular	6	22
• Irregular	21	78
<u>Característica</u>		
• Livre	15	56
• Contração	6	22
• Maceração	2	7
• Esfacelo aderido	1	4
• Hiperqueratose	3	11
<u>Nível</u>		
• Nivelada	11	41
• Abaixo	4	15
• Acima	12	44
<hr/>		
Leito da lesão		
• Granulação	20	74

• Epitelização	2	7
• Esfacelo	4	15
• Hiperqueratose	1	4
<hr/>		
Nível da dor		
<u>Durante troca de curativo</u>		
• Nível 0	13	61
• Nível 2	1	5
• Nível 5	4	19
• Nível 8	1	5
• Nível 10	2	10
<u>No dia a dia</u>		
• Nível 0	9	42
• Nível 3	2	10
• Nível 4	2	10
• Nível 5	3	14
• Nível 7	1	5
• Nível 8	3	14
• Nível 10	1	5

Considerando o tratamento tópico adotado, a cobertura primária mais utilizada foi o Hidropolímero (41%), seguido de Hidrogel (15%), Hidroalginato com prata e Espuma com prata (11%) (Figura 3). A cobertura secundária mais utilizada foi a Bota de Unna (41%), seguido do Hidropolímero (29%) e das Gazes estéreis (24%).



3.5. Caracterização da Alimentação

Para a caracterização alimentar foram levantadas variáveis das macromoléculas, nutrientes e minerais presentes na alimentação dos pacientes (Tabela 3), a ingesta diária de água e o índice de massa corporal.

Tabela 3 - Caracterização alimentar dos 21 participantes da pesquisa. Brasília, 2017.

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino	
	Ingesta	Recomendação	Ingesta	Recomendação
Ingesta diária (DHA)	Média	Valores de referência	Média	Valores de referência
• Calorias (kcal)	1448,3	2460*	1765,2	2639*
• Proteínas (g)	81,3	56,2*	125,0	60,32*
• Vitamina A (mcg)	540,0	800	395,7	1000
• Vitamina C (mg)	116,0	100 - 1000	48,3	100 - 1000
• Zinco (mg)	7,5	12,0	7,9	15,0
• Ferro (mg)	10,3	15	12,8	10
• Cobre (mcg)	0,96	1500 - 3000	0,63	1500 - 3000

*Valores de referência: Para as calorias foi utilizado o cálculo 35 kcal/kg da POTTER (sendo considerado a média do peso de cada sexo). Das proteínas foi utilizado o parâmetro de 0,8 g/kg de SCEMONS & ELSTON. Os valores da vitamina A, zinco, ferro e cobre de SCEMONS & ELSTON; Vitamina C de POTTER.

Em relação a ingesta de água, 38% dos pacientes faz ingesta de 2L diariamente. Sendo que 24% fazem ingesta > 2L e 38% faz ingesta de < 2L.

Em relação ao índice de massa corporal, pelo menos metade dos pacientes de ambos os sexos estão entre sobrepeso e obesidade (Tabela 4). Sendo que 38% do sexo feminino apresentaram sobrepeso e 38% do sexo masculino apresentaram obesidade.

Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa do índice de massa corporal dos 21 participantes da pesquisa, segundo o sexo. Brasília, 2017.

IMC	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
• Baixo peso	1	8	2	25
• Adequado	4	31	2	25
• Sobrepeso	5	38	1	12
• Obesidade	3	23	3	38

4. DISCUSSÃO

Identificar os fatores que interferem no processo de cicatrização é o ponto principal do cuidado ao paciente com lesões de pele, sendo esse conhecimento

fundamental para o sucesso do tratamento, melhores resultados e redução dos custos (SCEMONS & ELSTON, 2011).

Após os resultados levantados foram identificados os fatores dentro desse perfil que possuem alguma relação descrita na literatura com o processo cicatricial, sendo eles, idade, estado civil, escolaridade, renda, ruptura social e trabalhista, hábitos de vida, histórico clínico pessoal, controle de doenças de base, uso de medicamentos, escassez de exames laboratoriais, cuidado interdisciplinar, condições da lesão, terapia tópica correta e alimentação.

A predominância do sexo feminino na caracterização sociodemográfica está de acordo com pesquisas realizadas no Brasil (LIMA et. al, 2016; OLIVEIRA et. al., 2013). Não foram encontrados estudos que relacione o sexo do paciente ao processo de cicatrização.

Percebe-se que a maior parte dos pacientes com feridas participantes da pesquisa possuem mais de 54 anos. Com o passar dos anos, a pele sofre alterações que são uma resposta do próprio organismo ao processo de envelhecimento. A estrutura da pele sofre alterações metabólicas e estruturais que conseqüentemente afetam diretamente o processo de cicatrização, tornando-o mais longo e menos efetivo (DOMANSKY & BORGES, 2012; SILVA et. al., 2007). Essas alterações incluem demora na troca da epiderme, mudanças na estrutura do colágeno e da elastina, diminuição da recepção de estímulos sensoriais e da cicatrização (SCEMONS & ELSTON, 2011).

Mais da metade dos participantes estão em um relacionamento estável o que constitui um fator de proteção e que pode auxiliar indiretamente no processo de cicatrização. Estudos nacionais mostram que ter alguém próximo é fundamental na rotina dos pacientes com feridas, já que outra pessoa pode auxiliar no enfrentamento da condição, minimizar as angústias, ajudar a superar dificuldades, fornecer conforto e segurança, auxiliar no tratamento com cuidados diretos e, por conseguinte, diminuir os fatores estressores que podem afetar o processo de cicatrização (GONÇALVES et. at., 2015; ALMEIDA et. al., 2018; MELO et. al., 2011; DEALEY, 2008).

Ao contrário da maioria dos estudos nacionais, o perfil traçado nessa pesquisa mostra que quase 95% dos pacientes em atendimento possuem alguma escolaridade, o que é um excelente índice e está acima dos valores nacionais. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro foram identificados 11% analfabetos e 53% com primeiro grau incompleto (OLIVEIRA et. al., 2013), correspondente ao ensino fundamental incompleto.

A escolaridade é uma variável que interfere indiretamente no processo de cicatrização, já que está relacionada a compreensão das orientações de enfermagem com relação ao tratamento e autocuidado. É importante que a enfermagem conheça o nível de escolaridade dos pacientes sob seus cuidados para direcionar adequadamente suas orientações (OLIVEIRA et. al., 2013). As orientações ao paciente com feridas fazem parte do plano de ações de cuidados de enfermagem e devem fazer parte do tratamento instituído. São elas que direcionam o autocuidado do paciente fora do serviço e permitem que o indivíduo seja ativo no seu tratamento.

A população do Distrito Federal possui, em sua maioria, uma renda média superior a renda de outros estados e isso foi confirmado com os valores encontrados, na qual a renda média foi de R\$ 4.004,35. Esse dado diverge com o de outra pesquisa realizada em um hospital de serviço público do Rio de Janeiro que relacionou a demanda do serviço público a uma população de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade (OLIVEIRA et. al., 2012). A renda do paciente também pode ser considerada uma variável que interfere indiretamente no processo de cicatrização, já que está associada ao poder aquisitivo do paciente frente a falta de materiais do serviço público (OLIVEIRA et. al., 2013; LIMA, N. B. A. et al., 2016).

Apesar da média de renda ser alta, quase que a totalidade dos pacientes participantes não possui vínculo empregatício atualmente e metade são os provedores financeiros da família, ou seja, possuem pessoas que dependem deles financeiramente. Além disso, 15 dos 21 participantes afirmaram ter deixado de trabalhar devido à ferida, bem como 13 dos 21 também afirmaram que a ferida afeta seu convívio social e/ou familiar, sendo que desses, 77% alegaram que a ferida restringe as saídas de casa. Esses dados demonstram o forte impacto psicossocial e

econômico das feridas. São elas a causa para alguns pacientes de ruptura social, trabalhista e biográfica (MELO et. al., 2011).

O sofrimento psicológico é considerado um agente estressor que interfere significativamente no processo de cicatrização. O estresse estimula a secreção de hormônios que reduzem a resposta imunológica e inflamatória. Também inibe a regeneração das células endoteliais e retarda a produção de colágeno (DEALEY, 2008).

É muito importante que o profissional de enfermagem esteja atento a essas outras demandas que influenciam no processo de cicatrização e as inclua em seu plano de cuidados, sendo muitas vezes necessária uma abordagem interdisciplinar (SILVA et. al., 2007). Os cuidados com feridas exigem do profissional uma visão integralizada de tudo que afeta o indivíduo, incluindo sua saúde mental, que nem sempre é considerado durante o cuidado. A ferida causa uma alteração na imagem corporal, na forma de ser e de estar no mundo para cada indivíduo e conseqüentemente afeta a autoestima, que pode gerar situações de angústia e conflitos (WAIDMAN et. al., 2011; SILVA et. al., 2007).

O sofrimento, portanto, pode fazer parte da rotina dos pacientes com feridas, porque lidam com angústias constantes, dúvidas e ansiedade em relação ao tratamento (WAIDMAN et. al., 2011). Percebe-se ainda que os pacientes deixam de trabalhar ou até mesmo sair de casa devido às feridas, o que também foi encontrado em um estudo realizado em Natal (ANDRIOLA et. al., 2013).

Ao falar de sofrimento, encontram-se outros agentes que estão relacionados à qualidade de vida dos pacientes e podem influenciar no processo de cicatrização, os hábitos de vida.

A privação do sono é apontada como um agente estressor que pode afetar o processo de cicatrização (DEALEY, 2008). Durante o sono o hormônio de crescimento é secretado, sendo responsável pela proliferação de várias células, incluindo os fibroblastos e células endoteliais (LEE & SCOUTS, 1999 apud DEALEY, 2008). A insônia, portanto, não deve passar despercebida aos profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes com feridas. Suas causas devem ser investigadas, sendo comum estarem relacionadas com a ferida, dor e preocupações

(DEALEY, 2008). Nesse estudo, 33% dos pacientes que relataram insônia relacionaram a causa à ferida.

Na população estudada, foi encontrada baixa adesão ao hábito de fumar, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado no Rio de Janeiro (OLIVEIRA et. al., 2013). Esse é um dado muito importante porque é um hábito que dificulta o processo de cicatrização, visto que o fumo frequente diminui a quantidade de hemoglobina funcional no sangue, reduzindo, conseqüentemente, a oxigenação nos tecidos (SILVA et. al., 2007).

Quase metade dos pacientes participantes praticam alguma atividade física leve. Existem poucos estudos na literatura que analisam a importância da atividade física no processo de cicatrização, sendo que os existentes estão vinculados às úlceras venosas. São estudos promissores e que precisam ser aprofundados, mas já trazem evidências de que a atividade física pode auxiliar na cicatrização, já que estariam associadas à diminuição do tamanho das úlceras e na quantidade de pacientes que obtiveram melhora na qualidade de vida e na função física (YIM et. al., 2015; SMITH et. al., 2018).

O histórico clínico deve ser levantado antes de iniciar o tratamento do paciente com feridas, pois existem patologias associadas ao quadro geral do paciente que interferem no processo de cicatrização. A hipertensão arterial e diabetes são duas patologias frequentes nos pacientes com feridas também em outros estudos nacionais (OLIVEIRA et. al., 2012; OLIVEIRA et. al., 2013; DAL SANTOS et. al., 2015; LIMA et. al., 2016; RODRIGUES et. al., 2016).

A hipertensão arterial e a diabetes são doenças já conhecidas na literatura por dificultarem o processo de cicatrização, já que levam às alterações vasculares, e que devem ser controladas durante o tratamento da ferida (BIONDO-SIMÕES et. al., 2006; SILVA et. al., 2007; DEALEY, 2008). A PA verificada da maioria dos hipertensos encontrava-se dentro dos limites adequados, ao contrário da glicemia capilar que estava alta na maioria dos diabéticos. Antes da verificação foi perguntado o horário da última refeição e respeitado o limite de 30 minutos após as refeições para a verificação. Tais valores reforçam a necessidade de atenção ao controle da glicemia nos pacientes com lesões de pele, visto que, a ausência de

controle do diabetes afeta diretamente o processo de cicatrização, retardando-o (SILVA et. al., 2007).

A anemia não foi levantada em outros estudos de perfil nacional, mas teve alta frequência de relatos no histórico dos pacientes do presente estudo. A anemia leva a um risco de isquemia tecidual local, prejudica a força tênsil do novo tecido e afeta formação da malha de colágeno (SCEMONS & ELSTON, 2011). Deve ser prontamente investigada e tratada quando presente no paciente com feridas.

O uso de medicamentos também pode produzir efeitos adversos no processo de cicatrização. É muito importante que o enfermeiro conheça todas as medicações em uso e se atente caso o paciente utilize corticóides, anti-inflamatórios não esteróides, quimioterápicos, drogas antineoplásicas, imunossupressoras, anticoagulantes e alguns antibióticos (SILVA et. al., 2007). As medicações encontradas que dificultam o processo de cicatrização na análise desse perfil faziam parte da classe de medicamentos imunossupressores.

Outra medicação que pode estar relacionada a uma dificuldade no processo cicatricial é a Losartana que é utilizada por 33% dos pacientes participantes desse estudo. Em estudo experimental realizado com ratos a Losartana estaria associada a uma diminuição da deposição de colágeno durante a cicatrização e menor resistência da cicatriz (BIONDO-SIMÕES et. al., 2006).

As alergias tóxicas podem interferir indiretamente no processo de cicatrização porque podem diminuir as possibilidades do profissional de escolha dos produtos e coberturas utilizadas no tratamento. Possibilidades essas que muitas vezes já são limitadas pela realidade da saúde pública (OLIVEIRA et. al., 2013).

Os exames laboratoriais são ferramentas fundamentais para identificação de situações que possam prejudicar o processo de cicatrização e devem ser solicitados durante a assistência ao paciente com feridas. O hemograma permite determinar e avaliar anemias, assim como avaliar resposta inflamatória. A albumina avalia o estado nutricional e equilíbrio osmótico (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2011; SCEMONS & ELSTON, 2011). A deficiência da albumina desacelera a chegada de oxigênio nos tecidos, elemento fundamental às células e à cicatrização (SCEMONS & ELSTON, 2011). Mais da metade dos pacientes

avaliados tinha realizado o hemograma completo e apenas 17% tinham realizado a verificação de albumina sérica.

O cuidado ao paciente com feridas deve ser interdisciplinar e deve contar com o acompanhamento médico para continuidade do tratamento das doenças crônicas que muitas vezes estão associadas à etiologia das feridas (DEALEY, 2008; SILVA et. al., 2007). Quase que a totalidade dos pacientes em acompanhamento no ambulatório também realizam acompanhamento médico regular, o que é muito benéfico para o tratamento das feridas.

A avaliação clínica da lesão é crucial para a escolha do tratamento correto e acompanhamento da evolução de cada caso. Pode favorecer e potencializar a cicatrização do paciente quando feita adequadamente. Nunca deve ser desvinculada dos outros dados que podem interferir na cicatrização. O enfermeiro deve conhecer todo o caso, realizar uma coleta completa de dados com anamnese, exame físico, leitura e/ou pedido de exames laboratoriais, considerar a etiologia da lesão, cirurgias anteriormente realizadas e associar os achados à avaliação da lesão (SILVA et. al., 2007; SCEMONS & ELSTON, 2011).

Conhecer o histórico de complicações, por exemplo, é importante para se trabalhar com a prevenção de fatores que interferem diretamente na cicatrização e atrasam o tempo de tratamento. A complicação mais citada no histórico foi a infecção da ferida. A infecção local prolonga a resposta inflamatória, retarda a produção de colágeno e degrada o mesmo, afeta a fase proliferativa, impede a epitelização, aumenta lesão tissular devido à competição das bactérias por oxigênio e nutrientes (SILVA et. al., 2007; SCEMONS & ELSTON, 2011).

A troca de curativos em casa deve ser realizada em situações de real necessidade e após orientação do profissional de saúde. O ideal é que as trocas de curativos sejam realizadas na menor frequência possível (SCEMONS & ELSTON, 2011). O profissional deve ensinar o paciente a realizar a técnica limpa do curativo para evitar aumentar a microbiota da lesão e o risco de infecção (POTTER et. al., 2013). Dos 21 pacientes que participaram desse estudo, 40% realizam a troca de curativo em casa devido à intensa exsudação de suas feridas e necessidade de melhorar o conforto.

A localização da ferida mais frequente na amostra foi nos membros inferiores, o que está de acordo com outros estudos nacionais (OLIVEIRA et. al., 2013; LIMA et. al., 2016; RODRIGUES et. al., 2016). A localização pode indicar possíveis riscos de infecção ou de adaptação das coberturas ao local (DEALEY, 2008).

Na pesquisa, 33% dos pacientes apresentavam edema no membro da lesão. O edema deve ser controlado para que as feridas cicatrizem (SCMONS & ELSTON, 2011). O acúmulo de líquidos no local da lesão dificulta a troca de nutrientes e oxigênio entre o tecido e o sangue (ROBBINS, 2018).

A quantidade de lesões não é considerada na literatura atual um fator que interfere no processo de cicatrização. No estudo de OLIVEIRA et. al. em 2013, por exemplo, não foram encontradas diferenças estatísticas para a cicatrização quando comparada à quantidade de lesões.

Já o dano tecidual interfere no processo de cicatrização, pois cada camada da pele passa por etapas diferentes quando precisam ser reconstruídas. Feridas com perda superficial cicatrizam em apenas uma etapa conhecida como regeneração, na qual a epiderme se prolifera e recobre a área danificada. Feridas de espessura parcial necessitam de três etapas para sua cicatrização, que são a inflamação, proliferação e remodelagem. Essas feridas só cicatrizam após a formação do tecido de granulação (SCMONS & ELSTON, 2011). A maioria das feridas analisadas no estudo apresentavam dano parcial, ou seja, acometimento de epiderme e derme.

A etiologia da ferida é de suma importância para o processo de cicatrização, pois determina o tratamento e a construção do plano de cuidado para potencializar a cicatrização em cada condição. Por exemplo, úlceras venosas respondem melhor ao tratamento quando associada à terapia compressiva e lesões por pressão respondem melhor ao tratamento quando medidas de alívio da pressão são tomadas junto com o manejo clínico da lesão (SCMONS & ELSTON, 2011). A etiologia mais frequente encontrada nessa pesquisa foram as úlceras vasculares, principalmente as úlceras venosas, o que também é um achado comum em outros estudos nacionais (OLIVEIRA et. al., 2013; RODRIGUES et. al., 2016).

A exsudação faz parte da cicatrização e deve ser manejada para proporcionar umidade adequada ao leito da lesão (DEALEY, 2008; SCMONS & ELSTON, 2011).

Cada fase do processo de cicatrização possui uma quantidade de exsudação esperada. Um exemplo disso é que na fase inflamatória o exsudato é mais intenso e tende a diminuir durante a fase de epitelização (DEALEY, 2008). O exsudato deve ser avaliado quanto a sua quantidade, tipo e odor. Sendo que o tipo varia de acordo com a composição do exsudato que pode apresentar-se como seroso (constituído apenas de plasma), serossanguinolento (constituído de plasma e hemácias), sanguinolento (constituído de hemácias) e purulento (constituído por leucócitos, resíduos celulares, organismos mortos). A exsudação do tipo purulenta pode apresentar colorações diversificadas de acordo com os organismos mortos presentes, podendo ser amarelo, esverdeado ou castanho (SCEMONS & ELSTON, 2011).

Nos estudos nacionais é comum encontrar erros na classificação da exsudação, pois existe um ideal de que o exsudato do tipo purulento esteja ligado apenas ao processo infeccioso, o que não é correto de ser afirmado. Uma infecção local não pode ser diagnosticada apenas considerando o tipo e a coloração do exsudato isoladamente. Essa mudança é um possível sinal que deve ser associada a outros sinais para configurar uma infecção local (SCEMONS & ELSTON, 2011).

O odor das lesões é difícil de ser avaliado se não for utilizado uma classificação específica para isso. Existem escalas na literatura que quantificam o odor (DEALEY, 2008). A escala utilizada nessa pesquisa foi a de BARKER & HAIG, 1993 (apud AUGUSTO, 2015), que classifica qualitativamente o odor durante o atendimento do paciente. Alguns pacientes se sentem incomodados pelo odor das feridas e é importante que o profissional se atente ao manejo desse achado. Existem coberturas que acentuam o odor, tais como, hidrocolóides e alginatos. Em certas situações alterações no odor podem indicar possível infecção (DEALEY, 2008). Na pesquisa, 44% das lesões apresentavam pouco exsudato, com o tipo mais frequente purulento (56%), de coloração amarelado (71%) e sem odor em 59% das lesões.

A perilesão fornece informações valiosas ao profissional de saúde, apontando possíveis sinais para a etiologia da lesão, complicações e para a avaliação das condutas tomadas (DEALEY, 2008). Deve estar íntegra e hidratada para não afetar as margens da lesão e a cicatrização (SCEMONS & ELSTON, 2011). A maioria das

perilesões avaliadas apresentaram as características dentro do esperado e ausência de alterações que poderiam prejudicar o processo de cicatrização.

Durante o processo de cicatrização é esperado uma redução da sensibilidade local e a literatura recomenda a avaliação da sensibilidade cutânea durante a investigação semiológica (SILVA et. al., 2007). Foram utilizados monofilamentos de Semmes-Weinstein para testar a sensibilidade da perilesão das lesões e ter uma forma de quantificar essa redução. A maioria dos pacientes testaram padrões normais para a prevenção de novas lesões na região, ou seja, resposta ao estímulo doloroso preservada (filamentos de 0,2g – azul - a 2,0g – violeta-). Os pacientes que apresentaram alterações significativas já apresentavam um quadro de neuropatia conhecido.

A sensibilidade cutânea deve ser avaliada, mesmo que superficialmente, para que possíveis comprometimentos sejam identificados e evite-se situações que possam colocar o paciente em risco durante o tratamento (SILVA et. al., 2007). Por exemplo, o uso de terapias compressivas em pacientes que possuem perda importante da sensibilidade.

Para a cicatrização é muito importante a manutenção adequada das bordas, já que é a partir delas que ocorre a migração das células epidérmicas até o leito da lesão (SCHEMONS & ELSTON, 2011) e é também o ponto de ancoragem para os miofibroblastos iniciarem a contração da ferida (SILVA et. al., 2007). Estar nivelada com o leito da lesão, sem tecido desvitalizado e iniciando o processo de contração são bons indicativos da cicatrização e foram os achados mais frequentes nesse estudo.

O tecido de granulação faz parte do processo de cicatrização das feridas com perda parcial de tecido e é sobre ele que ocorre a epitelização nos últimos estágios da cicatrização. É um tecido granular e vermelho vivo, essas características estão relacionadas a intensa presença de novos vasos sanguíneos (SILVA et. al., 2007). Em mais da metade das lesões o tecido de granulação estava presente com características dentro do descrito na literatura e em 11% das lesões apresentava-se como hipergranulação.

A hipergranulação é o tecido de granulação que cresce em excesso ficando acima das bordas do leito da lesão, sendo considerado um fenômeno que dificulta o processo de cicatrização e que ainda é pouco descrito na literatura. Sua causa ainda é incerta, mas poderia estar associada ao excesso de umidade no leito da lesão (MENOITA et. al., 2013).

A maioria dos pacientes negaram dor durante o procedimento, mas relataram dor durante o dia a dia. A dor deve ser avaliada na rotina das consultas e deve ser umas das prioridades no atendimento, visto que é considerada um agente estressor fisiológico que interfere no processo de cicatrização (DEALEY, 2008). Estudo realizado no Mato Grosso do Sul mostra que o domínio mais afetado da qualidade de vida dos pacientes com feridas crônicas é o domínio físico relacionado a dor (ALMEIDA et. al. 2018). Considerando isso, o profissional deve buscar conhecer a dor do paciente e propor intervenções para manejá-la (DEALEY, 2008).

Realizar a mensuração é um passo importante da avaliação clínica das lesões, já que com a evolução da cicatrização o tamanho das lesões tende a regredir. São dados mais significativos para o acompanhamento e auxiliam o profissional na escolha dos produtos que serão utilizados (DEALEY, 2008). Por exemplo, uma ferida que possui profundidade exige cobertura diferente de uma ferida superficial (DEALEY, 2008).

A escolha do tratamento tópico adotado deve levar em consideração a avaliação clínica da lesão e o conhecimento da cicatrização das feridas. A escolha incorreta do produto leva a piora da ferida e complicações (SILVA et. al., 2007; POTTER et. al., 2013). O produto de escolha deve criar um ambiente de cicatrização ideal, com o meio úmido que promova a rápida cicatrização (auxiliando a migração das células da epiderme), remova excesso de exsudato, promova isolamento térmico, forneça barreira protetora, reduza/elimine a dor, exija poucas trocas e manipulações e permita remoção sem traumas (SILVA et. al., 2007; DEALEY, 2008; POTTER et. al., 2013; SCEMONS & ELSTON, 2011).

A cobertura primária (que fica em contato com o leito da lesão) mais utilizada foi do Hidropolímero o que está de acordo com sua indicação, que é para lesões com tecido de granulação, sendo esse tipo de tecido mais presente nas lesões desse estudo. A cobertura secundária (fica sobre a cobertura secundária) mais

utilizada foi a Bota de Unna o que está de acordo com a etiologia mais frequente no estudo que são as úlceras venosas. É uma característica particular do serviço utilizar, em alguns casos, a Bota de Unna como cobertura secundária, visto que, é utilizada outra cobertura em contato com o leito da lesão.

O estado nutricional é primordial para o êxito na cicatrização das feridas. O ideal seria que os pacientes recebessem acompanhamento com nutricionista durante o tratamento das feridas (SILVA et. al., 2007). Mas sabe-se que essa não é uma realidade presente em todos locais que cuidam dos pacientes com feridas e cabe ao profissional de enfermagem conhecer quais macromoléculas, nutrientes e vitaminas são importantes durante o processo de cicatrização. Deficiências de qualquer nutriente importante causam atrasos e complicações no processo de cicatrização (POTTER et. al., 2013).

Vale ressaltar que as recomendações devem levar em consideração toda a clínica do paciente, suas patologias, quantidades de lesões e perda de tecido. Pacientes que possuem mais de uma lesão têm maior gasto de energia, por exemplo (SILVA et. al., 2007).

As calorias são fundamentais para manutenção da atividade celular e quando presente em quantidades não suficientes desviam as funções das proteínas que acabam sendo quebradas para a obtenção de energia. Por isso, são conhecidas como “protetoras das proteínas” (SILVA et. al., 2007; POTTER et. al., 2013). Já é esperado que pacientes com feridas tenham maiores necessidades calóricas e por isso a ingesta deve ser bem maior do que a recomendação diária (DAL SANTOS et, al., 2015; SILVA et. al., 2007). Nos valores encontrados na avaliação alimentar percebe-se ingesta muito baixa de calorias em ambos os sexos, o que pode repercutir negativamente no processo de cicatrização.

As proteínas são responsáveis pela estrutura do novo tecido. Auxiliam na fibroplasia, na angiogênese, formação de colágeno, proliferação das células, remodelagem da ferida e na resposta imunológica (POTTER et. al., 2013; SCEMONS & ELSTON, 2011). Os pacientes participantes do estudo apresentam adequada ingesta protéica independente do sexo, mas por não possuírem uma boa ingesta calórica a manutenção protéica pode estar sendo prejudicada, já que o

organismo degrada proteínas para a obtenção de energia na ausência de calorias suficientes (POTTER et. al., 2013).

A vitamina A atua na resposta inflamatória, na epitelização, fibroplasia e síntese do colágeno (POTTER et. al., 2013; SCEMONS & ELSTON, 2011). A deficiência causa retardo na cicatrização e degradação do tecido epitelial (SCEMONS & ELSTON, 2011). A ingesta encontrava-se abaixo das recomendações em ambos os sexos, só que no sexo masculino a ingesta ainda se encontrava mais baixa, já que suas recomendações diárias são maiores do que as do sexo feminino.

A vitamina C atua na resposta imunológica, síntese do colágeno, integridade da parede capilar, na absorção de ferro e é um antioxidante (DEALEY, 2008; POTTER et. al., 2013; SCEMONS & ELSTON, 2011). A deficiência resulta em retardo na cicatrização e fragilidade capilar (SCEMONS & ELSTON, 2011). Encontrava-se com ingesta adequada no sexo feminino e inadequada do sexo masculino.

O ferro atua na síntese do colágeno, na liberação de oxigênio e na atividade bacteriana dos leucócitos (DEALEY, 2008; SCEMONS & ELSTON, 2011). A deficiência leva ao risco de isquemia no local da lesão, anemia, afeta a ligação cruzada de colágeno e a força tênsil da lesão (SCEMONS & ELSTON, 2011). A ingesta estava adequada na avaliação do sexo masculino e inadequada no sexo feminino.

O zinco participa da proliferação celular, da epitelização e fornece resistência ao colágeno (SILVA et. al., 2007). A deficiência leva ao prolongamento da cicatrização e diminuição da resposta imunológica (SCEMONS & ELSTON, 2011). A ingesta de zinco encontrava-se abaixo das recomendações em ambos os sexos.

O cobre atua na proteção das fibras nervosas, na síntese de colágeno, na formação dos leucócitos e é um antioxidante (SILVA et. al., 2007; DEALEY, 2008; SCEMONS & ELSTON, 2011). A deficiência causa redução na síntese de colágeno e anemia (SCEMONS & ELSTON, 2011). A ingesta de cobre encontrava-se muito abaixo das recomendações em ambos os sexos.

Além das macromoléculas, nutrientes e minerais é importante avaliar a ingesta hídrica do paciente. A ingesta hídrica recomendada de água diariamente

para a cicatrização de feridas é de 2 L a 2,5 L (SCEMONS & ELSTON, 2011). Dos 21 pacientes participantes 38% não seguiam essas recomendações, relatando ingestão inferior a 2L por dia.

O índice de massa corporal reflete muitos dos problemas encontrados na avaliação alimentar e nos hábitos de vida. Por exemplo, um achado comum durante a leitura dos registros alimentares foi o espaço muito longo entre as refeições. Metade dos pacientes de ambos os sexos apresentavam sobrepeso ou obesidade. Esse achado está de acordo com os dados encontrados por DAL SANTOS, 2015 que dos 36 pacientes com feridas participantes do estudo 58% apresentavam sobrepeso ou obesidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes as dificuldades encontradas no processo de cicatrização não estão relacionadas apenas ao manejo da lesão e à terapia tópica utilizada. Ao cuidar do paciente com feridas o Enfermeiro deve considerar que diversos fatores estarão influenciando no resultado do acompanhamento e tratamento. É fundamental que conheça sua clientela e busque relacionar seu plano de cuidado com outros profissionais pertinentes a cada caso, tais como, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, assistentes sociais.

Nas situações em que tais profissionais não estejam disponíveis é essencial que o enfermeiro conheça os fatores que podem estar dificultando a cicatrização e proponha intervenções de enfermagem. O manejo adequado de todo o contexto que envolve o paciente e sua condição auxilia na redução do tempo de cicatrização e nos custos do tratamento.

Uma limitação dessa pesquisa é que por se tratar da descrição de dados para um público específico seus achados não podem ser generalizados e devem ser utilizados com cautela para comparações. São dados que podem e devem ser aprofundados em outros estudos que avaliem como o manejo desses fatores influencia o processo de cicatrização.

Por se tratar de um estudo de levantamento, essa pesquisa tinha como intuito buscar dados pertinentes ao serviço que possam incentivar a realização de outras pesquisas e uma otimização do cuidado prestado. Ainda são escassos os ensaios

clínicos que auxiliem na criação de boas diretrizes para os cuidados de pacientes com feridas e os dados encontrados com esse levantamento fornecem indícios para futuros ensaios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, W. A.; FERREIRA, A. M.; IVO, M. L.; RIGOTTI, M. A.; BARCELOS, L. S.; SILVA, A. L. N. V. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. *J. res.: fundam. care. Online*. Rio de Janeiro, 10(1): 9-16, março 2018. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5917/pdf>> Acesso em 13 de maio de 2018.

ANDRIOLA, I. C.; FERNANDES, M. I. C. D.; SILVA, F. B. B. L.; SÁ, J. D.; LIRA, A. L. B. C.; MEDEIROS, A. B. A. Perfil socioeconômico de pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. *Revenferm UFPE online*. Recife, 7(8):5220-4, agosto, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br/>> Acesso em 13 de maio de 2018.

AUGUSTO, F. S. Tradução, adaptação cultural e validação do Cardiff Wound Impact Schedule para a língua portuguesa do Brasil – *Dissertação (mestrado)*. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, XV 146f., 2015. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dcir/cirtrans/discente/egressos/Biblioteca/mestrado/2015-11-mestrado-fabiana-da-silva-augusto.pdf>> Acesso em 07 de junho de 2018.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; ZAZULA, A. D.; GOMES, A. B.; PONCIO, C.; TORRES, L. F. B.; BORSATO, K. S. Influence of arterial hypertension treated with losartan on skin healing in rats. *Acta Cirúrgica Brasileira*. São Paulo, Vol 21 (3), junho 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/acb/v21n3/29485.pdf> Acesso em 30 de abril de 2018.

DAL SANTOS, M.; FRANCO, S.; SANCHES, F. L. F. Z.; ROSALVA, R.; HACK, J.; MEOTTI, N.; MAGRO, M. Caracterização Nutricional de Pacientes com Úlceras Crônicas de Membros Inferiores em Tratamento no Ambulatório de Feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. *UNOPARCientCiêncBiol Saúde*. Paraná, 17(1):13-9, 2015. Disponível em: <

<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/318/298>
Acesso em 22 de março de 2017.

DATASUS. TABNET. Produção Ambulatorial SUS. Disponível em:
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em 22 de
março de 2017.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras** – 3ª ed. – São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões na pele: recomendações baseadas em evidências** – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

GONÇALVES, J. R. L.; SOARES, P. P. B.; FERREIRA, L. A.; SANTOS, A. S. O significado da família para a pessoa com úlcera arterial. *Revenferm UFPE online*. Recife, 9(11):9748-54, novembro 2015. Disponível em:
<<http://periodicos.capes.gov.br/> > Acesso em 13 de maio de 2018.

LIMA, N. B. A.; ANGRA, G.; SOUSA, A. T. O.; GOUVEIA, B. L. A. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas agudas e crônicas. *Revenferm UFPE online*. Recife, 10 (6): 2005-17, junho 2016. Disponível em:
<<http://periodicos.capes.gov.br/> > Acesso em 13 de maio de 2018.

MELO, L. P.; SILVA, N. P.; SILVA, K. C. L.; PONTE, M. P. T. R.; GUALDA, D. M. R. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. *CogitareEnferm*. São Paulo, 16(2):303-10, junho 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20804/14215>> Acesso em 04 de maio de 2018.

MENOITA, E.; GOMES, C.; SANTOS, V.; SANTOS, A.; TESTAS, C.; CORDEIRO, C. Hipergranulação: Boas práticas de Enfermagem. *Enformação*. Portugal, 14-20, setembro 2013. Disponível em: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1746/1/14enf.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2018.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; CASTRO, J. B. A.; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 21(esp.1):612-7, dezembro 2013. Disponível

em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10035>> Acesso em 22 de março de 2017.

OLIVEIRA, B. G. R. B.; NOGUEIRA, G. A.; CARVALHO, M. R.; ABREU, A. M.; Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de reparo de feridas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. Rio de Janeiro, 14(1):156-63, março 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10322>> Acesso em 22 de março de 2017.

POTTER, P. A.; Perry, A. G.; Stockert, P. A.; Hall, A. M. **Fundamentos de Enfermagem** – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011.

ROBBINS, V. **Patologia básica** – 10ª ed – Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2018.

RODRIGUES, D. C.; FERNANDES, L. M.I; NICOLA, A. L.; GEMELLI, L. M. G.; ALVES, D. C. I.; OLIVEIRA, J. L. C. Ambulatório de Feridas: Perfil dos Usuários, Características e Evolução das Lesões em Hospital Universitário. *Revenferm UFPE online*. Recife, 10 (8):2933-41, agosto 2016. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br/>> Acesso em 20 de abril de 2018.

SCEMONS, D.; ELSTON, D. **Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem**. Porto Alegre: AMGH, 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem** – 2ª ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

SMITH, D.; LANE, R.; MCGINNES, R.; O'BRIEN, J.; JOHNSTON, R.; BUGEJA, L.; TEAM, V.; WELLER, C. What is the effect of exercise on wound healing in patients with venous leg ulcers? A systematic review. *IntWoundJ*. Australia, 1–13, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez54.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/iwj.12885>> Acesso em 13 de maio de 2018.

SANT'ANA, S. M. S. C.; BACHION, M. M.; SANTOS, Q. R.; NUNES, C. A. B.; MALAQUIAS, S. G.; OLIVEIRA, B. G. R. B. Úlceras venosas: caracterização clínica

e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 65(4): 637-44, agosto 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>> Acesso em 22 de março de 2017.

WAIMAN, M. A. P.; ROCHA, S. C.; CORREA, J. L.; BRISCHILIARI, A.; MARCON, S. S. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 20(4): 691-9, dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>> Acesso em 30 de abril de 2018

YIM, E.; KIRSNER, R. S.; GAILEY, R. S.; MANDEL, D. W.; CHEN, S. C.; TOMIC-CANIC, M. Effect of Physical Therapy on Wound Healing and Quality of Life in Patients With Venous Leg Ulcers A Systematic Review. *JAMA Dermatol*. Miami, 151(3):320–327, 2015. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/ez54.periodicos.capes.gov.br/journals/jamadermatology/fullarticle/2019962>> Acesso em 13 de maio de 2018.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa Perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas atendidos em um serviço de estomaterapia de um hospital público, sob a responsabilidade da pesquisadora Ivone Kamada. O projeto visa traçar o perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas em atendimento.

O objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento de dados epidemiológicos, clínicos e alimentares que são importantes para a sistematização do atendimento e melhor gerenciamento do serviço, visando uma otimização do cuidado prestado.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de um instrumento base pré-estruturado e de um registro alimentar semanal único. Também será realizada uma avaliação do(da) senhor(a) seguindo a rotina das consultas semanais do Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia. O instrumento base será preenchido durante a consulta, com um tempo estimado de 20 (vinte) minutos para sua realização. O registro alimentar será entregue e deverá ser preenchido durante a semana, sendo a devolutiva na consulta seguinte.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o desconforto ou constrangimento que podem surgir durante o preenchimento dos instrumentos, que serão contornados com a adequada orientação e garantia por parte da pesquisadora de sigilo total das informações obtidas. Se aceitar participar, estará contribuindo para o levantamento de dados fundamentais para melhoria do atendimento prestado. Além disso, os resultados encontrados irão auxiliar no gerenciamento do serviço e servirão de subsídio para treinamentos dos acadêmicos e profissionais.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Ivone Kamada, na Universidade de Brasília, no telefone (61) 99989-0419, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou, envie um e-mail para kamada@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h às 12h e de 13h30 às 15h30, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

Profª. Drª. Ivone Kamada
Pesquisadora responsável

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO BASE

 Universidade de Brasília	INSTRUMENTO BASE	NOME: _____
Caracterização Sociodemográfica Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Procedência: _____ Idade: _____ anos. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Amasiado Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo Profissão: _____ Vínculo empregatício: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Caracterização Clínica Histórico clínico familiar: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Insuficiência Venosa <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Insuficiência Arterial <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Outros _____ Histórico clínico pessoal: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Insuficiência Venosa <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Insuficiência Arterial <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Neuropatia periférica <input type="checkbox"/> Lúpus <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Outros _____ Medicamentos em uso – Escreva o nome, a indicação, dosagem e posologia. _____ _____ Fuma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tempo: _____ cigarros/dia: _____ Faz consumo de álcool? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tempo: _____ doses/dia: _____ Realiza acompanhamento médico regular? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, com o dermatologista <input type="checkbox"/> Sim, com o vascular <input type="checkbox"/> Sim, com o infectologista <input type="checkbox"/> Sim, com _____		
Campo do entrevistador Data de admissão no serviço: _____ Últimos exames realizados – Escrever o nome do exame e mês. Duração do tratamento: _____ Glicemia: _____ mg/dl PA: _____ mmHg		
Caracterização da lesão Campo do entrevistador Localização: _____ _____ Etiologia: _____ _____ Classificação da(s) lesão(ões): _____ _____ Mensuração: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm Área: _____ cm ² Exsudato – Descrever quantidade, tipo e cor. _____ _____ Odor – Escala de Odor Baker e Haig		

Leito – Descrever tipo de tecido e porcentagem.

Bordas – Características, formato e nível.

Perilesão – Características da pele, hidratação, coloração.

Dor – durante a troca do curativo (0-10): _____

Dor – no dia-a-dia (0-10): _____

Quantidade de trocas do curativo: _____

Coberturas utilizadas – Primária, Secundária e Oclusão.

Caracterização alimentar

Campo do entrevistador

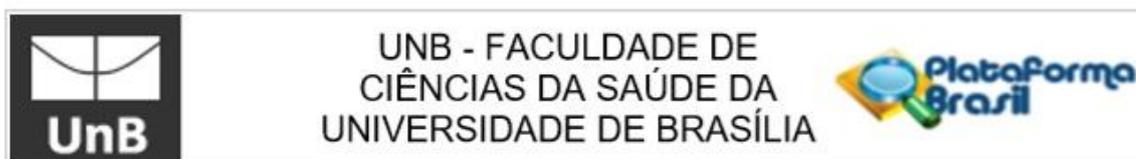
Altura: m

Peso: kg

IMC:

Agradecemos a sua participação!

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas, atendidos em um serviço de estomaterapia de um hospital público.

Pesquisador: Ivone Kamada

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67065417.4.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.106.213

Apresentação do Projeto:

"O processo de cicatrização é uma sequência complexa de fases que podem ser influenciadas por diversos fatores internos e externos, como, por exemplo, por doenças de base, hábitos alimentares, estilo de vida. O correto manejo dos fatores, assim como o cuidado adequado direcionado às lesões, podem beneficiar o processo de cicatrização. Diante desse benefício, a presente pesquisa busca conhecer alguns fatores que estão relacionados aos pacientes com feridas em atendimento no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE). Tendo como objetivo traçar o perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas em atendimento no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa. Será realizada no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (SAEE/HUB). O serviço está locado no corredor vermelho do ambulatório do HUB, funcionando de terça à sexta, das 14h às 18h, com marcação de consulta. POPULAÇÃO DA PESQUISA: A estimativa da amostra será de 20 pacientes com feridas em atendimento no SAEE no período em que a pesquisa for realizada. COLETA DE DADOS. Será realizada entrevista com o paciente, avaliação clínica, nos dias e horários das consultas (de terça à sexta, das 14h às 18h) e um registro alimentar semanal que deverá ser preenchido pelo paciente ou cuidador, no período de uma

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.108.213

semana, com devolução na consulta seguinte. Também será realizada busca posterior em prontuário para confirmação das condições de saúde do paciente, tais como diagnóstico da etiologia da lesão, medicamentos em uso com prescrição médica, últimos exames realizados. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS: Para a coleta de dados desta pesquisa serão utilizados dois instrumentos. O primeiro será um instrumento base semiestruturado que será preenchido durante a consulta para verificação das variáveis epidemiológicas e clínicas. Este instrumento ainda contará com um espaço reservado para ser preenchido com os dados da avaliação da lesão. O outro será um registro alimentar semiestruturado, do tipo DIA ALIMENTAR HABITUAL – DHA, adaptado da pesquisa de DAL SANTOS et. al. em 2015, que deverá ser preenchido durante a semana pelos pacientes ou cuidadores. INSTRUMENTO BASE Caracterização Sociodemográfica: Serão coletados os seguintes dados: sexo; idade; estado civil; profissão; escolaridade; procedência. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA. Serão coletados os seguintes dados: histórico clínico familiar de doenças; histórico clínico pessoal; tabagismo; etilismo; acompanhamento médico; data de admissão no serviço; duração do tratamento; medicamentos em uso; últimos exames realizados. AVALIAÇÃO DA LESÃO - Serão coletados os seguintes dados: etiologia; avaliação da lesão (localização, classificação, tamanho, perilesão, bordas, leito, exsudato, odor); quantidade de trocas do curativo; coberturas utilizadas; dor durante a troca do curativo; dor no dia-a-dia; no caso dos diabéticos, será verificada glicemia capilar e no caso dos hipertensos, pressão arterial periférica. CARACTERIZAÇÃO ALIMENTAR - Serão coletados altura e peso do paciente com o auxílio de uma balança eletrônica portátil da marca Britânia com capacidade para até 150 kg e estadiômetro de parede da marca Cirúrgica Express com faixa de medição de até 200 cm. Os dados de altura e peso serão utilizados no cálculo do IMC e auxílio na análise do registro alimentar. DIA ALIMENTAR HABITUAL – DHA - Este é um registro alimentar que o paciente ou cuidador descreve o que foi consumido em cada dia da semana, sendo coletados os seguintes dados: quantidade, horário, número e tipo de refeições (desjejum, almoço, jantar, lanches), quais os alimentos e como foi preparada cada refeição (DAL SANTOS et. al., 2015).” CRITÉRIOS DE INCLUSÃO ESTABELECIDOS PELA PESQUISADORA: “ter idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos; estar em acompanhamento no ambulatório para tratamento de lesão de pele, estar em condições de prestar informações por meio do instrumento base e registro alimentar, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).” CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO ESTABELECIDOS PELA PESQUISADORA: “Serão excluídos os pacientes em atendimento por outras causas que não sejam feridas (estomias, incontinência), aqueles sem capacidade cognitiva para entender e responder aos instrumentos e que não tenham um cuidador

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

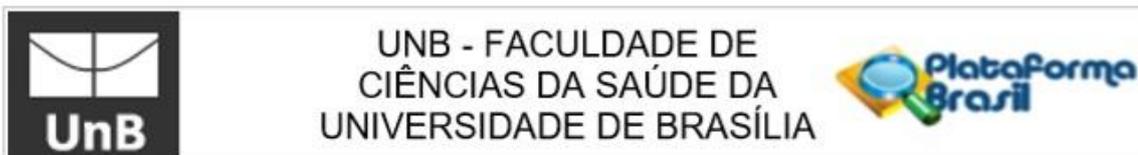
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.106.213

que também possa fazê-lo, bem como os que se recusarem a dar continuidade à participação na pesquisa.”

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos apresentados pela pesquisadora foram:

Objetivo Primário:

“Traçar o perfil epidemiológico, clínico e alimentar dos pacientes com feridas, atendidos no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília.”

Objetivo Secundário:

- a) Identificar o perfil epidemiológico e clínico do paciente com feridas em atendimento no SAAE;
- b) Avaliar as características das feridas e relacionar os achados com o processo de cicatrização descrito na literatura;
- c) Caracterizar a alimentação dos pacientes com feridas relacionando os achados com o processo de cicatrização descrito na literatura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios apresentados pela pesquisadora foram:

RISCOS: “Os riscos da pesquisa são o desconforto ou constrangimento que podem surgir durante o preenchimento dos instrumentos, que serão contornados com a adequada orientação e garantia por parte das pesquisadoras de sigilo total das informações obtidas.”

BENEFÍCIOS: “Os benefícios da pesquisa estão relacionados a uma melhora no gerenciamento do setor, obtenção de dados para a educação continuada dos profissionais, acadêmicos e dos pacientes, já que a partir da pesquisa será possível realizar melhores orientações ao paciente com feridas e oferecer um cuidado otimizado.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de iniciação científica da estudante Vanessa Patrício Soares de Oliveira do departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. O projeto será executado sob a orientação da professora Ivone Kamada. De acordo com o cronograma apresentado, a coleta de dados será realizada a partir do dia 03/07/2017 e o término está previsto para o dia 31/01/2018.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.108.213

O projeto será executado com recurso financeiro dos próprios pesquisadores (R\$ 2.745,91).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos encaminhados pela pesquisadora:

1. PROJETO DA PLATAFORMA BRASIL: PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_895744.pdf, postado em 12/04/2017;
2. PROJETO DETALHADO: PROJETO DETALHADO.docx, POSTADO EM 11/04/2017;
3. ORÇAMENTO: ORCAMENTO DETALHADO.docx, postado em 11/04/2017;
4. FOLHA DE ROSTO: FOLHA DE ROSTO.pdf, postado em 10/04/2017. Folha de rosto assinada e carimbada pela Diretora da Faculdade de Saúde Maria Fátima Sousa.
5. CURRICULO LATTES: Vanessa Patricio (CURRIC LATTES VANESSA PATRICIO SOARES DE OLIVEIRA.pdf) postado em 10/04/2017; Ivone Kamada (CURRIC LATTES IVONE KAMADA.pdf), postado em 10/04/2017;
6. TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO: TERMO RESP COMPROM PESQ.pdf, postado em 10/04/2017; Documento assinado pela professora Ivone Kamada;
7. TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO: TERMO RESP COMPROM PESQ.doc, postado em 10/04/2017; Documento sem assinatura;
8. TERMO DE CONCORDÂNCIA: TERMO_CONCORDANCIA.pdf, postado em 10/04/2017; Termo de concordância do HUB assinado e carimbado por Elza Ferreira Noronha (superintendente); Prof. Rafael Mota (Chefe do setor de pesquisa e inovação); Fátima Cristina Alves (Chefia responsável pela Unidade Clínica); e pela pesquisadora Ivone.
9. TERMO DE CIENCIA COPARTICIPANTE: TERMO CIENCIA COPARTICIPANTE.pdf, postado em 10/04/2017; Documento assinado e carimbado por: Elza Ferreira Noronha (superintendente); Prof. Rafael Mota (Chefe do setor de pesquisa e inovação);
10. DOCUMENTO DE PESQUISA: INSTRUMENTOS DE COLETA DE_DADOS.docx, postado em 10/04/2017;
11. CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO: CARTA_ENCAMINH_PROJETO AO CEP.pdf, postado em 10/04/2017; documento assinado pela professora Ivone Kamada;
12. CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO: CARTA ENCAMINH PROJETO AO_CEP.doc, postado em 10/04/2017; documento sem assinatura;
13. TCLE: TCLE.docx, postado em 10/04/2017;
14. CRONOGRAMA: CRONOGRAMA.docx, postado em 10/04/2017.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.108.213

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Toda a documentação foi devidamente apresentada na Plataforma Brasil.

Não há óbices éticos.

O presente projeto atende à Resolução CNS 466/2012 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_895744.pdf	12/04/2017 19:18:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	11/04/2017 08:01:52	Ivone Kamada	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.docx	11/04/2017 08:01:11	Ivone Kamada	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/04/2017 22:37:06	Ivone Kamada	Aceito
Outros	CURRIC_LATTES_VANESSA_PATRICIO_SOARES_DE_OLIVEIRA.pdf	10/04/2017 22:36:36	Ivone Kamada	Aceito
Outros	CURRIC_LATTES_IVONE_KAMADA.pdf	10/04/2017 22:36:13	Ivone Kamada	Aceito
Outros	TERMO_RESP_COMPROM_PESQ.pdf	10/04/2017 22:34:26	Ivone Kamada	Aceito
Outros	TERMO_RESP_COMPROM_PESQ.doc	10/04/2017 22:34:01	Ivone Kamada	Aceito
Outros	TERMO_CONCORDANCIA.pdf	10/04/2017 22:33:04	Ivone Kamada	Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_COPARTICIPANTE.pdf	10/04/2017 22:32:32	Ivone Kamada	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DE_COLETA_DE_DADOS.docx	10/04/2017 22:31:36	Ivone Kamada	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINH_PROJETO_AO_CEP.pdf	10/04/2017 22:30:24	Ivone Kamada	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

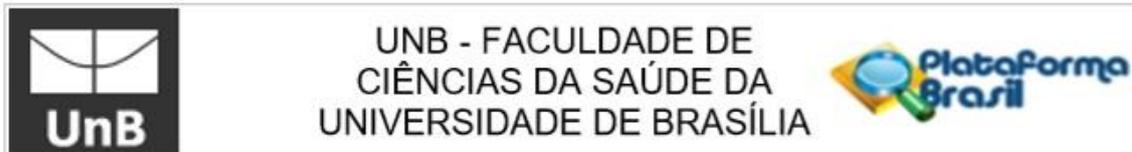
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.106.213

Outros	CARTA_ENCAMINH_PROJETO_AO_C EP.doc	10/04/2017 22:29:49	Ivone Kamada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/04/2017 22:28:58	Ivone Kamada	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/04/2017 09:33:08	Ivone Kamada	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 19 de Junho de 2017

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO 2 – REGISTRO ALIMENTAR

DIA ALIMENTAR HABITUAL

Nome:

DATA E DIA DA SEMANA:	TIPO DE REFEIÇÃO	HORA	ALIMENTOS	QUANTIDADE	PREPARAÇÃO