

Pelle Sana



Volume 03 | Número 01 | 2016
Pelle Sana é uma publicação da SOBENDE

A Pedra fundamental

Efeito anti-histamínico da
pomada vovô Pedro

Risco de desenvolvimento de lesões por
pressão: avaliação segundo escala de Braden

Programas e ações sobre fotoproteção

Tratamento de lesões por pressão com gel
a base de solução salina 20%: relato de caso

Úlcera hipertensiva: uso da cobertura de
espuma de poliuretano com ibuprofeno



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA

www.sobende.org.br

CONSELHO EDITORIAL

EDITORAS

Beatriz Farias Alves Yamada – Enfermeira Estomaterapeuta, Psicóloga, PhD. Sócia e Diretora da Enfmedic Saúde/Centro Estudos Norma Gill (São Paulo - SP)
Email: beatriz@enfmedic.com.br

Maristela Belletti Mutt Urasaki – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (São Paulo - SP)
Email: mari.urasaki@usp.br

Nádia Antonia Aparecida Polletti – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente do departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - em afastamento 2016

MEMBROS DO CONSELHO EDITORIAL

Beatriz Farias Alves Yamada – Enfermeira Estomaterapeuta, Psicóloga, PhD. Sócia e Diretora da Enfmedic Saúde/Centro Estudos Norma Gill (São Paulo - SP)
Email: beatriz@enfmedic.com.br

Carol Viviana Serna Gonzáles – Enfermeira Estomaterapeuta, Menstranda em Biologia Celular no Instituto de Ciências Biomédicas da USP (São Paulo-SP)
Email: polika12@gmail.com

Doris Menegon – Enfermeira Dermatológica. Mestre em Ciências Médicas. Docente do curso de especialização “Cuidado Integral com a Pele na Atenção Básica” da Escola de Enfermagem da UFRGS (Porto Alegre - Rio Grande do Sul)
Email: dbmenegon@gmail.com

Euzeli Brandão – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (Rio de Janeiro -RJ)
Email: euzeli@terra.com.br

Ivany Machado de Carvalho Baptista – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente da Universidade do Vale do Paraíba (São José dos Campos-SP)
Email: ivanybatista@uol.com.br

Joaquim Hudson Ribeiro – Psicólogo, Filósofo e Teólogo, PhD. Docente da Faculdade Salesiana Dom Bosco (Manaus-AM)
Email: jhudsonmanaus@hotmail.com

Jose Ribamar dos Santos Ferreira Junior – Químico, PhD. Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (São Paulo-SP)
Email: zeribajr@usp.br

Lina Monetta – Enfermeira Dermatológica, MSN. Diretora Bio Sana's (São Paulo - SP)
Email: linamonetta@terra.com.br

Maria Helena Larcher Caliri – Enfermeira Estomaterapeuta, PhD. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto - SP)
Email: mhcaliri@eerp.usp.br

Maria Helena Sant'Ana Mandelbaum – Enfermeira Dermatológica, PhD. Responsável Técnico da Clínica Dermatológica SHM e Coordenadora do Projeto Dermacamp (São José dos Campos-SP)
Email: mhsmandelbaum@gmail.com

Maristela Belletti Mutt Urasaki – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (São Paulo - SP)
Email: mari.urasaki@usp.br

Mônica Antar Gamba – Enfermeira Dermatológica, PhD. Docente Universidade Federal de São Paulo (São Paulo - SP)
Email: monicaantargamba@hotmail.com

Ricardo de Oliveira Lima – Enfermeiro Estomaterapeuta, Acupunturista, MS, Doutorando em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Estomaterapeuta no Hospital César Cals (Fortaleza-CE)
Email: ricardo@ricardoestoma.com.br

Sandra Márcia Ribeiro Lins – Assistente Social, PhD. Tutora de Ensino à Distância na FioCruz (São Carlos -SP)
Email: sandramarcia.lins@gmail.com

Valéria Regina Silva – Fisioterapeuta e Educadora Física. Especialista em Dermatologia Funcional, MS. Docente da Universidade do Vale do Sapucaí (Pouso Alegre - MG)
Email: valerinhaeducafisio@hotmail.com

Viviane Abreu Nunes Cerqueira Dantas – Biomédica. PhD. Docente da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (São Paulo - SP)
Email: vanunes@ib.usp.br

PROPRIEDADES E DIREITOS

Todos os artigos, figuras e fotografias desta revista estão sob a proteção do Código de Direitos do Autor e não poderão ser reproduzidos sem a permissão por escrito dos editores da RPS, excetuando cortesias que são de propriedade do cedente. As Editoras da RPS farão ao máximo para manter a fidelidade do material aqui produzido, todavia a responsabilidade pelas opiniões são exclusivamente dos autores, não exprimindo necessariamente à dos editores.

DIRETORIA SOBENDE 2013-2016

Presidente: Maria Helena Sant'ana Mandelbaum
Vice-Presidente: Nadia Antonia Aparecida Poletti
1ª Secretária: Rosilene Farias Calixto
2ª Secretária: Rosana Cristina Correa Pinto
1ª Tesoureira: Lina Monetta
2ª Tesoureira: Mariana Takahashi Ferreira da Costa

CONSELHO FISCAL EFETIVOS

Alcicléa dos Santos Oliveira
Beatriz Farias Alves Yamada

CONSELHO FISCAL SUPLENTES

Mônica Antar Gamba
Rose Ana Rios David

DEPARTAMENTOS

Departamento Científico: Ivany Machado de Carvalho Baptista
Departamento Comunicação: Cristina Gomes Barbosa
Departamento Comunicação: Roberto Carlos Lyra da Silva
Departamento de Titulação e credenciamento de cursos: Maristela Belletti Mutt Urasaki
Departamento de áreas de atuação - Mara Lúcia Diogo

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente da Regional RJ: Euzeli da Silva Brandão
Secretária da Regional RJ: Patricia Britto Ribeiro de Jesus
Tesoureira da Regional RJ: Jaqueline do Amaral Santos
Departamento Científico Regional RJ: Viviane Pinto Martins Barreto
Departamento de Divulgação Regional RJ: Wilma Gonçalves Nascimento

NÚCLEOS

Núcleo Rio Grande do Sul: Doris Baratz Menegon
Núcleo Paraná: Rodrigo Galvão Bueno Gardona

EDITORIAL 7

GENTE QUE FAZ!

A Pedra fundamental

Lina Monetta

8

ARTIGO ORIGINAL

Efeito anti-histamínico da pomada vovô Pedro

Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen,
Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça, Amanda Pinto Botêga,
Amanda Vilela Breias, Isabela de Sousa Pereira.

14

Risco de desenvolvimento de lesões por pressão:
avaliação segundo escala de Braden

Caroline Gonçalves Cardoso, Euzeli da Silva Brandão.

22

ARTIGO DE REVISÃO

Programas e ações sobre fotoproteção

Maristela Belletti Mutt Urasaki, Helene Mariko Ueno,
Jéssica Daiane Augusto de Jesus, Gabriela Fernandez Orlandi.

34

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tratamento de lesões por pressão com gel
a base de solução salina 20%: relato de caso

Mariana do Valle Meira, Fernanda Matheus Estrela,
Juliana de Aguiar Gurgel Pires, Lívia Magalhães Costa Castro,
Laís Rocha Pires, Monique Guedes Pereira Curi.

46

Úlcera hipertensiva: uso da cobertura de espuma
de poliuretano com ibuprofeno

Fernanda Matheus Estrela, Viviany Alves Soares,
Bárbara Sueli Gomes Moreira, Nadirlene Pereira Gomes,
Leonardo Correia Santana, Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima.

54

A REVISTA PELLE SANA (RPS) é o veículo principal de comunicação científica da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Nasceu oficialmente no final da década de noventa como fruto do empenho de enfermeiras interessadas em disseminar conhecimento sobre cuidados com a pele. O periódico teve apenas cinco números impressos e o processo editorial nesse formato foi interrompido.

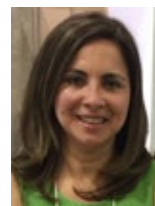
Em 2016, ano em que a associação completa sua primeira maioridade, 18 anos, nada melhor para celebrar essa data especial que reconseguir seu valioso patrimônio: a revista PELLE SANA. Assim, temos a grata satisfação de rerepresentar o periódico em seu novo formato, o projeto editorial eletrônico, a toda comunidade de enfermagem e demais profissionais apaixonados por esse campo de atuação.

A revista eletrônica acompanha as novas tendências da atualidade; tem como vantagens maior abrangência, rapidez de acesso e, sobretudo a contribuição com as causas ambientais.

Bem sabemos que uma revista científica somente atenderá a necessidade da comunidade especializada com o apoio desse mesmo grupo; tal como um ser humano precisa primeiro nascer para existir, ser criança e dar seus primeiros passos se colocando na vida e enfrentando os obstáculos, assim será a RPS. Para que cresça, amadureça, seja indexada e se qualifique é preciso, além de incentivo e comprometimento, participação dos profissionais. Nesse sentido, nós editoras, ansiamos pelo envio de artigos, sejam eles artigos originais, revisões, relatos de experiências, atualizações, resumos de teses, reflexões e cartas aos editores.

Esperamos que a divulgação do conhecimento sobre estética, saúde, adoecimento e recuperação da pele consolide o lugar de merecimento da Enfermagem Dermatológica e dê visibilidade ao trabalho sério e qualificado desenvolvido por tantos profissionais.

Desejamos vida longa para a RPS e boa leitura para você.



Dra. Beatriz F Alves Yamada e
Profa. Dra. Maristela Belletti Mutt Urasaki

EDITORAS 2013-2016



A PEDRA FUNDAMENTAL

Lina Monetta

O convite das professoras Maristela Belletti Urasaki e Beatriz F. Alves Yamada para registrar a história da criação da revista *Pelle Sana* traz a oportunidade de destacarmos fatos importantes que marcaram um período da nossa trajetória, quando se deu o início da Enfermagem Especializada em Dermatologia no Brasil, uma vez que a história da revista *Pelle Sana* se mistura à da fundação da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE, pois a criação de ambas se deu conjunta e quase simultaneamente.

Importante contextualizar alguns dados da época sobre o panorama da saúde na área da dermatologia, para que possamos compreender o que moveu um grupo de enfermeiras a reunir-se, trocar experiências, organizar-se como associação de enfermagem especializada na área e desenvolver, junto a um fenomenal e generoso artista, uma revista que, além de levar ciência, pudesse agraciar seus leitores com as sutilezas e os estímulos que somente a arte pode transmitir.

Em meados dos anos 1990, a enfermagem assistia a um panorama inquietante no que tange aos agravos dermatológicos da população brasileira, com níveis endêmicos de hanseníase em

várias regiões do Brasil, com taxas de detecção de mais de 28.000 casos novos/ano, segundo dados do SINAN, órgão de notificação do Ministério da Saúde.

Os índices epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana, considerada pela OMS uma das seis mais importantes doenças infecciosas pela sua capacidade de produzir deformidades, encontrava-se em crescente aumento, significativamente a partir da década de 1980, quando os casos registrados chegaram a atingir, em 1994, níveis de 22,8 casos por 100.000 habitantes. Números alarmantes.

O quadro dos três principais tipos de feridas crônicas não era diferente, tanto as vasculogênicas, como as lesões por pressão e principalmente as diabéticas. Elas também causavam grande preocupação à enfermagem, seja pelos crescentes índices de incidência e prevalência, seja pelos danos e riscos de complicações, pelo grande sofrimento causado aos pacientes e familiares e no âmbito da gestão da saúde pública e privada, pelos vultuosos custos envolvidos.

A consciência da gravidade dos fatos e até das ações de enfermagem, que deveriam ser corrigidas para colaborar no controle das patologias dermatológicas no Brasil, somada à resistência da maioria dos profissionais de saúde em assimilar conhecimento técnico de novos conceitos sobre cuidados com a pele e manejo de feridas e a existência de novas tecnologias para tratamento e cicatrização da pele, inacessíveis ainda em nosso país, instalavam certo sentimento de impotência e frustração entre os enfermeiros sensíveis aos agravos dermatológicos que afetavam tanto nossa população.

Sempre houve grupos que, em seus “pequenos mundos”, conseguiam implantar uma

SEMPRE HOVE GRUPOS QUE, EM SEUS “PEQUENOS MUNDOS”, CONSEGUIAM IMPLANTAR UMA ASSISTÊNCIA DE REFERÊNCIA

assistência de referência, com princípios atualizados e uso de recursos adequados. Mas ações isoladas ou de pequenos grupos não eram suficientes para garantir a mudança da realidade nacional e ampliar a autonomia do enfermeiro nas instituições que, de modo geral, se restringia ao cuidado de higiene e proteção destas lesões e ao simples acompanhamento das sequelas das patologias não controladas e sabidamente preveníveis.

Importante também destacar que na década de 1990, apesar de a literatura já apresentar de forma sedimentada os conceitos e as evidências que reformulariam toda a prática do cuidado e tratamento de feridas, poucos enfermeiros tinham acesso a esse saber e mesmo após ter acesso, havia muita dificuldade na implantação desses novos conceitos em nosso meio, seja pela resistência dos outros profissionais da equipe multidisciplinar, seja pela falta de aderência dos próprios colegas em atualizar-se cientificamente, rever seus paradigmas e aceitar os novos conceitos para, então, mudar sua praxis. Consequentemente, instalava-se entre esses profissionais a necessidade de inter-relacionarem-se, de trocarem experiências, unirem-se para criar estratégias na enfermagem

que permitissem uma atuação mais atualizada, coesa e intervencionista no cuidado dermatológico, em que o enfermeiro pudesse difundir conceitos e práticas que efetivamente contribuísssem na prevenção das doenças e suas sequelas e nos cuidados à cicatrização da pele, ou seja, que interferissem concreta e positivamente na realidade. Porém, por alguns anos, estes enfermeiros atuavam de maneira isolada e de certa forma silenciosa nos seus ambientes de trabalho e no seu círculo de relações.

Um fato curioso provocou, em 1994, a primeira iniciativa de tentar reunir esses enfermeiros, e devo admitir: não foi uma ação planejada e sim uma reação a um incômodo.

Ainda no primeiro semestre daquele ano, fui convidada a participar de um evento em São José do Rio Preto sobre cuidados com feridas, para palestrar sobre cuidados em pacientes com lesões por pressão. Fui acompanhada pela colega de trabalho Irene Kreutz e somente lá nos demos conta de que toda a coordenação do evento e quase a totalidade da plateia eram compostas por médicos e fisioterapeutas. Incomodadas com a falta de enfermeiros naquele importante fórum de debates e renunciando, dentro de uma perspectiva pessimista, que o enfermeiro poderia perder sua autonomia nessa área do cuidado, ainda no ônibus, retornando com Irene a São Paulo, decidimos naquela mesma noite que deveríamos fazer algo de concreto para reunir e sensibilizar os enfermeiros quanto à nossa percepção.

Assim, em poucos dias reunimos cerca de 20 enfermeiros, todos da cidade de São Paulo, de diferentes instituições, do ensino e da assistência, pública e privada, e foi assim, discutindo sobre a ação da enfermagem e sua

autonomia no cuidado à população acometida por agravos dermatológicos, que se formou o Grupo de Enfermagem em Dermatologia – GEDE.

Cabe aqui lembrar os membros fundadores: Fermina Mendonça B. Silva, Iolanda Lopes de Souza, Irene Kreutz, Lina Monetta, Marcia Takeiti, Maria Cristina Sardini Martins, Monica Antar Gamba, Pamela Ortiz Zamorano, Paolo Meneghin, Rosibel Rodrigues Ribeiro, Silvia Regina Zomer da Fonseca, Sonia Maria Marques, Valéria Brazoloto, Vania Declair e Vera Borrasca.

As reuniões aconteciam no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, graças ao apoio da gerente de enfermagem Lore Cecília Marx, que de forma visionária compreendeu a importância dos objetivos do GEDE e nos estimulou a prosseguir nos trabalhos.

Nos sucessivos encontros, o grupo debatia sobre o papel do enfermeiro no cuidado ao paciente com feridas e patologias dermatológicas e, de forma impressionante, detectávamos um alinhamento da percepção entre os integrantes do grupo, mesmo sendo colegas sem qualquer tipo de interação, em instituições tão diferentes, com realidades diversas. O comum entre todos era o tipo de paciente que assistía-

OS DESAFIOS DE CRIAR UMA SOCIEDADE DE ESPECIALISTAS ESPECÍFICA PARA TODA A ÁREA DE CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NA DERMATOLOGIA

mos, suas necessidades, riscos, queixas e expectativas. Rapidamente, ficou evidenciado em nossos debates que a única forma de o enfermeiro ampliar sua autonomia seria ampliando seu conhecimento técnico-científico pois, na maioria das vezes, não sentíamos o enfermeiro preparado para assumir os desafios da prática.

Prevendo o que comporia um curso de especialização para aprofundar os conhecimentos do enfermeiro na área da dermatologia, inicialmente focamos no que parecia ser, naquele momento, o maior desafio a ser enfrentado: o papel do enfermeiro na prevenção e no tratamento de pessoas com feridas, haja vista a elevada demanda de pacientes com feridas crônicas nas instituições e a forma ainda muito superficial e por vezes desatualizada com que os serviços atendiam a população.

Sensibilizadas com a premência na qualificação de enfermeiros para garantir e ampliar sua autonomia na área e após realizar um levantamento das especialidades de enfermagem já reconhecidas no Brasil, o grupo avaliou que seria mais prático criar, inicialmente, uma especialização como sub-área da estomaterapia – especialidade já reconhecida no Brasil e com Sociedade de especialistas constituída na nossa categoria. Chegamos a levar nosso pedido formalmente à então presidente da Associação Brasileira de Enfermagem em Estomaterapia - SOBEST, professora Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, que após consultar o Conselho Mundial ao qual a SOBEST se reporta, não pôde aceitar nossa solicitação por orientação da World Council of Enterostomal Therapists - WCET, resposta que foi apresentada pela professora por meio da leitura do documento-resposta da entidade internacional em

reunião do GEDE realizada no Hospital São Camilo de Santana.

A partir dessa posição da SOBEST, o grupo decidiu, seguindo o modelo de enfermeiros de outros países, enfrentar os desafios de criar uma sociedade de especialistas específica para toda a área de conhecimento da enfermagem na dermatologia.

Aos poucos, o grupo consolidou-se como um grupo de interesse científico buscando agora instruir-se sobre as providências para formação de uma sociedade de especialistas. Em 1997, criou uma publicação bimestral de oito páginas para poder veicular informações de interesse da enfermagem em Dermatologia, intercambiar experiências entre profissionais, instituições de ensino e assistência, de empresas e, principalmente, fomentar a pesquisa. Na ocasião, o artista plástico Luiz Carlos Rufo (in memoriam) conheceu o grupo e se sensibilizou com os desafios do GEDE, decidindo então, generosamente, “apadrinhar” nosso boletim, doando seu trabalho de Diretor Editorial ao nosso periódico, que logo foi denominado como Pelle Sana.

Por meio das pessoas que compunham sua coordenação e suas comissões, apoiavam o Pelle Sana as seguintes instituições: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, INCOR – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, Hospital São Paulo, Hospital Edmundo Vasconcelos e Hospital do Câncer – Fundação Antônio Prudente.

O GEDE também contou com grande auxílio da enfermeira Berenice Nunes, então presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva, na orientação das providências estatutárias e legais e em evento realizado em Minas Gerais, quando procurou a então presidente da Associação Brasileira de Enfermagem seção São Paulo ABEN-SP, Sra. Maria D’Innocenzo, para pedir que o endereço da SOBENDE pudesse ser registrado na sede ABEN-SP. Ela gentilmente aceitou e mostrou-se publicamente honrada em abrigar a nova sociedade de especialistas.

Uma decisão importante foi definir a composição da primeira Diretoria Nacional, pois tínhamos a preocupação de unir enfermeiros que já estivessem engajados de alguma forma com a dermatologia, para somar expertise ao grupo, a exemplo de colegas como Silma Cunha Ribeiro (*in memorian*), de Minas Gerais; a professora Maria do Carmo Haddad, do Paraná, e a professora Maria Helena S. Mandelbaum, de São José dos Campos, que já atuava há anos diretamente na dermatologia clínica e estética.

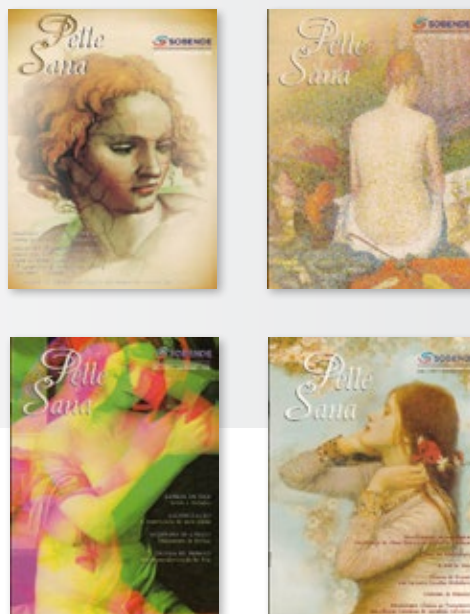
Com a colaboração de todas as colegas e instituições envolvidas, finalmente em 6 de abril de 1998, nas dependências do Hospital Sírion Libanês, foi fundada a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia, tomando posse sua primeira diretoria: presidente - Lina Monetta (SP), vice-presidente - Irene Kreutz (MT), 1ª secretária - Valéria Brazoloto (SP), 2ª secretária - Maria Cristina Sardini Martins (SP), 1ª tesoureira - Fermina Mendonça Borges da Silva (SP), 2ª tesoureira - Rosibel Rodrigues Ribeiro (SP), conselho fiscal - Valclei Aparecida Gandolpho (SP), Silma Cunha Ribeiro

(*in memorian*) (MG), Marcia Hitomi Takeiti (SP). No Departamento Científico: coordenação - Vania Declair (SP), Maria do Carmo Haddad (PR), Maria Helena S. Mandelbaum (SP), Fátima Cristina da Cunha Viterbo (RJ) e Walda Targini Pinto (RJ). Departamento Editorial: coordenação - Mônica Antar Gamba (SP), Vânia Declair (SP), Fermina Mendonça Borges da Silva (SP), Silvia Regina Zomer da Fonseca (SP). Departamento de Divulgação: coordenação - Vera Borrasca (SP), Sonia Maria Marques (SP), Iolanda Lopes de Souza Santana (SP), Raquel Helena Piovesan Guimarães (SP), Ana Lucia Senise (SP), Helena Carolina Noal (RS), Eduardo Fittipaldi Silva (MG) e Sandra Maria Brunini de Souza (GO).

Esta primeira diretoria entendeu que deveria iniciar seus trabalhos na produção e disseminação da informação científica. Isso contribuiria para a atualização da categoria, atrairia profissionais generalistas a se interessarem pela enfermagem dermatológica, agregaria as colegas, especialmente as distantes de centros de referência, para futuros eventos científicos e estimularia universidades a criarem cursos de enfermagem em dermatologia.

Era hora de o boletim *Pelle Sana* se transformar em revista. Rufo não apenas concordou em continuar nos apoiando, como fomentou em todo o grupo a prática da escrita para o compartilhamento do saber. Criamos um projeto ousado, uma revista com 24 páginas, trimestral, o que nos envolveu em uma demanda acelerada de pesquisa de temas e busca de informações. A revista nos cobrava permanentemente, e com prazo rígido, material para intercambiar experiências e “dialogar” com o leitor, e isso era muito positivo e desafiador. Rufo fazia

OBRAS DE MICHELANGELO, GEORGES SEURAT, GIOVANNI BELLINI E JOHN WILLIAM WATERHOUSE FORAM ESCOLHIDAS A DEDO PARA PRESENTAR OS LEITORES



questão de participar de algumas reuniões do grupo com o objetivo de entender sobre a prática de cada uma e cobrava (incessantemente) que escrevêssemos sobre nossas experiências.

Mas a principal colaboração deste inestimável amigo foi a quebra de um paradigma que parecia sedimentado entre nós. Para o grupo, uma revista científica deveria ser séria, com poucas cores, com imagens apenas relacionadas ao conteúdo científico. Éramos rígidas nesse conceito e toda vez que ele trazia um boneco da revista, discutíamos muito sobre a imagem dela.

Rufo nos ensinou a aceitar a arte como parte da ciência. Foi justamente estudando a nossa prática e entendendo a dimensão da nossa atividade, o impacto do cuidado no ser humano, que ele criou o estilo da Pelle Sana e nos convenceu de que as cores e imagens auxiliam a alma a ler e enxergar melhor os fenômenos que objetivávamos transmitir pelos artigos. Sem dúvida, um artista e gênio.

A Pelle Sana foi uma obra que buscou informar, atualizar e estimular os profissionais a despertarem seus sentidos durante a leitura.

Obras de Michelangelo, Georges Seurat,

Giovanni Bellini e John William Waterhouse foram escolhidas a dedo para presentear os leitores e abraçar a publicação que guardava, muitas vezes, imagens desagradáveis de se ver, mas necessárias. Ao término da leitura e da contemplação daquela imagem inspiradora e agradável, era como se nos despedíssemos de cada leitor, acarinhando sua alma e convocando-o para a missão que o aguardava.

Por intermédio da Pelle Sana, entendemos que a arte pode nos elevar ao encontro das demais dimensões humanas além do que medimos, observamos, investigamos e tocamos. A ciência e a arte se complementam totalmente.

A Pelle Sana foi a Pedra Fundamental da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. A retomada de sua produção é um grande desafio. Espero, pessoalmente, que ela volte a ser a alavanca da Sociedade e se mantenha como um instrumento de formação e reflexão de seres humanos que cuidam de seres humanos.



EFEITO ANTI-HISTAMÍNICO DA POMADA VOVÔ PEDRO

ANTIHISTAMINE EFFECT OF GRANDPA PEDRO OINTMENT
EFECTO ANTIHISTAMÍNICO DE LA POMADA VOVÔ PEDRO

Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen¹,
Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça², Amanda Pinto Botêga³,
Amanda Vilela Breias⁴, Isabela de Sousa Pereira⁴

RESUMO

Objetivo: Observar o efeito anti-histamínico da Pomada Vovô Pedro.

Métodos: Estudo transversal, controlado e observacional com amostragem aleatória e pareada de 58 indivíduos. Foram feitos sensibilização e tratamento em 4 pontos do antebraço: A (histamina), B (pomada-controle negativo), C (histamina + pomada-imediata), D (histamina + pomada-1 hora) e foram avaliados com o teste Prick.

Resultados: O ponto A apresentou média superior aos demais (7,7 DP 1,9 mm), mostrando reação positiva à histamina. Segundo o Teste Friedman, a reação à histamina foi superior à reação à pomada no ponto B, onde foi aplicada isoladamente, indicando ausência de hipersensibilidade (0,09 DP 0,5 mm $p < 0,01$). Não houve diferença entre os pontos C (5,8 DP 1,9 mm) e D (4,9 DP 2,9 mm), mas foram significativamente inferiores ao ponto A ($p < 0,01$).

Conclusão: A pomada apresenta eficácia significativa quando colocada sobre regiões previamente sensibilizadas. Podem-se excluir contraindicações pelo fato de não desencadear sensibilidade.

Descritores: Fitoterapia, Creme para a Pele, Medicina Alternativa.

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora assistente dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí.

² Professora e orientadora do Mestrado Profissional em Ciências à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí.

³ Acadêmica do curso de Medicina, na Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG. Email: amandapbotega@hotmail.com

⁴ Acadêmicas do curso de Medicina, na Universidade do Vale do Sapucaí.

ABSTRACT

Objective: To observe the antihistamine effect of Vovô Pedro ointment.

Methods: Cross-sectional, controlled and observational study with random and matched sampling of 58 subjects. Sensitizing and treatment were made in 4 points of the forearm: A (histamine), B (negative control-ointment), C (histamine + immediate-ointment), D (histamine + 1 hour-ointment) and were evaluated with the Prick test.

Results: the average on point A was higher than the others (7.7 SD 1.9 mm), showing positive reaction to histamine. According to the Friedman Test, the reaction to histamine was higher than the reaction to the ointment at point B, where it was applied alone, indicating no hypersensitivity (0.09 SD 0.5 mm $p < 0.01$). There was no difference between points C (5.8 SD 1.9 mm) and D (4.9 SD 2.9 mm), however both of them were significantly lower than point A ($p < 0.01$).

Conclusion: Ointment has significant effectiveness when applied on pre-sensitized regions. Contraindications can be excluded due to the fact that it does not trigger off sensitivity.

Descriptors: Herbal Medicine, Skin Cream, Alternative Medicine.

RESUMEN

Objetivo: Observar el efecto anti-histamínico de la Pomada Vovô Pedro. Métodos: Estudio transversal, controlado y observacional con muestra aleatoria y pareada de 58 individuos. Fue realizada sensibilización y tratamiento en 4 puntos del antebrazo: A (histamina), B (pomada-control negativo), C (histamina + pomada-inmediata), D (histamina + pomada-1 hora) y fueron evaluados con el test Prick.

Resultados: El ponto A presentó media superior a los demás (7,7 DP 1,9 mm), mostrando reacción positiva a la histamina. Según el Test de Friedman la reacción a la histamina fue superior a la reacción a la pomada, en el punto B donde fue aplicada aisladamente, lo que indica ausencia de hipersensibilidad (0,09 DP 0,5 mm $p < 0,01$). No hubo diferencia en la comparación hecha entre los puntos C (5,8 DP 1,9 mm) y D (4,9 DP 2.9 mm), pero fueron inferiores al ponto A ($p < 0,01$).

Conclusión: La pomada es eficaz significativamente cuando es colocada sobre regiones previamente sensibilizadas. Se pueden excluir contraindicaciones por el hecho de que no desencadenó sensibilidad.

Descriptor: Fitoterapia, Crema para la Piel, Medicina Alternativa.

INTRODUÇÃO

A Medicina Alternativa e Complementar (CAM) vem sendo cada vez mais utilizada pelos cidadãos de todo o mundo para melhora e tratamento da saúde. Esta aborda o problema de saúde como uma integração de todos os sistemas do corpo, que se apresentam interligados ao lado mental, emocional e espiritual do paciente, diferente da medicina convencional, a qual identifica as doenças e trata o paciente como um conjunto de partes separadas e sistemas¹.

A medicina alternativa é utilizada em substituição à medicina convencional². Nesta categoria se enquadra a Pomada Vovô Pedro, que é usada como fitoterapia e cuja fórmula apresenta em sua composição própolis, erva-de-bico (*Polygonumhydropiperoides*), ipê-roxo (*Handroanthusheptaphyllu*) e condurango.

Por causa da ampla utilização desse medicamento pela população espírita de todo Brasil, como um tratamento alternativo a diversas enfermidades, é fundamental o fornecimento de informações da Pomada Vovô Pedro aos profissionais de saúde e usuários, as quais não foram encontradas em documentos e publicações científicas, o que reforçou a importância deste estudo.

A pomada, apesar de possuir farmacêutico responsável (Sr. Sérgio Duarte Segall, CRF MG 7753), não se encontra registrada no Ministério da Saúde. É obtida apenas em Casas Espíritas, que cuidam da sua distribuição gratuita, e não é encontrada em instituições hospitalares. Sua fabricação é de responsabilidade da SOCIEDADE ESPÍRITA MARIA NUNES (SEMAN), pelo seu Departamento FARMÁCIA PRIVATIVA KAHENA, CNPJ nº 17.427.840/0001-38 e registro no CRF MG, sob o nº 14.240³.

De acordo com a Sociedade Espírita Maria Nunes, a fórmula foi recebida “mediunicamente”, em 1973, pelo Médium João Nunes Maia por meio de um “espírito” de um médico que viveu no século XVIII, Franz Anton Mesmer⁴. Esta se baseia nas plantas medicinais: própolis, erva-de-bico, ipê-roxo e condurango⁵.

Quanto à própolis, mistura complexa formada por material resinoso e balsâmico coletado pelas abelhas, as substâncias químicas nela presentes encontram-se diretamente relacionadas com a composição química da resina da planta de origem^{6,7}. Mais de 200 compostos químicos já foram identificados na sua constituição, dentre

os quais o maior grupo é formado por minerais, vitaminas e flavonoides, que possuem atividade antioxidante e antimicrobiana^{8,9}. Vários trabalhos vêm sendo publicados divulgando e revisando as propriedades biológicas da própolis, dentre elas as antimicrobianas, antifúngica, anti-inflamatória e antiviral⁶. Este produto se apresenta ainda, de certa forma, ativo contra células cancerígenas¹⁰.

Já o ipê-roxo, além de ser utilizado como analgésico e no tratamento de doenças gástricas e dermatológicas, é considerado auxiliar no combate a determinados tipos de tumores¹¹.

Por fim, estudo comprova que o condurango se encontra dentre as plantas fitoterápicas utilizadas para o tratamento de diferentes enfermidades inflamatórias¹².

Não são relatados efeitos colaterais com o uso da pomada, sendo esta uma observação empírica. São evidenciadas, segundo a SEMAN, informações sobre seus efeitos emolientes, cicatrizantes e anti-inflamatórios, além do alívio e cura de enfermidades dermatológicas do tipo úlceras e queimaduras.

Há uma grande utilização da pomada em estudo nas reações alérgicas ou de hipersensibilidade. As reações de hipersensibilidade diferem das reações de imunidade protetora somente pelo fato de serem exageradas ou inapropriadas e que causam danos ao hospedeiro¹³.

Dentre os quatro tipos de reações de hipersensibilidade, o tipo I corresponde ao tratado no presente estudo. Essas reações são de alta velocidade e ocorrem instantes após a reexposição ao antígeno. Por isso, a hipersensibilidade do tipo I também recebe o nome de hipersensibilidade imediata. Durante os últimos anos, o termo alergia também se tornou sinônimo para a hiper-

sensibilidade do tipo I¹³.

Com base nas informações descritas, o objetivo deste estudo foi averiguar o efeito anti-histamínico da pomada Vovô Pedro em presença de um alérgeno.

MÉTODOS

A presente pesquisa teve seu protocolo experimental aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí da cidade de Pouso Alegre (MG) e seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº196/96 de 10/10/96 do Ministério da Saúde.

De acordo com os procedimentos técnicos, este estudo classifica-se como transversal, controlado individual, analítico e observacional. O universo desta pesquisa foi composto por 58 indivíduos maiores de 18 anos, que assinaram o TCLE e não apresentavam contraindicações ao teste Prick (história de anafilaxia anterior, dermatite extensa, em uso de anti-histamínicos).

Para realização do teste Prick, foram utilizados dicloridrato de histamina® líquida (laboratório Alergofar – Brasil) e Pomada Vovô Pedro, obtida em Casas Espíritas responsáveis pela distribuição gratuita.

Os indivíduos que participaram do teste foram organizados em um único grupo experimental, e cada indivíduo foi seu próprio controle (amostra pareada). Explicaram-se para o paciente todas as etapas do teste e os objetivos de sua realização. A superfície ventral do antebraço foi avaliada pelos pesquisadores para excluir lesões dérmicas e procedeu-se a antissepsia com álcool 70%. Foram marcados, com caneta permanente,

quatro pontos distando dois centímetros entre eles, em sequência pré-determinada (1ª fila: ponto A e ponto C; 2ª fila: ponto B e ponto D).

Após a avaliação, colocou-se uma gota do alérgeno (dicloridrato de histamina) na concentração de 1:100 10mg/ml, utilizando-se o conta-gotas, em três pontos diferentes (A,C,D). Por meio de um PUNTOR® (dispositivo plástico), foi permitida a penetração da histamina através da pele do indivíduo, para cada local de aplicação, provocando vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular¹⁴. Após 3 minutos, retirou-se o excesso do alérgeno com papel toalha, evitando contaminar os testes vizinhos. Em relação ao teste Prick, foi realizada leitura 15 a 20 minutos após a punção. Na ausência de pápula, considerou-se o teste negativo. A presença de pápulas com diâmetro maior ou igual a 3 mm indicou teste positivo¹⁵.

A distribuição dos tratamentos posteriores aconteceu conforme a seguir:

No ponto A, o qual correspondeu ao controle positivo, foi realizada apenas sensibilização com histamina.

No ponto B, correspondente ao controle negativo, foi aplicada apenas a pomada, com o intuito de verificar uma possível reação de hipersensibilidade do indivíduo quando em contato com a pomada. Este ponto não foi sensibilizado com a histamina.

No ponto C, o indivíduo foi sensibilizado com histamina e foi aplicada a Pomada Vovô Pedro instantaneamente, aguardando-se 15 minutos para observação da região de pápula.

No ponto D, foi aplicada Pomada Vovô Pedro uma hora após sensibilização com histamina, aguardando-se 15 minutos para leitura da região de pápula.

Essa leitura quinze minutos após a punção foi feita pelos próprios pesquisadores. A presença de pápulas com diâmetro maior ou igual a 3 mm indicou teste positivo¹⁴.

Os voluntários não receberam qualquer tratamento para eliminar as pápulas após o término da avaliação do estudo e não foram observados posteriormente para avaliar seu tempo de desaparecimento.

Para análise dos dados obtidos, foram realizados procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais. Os procedimentos descritivos foram utilizados para variáveis quantitativas apresentadas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e por medidas de dispersão (desvio padrão). A distribuição dessas variáveis foi avaliada por testes de aderência à normalidade. As variáveis qualitativas foram descritas por proporções.

Na análise das variáveis não-paramétricas, foram utilizados respectivamente os testes Wilcoxon ou de Friedman. O teste de Friedman é o teste não-paramétrico utilizado para comparar dados amostrais vinculados, ou seja, quando o mesmo indivíduo é avaliado mais de uma vez. Já o teste de Wilcoxon é um método não-paramétrico para comparação de duas amostras pareadas. O nível de significância utilizado foi 1%. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

RESULTADOS

No período selecionado para o estudo, foi realizado o teste Prick em 58 indivíduos, dentre os quais todos se enquadravam nos critérios de inclusão.

Os resultados do presente estudo estão apresentados de maneira conjunta, sob a forma de tabelas, por se tratar de amostra pareada, na qual o indivíduo corresponde ao seu próprio controle.

Os dados da tabela 1 mostram as variáveis descritivas correspondentes ao tamanho das pápulas (em mm) formadas em cada ponto estudado, dentre os componentes da amostra.

TABELA 1.

Representação em milímetros das variáveis descritivas da amostra estudada

	Controle Positivo (A)	Controle Negativo (B)	Pomada logo em seguida (C)	Pomada 1 hora após (D)
Média	7,71	0,09	5,84	4,95
Mediana	7,00	0,00	6,00	5,50
Mínimo	3,00	0,00	0,00	0,00
Desvio padrão	1,92	0,470	1,936	2,971

A tabela 2 mostra, por meio do teste de Friedman, que houve significância estatística na comparação entre os pontos. Revelou também que o tamanho da pápula do ponto A sobressaiu aos pontos B, C e D, assim como a do ponto B sobressaiu quando comparado aos pontos C e D, por causa da diferença existente entre suas medidas. Quando se comparam as medidas dos pontos C e D, não foi encontrada significância estatística.

TABELA 2.

Análise da variância utilizando Teste de Friedman

	Controle Positivo (A)	Controle Negativo (B)	Pomada logo em seguida (C)	Pomada 1 hora após (D)
Mediana	7.0000	0.0000	6.0000	5.5000
Médias dos Valores	7.7069	0.0862	5.8448	4.9483
Desvio padrão	1.9195	0.4696	1.9358	2.9165
Friedman (Fr) (p)<0.0001 A >B, C, D B >C, D	122.8603			

A tabela 3 mostra que houve significância estatística quando se comparou o controle positivo com os demais pontos, em relação ao tamanho da pápula formada.

TABELA 3.

Comparação do controle positivo com os demais pontos por meio do Teste de Wilcoxon.

	Controle Positivo Controle Negativo	Pomada logo em seguida Controle Positivo	Pomada 1 hora após Controle Positivo
Z	-6,648 ^a	-5,395 ^a	-5,468 ^a
Valor de (p)	<0,01	<0,01	<0,01

DISCUSSÃO

O Brasil, detentor da maior biodiversidade mundial, apresenta grande potencial para o desenvolvimento da fitoterapia. Estudos multidisciplinares são importantes para a consolidação dessa terapêutica como prática segura, promovendo um vínculo entre o conhecimento tradicional e o conhecimento científico. Por meio deste estudo, demonstramos que a pomada Vovô Pedro, composta por própolis, erva-de-bico, ipê-roxo e condurango, pode ser mais uma promessa para a medicina alternativa.

Conforme o esperado, o controle positivo (ponto A) sensibilizado apenas com histamina apresentou pápulas com medidas significativamente superiores aos demais pontos (B,C,D). O valor mínimo de 3 mm encontrado no ponto A garantiu aos pesquisadores que todos os indivíduos componentes da amostra apresentaram reação à histamina, não havendo assim interferência nos resultados quando pesquisado o efeito anti-histamínico da Pomada Vovô Pedro.

A aplicação isolada da pomada no ponto B, correspondente ao controle negativo da pesquisa, teve o intuito de descartar a presença de hipersensibilidade à pomada em si. Segundo Veiga Junior, Pinto e Maciel (2005)¹⁶, um dos efeitos colaterais mais comuns causados por medicamentos fitoterápicos é a hipersensibilidade, podendo se manifestar desde uma dermatite temporária até um choque anafilático, o que não foi evidenciado entre os componentes da amostra. O cuidado para a aplicação isolada da pomada deveu-se principalmente à presença de própolis na fórmula; estudos recentes demonstram que substâncias da própolis podem combinar-se com proteínas do organismo e tornarem-se imu-

nogênicas, produzindo quadro de hipersensibilidade¹⁷.

As aplicações de pomada logo em seguida à histamina (ponto C) e após uma hora (ponto D) apresentaram pápulas de valores inferiores ao encontrado quando aplicada histamina isoladamente, o que sugeriu efeito anti-histamínico do medicamento pesquisado. Apesar de não ter apresentado significância estatística comparando as medidas das pápulas formadas nos pontos C e D, o ponto D expressou menores diâmetros comparados ao ponto C. Isto pode ser explicado tanto pelo efeito da pomada, quanto pelo tempo transcorrido desde a sensibilização da histamina, diminuindo o seu efeito e, por consequência, o tamanho da pápula.

A comparação feita entre controle positivo e pomada aplicada logo em seguida também demonstrou significativamente que a pomada apresentou efeito anti-histamínico, assim como quando comparado controle positivo com aplicação da pomada após uma hora. Assim, de um modo prático, não há diferença em aplicar a pomada logo após a sensibilização ou uma hora depois.

Silveira, Bandeira e Arrais (2008)¹⁸ relatam o aumento do interesse da população pelas terapias naturais, tendo como consequência o aumento no número de pesquisas e publicações sobre o tema. Ainda assim, uma das limitações encontradas no presente estudo foi a falta de referências fundamentadas em ensaios clínicos sobre a composição exata, o modo de atuação e os efeitos adversos da Pomada Vovô Pedro.

Por outro lado, Veiga Junior (2008)¹⁹ afirma que a ausência de estudos em humanos, que comprovem as atividades farmacológicas de grande parte de medicamentos naturais, leva a

um ceticismo da comunidade médica em relação à sua prescrição.

Fica evidente a importância de novas pesquisas sobre o medicamento discutido neste trabalho, por causa da escassez de bibliografia. São necessárias uma maior amostra e diferentes abordagens que explorem o efeito dos componentes da pomada isoladamente e compare o efeito deles juntos. Deste modo será possível responder qual a substância e o mecanismo de ação responsável pelo efeito anti-histamínico e assim obter mais informações sobre a eficácia da Pomada Vovô Pedro.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos, pode-se concluir que a pomada apresenta eficácia significativa quando colocada sobre regiões previamente sensibilizadas. Na população estudada não houve reação de hipersensibilidade. A indicação pode ser útil considerando ser um medicamento natural, eficaz e de distribuição gratuita.

REFERÊNCIAS

1. European Federation for Complementary and Alternative Medicine (EFCAM). CAM Status in Europe. Brussels; 1996. Available from: <http://www.efcam.eu/cam/cam-status-in-europe/>.
2. Min LS. Tratamento alternativo e complementar e dor. Com Ciência. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. 2007. Available from: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=24&id=267>.
3. Publicação de terceiros, 26/05/2010. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais (DOEMG); 2010.p.24. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7460017/pg-24-publicacoes-de-terceiros-diario-oficial-do-estado-de-minas-gerais-doemg-de-26-05-2010>.
4. Biografia João Nunes. Sociedade Espírita Maria Nunes (SEMAN). Available from: <http://www.marianunes.org.br/biografias.php?bio=Joao%20Nunes>. Acesso em: 24 de jul 2012.
5. Grupo Espírita Seara de Deus. Pomada Vovô Pedro. Available from: <http://www.searadedeus.org.br/pomada.html>. Acesso em: 24 jul 2012
6. Cabral ISR, Oldoni TLC, Prado A, Bezerra RMA, Alencar SM, Ikegari M, Rosalen PL. Composição fenólica, atividade antibacteriana e antioxidante da própolis vermelha brasileira. Quím Nova. 2009; 32(6):1523-7.
7. Coelho MDS, Silva JD, Oliveira ED, Amâncio ALL, Silva ND, & Lima, RMB. A própolis e sua utilização em animais de produção. Arch. Zootec, 59, 95-112; 2010.
8. Oliveira Junior RG, Ferraz CAA, Nunes XP, Almeida JRGS. Utilização de flavonoides no setor industrial farmacêutico: um estudo de prospecção tecnológica. GEINTEC. 2014; 4(2):859-66.
9. Alves E, Kubota EH. Conteúdo de fenólicos, flavonoides totais e atividade antioxidante de amostras de própolis comerciais. Rev Bras Cienc Farm 34: 37 – 41; 2013.
10. Neves MVM. Polpa de acerola (Malpighia Emarginata D.C.) adicionada de extrato comercial de própolis: avaliação físico-química e sensorial. Dissertação [mestrado]. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco; 2009. Available from: <http://www.pgcta.ufpe.br/files/dissertacoes/2009/michelline.pdf>.
11. Coelho JM, Antoniolli AB, Nunes e Silva D, Carvalho TMMB, Pontes ERJC, Odashiro NA. O efeito da sulfadiazina de prata, extrato de ipê-roxo e extrato de barbatimão na cicatrização de feridas cutâneas em ratos. Rev Col Bras Cir. 2010; 37(1):45-51.
12. Bacallao LG, Rojo Domínguez DM, Gómez LVG, Ángel, MH. Plantas com propiedades antiinflamatorias. Rev Cubana Invest Bioméd. 2002; 21(3):214-6.
13. Benjamini E, Coico RM, Sunshine G. Reações de hipersensibilidade: reações do tipo 1, mediadas por anticorpo. In: Imunologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 165-76.
14. Camelo-Nunes IC. Novos anti-histamínicos: uma visão crítica. J. Pediatr. (Rio J.). 2006 Nov; 82(5 Suppl): S173-S180.
15. Godinho R, Lanza M, Godinho A, Rodrigues A., Assiz TLM. Frequência de positividade em teste cutâneo para aeroalérgenos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69(6):824-8.
16. Veiga Junior VF, Pinto AC, Maciel MAM. Plantas medicinais: cura segura? Quím. Nova. 2005; 28(3):519-28.
17. Arauco LRR, Stefani MV, Nakagi LSO. Efeito do extrato hidroalcoólico de própolis no desempenho e na composição leucocitária do sangue de girinos de rã-touro (Rana eschscholtzii). Acta Scientiarum. Animal Sciences. 2007; 29(2):227-34. DOI: 10.4025/actascianimsci.v29i2.240.
18. Silveira PF, Bandeira MAM, Arrais PSD. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. Rev Bras Farmacogn. 2008; 18(4):618-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-695X2008000400021>
19. Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. Rev Bras Farmacogn. 2008; 18(2):308-13.

RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO SEGUNDO ESCALA DE BRADEN

RISK OF DEVELOPMENT OF PRESSURE INJURIES: ASSESSMENT ACCORDING TO BRADEN SCALE

RIESGO DEL DESARROLLO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN: EVALUACIÓN SEGÚN ESCALA DE BRADEN

Caroline Gonçalves Cardoso¹, Euzeli da Silva Brandão², Viviane Pinto Martins Barreto³, Regina Serrão Lanzillotti⁴, Jaqueline do Amaral Santos⁵

RESUMO

Objetivos: Identificar o risco apresentado pelo cliente hospitalizado no CTI em relação ao desenvolvimento de úlceras por pressão (LP); associar o risco apresentado pelos clientes e a ocorrência dessas lesões. **Método:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, realizado com clientes do Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. Utilizou-se um formulário para registro dos dados de identificação, risco mediante aplicação da Escala de Braden, presença de LP e suas características, aplicado na admissão e a cada 36 horas ou na ocorrência de mudança no estado clínico. Estudo autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: dos 29 clientes admitidos, treze possuíam alto risco, sete risco moderado, três baixo risco e seis não possuíam risco. Observou-se que quatro clientes com alto risco desenvolveram LP, todos do sexo masculino, internados por mais de 15 dias.

Conclusão: a avaliação regular e personalizada torna-se fundamental para implementação de medidas preventivas personalizadas e redução das LP.

Descritores: Enfermagem, Prevenção primária, Úlcera por pressão, Cuidados de enfermagem.

1 Enfermeira. Especialista em Estomatologia.

2 Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Docente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Universidade Federal Fluminense. Email: euzeli@terra.com.br

3 Enfermeira. Doutora em Ciências. Hospital Universitário Antônio Pedro.

4 Doutora em Engenharia de Transporte. Professora Adjunta do Departamento de Estatística da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Dermatologia. Chefe da Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

Objectives: to identify the risk to the development of pressure injury (PI); Verify the association between the risk and the development of these injuries.

Method: descriptive exploratory study with a quantitative approach, performed with Intensive Care Unit customers of a university hospital. We used a form for registration of identification, risk by applying the Braden scale, presence of PI and its characteristics. It was applied on admission and every 36 hours or in the event of change in clinical status. Study commissioned by the Research Ethics Committee.

Results: of the 29 admitted clients, 13 had high risk, 07 moderate risk, 03 low-risk and 06 had no risk. It was observed that 04 clients at high risk developed PI, all male, hospitalized for more than 15 days.

Conclusion: regular and personalized assessment is essential for implementation of customized preventive measures and reduction of PI.

Descriptors: nursing. Primary prevention. pressure ulcers. nursing care.

RESUMEN

Objetivos: identificar el riesgo el desarrollo de las lesiones por presión (LP); verificar la asociación entre el riesgo y el desarrollo de estas lesiones.

Método: exploratorio descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado con clientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario. Se utilizó un formulario para el registro de los datos de identificación, de riesgos mediante la aplicación de la escala de Braden, presencia de LP y sus características, se aplicó al ingreso y cada 36 horas o en el caso de cambio en la situación clínica. Estudio encargado por el Comité de Ética de la Investigación.

Resultados: de los 29 clientes ingresados, 13 tenían alto riesgo, 07 riesgo moderado, 03 bajo riesgo, 06 ningún riesgo. Se observó que 04 clientes de alto riesgo desarrollaron LP, todos varones, hospitalizado por más de 15 días.

Conclusión: evaluación regular y personalizada es esencial para la aplicación de medidas preventivas y reducción de la LP.

Descriptores: enfermería. prevención primaria. úlceras por presión. cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

Na tentativa de utilizar um termo mais preciso em relação à pele intacta e ulcerada, em 2016 o National Pressure Ulcer Advisory Panel substituiu o termo “úlceras por pressão” por “lesões por pressão”¹.

A lesão por pressão (LP) localiza-se na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão, ou pressão em combinação com cisalhamento, entre outros fatores associados².

O desenvolvimento de LP causa desconforto físico e emocional para o cliente, aumenta os custos hospitalares, prolonga o tempo de internação, além de aumentar o risco de complicações adicionais, tais como necessidade de cirurgia, risco de infecção e efeitos na taxa de mortalidade³. Entre os determinantes para o aparecimento de LP, podem-se citar a intensidade e/ou a duração da pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. Apesar de a pressão ser o principal fator na gênese das LP, outros fatores extrínsecos contribuem para seu aparecimento, são eles: a fricção, o cisalhamento e a maceração. Além dos fatores extrínse-

cos, não se pode deixar de mencionar os fatores intrínsecos, ou seja, aqueles que estão diretamente relacionados ao estado clínico do cliente, entre eles perda da sensibilidade, diminuição da força muscular ou mobilidade, incontinência, hipertermia, anemia, desnutrição proteica, tabagismo, idade avançada, entre outros⁴⁻⁵.

No Brasil não existem muitos estudos que nos forneçam informações numéricas sobre a ocorrência dessas lesões. Um guia elaborado por meio da colaboração internacional entre o National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance refere que as taxas relativas às LP adquiridas em instituições de saúde devem ser registradas para que a eficácia dos programas de prevenção seja avaliada².

Tal fato aponta para a necessidade de os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, conhecerem os fatores que influenciam a gênese dessas lesões, a fim de implementarem ações efetivas no que se refere à prevenção.

A ocorrência de clientes com LP possui implicações diretas na qualidade da assistência

prestada ao cliente, uma vez que a prevenção tem sido considerada um indicador de qualidade não só do serviço de saúde, como também do cuidado de enfermagem^{4,5}. Apesar da disponibilidade de instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de LP, como as Escalas de Norton, Braden e Waterlow³, observa-se que esta prática ainda não está inserida no cotidiano de muitas instituições, fato que dificulta, inclusive, a realização de pesquisas sobre o tema. Sendo assim, este estudo poderá contribuir não somente para o ensino e futuras pesquisas relacionadas à manutenção da integridade da pele, como também, e principalmente, para a prática assistencial, com ênfase na prevenção.

Considerando a influência dos fatores de risco no desenvolvimento das LP e a necessidade de avaliar o cliente para implementação de ações preventivas personalizadas, considerou-se relevante investigar qual o risco apresentado pelo cliente hospitalizado em centro de terapia intensiva em relação ao desenvolvimento de LP e qual a associação entre o risco apresentado e a ocorrência dessas lesões.

Diante dessas considerações, este estudo tem como objetivos: identificar o risco apresentado pelo cliente hospitalizado em CTI em relação ao desenvolvimento de LP; e associar o risco apresentado pelos clientes e a ocorrência da lesão por pressão durante sua internação no setor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, prospectivo e transversal, com abordagem

quantitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Federal, localizado no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada considerando todos os clientes hospitalizados no CTI, no período de 10 de setembro a 1º de novembro de 2010. A avaliação dos clientes foi realizada segundo Escala de Braden por já ter sido validada no Brasil por Paranhos em 1999⁶, por contemplar as especificidades dos clientes em questão e por ser adequada à realidade do setor. Assim, utilizou-se um formulário contendo data, dados de identificação, sexo, idade, procedência, motivo da internação, diagnóstico médico, obtidos diretamente do prontuário, além da Escala de Braden propriamente dita, com espaço destinado para registro do total de pontos obtidos após avaliação e o respectivo risco apresentado por cada cliente. Além disso, foi disponibilizado no formulário espaço para registro da presença de LP no momento da internação no CTI ou o seu desenvolvimento durante o período de hospitalização.

Conforme preconizado por Braden, o risco foi designado em quatro categorias, Alto, Moderado, Baixo e Sem Risco, aplicadas às seis variáveis: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Cada variável foi mensurada em escala variando de 1 a 4, excetuando fricção e cisalhamento, que pontua de 1 a 3. A pontuação total varia de 6 a 23 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o risco. Assim, conforme preconizado, os clientes com até 11 pontos foram considerados de alto risco; de 12 a 14 pontos com risco moderado e com 15 a 16 pontos com risco baixo^{3,6}.

As avaliações dos sujeitos foram realizadas no momento da admissão, pela pesquisadora e/

ou pelos enfermeiros da unidade. Apesar da avaliação do cliente a cada 36 horas ou no caso de mudança do estado clínico, somente a avaliação do risco no momento da admissão foi considerada neste estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, recebendo o número de aprovação 0179.0.258.000-10. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução 466/2012⁷.

No sentido de perceber se existe associação entre o risco apresentado pelos clientes e a ocorrência dessas lesões, inicialmente foi obtida a matriz de correlação referente às variáveis percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição, uma vez que estas possuem a mesma pontuação referendada por Braden, de 1 a 4. Assim, a variável fricção e cisalhamento não foi contemplada, pois a possui pontuação diferenciada, ou seja, de 1 a 3. A significância dos coeficientes de correlação foi verificada segundo a estatística da aproximação da curva Normal Padrão⁸. Este procedimento permitiu verificar a interação entre o risco identificado e as frequências modais relativas às variáveis indicadas por Braden.

RESULTADOS

O estudo contou com 29 sujeitos que foram avaliados no período em questão, sendo 15 (51,7%) do sexo masculino e 14 (48,3%) feminino. Observou-se que 15 (51,7%) eram idosos com idade superior a 60 anos.

Observou-se que 12 (41,5%) sujeitos eram advindos do centro cirúrgico. Neste sentido, considera-se importante mencionar que entre os 10 leitos em funcionamento no período da pesquisa, um estava destinado aos clientes da cirurgia torácica, um da neurocirurgia e um da cirurgia geral.

Em relação ao motivo de internação, obteve-se um número equilibrado: 16 (55,2%) clientes admitidos estavam na fase de pré ou de pós-operatório e 13 (44,8%) por motivos clínicos. Dentre as patologias apresentadas, constataram-se 08 (27,6%) pessoas com disfunções cardiovasculares. As demais apresentavam disfunções nos sistemas respiratório, digestório, renal e geniturinário.

O Quadro 1 a seguir mostra a avaliação dos 29 (100%) sujeitos do estudo, no momento da admissão, conforme Escala de Braden e suas variáveis.

QUADRO 1.

Distribuição das variáveis avaliadas nos 29 sujeitos segundo a Escala de Braden, avaliação na admissão. Rio de Janeiro (RJ), 2010.

Percepção Sensorial	Fi	Fi%
Completamente limitada	11	37,9%
Muito limitada	4	13,8%
Ligeiramente limitada	6	20,8%
Nenhuma limitação	8	27,6%
Total	29	100%

Percepção Sensorial	Fi	Fi%
Umidade		
Pele constantemente úmida	1	3,4%
Pele muito úmida	0	0
Pele ocasionalmente úmida	10	34,6%
Pele raramente úmida	18	62%
Total	29	100%
Atividade		
Acamado	16	55,2%
Sentado	11	37,9%
Anda ocasionalmente	2	6,9%
Anda frequentemente	0	0
Total	29	100%
Mobilidade		
Imóvel	13	44,8%
Muito limitada	6	20,8%
Ligeiramente limitada	9	31%
Nenhuma limitação	1	3,4%
Total	29	100%
Nutrição		
Muito pobre	12	41,4%
Provavelmente inadequada	2	6,9%
Adequada	15	51,7%
Excelente	0	0
Total	29	100%
Fricção e cisalhamento		
Problema	16	55,2%
Problema potencial	10	34,6%
Nenhum problema	3	10,2%
Total	29	100%

Observa-se que 15 (51,7%) sujeitos apresentavam-se com a percepção sensorial completamente ou muito limitada. Chama a atenção, em relação à umidade, que 18 (62%) apresentaram pele raramente úmida. Quanto ao grau de atividade física, este estudo revela que 16 (55,2%) dos sujeitos encontravam-se acamados e 11 (37,9%) eram capazes de sentar-se no leito. Já em relação à mobilidade, 13 (44,8%) encontravam-se completamente imobilizados. Sobre o estado nutricional, destaca-se que 15 (51,7%) dos sujeitos mantinham nutrição adequada. Porém, 12 (41,4%) apresentavam estado nutricional deficiente. 26 (98,8%) dos sujeitos apresentavam a variável fricção e cisalhamento como um problema ou problema em potencial.

A partir desta avaliação, constatou-se que 13 (44,8%) apresentavam alto risco, 07 (24,2%) risco moderado, 03 (10,2%) baixo risco e 06 (20,8%) não apresentavam risco para o desenvolvimento de LP, conforme Tabela 1.

TABELA 1.
Distribuição dos sujeitos segundo a classificação de risco de Braden.

Risco (Braden)	Sujeitos
Alto	13
Moderado	7
Baixo	3
Sem Risco	6
Total	29

Dos treze sujeitos considerados com alto risco, quatro do gênero masculino desenvolveram lesão por pressão.

A distribuição dos clientes segundo o tempo de internação apresentou, de acordo com a Tabela 2, maior frequência para os que estiveram hospitalizados até dez dias, 19 (65,52%). Dos

sete clientes que permaneceram acima de quinze dias, quatro desenvolveram LP. Chama atenção que três sujeitos que permaneceram entre 20 e 30 dias não desenvolveram a lesão. Dos clientes que apresentaram lesão, 3 (75%) desenvolveram lesão por pressão categoria 2 e 1 (25%) desenvolveu LP categoria 1, sendo todas em região sacra.

TABELA 2.

Distribuição dos sujeitos segundo o tempo de internação

Tempo de Internação	Sujeitos	UP
Até 5 dias	11	Não
De 5 a 10 dias	8	Não
De 10 a 15 dias	3	Não
De 15 a 20 dias	2	Sim
De 20 a 30 dias	3	Não
Mais de trinta dias	2	Sim
	29	

Identificou-se que 18 (62,1%) sujeitos mantiveram o risco durante a internação no setor, enquanto 11 (37,9%) apresentaram altera-

ções. Destes, 06 (54,5%) obtiveram evolução satisfatória do quadro clínico e consequente redução do risco. Tal fato justificou a necessidade de reavaliação regular e efetiva, a fim de identificar o fator causal das alterações e reavaliar se as intervenções de enfermagem estavam sendo eficazes. Ressalta-se que 12 (41,4%) sujeitos apresentavam lesão por pressão no momento da admissão no setor, número bastante significativo, sendo mantidos no estudo.

A matriz de correlação referente às variáveis percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição, conforme Quadro 2, mostrou que os valores não foram expressivos, portanto, deve ser avaliada a significância segundo o teste de hipótese bilateral de correlação; neste, adotou-se como hipótese nula que a correlação populacional seja zero.

QUADRO 2.

Matriz de Correlação das variáveis adotadas por Braden com pontuação de 1 a 4.

	Percepção Sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição
Percepção Sensorial	1,00	0,17	0,20	0,25	0,25
Umidade		1,00	0,01	-0,01	-0,07
Atividade			1,00	0,26	0,30
Mobilidade				1,00	0,38
Nutrição					1,00

No Quadro 3 a seguir, encontram-se os resultados da decisão quanto à aceitação ou não das associações destas variáveis, adotando-se risco probabilístico de 5 chances em 100, ressaltando que o interesse é a rejeição de que a correlação deva ser considerada nula.

QUADRO 3.

Decisão do teste de hipótese da correlação entre as variáveis adotadas por Braden com pontuação de 1 a 4.

	Percepção Sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição
Percepção Sensorial	-	Rejeito H0	Rejeito H0	Rejeito H0	Rejeito H0
Umidade		-	Aceito H0	Aceito H0	Aceito H0
Atividade			-	Rejeito H0	Rejeito H0
Mobilidade				-	Rejeito H0
Nutrição					-

Observou-se que a significância adotada ao risco probabilístico de 5 chances em 100, hipótese de nulidade da correlação, só foi verificada para a variável umidade quando relacionada com atividade, mobilidade e nutrição.

Cabe apreciar as distribuições de frequência das variáveis estabelecidas por Braden à luz da classificação de risco obtida. Neste sentido, observou-se um número significativo de sujeitos 11 (37,9%) com a percepção completamente limitada. Dos treze sujeitos classificados com “alto risco”, a frequência modal da distribuição deles segundo a percepção sensorial indicou 11(85%) sujeitos, logo um indicativo expressivo desta variável na definição do risco.

Sobre a umidade, destaca-se predomínio de clientes - 28 (96,6%) - com a pele ocasionalmente e raramente úmida. Dos 13 (44,8%) sujeitos classificados com “alto risco”, apenas um (0,77%) apresentou a pele constantemente úmida, revelando que esta variável do estudo não foi determinante para o desenvolvimento de lesões por pressão.

Em relação à atividade, observou-se que 16 (55,2%) sujeitos permaneceram acamados, sendo que 13 (44,8%) apresentaram “alto risco”, representando significativa força desta variável para esta classificação.

No que diz respeito à mobilidade, 13 (44,8%) do total de sujeitos estavam com a mobilidade totalmente comprometida, correspondendo aos acamados de alto risco e, consequentemente, ao indicativo da imobilidade na classificação do risco.

No que tange à variável nutrição, destaca-se que dos 29 (100%) sujeitos que participaram do estudo, houve predomínio de sujeitos com nutrição adequada (51,7%), porém, 12 (41,4%)

com dieta muito pobre e 2 (6,9%) com dieta provavelmente inadequada. Tal fato mostra que dos 14 sujeitos que estavam com o seu estado nutricional comprometido, 13 apresentavam-se com alto risco.

Em relação ao destino dos clientes que desenvolveram LP durante o estudo, dois tiveram alta para a clínica médica e cirúrgica, um foi a óbito e um permaneceu internado após término da coleta de dados.

DISCUSSÃO

Observou-se equilíbrio entre os sujeitos do estudo em relação ao sexo. Porém, em relação à faixa etária, ressalta-se predomínio de idosos, dado relevante em relação ao risco de desenvolvimento de LP, uma vez que a pele do idoso apresenta uma série de alterações resultantes do processo do envelhecimento intrínseco e de fatores do meio ambiente⁹ além de outros fatores de risco. A literatura demonstra que há alta prevalência no desenvolvimento da UP em clientes idosos hospitalizados. Estudo revela incidência de 28-41% de UP em idosos em hospitais europeus¹⁰. A esse respeito, considera-se importante lembrar o impacto da hospitalização no cliente idoso, pois este evento pode favorecer o isolamento, alterações nutricionais, de hidratação e da mobilidade, aumentando o risco de perda da integridade cutânea¹¹.

Historicamente, o CTI é uma unidade que apresenta alta prevalência de LP, devida à capacidade funcional reduzida e a outros fatores de risco associados. A esse respeito, destacam-se neste estudo os sujeitos que não apresentaram risco

DADOS COMO ESTES SÃO PREOCUPANTES, POIS O CLIENTE ACAMADO E GRAVEMENTE ENFERMO É MAIS PREDISPOSTO AO APARECIMENTO DA LP

por estarem na fase de pré-operatório de cirurgia torácica e geral e que, no momento da admissão, apresentavam-se em bom estado geral e condições motoras preservadas. Além disso, destaca-se que, ao retornarem ao CTI, após a realização de cirurgias de curta duração, não foram mantidos sedados por longo período, preservando a percepção sensorial, a mobilidade e a atividade. Por outro lado, chama a atenção os sujeitos que apresentaram percepção sensorial completamente limitada principalmente devida à sedação ou ao nível de consciência diminuído, fato a ser considerado nesta clientela específica, principalmente por reduzir ou impedir o cliente de detectar sensações de desconforto ou dor, comprometendo a capacidade de identificar as regiões do corpo que necessitam do alívio de pressão¹².

A este respeito, Aguiar (2003) afirma que dados como estes são preocupantes, pois o cliente acamado e gravemente enfermo é mais predisposto ao aparecimento da LP, necessitando de maior cuidado da equipe que o assiste, com relação à mudança de decúbito, cuidados com a pele, proteção das proeminências ósseas e uso de colchões especiais.

O número predominante de clientes que apresentaram pele raramente úmida deve-se ao

fato de o cateterismo vesical de demora ser um procedimento que faz parte da rotina do setor, não só para tratamento de incontinência ou retenção urinária como também para melhor controle das perdas hídricas, reduzindo também a possibilidade da presença de umidade excessiva e consequente maceração da pele, um dos fatores extrínsecos que predispõe as LP.

Quanto ao estado nutricional, ressalta-se que desnutrição pode influenciar na vulnerabilidade dos tecidos aos fatores extrínsecos e, quando presente, pode facilitar o desenvolvimento de LP na primeira semana de internação no CTI¹³. Sobre a avaliação do cliente mediante a utilização da Escala de Braden, constatou-se que esta auxiliou na correlação entre as alterações do estado clínico, e o estudo mostrou que as variáveis indicadas por Braden realmente mostram associação na avaliação do risco, observada pela matriz de correlação com as respectivas significâncias do teste de correlação⁸, conforme Quadros 2 e 3. Quando as alterações clínicas são positivas, o risco do cliente diminui; quando as alterações são negativas, o risco é aumentado, principalmente quando existe comprometimento da percepção sensorial, da atividade e da mobilidade.

Ressalta-se que, no presente estudo, não foi verificada associação significativa da umidade em relação à atividade, mobilidade e nutrição. Neste sentido, lembra-se que apenas um sujeito apresentava a pele constantemente úmida, fato provavelmente explicado pelo expressivo número de clientes em uso de cateter vesical.

A reavaliação a cada 36 horas foi considerada positiva para acompanhamento da evolução dos clientes, para identificar o fator causal das alterações e suas novas necessidades e, assim, traçar

condutas apropriadas visando à prevenção.

Sobre isso, considera-se importante mencionar a existência de controvérsias em relação à aplicação da frequência de aplicação da escala de Braden. Embora exista a recomendação de sua aplicação em clientes críticos na admissão e a cada 48 horas, não há consenso.¹⁴ Uma revisão recente sobre prevenção de LP, desenvolvida pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)¹⁵, preconiza que os protocolos institucionais determinem a realização da avaliação e reavaliações de acordo com as características das unidades.

Chama a atenção o número significativo de sujeitos que apresentavam lesão por pressão no momento da admissão no setor. Tal fato reafirma a importância de se detectar e registrar esse dado no momento da admissão.

Um estudo realizado no Brasil com 155 pessoas internadas em UTI mostrou que 18 já apresentavam LP no momento da admissão e outros 40 desenvolveram a LP durante a internação, perfazendo incidência de 25,8%¹⁶. Tal fato reafirma a importância de se detectar e registrar esse dado no momento da admissão, considerando inclusive os aspectos éticos e legais que envolvem o desenvolvimento da lesão por pressão. O registro da presença dessas lesões na admissão, bem como das intervenções de enfermagem oferecem dados para futuras pesquisas, como também respaldo à equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

A escolha da Escala de Braden permitiu classificar de forma categórica o risco apresenta-

A AVALIAÇÃO DO RISCO DO CLIENTE NO QUE DIZ RESPEITO AO DESENVOLVIMENTO DE LP É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA NO COTIDIANO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

do pelo cliente, sendo possível identificar a frequência modal, inferindo o predomínio do risco dos sujeitos para o desenvolvimento de LP no momento da admissão. Consequentemente, a distribuição de frequência dos clientes por nível de risco permitiu avaliar as associações das variáveis sugeridas por este autor.

CONSIDERAÇÕES

Pode-se ratificar que a avaliação do risco do cliente no que diz respeito ao desenvolvimento de LP é de extrema importância no cotidiano da prática de enfermagem, uma vez que nos permite detectar os problemas determinantes, ou seja, que favorecem a instalação das LP. Além disso, considera-se importante destacar que a detecção precoce desses problemas, preferencialmente, no momento da admissão do cliente permite a correção e o controle desses problemas e até mesmo a prevenção de seus agravos.

Neste sentido, ratifica-se que a identificação do risco, bem como o registro da integridade ou não da pele do cliente no momento da admissão são indispensáveis para implementar medi-

das preventivas personalizadas e oferecer respaldo ético e legal para a equipe de enfermagem. Estas ações contribuem não somente para a redução do sofrimento físico e emocional do cliente e seus familiares, como também para diminuir o tempo de internação e os custos terapêuticos.

Assim, recomenda-se elaborar outros estudos que contemplem não somente a avaliação do risco e as aferições das associações das variáveis preconizadas por Braden, como também a relação do risco apresentado à efetividade das ações preventivas implementadas.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel .National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [acesso 2016 jun 30]; Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
3. Brandão ES, Santana MH, Santos I. A challenge in nursing care: preventing pressure ulcers in the client. R pesq cuid fundam online [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 10];5(1):3221-28. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../pdf_677
4. Santos JA, Brandão ES. Clientes com úlceras por pressão: prevenção, avaliação e tratamento. In: Brandão ES, Santos I dos. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2006. p. 257-79.
5. Frankel H, Sperry J, Kaplan RJ. Risk factors for pressure ulcer development in a best practice surgical intensive care unit. Am Surg. [Internet] 2007 [cited 2015 Jan 5];73:1215-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000074&pid
6. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala Available from: de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 1999 [cited 2015 Jan 5];33:191-206. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100008>
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
8. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 5. ed. Editora Saraiva. 2002. Análise de aderência e associação. p. 389-409.
9. Leal LS. O papel do enfermeiro e a assistência à pele íntegra do idoso. In: Malagutti W, Bergo AMA. Abordagem interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p.223-33.
10. Tannen A, Dassen T, Halfens R. Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany: associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. J Clin Nursing. [Internet] 2008 [cited 2015 Jan 10];17(9):1237-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
11. Santos G, Sousa L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. Revista Kairós Gerontologia. [Internet] 2013 [cited 2015 Jan 10];16(2):07-25. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17625/13126>
12. Giglio MM, Martins AP, Dyniewicz AM. Análise do grau de dependência e predisposição à úlcera de pressão em pacientes de hospital universitário. Cogitare Enferm. [Internet] 2007 [cited 2015 Jan 11];12(1):62-8. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci...6234201400060111100039>
13. Allman RM, Goode PS, Patrick MM. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. JAMA. [Internet] 1995 [cited 2015 Jan 15]; 273(11):865-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7869557>
14. Waters N. Predicting pressure ulcer risk. Nurs Times. [Internet] 2003 [cited 2015 Jan 15];99-S:63-5. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100008>
15. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Announces the Release of the NPUAP-EPUAP Guidelines for Pressure Ulcer Prevention and Treatment. [acesso 19 abr 2015]. Available from: <http://www.npuap.org/Guidelines%20Flyer.pdf>
16. Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Rev Bras Ter Intensiva. [Internet] 2007 [cited 2015 Jan 11];19(3):337-41. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200016>

PROGRAMAS E AÇÕES SOBRE FOTOPROTEÇÃO

PROGRAMS AND INITIATIVES ON PHOTOPROTECTION

PROGRAMAS Y ACCIONES DE FOTOPROTECCIÓN

Maristela Belletti Mutt Urasaki¹, Helene Mariko Ueno²,
Jéssica Daiane Augusto de Jesus³, Gabriela Fernandez Orlandi⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a literatura científica sobre ações de proteção solar.

Métodos: Trata-se de revisão da literatura, feita na base LILACS em 2013. Doze de 123 artigos foram analisados, sobre ações de fotoproteção desenvolvidas no Brasil e outros países da América Latina. **Resultados.** Oito artigos relatavam campanhas pontuais, de divulgação restrita, sobre fotoproteção, quatro delas com exame clínico; quatro relatavam iniciativas de suporte à elaboração de campanhas de prevenção e controle do câncer de pele.

Conclusão: Os artigos analisados mostraram ações restritas de combate ao câncer de pele, possivelmente porque os atores das ações e gestores de programas divulguem os resultados em relatórios de trabalho, sem situá-los no debate científico. Entretanto, um panorama das experiências realizadas no Brasil sobre ações de saúde para fotoproteção no Brasil permitiria reproduzir, criticar e inovar soluções mais efetivas para a prevenção e controle do câncer de pele.

Descritores. Neoplasias Cutâneas, prevenção & controle. Dermatopatias. Radiação Solar, efeitos adversos. Promoção da Saúde. Revisão.

¹ Doutora em Enfermagem, docente do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Email: mari.urasaki@usp.br

² Doutora em Saúde Pública, docente do curso de Gestão Ambiental da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

³ Discente do curso de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

⁴ Discente do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

Objective. To analyse scientific literature on sun initiatives policy.

Methods. This is a literature review, based on a LILACS database search, 2013. Twelve of 123 articles were analyzed, about initiatives on photoprotection in Brazil and other Latin American countries. *Results.* Eight articles reported brief campaigns on photoprotection, poorly publicized, four of them with clinical examination; four articles reported support initiatives to developing campaigns on prevention and control of skin cancer.

Conclusion. The articles analyzed showed restricted initiatives of skin cancer control, possibly because the managers of these initiatives publicize their results as work reports, without engaging them in the scientific debate. However, an overview of the initiatives on photoprotection carried out in Brazil would allow replicate, criticize and innovate solutions for the prevention and control of skin cancer more effectively.

Descriptors. Skin Neoplasms prevention & control. Skin Diseases. Solar Radiation, adverse effects. Health Promotion. Review.

RESUMEN

Objetivo. Analizar la literatura científica acerca de acciones de protección solar.

Metodos. Se trata de revisión de la literatura, realizada en la base de datos LILACS en 2013. Se analizaron 12 de 123 artículos acerca de programas e iniciativas sobre fotoprotección desarrolladas en Brasil y otros países latinoamericanos. *Resultados.* Ocho artículos informaron campañas específicas en fotoprotección, de divulgación limitada, cuatro de ellos con examen clínico; cuatro informaron iniciativas de apoyo al desarrollo de campañas de prevención y control de cáncer de piel.

Conclusión. Los artículos analizados mostraron acciones limitadas para combatir el cáncer de piel, posiblemente porque los directores de programas divulgan los resultados en informes de trabajo sin situarlos en el debate científico. Sin embargo, una visión general de esas acciones llevadas a cabo en Brasil permitiría reproducir, criticar e innovar soluciones más eficaces para la prevención y control de cáncer de piel.

Descriptores. Neoplasias Cutáneas, prevención & control. Enfermedades de la Piel. Radiación Solar, efectos adversos. Promoción de la Salud. Revisión.

INTRODUÇÃO

A exposição da pele humana à radiação solar está relacionada a vários problemas de saúde como queimaduras, fotoalergias, alterações pigmentares, doenças oculares, alterações no sistema imunológico, envelhecimento precoce da pele, agravamento de certas dermatopatias, além de diversos tipos de câncer de pele.

O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o mais incidente no país, sendo responsável por, aproximadamente, 25% dos casos novos de câncer a cada ano; porém, sua taxa de mortalidade é uma das mais baixas¹. Por outro lado, o melanoma é responsável por aproximadamente 4% dos casos de câncer da pele, mas com alta letalidade, principalmente pela sua alta capacidade de desenvolvimento de metástase².

Os cânceres de pele vêm atingindo a população de forma epidêmica desde a metade do século passado³. A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2014 foi de 98.420 casos novos de CPNM nos homens e 83.710 nas mulheres; esses valores correspondem a um risco estimado de 100,75 casos novos a cada 100

mil homens e 82,24 a cada 100 mil mulheres. Esta estimativa indica o CPNM como o mais incidente no Brasil, representando cerca de 30% do total de casos de câncer⁴. Segundo o DataSUS, em 2012 foram registrados no país 3168 óbitos por neoplasias malignas da pele, incluindo CPNM e câncer de pele do tipo melanoma⁵.

É também necessário assinalar que os prejuízos da radiação sobre a visão são expressivos; a cada ano, cerca de três milhões de pessoas sofrem com problemas da visão tais como fotoconjuntivite, catarata e perda progressiva da visão⁶.

Os agravos à saúde, que tem a radiação como fator contribuinte ou determinante, representam forte impacto financeiro aos sistemas de saúde públicos e privados⁷. Isso porque os casos de câncer de pele em estágios mais avançados exigem cirurgias mutiladoras com resultados cosméticos indesejáveis.

Diante desse cenário, o câncer de pele deve ser assumido como um problema de saúde pública. Assim como em relação a vários outros tipos de câncer, a prevenção e o diagnóstico pre-

coce são as principais estratégias para reduzir a carga da doença, tanto do ponto de vista individual quanto para os sistemas de saúde.

Considerando a diversidade de tipos de câncer, a complexidade clínico-terapêutica, a relevância epidemiológica e as necessidades e demandas em relação à atenção oncológica no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Como o próprio nome sugere, essa política envolve todas as unidades da federação e esferas do Sistema Único de Saúde; prevê o planejamento de serviços específicos, qualificação da gestão pública, educação permanente e formação de recursos humanos em saúde, implantação de estratégias de monitoramento de fatores de risco e vigilância da morbimortalidade relacionados ao câncer, incentivo a pesquisas em atenção oncológica, entre outras ações. A Política tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos⁸.

A SBD E A SOBENDE TÊM DEFENDIDO O INTERESSE PÚBLICO QUANTO AO BEM-ESTAR E À SAÚDE DA PELE.

Embora os órgãos governamentais reconheçam o câncer de pele como o mais incidente no país, a Política Nacional não menciona enfaticamente, entre suas ações, a fotoproteção; em seu artigo 9º inciso I cita o fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como a radiação.

Na última década, grupos sociais como a SBD e a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) têm defendido o interesse público quanto ao bem-estar e à saúde da pele.

Considerando a relevância das ações e dos programas direcionados à fotoproteção, o objetivo deste estudo foi analisar artigos científicos que tiveram como objeto de estudo tais ações e programas.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa, que envolve os seguintes passos: identificação do tema, formulação de uma questão norteadora, busca e seleção da literatura, categorização e avaliação dos estudos e apresentação da revisão⁹. A questão norteadora do presente projeto é: com base na relevância epidemiológica do câncer de pele e no conhecimento sobre formas de fotoproteção, qual o estado da arte sobre ações e programas sobre fotoproteção no Brasil discutidas no âmbito da literatura científica?

Considerando a representatividade das publicações nacionais e sua relevância no contexto latino-americano, o levantamento de dados foi feito em agosto de 2013 na base de dados bi-

bibliográficos LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - da Biblioteca Virtual em Saúde. A busca estruturada baseou-se nos campos ‘descriptor de assunto’ e ‘palavras do título’, coordenados por meio do operador booleano “or” para ampliar a busca, sem restrição de ano, país ou idioma. Termos relacionados e sinônimos para ‘pele e agravos da pele’ foram combinados com termos referentes a ‘proteção’ e ‘programas, políticas ou campanhas’, coordenados pelo operador booleano ‘and’.

Procedeu-se a seleção primária, isto é, leitura dos títulos e resumos dos 123 registros recuperados na base. Foram incluídas publicações institucionais e científicas cujo conteúdo estava relacionado à adoção de medidas preventivas primárias, relatos de campanhas e ações políticas sobre fotoproteção, pesquisas sobre comportamentos de fotoproteção e outras consideradas pertinentes ao tema pelas pesquisadoras; foram excluídos materiais sobre evidências clínicas abordando fisiopatologia, histologia, tratamento dos agravos, farmacologia, ferramentas de diagnóstico, bases físicas da radiação, desenvolvimento de protetores solares e outros que abordavam aspectos técnicos e específicos, sem relação direta com uso de fotoproteção; também foram excluídas as teses.

A seleção primária foi feita por duas das autoras, de forma independente, tendo sido selecionados os artigos que ambas tivessem considerado pertinentes e outros que apenas uma tivesse indicado, mas, após discussão, foram incluídos no material de análise.

Assim, foram selecionados 42 artigos, dentre os quais sete não foram localizados, oito eram editoriais ou teses e foram excluídos; os

outros 27 foram lidos na íntegra, sendo 12 deles selecionados para análise, classificados como de ação ou programa; outros 12 foram classificados como artigo de pesquisa sem abordagem política; ainda, três foram considerados de fundamentação teórica, isto é, bastante pertinentes ao tema, com informações gerais sobre patogênese e estatísticas do câncer de pele, informações sobre prevenção e tratamento e outras de caráter mais geral. Embora a pergunta norteadora enfocasse as publicações no Brasil, por causa do baixo número de registros encontrados nas bases de dados bibliográficos, mantivemos as publicações latino-americanas na análise. Os artigos de pesquisa, mesmo não abordando programas e ações, foram lidos com o objetivo de buscar elementos que aprofundassem a discussão.

Os artigos que relataram programas e iniciativas sobre fotoproteção foram analisados segundo tipo de ação, público-alvo e resultados obtidos.

RESULTADOS

Dos doze artigos classificados como relatos de ação política, oito versaram sobre relatos de campanhas de prevenção do câncer de pele (Quadro 1). Os outros quatro relataram outros tipos de ação (Quadro 2).

QUADRO 1.

Artigos publicados sobre campanhas de proteção solar, segundo o local, ano, tipo de ação política e indicadores de resultados. São Paulo, 2013.

Local/ Ano	Tipo de Ação: objetivo	Indicadores de resultados
Jaú, São Paulo: seis Postos de Atendimento em Saúde e sete Postos de Saúde da Família, São Paulo - out/2007 a nov/2008. ¹⁰	Campanha municipal: treinar profissionais de saúde e esclarecer a população sobre câncer de pele, como parte do Programa Contínuo de Prevenção do Melanoma.	1768 questionários respondidos sobre perfil da população, histórico da doença, hábitos de exposição e fotoproteção e conhecimento da doença; 88 avaliações com dermatoscopia; quatro casos de melanoma em fase inicial e três casos de nevos displásicos.
Universidade Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Peru – 2010. ¹¹	Campanha de educação, prevenção e detecção precoce do câncer de pele e melanoma: exame clínico dos participantes e encaminhamento de material para análise dos casos suspeitos.	8707 atendimentos e identificação do perfil (31,2% usam fotoprotetores, mulheres usam com mais frequência, o grupo etário com maior frequência é entre 30 a 39 anos).
Clínica CES* central e CES de Sabaneta, Medellín, Colômbia - 2005. ¹²	Jornada de prevenção: identificar lesões de pele relacionadas ao sol; educar sobre os perigos do sol e a importância da consulta dermatológica.	Elaboração de fichas de identificação e impressão diagnóstica; disponibilização de informações sobre o diagnóstico; encaminhamento dos casos urgentes para os serviços privados e Serviço de Dermatologia do CES.
Faculdade de Medicina - Univ. Nacional Mayor de San Marcos. Peru - 2009. ¹³	Campanha educativa: prevenção e detecção precoce do câncer de pele e melanoma.	9624 atendimentos; perfil identificado: 29,5% relataram uso de fotoprotetores; as mulheres usam com mais frequência.
Hospital Clínico da Univ. do Chile - Santiago - 2002. ¹⁴	Campanha educativa: alertar sobre os riscos da exposição solar e detecção precoce do câncer de pele.	895 avaliações realizadas por dermatologista; 9% das lesões com aspecto maligno.
Ambulatório do Hospital Universitário de Brasília, DF - 1999. ¹⁵	Campanha anual: verificar prevalência dos diversos tipos de câncer de pele.	Inquérito dermatológico; 530 pessoas examinadas; 43 com diagnóstico clínico ou histopatológico de câncer de pele e 123 de lesões pré-neoplásicas; 22 biópsias realizadas.
Hospital de clínicas José de San Martín 5 a 9/out/1992 - Buenos Aires, Argentina. ¹⁶	Campanha de prevenção de câncer de pele: conscientizar a comunidade sobre a importância de reconhecer os sintomas e detectar precocemente o câncer de pele; educar sobre como evitar os efeitos prejudiciais do sol.	2004 atendimentos; preenchimento de formulários sobre história clínica e hábitos de fotoproteção.
Sociedade Brasileira de Dermatologia - Regional Rio Grande do Sul - 1996. ¹⁷	Campanha educativa.	1288 participantes; duplicação do número de participantes em relação ao ano anterior; elaboração de material gráfico com conteúdo educativo.

QUADRO 2.

Outras iniciativas sobre fotoproteção, segundo o local, ano, tipo de ação política e indicadores de resultados. São Paulo, 2013.

Local/ Ano	Tipo de Ação: objetivo	Indicadores de resultados
Hospital Escola Dermatologia de Honduras - 1997 a 2011. ¹⁸	Balanço de 15 anos de campanha para incentivar o público a fazer avaliação periódica de lesões da pele visando o diagnóstico precoce do câncer; promover a fotoproteção.	22500 atendimentos (1500/ano); 200 biópsias; diagnóstico de seis casos de câncer de pele/dia nos primeiros anos; aumento gradual no número de casos, incluindo melanoma.
INCA, Rio de Janeiro - 2002. ¹⁹	Publicação de normas e recomendações para o controle do câncer de pele	Não se aplica
Curitiba, PR - 1988 a 1995. ²⁰	Análise das Campanhas de Detecção e Prevenção do Câncer de Pele	Apresentação da evolução histórica das campanhas:
Rio de Janeiro, RJ - 1988. ²¹	Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia	Foram examinadas 205.869 pessoas; foram diagnosticados 17.980 casos de diferentes tipos de câncer da pele.

Em relação às campanhas, todas foram desenvolvidas com o objetivo de educar e orientar a população, mostrando a necessidade da prevenção do câncer de pele. As campanhas foram desenvolvidas por iniciativa, conjunta ou isolada, de hospitais, universidades ou sociedades de dermatologia.

Os meios de comunicação utilizados para divulgar as campanhas foram basicamente cartazes e pôsteres colocados em diversos locais de interesse público (os locais exatos não foram mencionados). O rádio e a televisão foram usados em duas campanhas, uma realizada em Honduras¹⁸ e a outra realizada no Rio de Janeiro²¹.

As informações gerais sobre as campanhas variaram em seu conteúdo; no total, os dados abrangeram: informações sobre o local e o ano da campanha, tamanho da população, público-alvo, número de participantes/atendimentos, dados epidemiológicos pré-existentes, duração, comparações com campanhas anteriores, considerações sobre aspectos que podiam ter interferido nas campanhas, como a época do ano ou condições meteorológicas no dia do evento.

As ações realizadas envolveram: orientação individual, palestras, distribuição de material educativo impresso no formato de cartazes e pôsteres (sem publicidade de filtros solares), coleta de dados para história clínica, realização de exames clínicos, coleta e encaminhamento de material biológico para exame anatomopatológico e encaminhamento dos casos diagnosticados para serviços que ofereciam tratamento (Quadro 1).

Dentre as publicações analisadas, apenas Kalil¹⁷ (1998) mencionou ter enfrentado alguns obstáculos para a realização da campanha; a autora destacou a falta de engajamento dos dermatologistas e a época do ano da realização do evento. Comenta

A EQUIPE DE ENFERMAGEM ESTEVE PRESENTE POR CERCA DE TRINTA DIAS EM CADA UM DOS TREZE POSTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

que no mês de novembro, no Rio Grande do Sul, a procura por exposição ao sol ainda não é tão significativa e poderia ter implicações no interesse por atendimento especializado. A autora ainda questiona se a data seria apropriada para realizar o atendimento amplo e faz um alerta sobre a necessidade de a campanha ser realizada durante o ano todo e não somente em uma data específica.

Em relação aos indicadores de resultados, os mais frequentes foram o número de pessoas atendidas, perfil dos participantes, levantamento de histórico familiar ou do paciente, realização de exames clínicos, realização de biópsias, número de pessoas diagnosticadas com câncer de pele e encaminhamentos a serviços de saúde para tratamento.

Apenas um dos artigos relatou experiência sobre programa de prevenção contínua para o câncer de pele, em que uma equipe de enfermagem realizou orientações sobre o autoexame da pele, cuidados com fotoproteção e identificação de sinais precoces do melanoma para a população em geral e para a equipe de saúde. A equipe de enfermagem esteve presente por cerca de trinta dias em cada um dos treze postos de saúde do município¹⁵.

A publicação do Instituto Nacional do Câncer¹⁹ sobre normas e recomendações para prevenção e controle do câncer de pele traz as re-

comendações de órgãos internacionais e aponta algumas das diferenças estabelecidas entre os países. De modo geral, todos defendem a necessidade de reduzir a exposição aos raios ultravioletas por meio de mudanças comportamentais como abreviar o tempo de atividades ao ar livre, usar roupas apropriadas e usar protetor solar. Outras recomendações, entretanto, não são consensos; a U.S. Task Force, Canadian Task Force e Australian National Health and Medical Research Council reforçam que não há evidências suficientes para realizar o exame clínico na população em geral, porém a Canadian Task Force e o American College of Preventive Medicine aconselham que subgrupos de alto risco (história familiar, evidências clínicas precursoras) o realizem. Já a American Cancer Society orienta o exame anual para todos os indivíduos com idade superior a 40 anos. O Instituto aponta que, de acordo com o Seminário Interno de Prevenção e Controle do Câncer, apesar de não ser possível o rastreamento populacional, é necessário estender a prevenção primária e estudar com o Ministério da Saúde a distribuição de protetor solar para grupos de maior risco.

DISCUSSÃO

Os programas e as ações sobre proteção solar foram pouco divulgados como publicação científica e basicamente consistiram em campanhas, com ações localizadas, de curta duração, organizadas por hospitais universitários e setores sociais não-governamentais.

Os estudos analisados, em geral, finalizaram destacando a necessidade de medidas preven-

tivas e elaboração de políticas públicas, no entanto, os autores não descreveram com precisão quais seriam as ações necessárias, tampouco apontaram caminhos para a implantação, desenvolvimento, continuidade e avaliação dessas políticas públicas. De fato, a própria descrição das campanhas relatadas careceu de informações sobre o contexto das ações desenvolvidas: os atores envolvidos, a natureza da ação, frequência, custos, público-alvo, limitações, obstáculos enfrentados, forma de divulgação, indicadores de resultados e outras questões estruturais que não foram descritas com detalhes. Neste sentido, entende-se que os resultados de campanhas não devem ser analisados como estudos de casos, mas sejam interpretados nos seus respectivos contextos e possibilidades mais amplas de contribuição ao conhecimento e seu potencial de aplicação.

Importa observar que, embora diversas campanhas tenham ocorrido ao longo dos anos no Brasil, o dia de combate ao câncer de pele não está oficializado no calendário do governo. O Ministério da Saúde divulga um calendário com datas relacionadas à saúde²², sendo algumas delas amplamente difundidas, inclusive em âmbito internacional, em consonância com a Organização Mundial da Saúde, como o Dia Mundial de Luta Contra a Aids (1º de dezembro). Outras datas são instituídas por lei nacional, como o Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama (27 de novembro – data instituída pela Lei nº 12.116/2009)²³ e o Dia Nacional de Combate a Dengue (penúltimo sábado do mês de novembro – data instituída pela Lei nº 12.235, de 19/5/2010)²⁴.

O fato de no levantamento realizado ter sido encontrada pouca informação sobre programas e ações não significa que elas não existam. A proposta deste estudo foi identificar essas ações

em bases de dados da literatura científica para prover um panorama das experiências encontradas, considerando que o conhecimento produzido pode resultar em tecnologias, serviços, solução de problemas, bem como evidenciar avanços, prioridades e desafios e fundamentar o planejamento de políticas públicas. Iniciativas acontecem e um conjunto de situações dificulta sua divulgação, inclusive a falta de diálogo entre cientistas e gestores.

Em 1999, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) criou o Programa Nacional de Controle do Câncer de Pele (PNCCP)²⁵ que, por meio de campanhas nacionais de prevenção ao câncer de pele, objetivou informar e prover diagnóstico e tratamento gratuitamente. As campanhas são anuais e, segundo a SBD, atendem cerca de 30 mil pacientes ao ano e, desde que tiveram início, já atenderam mais de 420 mil pessoas. Em 2009, a SBD recebeu certificação do Guinness World of Records por ter realizado a maior campanha de prevenção ao câncer de pele do mundo, com mais de 34 mil atendimentos no mesmo dia em todo o país. Desde 2012, as campanhas se concentram no Dia Nacional de Combate ao Câncer de Pele, estabelecido no último sábado do mês de novembro, visando fortalecer a continuidade do Programa. A sociedade recentemente elaborou o Consenso Brasileiro de Fotoproteção, primeiro documento oficial sobre fotoproteção desenvolvido no país e focado na população brasileira²⁶.

A SOBENDE, por sua vez, ciente da elevada demanda por atenção à saúde da pele, em todos os seus níveis, tem investido fortemente na formação de recursos humanos especializados e na educação continuada dos profissionais.

Apesar da significativa contribuição das sociedades no cenário nacional, é ainda necessário implementar programas efetivos de promoção e prevenção

do câncer de pele em todos os municípios do país. É fundamental uma maior divulgação dos efeitos da radiação solar entre a população, sensibilização de população de risco e avaliação das ações realizadas, assim como divulgação do balanço das campanhas, análise de indicadores epidemiológicos e outros indicadores que fortaleçam a promoção de programas de continuidade e formulação de políticas públicas.

Alternativamente, é possível promover ações de prevenção ao câncer de pele articuladas a outras agendas, como o Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro), Dia Mundial de Luta Contra o Câncer (4 de fevereiro), Dia Internacional para a Preservação da Camada de Ozônio (16 de setembro), e em outras datas relacionadas a grupos específicos - mulheres, idosos, crianças e adolescentes - e a temas mais amplos (5 de abril - Dia Mundial da Atividade Física, 6 de abril - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida e 7 de abril - Dia Mundial da Saúde). As atividades podem ser diversificadas para aumentar a mobilização das pessoas, com promoção de atividades culturais, esportivas e/ou recreativas. Manter o tema numa agenda ampla, com atividades e eventos integrados, na construção de programas contínuos pode contribuir para manter a população sensibilizada sobre a importância da fotoproteção. E esta, por sua vez, poderia ser considerada mais uma medida de promoção da saúde do que uma medida preventiva contra o câncer de pele.

Ao mesmo tempo, algumas medidas podem ser adotadas por força da lei, como o Projeto de Lei nº 552/09, que propõe redução da carga horária de trabalho, previsão de intervalos de descanso e remuneração extra aos profissionais que sejam alvos da radiação solar. Segundo a norma

EMBORA O CÂNCER DE PELE SEJA UM PROBLEMA GLOBAL, AS POLÍTICAS DEVEM SE PAUTAR EM ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA GARANTIR MAIOR EFETIVIDADE.

regulamentadora (NR) 6, da Portaria 3.214/78²⁷, o protetor solar não é considerado equipamento de proteção individual e a exposição a raios solares não dá direito ao trabalhador de receber adicional de insalubridade, por ausência de previsão legal.

Por outro lado, vale ressaltar que o empregador deve proteger a saúde e a vida dos trabalhadores e, no caso daqueles que exercem atividades expostos aos raios solares em trabalhos a céu aberto, a NR 21, da Portaria supracitada, estabelece que: “Serão exigidas medidas especiais que protejam os trabalhadores contra a insolação excessiva, o calor, o frio, a umidade e os ventos inconvenientes”. Assim, mesmo que não seja considerada atividade insalubre, fornecer protetor solar e óculos de sol (com ou sem grau) para os trabalhadores que exercem atividades a céu aberto confere proteção contra a exposição excessiva ao sol e à radiação ultravioleta.

Vários outros Projetos de Lei tramitam nas instâncias governamentais, como o nº 4.027, que dispõe sobre o fornecimento de protetor solar ao empregado que trabalhe a céu aberto, o nº 4234, que dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer de Pele, a Semana Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer de Pele e obrigatoriedade de distribuição gratuita de protetor solar, pelo Sistema Único de Saúde. Todos relevantes e pertinentes, mas a de-

mora na tramitação representa obstáculo para a efetivação das diretrizes previstas na Política Nacional de Atenção Oncológica.

Importa observar outro aspecto fundamental na elaboração de políticas sobre fotoproteção. Garvin e Eyles²⁸ (2001), ao compararem as políticas públicas de fotoproteção implementadas no Canadá, na Inglaterra e na Austrália, destacaram como esses países levaram em consideração dados epidemiológicos, culturais e sociais locais. Os autores enfatizam que, embora o câncer de pele seja um problema global, as políticas devem se pautar em especificidades locais para garantir maior efetividade. Essa condição reforça a importância da realização das pesquisas e da divulgação destas, uma vez que os dados sobre caracterização das populações, conhecimentos, atitudes e práticas sobre fotoproteção, situação sociocultural e econômica, perfis de grupos específicos (e.g. adolescentes, atletas, trabalhadores de áreas abertas, gestantes, crianças, idosos e outros) permite estabelecer medidas de prevenção respeitando as diferenças, assim como possibilita maior eficácia das intervenções. Modificar hábitos é um dos grandes desafios da promoção da saúde mas, uma vez alcançada a mudança, o impacto é bastante positivo, em termos individuais e coletivos.

A fotoproteção por meio da abordagem interdisciplinar poderia ter na mídia um espaço que ainda é subutilizado. A televisão poderia tratar o tema nos desenhos infantis, em reportagens com depoimentos de pacientes e familiares, em documentários, em novelas; este meio de comunicação estaria prestando um serviço àquelas pessoas que desconhecem os efeitos da radiação e a relação com o câncer de pele e também àquelas que têm conhecimento e precisam ser mais sensibilizadas. Crenças poderiam ser trabalhadas nessas mídias,

como a ideia de que pessoas de pele negra não têm câncer de pele. Ainda falta muita informação sobre a relação entre tipos de pele e fatores de proteção, forma e frequência de aplicação do protetor solar, importância dos fatores ambientais na determinação do câncer de pele e outras.

Outro aspecto essencial e contemplado na Política Nacional de Atenção Oncológica⁸ é o uso de indicadores para a avaliação de programas e ações. A utilização dos indicadores no setor público é de extrema importância, pois são instrumentos que conduzem as atividades de planejamento público e são peças fundamentais para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Além disso, os indicadores são usados na elaboração de diagnósticos socioeconômicos para políticas, programas, projetos e demais ações públicas, nos quais são levantadas todas as informações necessárias para que as políticas públicas atendam da melhor forma possível a sociedade; e para um bom diagnóstico socioeconômico é necessário ter uma estrutura que analise o público-alvo, contexto econômico, questões ambientais, a capacidade de gestão local e de participação social.

Na etapa de elaboração de políticas públicas, os indicadores podem ser utilizados no planejamento, na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, nas quais são usados para nortear as atividades de planejamento. Nenhum relato analisado na presente pesquisa apontou se foram realizadas avaliações. Entretanto, a avaliação é fundamental tanto na fase de preparação e formulação do programa (avaliação ex ante), quanto durante ou após sua realização (avaliação ex post)²⁹. Avaliações ex post se baseiam em indicadores que medem o alcance dos objetivos específicos, determinando o grau e o ní-

vel de qualidade em que foram atingidas as metas programadas.

Além disso, a avaliação deve incluir a análise dos efeitos de um programa, e os indicadores devem determinar se foram produzidas mudanças significativas na realidade da população-alvo, analisando: de que forma ocorreu? Em que direção? Em que medida? E por quê? Trata-se da chamada avaliação de impacto, que se refere às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas. Desse modo, a avaliação deve ser etapa prevista em qualquer intervenção, programa ou política de saúde, aumentando sua chance de efetivamente cumprir suas metas e garantir continuidade e replicação.

CONCLUSÃO

Os artigos analisados mostraram ações restritas de políticas de combate ao câncer de pele, sendo basicamente descritas no âmbito das campanhas dermatológicas. Uma hipótese é que os atores das ações e gestores de programas divulguem os resultados em relatórios de trabalho, sem a pretensão de situá-los no debate científico.

O fato de o câncer de pele ser aceito como problema de saúde pública e de os métodos para sua prevenção e diagnóstico precoce serem conhecidos reforçam a necessidade de ampla discussão e divulgação das experiências realizadas no meio científico. Seria produtivo ter um panorama das experiências realizadas no Brasil sobre ações de saúde para fotoproteção; as informações geradas serviriam como referências para reflexão, reprodução e inovação, contribuindo enormemente para o alcance de soluções efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Inca - Instituto Nacional de Câncer, Brasil [homepage na internet]. Tipos de câncer: pele não melanoma. [acesso em 7 abr 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tipos-decancer/site/home/pele_ao_melanoma
2. Inca - Instituto Nacional de Câncer, Brasil [homepage na internet]. Tipos de câncer: pele melanoma. [acesso em 7 abr 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tipos-decancer/site/home/pele_melanoma
3. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
4. Ministério da Saúde, Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
5. Ministério da Saúde, Brasil. DataSUS [homepage na internet]. Informações de Saúde (TABNET) – Estatísticas Vitais. [acesso em 7 abr 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
6. González S, Fernández-lorente M, Gilaberte-Calzada Y. The latest on skin photoprotection. Clin Dermatol. 2008; 26:614-26.
7. Souza RJS, Mattedi AP, Corrêa MP, Rezende ML, Ferreira ACA. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. An Bras Dermatol. 2011;86(4):657-62.
8. Ministério da Saúde, Brasil. Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Dispõe sobre Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf [Acesso: 13 mar 2014]
9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nursing. 2005;52(5):546-53.
10. Salvio AG, Assumpção Júnior A, Segalla JGM, Panfilo BL, Nicolini HR, Didone R. Experiência de um ano de modelo de programa de prevenção contínua do melanoma na cidade de Jaú-SP, Brasil. An. Bras. Dermatol. 2011;86(4):669-74.
11. Gutiérrez C. El día del lunar: Campaña de educación, prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma – 2010. Folia dermatol. Peru. 2010;21(1):7-9.
12. Restrepo JC, Zuluaga A, Ochoa FL, Jiménez SB, Castaño OL, Uribe C et al. Jornada de prevención y detección de cáncer de piel en personas mayores de 18 años: Medellín, mayo de 2005: Universidad Ces. CES Med. 2009;23(1):93-101.
13. Gutiérrez C. El día del lunar: campaña de educación, prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma – 2009. Folia dermatol. Peru. 2009;20(1):9-11.
14. Calderón P, Zemelman V, Araya I, Rojas H, Honeyman J. Campaña de educación y detección del cáncer a la piel. Rev. Hosp. Clin. Univ. 2005;16(2):107-111.
15. Sampaio RNR, Cardoso N de A. Câncer de pele no Distrito Federal: resultado da campanha de 1999. Brasília Méd. 37(3/4):81-86, 2000.
16. Woscoff, A, Flom, RE, Bustin, Z. Semana del lunar 1º campaña de detección del cáncer cutáneo. Arch. Argent. Dermat. T. XLIII, 39-40, 1993
17. Kalil CLPV. Campanha de Prevenção do Câncer de Pele no Estado do Rio Grande do Sul- Ago/96. An bras Dermatol. Rio de Janeiro, 73 (Supl 1): 40-43, maio/jun. 1998.
18. Morales JS. 15 Años de experiencia en la prevención del cáncer de piel. Ver. Med. Hondur, 79 (4):214-215, oct-dic. 2011.
19. Inca - Instituto Nacional de Câncer, Brasil. Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. Rev Bras Cancerol. 2002;48(3):317-32.
20. Tarlé, SF. Campanha de detecção e reversão do câncer de pele. An Bras Dermatol. Rio de Janeiro, 73 (Supl 1): 32-39, maio/jun. 1998.
21. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. An Bras Dermatol. 2006; 81(6):533-9.
22. Ministério da Saúde, Brasil. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde [homepage na internet]. Datas em saúde. [acesso em 10 abr 2015]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/datas-da-saude/>
23. Brasil. Lei nº 12.116, de 10 de dezembro de 2009. Institui o Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama. Diário Oficial da União. 11 dez 2009.
24. Brasil. Lei nº 12.235, de 19 de maio de 2010. Institui o Dia Nacional de Combate ao Dengue. Diário Oficial da União. 20 maio 2010.
25. SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia [homepage na internet]. Programa Nacional de Combate ao Câncer de Pele. [acesso em 10 abr 2015]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/acoes/programa-nacional-de-combate-ao-cancer-da-pele/>
26. Schalka S, Steiner D (org). Consenso brasileiro de fotoproteção – Fotoproteção no Brasil: recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBD, 2014 [acesso em 29 dez 2014]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao>
27. Ministério do Trabalho, Brasil. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União. 6 de julho de 1978;Seção1:10.423.
28. Garvin T, Eyles J. Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of Sun Safety in Australia, Canada and England. Social Sci & Med. 2001;53:1175–89.
29. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira, MCRN; Carvalho, M do CB de. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC/SP, 2001

AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Graduação da USP pelo oferecimento da Bolsa Ensinar com Pesquisa aos discentes.

TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO COM GEL À BASE DE SOLUÇÃO SALINA 20%: RELATO DE CASO

PRESSURE INJURY TREATMENT GEL BASE OF SALINE 20%: CASE REPORT

TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN CON GEL A BASE DE SOLUCIÓN SALINA AL 20%: RELATO DE CASO

Mariana do Valle Meira¹, Livia Magalhães Costa Castro²,
Juliana de Aguiar Gurgel Pires³, Monique Guedes Preira Curi⁴,
Laís Rocha Pires⁵, Fernanda Matheus Estrela⁶

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de tratamento de lesão por pressão e descrever os resultados obtidos com o uso de gel à base de solução salina a 20%.

Método: Trata-se de um estudo retrospectivo, tipo relato de caso, por meio da análise de prontuário e acompanhamento diário, com registro fotográfico das lesões de um paciente com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico.

Resultados: Evidenciou-se desenvolvimento de lesões com necrose seca em região occipital e em calcâneo esquerdo e uso do gel à base de solução salina a 20% como tratamento implementado. Demonstrou-se efetividade do tratamento após dois dias na lesão de calcâneo e após sete dias na lesão em occipital.

Conclusão: O tratamento escolhido é uma alternativa bem-sucedida para desbridamento autolítico deste tipo de necrose, apresenta baixo custo, sendo efetivo em curto período de tempo, evitando a exposição do paciente ao procedimento cirúrgico.

Descritores: Necrose. Úlcera por pressão. Cuidados críticos.

¹ Oficial do Exército Brasileiro, enfermeira do Hospital Geral do Exército de Salvador. Email: mariana.meira12@gmail.com

² Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital da Cidade e Enfermeira do Instituto Sócrates Guanaes.

³ Enfermeira, MBA em Gestão Hospitalar. Coordenadora de Enfermagem da UTI do Hospital da Cidade.

⁴ Enfermeira do Instituto do Cérebro do Hospital da Bahia.

⁵ Enfermeira da Unidade Coronariana do Hospital Santa Isabel.

⁶ Doutoranda da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem Dermatológica.

ABSTRACT

Objective: to report a pressure injury treatment case and describe the results obtained using saline gel base to 20%.

Method: This is a retrospective study, type case report through the records and daily monitoring analysis, photographic record, the lesions of a patient with a diagnosis of ischemic stroke.

Results: It was evident development of lesions with dry necrosis occipital and left calcaneus and use of gel saline based on 20% as implemented treatment. It was demonstrated effectiveness of the treatment after two days in the calcaneus of injury and seven days after the lesion in the occipital.

Conclusion: The treatment of choice is a successful alternative to autolytic debridement of necrotic this type, is inexpensive, and effective in a short period of time by avoiding the exposure of the patient to the surgical procedure.

Descriptors: Necrosis. Pressure ulcer. Critical care.

RESUMEN

Objetivo: relatar un caso de tratamiento de lesión por presión y describir los resultados obtenidos con el uso de gel a base de solución salina al 20%.

Método: Se trata de un estudio retrospectivo, tipo relato de caso, mediante análisis del historial y seguimiento diario, con registro fotográfico de las lesiones de un paciente con diagnóstico de accidente vascular cerebral isquémico.

Resultados: se evidenció el desarrollo de lesiones con necrosis seca en región occipital y en calcáneo izquierdo y uso del gel a base de solución salina al 20% como tratamiento implementado. Se demostró efectividad del tratamiento después de dos días en la lesión de calcáneo y siete días en la lesión en occipital.

Conclusión: El tratamiento escogido es una alternativa exitosa para desbridamiento autolítico de este tipo de necrosis, presenta bajo coste, siendo efectivo en un corto periodo de tiempo, evitando la exposición del paciente al procedimiento quirúrgico.

Descriptores: necrosis, úlcera por presión, cuidados críticos.

INTRODUÇÃO

O ambiente de cuidados críticos traz consigo desafios para prestação da assistência de enfermagem, sendo a integridade cutânea dos pacientes um fator preocupante, uma vez que dentro das unidades de terapia intensiva o indivíduo está submetido a limitações ambientais e psicobiológicas que favorecem o surgimento de lesões de pele, como as lesões por pressão (LPPs).

A LPP é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, na maioria das vezes sobre proeminência óssea, ou pode também estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo; pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolente. Ocorre como consequência da intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão associada ao cisalhamento¹.

No paciente crítico, a instabilidade hemodinâmica, a restrição de movimentos por período prolongado de tempo e o uso de drogas sedativas e analgésicas, as quais diminuem a percepção sensorial e prejudicam a mobilidade, aumentam o risco de desenvolvimento dessas lesões².

Dentre as regiões acometidas por essas lesões, as áreas mais frequentes para seu aparecimento são: região sacra (coccígea), calcâneos (calcanhares), região glútea e trocânteres, podendo atingir áreas mais incomuns como região occipital, pavilhão auricular e joelhos¹.

As LPPs têm cicatrização demorada e fácil reincidência, tornando-se um desafio para as equipes de saúde, visto que, além de terem tratamento dispendioso, aumentam a morbidade e os dias de internação, podendo ser fator contribuinte na mortalidade³. As LPPs impactam na recuperação do paciente e aumentam significativamente os custos de assistência à saúde, além de trazerem repercussões para a saúde física e psicológica do cliente.

É sabido que algumas coberturas são de extrema valia para favorecer o manejo do exsudato da lesão, assim como a aceleração do processo cicatricial da ferida.

O intuito deste trabalho é relatar um caso de tratamento de lesão por pressão e descrever os resultados obtidos com o uso de gel à base de solução salina a 20%. Por meio dos resultados deste trabalho, almeja-se fornecer

subsídios para fomentar a qualificação de profissionais acerca das coberturas especiais, assim como melhorar a qualidade de vida dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso documental, que objetiva descrever a remoção da capa necrótica das LPPs, localizadas em região occipital e calcâneo esquerdo, tratadas com gel à base de solução salina 20%.

O produto em questão é industrializado e tem em sua composição: gel à base de solução de cloreto de sódio a 20%, goma xantana e água. É indicado para desbridamento de necrose seca, mantendo o leito da ferida úmido e facilitando a eliminação da capa necrótica. Tem ação no leito da ferida por até 48h, sendo de fácil aplicação, diminuindo o tempo de tratamento da necrose seca, além da redução da multiplicação bacteriana no leito da lesão⁴.

A pesquisa ocorreu em uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital particular, conveniado ao Sistema Único de Saúde, localizado em Salvador-Bahia. Utilizou-se o prontuário do paciente para coleta de dados, e a avaliação da evolução foi realizada por meio de exame clínico e registros fotográficos por meio de máquina digital, durante todo o tratamento das LPPs.

Para realização da pesquisa foi necessária a autorização do responsável legal do paciente, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de aprovação do comitê de ética.

Para a preservação da identidade de todas as pessoas envolvidas, assegurando assim a sua confidencialidade, o estudo obedeceu aos princípios éticos e legais da Resolução 466/2012. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o protocolo 13395613.7.0000.5531.

CASO CLÍNICO

Idoso, 72 anos, proveniente de um hospital da rede pública, localizado na cidade de Salvador, Bahia, onde permaneceu internado com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi). Foi admitido posteriormente, no dia 02/02/13, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital, em Salvador, caracterizado como privado e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os diagnósticos de internação foram: infecção do trato respiratório, tendo como comorbidades prévias AVCi extenso com sequelas, fibrilação atrial e hipertensão.

Na ocasião da admissão encontrava-se sedado com midazolam e citrato de fentanila, em ventilação mecânica via tubo orotraqueal, evidenciando-se, após extubação, abertura ocular espontânea, reposta a comandos simples por gestos, plegia à direita e paresia à esquerda, dependente de ajuda para mobilização no leito, pele com turgor diminuído; apresentava ainda lesão por pressão em região sacra de grande extensão, em tratamento.

No que diz respeito ao risco para desenvolvimento de perda de integridade cutânea,

já na admissão o paciente foi classificado pela equipe de enfermagem como de alto risco para perda da integridade cutânea, tendo a pontuação 10. Essa classificação se deu pela aplicação da escala de Braden, procedimento de rotina na unidade. Nesse sentido, deve ser levado em consideração que o paciente já foi admitido com sequelas motoras e respiratórias e apresentando lesão em região sacra.

A escala de Braden é uma escala validada, que tem como objetivo avaliar o risco para o desenvolvimento de LPPs baseando-se na ocorrência de fatores extrínsecos e intrínsecos ao paciente, como: fricção, cisalhamentos, umidade, redução e/ou perda da sensibilidade, força muscular e imobilidade, estado nutricional e nível de consciência.

O acompanhamento cutâneo do paciente se deu diariamente pela equipe de assistência de enfermagem, na qual atuavam duas pesquisadoras, principalmente durante os banhos e higiênes íntimas realizados conforme rotina institucional, sempre que necessário. Quando identificava alguma lesão, a equipe assistencial solicitava apoio da comissão de pele da instituição, na qual atuavam três das pesquisadoras.

A pele era avaliada por meio de discussões entre as pesquisadoras sobre curativos e materiais a serem utilizados na prevenção de lesões por pressão, mantendo-se como rotina de prevenção de lesão a mudança de decúbito a cada duas horas, além de hidratação da pele e o uso de colchão piramidal.

Entretanto, mesmo com as medidas de prevenção orientadas pelas pesquisadoras e as limitações de mobilidade do paciente, a equipe assistencial da unidade observou, no décimo sé-

timo dia de internação, lesão de pequena extensão em região occipital, com aproximadamente dois centímetros de comprimento, com capa necrótica, sendo desconhecida a profundidade, e informou às pesquisadoras que faziam parte da comissão de pele da instituição (Figura 1).

FIGURA 1 – Lesão em região occipital



Fonte: Acervo pessoal do autor

Ao ser identificada a lesão, a abordagem inicial das pesquisadoras foi a realização de desbridamento químico com aplicação do gel à base de cloreto de sódio 20%, uma vez ao dia, utilizando filme de carboximetilcelulose e poliuretano transparente como cobertura secundária. A frequência de troca dos curativos acontecia em até quarenta e oito horas.

Após sete dias de tratamento (Figura 2), foram realizadas três trocas de curativos. Ocorreu, então, transformação em tecido tipo esfacelo, não sendo mais necessário o uso do gel à base de cloreto de sódio 20%, em razão de sua principal característica, o desbridamento de tecido necrótico.

FIGURA 2 – Lesão com tecido tipo esfacelo



Fonte: Acervo pessoal do autor

Foi instituído pelas pesquisadoras o tratamento com hidrogel sem alginato estéril, exercendo também função desbridante, porém eficaz para esse tipo de tecido. A epiteliação completa da lesão aconteceu após vinte e cinco dias de acompanhamento da lesão (Figura 3).

FIGURA 3 – Epitelização completa da lesão



Fonte: Acervo pessoal do autor

Além da lesão em região occipital, as pesquisadoras observaram aparecimento de isquemia em calcâneo esquerdo, evoluindo para necrose no dia 14/03/13, sendo também aplicado gel à base de cloreto de sódio a 20% e cobertura com curativo hidrocloide transparente, tendo permanecido por dois dias. No dia 16/03/13, as pesquisadoras evidenciaram a transformação de necrose seca para úmida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos fatores podem predispor um indivíduo ao desenvolvimento de lesões. O tempo e intensidade da pressão e a tolerância do tecido são considerados fatores de risco da LPP⁵. No paciente em estudo destacam-se como fatores de risco a idade avançada, a institucionalização e o diagnóstico de AVCI.

Em um estudo de prevalência de LPPs em idosos institucionalizados, verificou-se que o AVC representou 73% dos diagnósticos. Esse estudo destaca ainda a idade elevada como um provável risco para as LPPs em decorrência das modificações ocorridas na pele e nos tecidos subcutâneos pelo processo de envelhecimento e pelas alterações cardiocirculatórias ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas. Destacam ainda que, frequentemente, os diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras doenças crônicas não-transmissíveis podem afetar a capacidade perceptiva, a circulação sanguínea, a oxigenação, a mobilidade, o nível de consciência, além de alterar os níveis de eletrólitos e proteínas. Ademais, podem aumentar, nos idosos, a chance de complicações pelo tempo prolongado

A LESÃO EM REGIÃO OCCIPITAL EM ADULTOS É POUCO EXPLORADA NA LITERATURA EM RAZÃO DE SUA PEQUENA INCIDÊNCIA.

de permanência no leito⁶.

Essas lesões podem se desenvolver em qualquer local onde haja proeminências ósseas. Em um estudo com 73 pessoas com LPPs foram evidenciadas lesões em cabeça, região sacrococcígea, região ilíaca, membros superiores e membros inferiores. A região sacrococcígea foi a mais frequente, com 31,2% (23), seguida pela região de calcâneo bilateral, com 25,7% (19). A região occipital representou apenas 1,4%⁷.

A lesão em região occipital em adultos é pouco explorada na literatura em razão de sua pequena incidência. Apesar de incomuns em adultos, são frequentes em crianças 5-6. Um fator contribuinte para esta localização de lesão em crianças é o fato de que a distribuição da cabeça em relação ao corpo é proporcionalmente maior que no adulto, aumentando esse risco⁸.

No paciente em questão, acredita-se que a confusão mental e a constante inquietude no leito aumentaram a frequência de cisalhamento sobre a pele, contribuindo para a vulnerabilidade do tecido. Define-se como cisalhamento a força de tração exercida sobre a pele, fazendo-a deslizar sobre o plano muscular, o que acarreta a oclusão ou até o rompimento dos capilares responsáveis pela perfusão da pele no local⁹.

No que diz respeito ao tratamento de lesões com necrose seca, evidenciadas neste estudo em calcâneo e região occipital, pode ser realizado por meio de desbridamento mecânico ou químico. O uso do desbridamento químico é um método menos agressivo se comparado ao desbridamento mecânico, sendo muitas vezes utilizado como tratamento de escolha.

Outros relatos são descritos com sucesso sobre a utilização do gel à base de cloreto de sódio a 20% no tratamento de necrose em ferida de lesão traumática por acidente automobilístico^{10,11} e em lesão occipital e de calcâneos desencadeadas por reação ao uso de alopurinol¹².

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se considerar que, neste caso, o gel à base de solução salina a 20%, um tratamento não invasivo e de fácil manipulação pelos profissionais de saúde, mostrou-se efetivo no desbridamento autolítico da necrose seca em um curto período de tempo, evitando a exposição do paciente ao procedimento cirúrgico.

Apesar de este estudo ter como limitação o fato de ser um caso único, é relevante para os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, para gestores das instituições e para a prática de cuidados a pessoas com LPP porque busca analisar a efetividade das terapêuticas implementadas em lesões, e deve ser replicado em outras instituições e em outros perfis de pacientes.

O tratamento das LPP é considerado um

desafio para o cuidado em saúde; a busca por novas tecnologias e produtos que minimizem o tempo de terapêutica com eficiência deve ser cada vez mais valorizada nas instituições e, principalmente, pelos enfermeiros, por ser a categoria profissional mais profissionalizada para esse cuidado. É necessário que as instituições fomentem a pesquisa com o intuito de testar e validar métodos que possam gerar resultados importantes para uma assistência, cada vez mais, qualificada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse relacionados a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP. 2016 [cited 2016 Jun 16]. Available from: <http://www.npuap.org/about-us>
2. Carvalho ES. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza; 2012. p. 76-8.
3. Malagutti W. Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010. p. 105-10.
4. Goes KSM, Mabda M, Almeida DT. Úlcera por pressão: um desafio na prática profissional do enfermeiro de unidade de terapia intensiva. Rev Estima. 2007;5(3):29-35.
5. Berlowitz DR, Brienza DM. Are all pressure ulcers the result of deep tissue injury? A review of the literature. Ostomy Wound Management [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Jul 15];53(10):34-8. Available from: <http://www.o-wm.com/content/are-allpressure-ulcers-result-deep-tissue-injury-areview-literature>
6. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev. esc. enferm. USP. 2011;45(2):313-8.
7. Crozeta, K. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.
8. Ribas JD. Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da Enfermagem [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2011.
9. Wada A, Teixeira Neto N, Ferreira MC. Úlceras por pressão. Rev Med. [periódico na internet]. 2010;89(3-4):170-7. Extraído de: [<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46293/49949>], acesso em: [15 jul 2016].
10. Freitas MC, Medeiros ABE, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(1):143-50.
11. Carvalho GB, Silva FAA, Castro ME, Florêncio RS. Epidemiologia e riscos associados à úlceras por pressão em crianças. Cogitare Enferm. 2011;16(4):640-6.
12. Goulart FM, Ferreira JS, Santos KAA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. Rev Objetiva. 2008;4:85-97.

ÚLCERA HIPERTENSIVA: USO DA COBERTURA DE ESPUMA DE POLIURETANO COM IBUPROFENO

ULCER HYPERTENSIVE: POLYURETHANE FOAM COVER OF USE WITH IBUPROFEN

ÚLCERA HIPERTENSIVA: POLIURETANO ESPUMA CUBIERTA DE USO CON IBUPROFENO

Fernanda Matheus Estrela¹, Viviany Alves Soares², Bárbara Sueli Gomes Moreira³, Nadirlene Pereira Gomes⁴, Leonardo Correia Santana⁵, Carla Cristina Oliveira de Jesus Lima⁶

RESUMO

Relatar um caso de tratamento de uma úlcera hipertensiva e descrever os resultados obtidos com o uso da espuma de poliuretano com ibuprofeno. Trata-se de um estudo de caso clínico, realizado em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, paciente apresentando lesão de 3 cm de diâmetro, com 40% de tecido de granulação, 60% de esfacelo, bordas maceradas, com exsudato moderado, sem odor, referindo dor intensa e em tratamento convencional com gaze e soro fisiológico sem cicatrização completa da ferida há seis anos. Para o tratamento, utilizou-se, durante cinco meses, a espuma hidrofílica de poliuretano com ibuprofeno, a qual se mostrou efetiva para o tratamento de úlcera hipertensiva dolorosa, com fechamento completo da lesão. Evidências científicas sugerem que a espuma com ibuprofeno pode ser uma solução efetiva no tratamento de feridas exsudativas dolorosas com amplas variedades de etiologias.

Descritores: Feridas, enfermagem, tratamento, úlcera

¹ Doutoranda da Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem. Email: nanmatheus@yahoo.com.br

² Especialista em Enfermagem Dermatológica pela Universidade Gama Filho (UGF), Email: brvs@coloplast.com

³ Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email: barbamoreirah@gmail.com

⁴ Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Email: nadirlenegomes@hotmail.com

⁵ Enfermeiro Intensivista. Email: leonardocorreias@gmail.com

⁶ Enfermeira Intensivista. Email: lima78_hotmail.com

ABSTRACT

Report a case of treating a hypertensive ulcer and describe the results obtained with the use of polyurethane foam with ibuprofen. Treat yourself to a case study conducted in a public hospital in Salvador, Bahia, Brazil, patient with lesion of 3 cm in diameter, with 40% granulation tissue, 60% of slough, macerated edges with moderate exudate without odor, complaining of intense pain and conventional treatment with gauze and saline without complete healing of the wound for six years. For treatment, was used for five months, the hydrophilic polyurethane foam in which ibuprofen has proved effective for treatment of hypertensive painful ulcer, with complete closure of the lesion. Scientific evidence suggests that the foam with ibuprofen can be an effective solution in the treatment of painful exudative wounds with wide variety of etiologies.

Descriptors: Wounds, nursing, treatment, ulcer

RESUMEN

Presentamos un caso de tratamiento de una úlcera hipertensiva y describir los resultados obtenidos con el uso de espuma de poliuretano con ibuprofeno. Disfrute de un estudio de caso realizado en un hospital público en Salvador, Bahia, Brasil, paciente con lesión de 3 cm de diámetro, con tejido de granulación 40%, el 60% de Slough, bordes maceradas con exudado moderado sin olor, quejándose de dolor intenso y el tratamiento convencional con una gasa y solución salina sin la curación completa de la herida durante seis años. Para el tratamiento, se utilizó durante cinco meses, la espuma de poliuretano hidrófila en el que el ibuprofeno ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de úlcera dolorosa hipertensiva, con el cierre completo de la lesión. La evidencia científica sugiere que la espuma con ibuprofeno puede ser una solución eficaz en el tratamiento de heridas exudativas dolorosas con amplia variedad de etiologías.

Descriptoros: llagas, enfermería, el tratamiento, la úlcera

INTRODUÇÃO

Profissionais do mundo inteiro têm dirigido esforços no sentido de desenvolver tecnologias de cuidado para abreviar o tempo de cicatrização, prevenir complicações e, consequentemente, encaminhar à cura milhares de pessoas que apresentam feridas¹.

As feridas que não evoluem espontaneamente para a resolução recebem o nome de feridas crônicas². As diversas formas de abordagem para o tratamento visam interromper o processo infeccioso, evitar sequelas e deformações.

Dentre as feridas crônicas, encontramos a úlcera hipertensiva, que foi descrita em 1945 por Martolell como uma complicação da hipertensão arterial sistêmica (HAS) grave. É referida como úlcera de forma arredondada, de dois a quatro centímetros de diâmetro, de base granulosa ou necrótica, localizada no membro inferior, geralmente no terço inferior externo da perna, extremamente dolorosa (dor desproporcional ao tamanho da lesão), com predominância do sexo feminino, com HAS grave, de longa duração e mal controlada³.

O diagnóstico é essencialmente clínico e deve preencher os seguintes critérios: presença de hipertensão, pulsos palpáveis nas pernas, ausência de distúrbios na circulação venosa, simetria das lesões, ausência de calcificações arteriais e úlcera superficial na face anterolateral de membro inferior, na união do terço médio com inferior⁴.

A lesão parece ocorrer por diminuição da pressão cutânea, que se deve ao aumento localizado da resistência vascular. A incapacidade de vasodilatação, em resposta ao estreitamento arteriolar causado pela hipertensão arterial, pode levar à diminuição tecidual de oxigênio, em nível que resulta na formação de úlcera por isquemia⁴.

O tratamento das feridas crônicas representa um significativo desafio, não apenas em termos de custos diretos para os serviços de saúde, mas também em termos de dor, perdas econômicas e deterioração da qualidade de vida dos pacientes³.

Na assistência aos pacientes com feri-

das diversas, principalmente as lesões crônicas, caracterizadas pela dificuldade de cicatrização e causadoras de grande incômodo, observa-se que a dor está associada à grande parte destas lesões, principalmente àquelas localizadas nos membros inferiores. Dentre estas, encontramos a lesão hipertensiva.

A mensuração da dor clínica constitui-se em desafio aos pesquisadores, considerando-se a subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa. Com os avanços ocorridos nos últimos tempos, muito tem sido discutido sobre a necessidade de se obterem instrumentos que possibilitem mensurar a dor.

Existem algumas escalas para avaliar a dor. Dentre elas, a escala alfa numérica de 0 a 10 recebe a preferência entre profissionais da área médica e indica facilmente o nível da dor experimentado pelo paciente no momento da avaliação. Como exemplo, o nível “0” significa ausência de dor, enquanto que o nível “10” significa a pior dor imaginável ou sentida pelo indivíduo em toda a vida. Outra grande vantagem da utilização da escala visual analógica é o acompanhamento do quadro doloroso e a avaliação periódica de melhora ou piora em decorrência do tempo, das atividades realizadas (atividades de vida diária, esportes) ou das ações de tratamento (medicamentos, cirurgia, reabilitação, repouso)⁵.

Sabendo que algumas coberturas são de extrema valia para favorecer o manejo do exsudato da lesão, assim como a melhora da dor e a aceleração do processo cicatricial da ferida, o intuito deste trabalho foi relatar o uso de um produto que associasse tais características no tratamento de lesões crônicas de difícil cicatri-

zação. O estudo relata um caso de tratamento de uma úlcera hipertensiva e descreve os resultados obtidos com o uso da espuma de poliuretano com ibuprofeno.

MÉTODO

Trata-se de relato de caso de um paciente com úlcera hipertensiva de difícil cicatrização associada à dor intensa e restrição de mobilidade, quadro clínico de HAS, úlcera hipertensiva diagnosticada pelo médico angiologista, em uso de tratamento convencional com gaze e soro fisiológico nos últimos seis anos.

O acompanhamento foi realizado em um hospital público de grande porte na cidade de Salvador - BA, no período de janeiro a maio de 2013.

Para realização da pesquisa foi necessária a autorização do responsável legal do paciente, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de aprovação do comitê de ética. Para a preservação da identidade de todas as pessoas envolvidas, assegurando assim a sua confidencialidade, o estudo obedeceu aos princípios éticos e legais da Resolução 466/2012, não havendo, portanto, conflitos de interesse. O projeto foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o protocolo 13395613.7.0000.5531.

A avaliação e evolução foram realizadas por meio de exame clínico e registros fotográficos com máquina digital, antes de ser iniciado o tratamento e no decorrer da evolução da lesão.

O atendimento foi acompanhado pelas enfermeiras do grupo de atenção às lesões de pele com utilização de espuma de poliuretano com ibuprofeno até completa cura da lesão.

CASO CLÍNICO

Paciente J.M.S, sexo feminino, 43 anos, brasileira, atendida no início de janeiro de 2013 no ambulatório de um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, pelo grupo de pele, com lesão de três centímetros de diâmetro no terço inferior do MID, próximo ao maléolo lateral, com 40% de tecido de granulação e 60% de esfacelo, bordas maceradas, exsudato moderado, sem odor, em uso de tratamento convencional com gaze e soro fisiológico nos últimos seis anos.

Foi avaliada por uma angiologista, o qual solicitou ultrassom Doppler de membros inferiores, não sendo evidenciados sinais de trombose venosa recente ou insuficiência valvular. A paciente informou ser hipertensa em uso de captopril e anlodipino regularmente, negava outras comorbidades e referia algia intensa no membro afetado.

Foi acompanhada pelos enfermeiros do grupo de pele do hospital, sendo adotado tratamento com o uso da espuma de poliuretano com ibuprofeno após limpeza da ferida com SF a 0,9%, além de desbridamento manual com gaze.

A espuma de poliuretano com ibuprofeno é hidrofílica e libera o ativo na ferida na presença de fluido ou exsudato. Por se tratar da primeira vez, foi aprazada a troca para três dias,

para melhor observação do exsudato e da evolução da lesão.

Utilizamos a Escala Alfanumérica (EAN), que consiste em uma reta horizontal de 10 cm de comprimento, numerada de 0 a 10, que permite a avaliação da intensidade da sensação dolorosa ao assinalar-se um dos valores entre 0 e 10, sendo zero ausência de dor e dez a dor máxima. Nas sessões de troca de curativos, os enfermeiros solicitavam que os pacientes pontuassem a dor antes da troca do curativo, durante a troca e quinze minutos após a troca, utilizando a EAN. No primeiro dia de realização do curativo, a paciente referiu nível de dor dez.

Durante o período do tratamento, percebemos, a cada curativo realizado, controle do exsudato, diminuição do esfacelo e consequente aumento do tecido de granulação e manutenção da integridade das bordas. Associado a este resultado houve o relato da melhora da dor que, no segundo curativo, era nível sete, e a cada novo curativo esse nível diminuía, chegando a nível zero nas últimas trocas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Após cerca de cinco meses, a lesão cicatrizou e houve melhora na restrição de mobilidade devida ao alívio da dor. Sendo assim, a paciente foi orientada quanto à importância do controle da pressão arterial, com uso de medicações, exercícios regulares e alimentação saudável em cada encontro, durante a realização dos curativos.

Constatou-se que a cobertura cria um

A ESPUMA COM IBUPROFENO PODE CAUSAR REDUÇÃO DOS NÍVEIS DE DOR E PROMOVER A CICATRIZAÇÃO MAIS RÁPIDA

ambiente fisiológico favorável à cicatrização e à diminuição das queixas algicas devido à liberação do ibuprofeno. Para a paciente, a cobertura demonstrou proporcionar maior conforto, segurança, melhor mobilidade física devida à redução da dor e cura completa da lesão, impactando diretamente em suas atividades diárias.

Estudo duplo-cego realizado no Centro de feridas de Copenhagen, na Dinamarca, com 1012 pacientes com úlceras em perna de etiologia venosa mostra que a espuma com ibuprofeno pode causar redução dos níveis de dor e promover a cicatrização mais rápida, já que a dor estimula a secreção de catecolamina, o que provavelmente resulta em contração capilar periférica local, reduzindo a quantidade disponível de oxigênio na ferida, que, por sua vez, pode prolongar o processo de cicatrização, além de diminuir a resistência às infecções^{2,7}.

Além disso, a dor e os traumas durante a troca de curativos provocam demora na cicatrização, já que existe ligação direta entre estresse psicológico e o processo de cicatrização. O estresse aumenta o nível de glicocorticoides, reduzindo a resposta inflamatória, o que resulta em uma cicatrização demorada¹.

Estudo internacional realizado na Dinamarca, Alemanha e República Tcheca com

122 pacientes com feridas exsudativas, dolorosas comparou dois curativos, ambos espuma de poliuretano, sendo que 62 usaram a espuma de poliuretano com ibuprofeno e 60 espuma de poliuretano sem ibuprofeno. Esse estudo mostra que o grupo que utilizou a espuma com ibuprofeno teve uma redução de 40% do nível de dor quando comparado ao grupo que utilizou a espuma sem o ibuprofeno. Confirma que essa cobertura espuma com ibuprofeno é ideal para cicatrização de feridas úmidas e pode ser uma solução efetiva no tratamento de feridas exsudativas dolorosas com amplas variedades de etiologias⁶.

CONCLUSÃO

A cobertura de poliuretano com ibuprofeno evidenciou-se como alternativa para tratamento de úlcera hipertensiva dolorosa, levando à cicatrização sem complicações, promovendo redução da dor, remoção atraumática e facilidade de manuseio por parte da equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES

Diante dos resultados obtidos com o caso relatado e da completa cura da lesão da paciente, que vinha tentando cicatrização da lesão há seis anos, percebe-se que o uso de coberturas especiais é de valia para favorecer a melhora da dor, assim como o manejo do exsudato da lesão, a aceleração do processo cicatricial da ferida, além de diminuir queixas algicas.

FOTOS – acompanhamento do caso





REFERÊNCIAS

1. Carvalho, E S. Como Cuidar de Pessoas com Feridas: desafios para a prática multiprofissional. Editora Atualiza. Salvador, 2012. p.76-8.
2. Malagutti W. Curativo, estomias e dermatologia: Uma Abordagem Multiprofissional. Ed: Martinari, São Paulo, 2010. p. 105-10
3. Graves J W , Morris JC, Sheps SG. Martorell's hipertensive leg ulcer: case report and concise review of the literature. J Hum Hypertens. 2001
4. Freire B M, Fernandes N C, Piñeiro M J. Úlcera hipertensiva de Martorell: relato de caso. An. Bras. Dermatol. 2006 Oct [cited 2014 June 18] ; 81(Suppl 3): S327-S331. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex-

t&pid=S0365-05962006000900018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000900018>.

5. Pereira L V. Estimação de Magnitude da Linguagem da Dor Pós-Operatória. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.

6. Moffat C J. Pain as a Predictor of Leg Ulcer Healing. Ed. Sibbald. Las Vegas, Nevada, Symposium on Advanced Wound Care & Medical Research Forum on Wound Repair. 2001

7. Gottrup, Finn, et al. "Menos dor com Biatain-Ibu: constatações iniciais de uma investigação clínica aleatória, controlada, duplo-cego em úlceras de perna venosa com dor." 2007.



www.revistapellesana.com.br