

Pelle & Pelle Sana

 **SOBEND**

REVISTA ASSOCIATA AL CENTRO ITALIANO DI ESTETICA

ANNO 1 • N° 7 • SETTEMBRE • 41

Intervista

Francesca Caporali e
Francesca Ricciardi alla guida

di un'azienda che ha fatto

la pelle italiana famosa in tutto il mondo

Progettare e realizzare prodotti in
pelle è un'attività che richiede una grande
competenza e una grande passione

enfermagem e médica, muitas vezes, não era possível atuar como desejávamos. Por vezes, foi difícil introduzir determinado produto no tratamento dos paciente, pois não se permitia ao enfermeiro a avaliação e prescrição de enfermagem. O enfermeiro precisava "convencer" a equipe médica de que os cuidados de enfermagem associados ao uso de alternativas modernas poderiam contribuir para a cicatrização da ferida (em alguns dos casos para tentar evitar a intervenção cirúrgica ou até a amputação).

Hoje, felizmente, a situação está mudando, a abordagem multidisciplinar é uma realidade e já não sabemos trabalhar isolados. Cada vez mais, as condutas e os cuidados são discutidos, o enfermeiro tem seu espaço, é ouvido e respeitado. Atualmente as equipes médicas solicitam nossa avaliação para, juntos, definirmos a conduta mais ajustada a cada paciente.

Fico muito satisfeita em testemunhar esta mudança de postura, este progresso na relação profissional da equipe de saúde que é, sem dúvida, uma grande evolução.

Pelle Sana: Como presidente da SOBENDE, que contribuição acredita que esta sociedade traga à evolução da Enfermagem?

Lina Monetta: A SOBENDE foi criada justamente para consolidar e ampliar o espaço do enfermeiro na área de dermatologia. Até hoje poucos profissionais se interessam de forma aprofundada pelos estudos e atuações na área. Entendemos que a população brasileira, especialmente as camadas menos favorecidas, têm direito à assistência de enfermagem especializada para o tratamento de feridas crônicas, traumáticas, dermatoses infecciosas oncológicas, bem como, para a orientação adequada dos cuidados no tratamento e prevenção dessas importantes afecções. O

de curativos, mas há que assumir seu verdadeiro papel "cuidar", o que pressupõe compromisso com o paciente, familiares e equipe de saúde e consolida uma verdadeira prática especializada.

O tratamento de lesões de pele deve ser dinâmico, exige avaliação direta e permanente dos sinais e sintomas do paciente e da lesão. Essa avaliação determina o prosseguimento ou suspensão do tratamento inicialmente proposto, também uma adequação conforme alterações da ferida. Somente uma assistência de enfermagem especializada somada à adequação constante do estágio e à conduta da ferida pode alcançar os melhores resultados para a cicatrização de feridas complexas que, muitas vezes, expõem pacientes a riscos de mutilação.

Pelle Sana: Quais os planos da SOBENDE para os próximos anos?

Lina Monetta: A SOBENDE pretende realizar eventos que contribuam concretamente para a melhoria da capacitação do enfermeiro na área de dermatologia e, em breve, oferecer um exame para titulação do enfermeiro nesta especialidade.

Pelle Sana: O que você diria aos enfermeiros recém-formados que estejam interessados nesta especialidade?

Lina Monetta: Primeiramente, que estudem muito, pois é a condição básica para que possam desenvolver um trabalho sério. Atualmente, a leitura atualizada é muito facilitada com os novos meios de comunicação global. Diga também para que desenvolvam uma aguçada sensibilidade pela problemática das pessoas acometidas por afecções de pele, pois estas extrapolam a esfera física, afetando as dimensões psico-emocional e social e o enfermeiro deve estar atento a essas questões.

Opinião

Nas últimas décadas, no mundo todo, as mudanças foram significativas no que refere-se à tecnologia e às profissões.

No Brasil, alterações marcantes ocorreram quanto ao ensino, entre elas, a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e a avaliação dos cursos universitários através da Diretriz do Ministério da Educação.

Na profissão de Enfermagem, o ato legal do novo currículo mínimo poderia ser apontado por muitos como a mudança prioritária. Afinal, em função dele e das adaptações feitas pelas Escolas de Enfermagem, o graduado enfrentará o mercado de trabalho com base sólida e atualizada.

Alguns enfermeiros dariam ênfase aos Cursos de Mestrado e Doutorado, implementados a partir da década de 80, o quantitativo de profissionais titulados e o número expressivo de pesquisas elaboradas.

Neste contexto, a prática profissional tem crescido em qualidade, de forma considerável, refletindo os esforços de enfermeiros empenhados em se especializar, além de

processo saúde-doença.

Esta nova perspectiva permite que o cuidado de enfermagem ao paciente/cliente seja efetuado por um profissional especializado para o atendimento, o que representa "uma extensão da garantia do direito à saúde".

No exercício profissional, a relação entre ciência e prática precisa ser completa e pode ser embasada no conhecimento adquirido por meio do estudo adequado. A prática implica em estudo pessoal e é desenvolvida pela prática, muitas vezes incentivada pela orientação de mentores experientes.

Neste cenário, a criação da SOBENDE não é apenas concretização de um sonho, mas a realização de metas individuais e grupais que denotam "transformações positivas" e fundamentam a evolução da Enfermagem Brasileira, alicerçada em pressupostos técnico-científicos e holísticos. 

Prof.^a Dr.^a Vívian S.

Histórico

Administrar medicamentos por via mesodérmica é uma técnica antiga e respeitada. Inicialmente, a mesoterapia, por ser mal conhecida e utilizada de forma indevida por profissionais não médicos, confundiu-se com a panaceia estética explorada pela imprensa leiga. Durante os primeiros anos de seu surgimento no Brasil foi vista pelo meio médico com muita cautela.

Somente quase duzentos anos após os primeiros ensaios em intradermoterapia (1), seu verdadeiro valor e resultados eficazes têm sido reconhecidos em todo o mundo. Um número cada vez maior de médicos dedica-se à correção de inestetismo faciais e corporais e ao tratamento de diversas patologias.

Em 1791, Charles Gabriel Pravaz (1) defendia que: "É melhor colocar o medicamento no lugar que o necessita do que impregnar todo o organismo com ele". A partir daí, a mesoterapia caminhou por diversas gerações e, finalmente, em 1952, através de experiências clínicas do médico francês Dr. Michel Pistor (2), obteve o reconhecimento da imprensa francesa e dos profissionais da época. Muito acertadamente, e dele a frase: "Pouco, poucas vezes, e em lugar adequado".

Desde então, diversos profissionais europeus e sul-americanos têm estudado e praticado a mesoterapia em consultórios e instituições médicas. Surgiram grupos de estudo e pesquisa em diversos países, inclusive na Rússia, Turquia e na Argélia e, em 1964, foi criada a Sociedade Francesa de Mesoterapia.

O Instituto Nacional de Esportes de Paris, que congrega atletas do mundo inteiro abriu, em 1981, o primeiro ambulatório de consulta mesoterápica dentro de um serviço de traumatologia com assistência multidisciplinar.

Em 1982, criou-se na Faculdade de Paris XIII, o primeiro diploma universitário de mesoterapia sob a direção de ensino do Dr. M. Bicheron.

Em 16 de junho de 1987, a Academia Francesa de Medicina reconheceu a mesoterapia como parte integrante da medicina clássica.

No Brasil, a Sociedade Científica Brasileira de Mesoterapia (SCBM) foi criada em 1994 e soma atualmente quase trezentos membros titulares. Seu órgão oficial de publicação especializada é a Revista "Mesoterapia Atual". Entre outras atividades, a SCBM zela para que os profissionais que praticam a técnica sejam médicos devidamente habilitados através de estágios práticos, reconhecidos pela Sociedade, como membros titulares.

Em 1995, foi criado em São Paulo o Instituto Magistral de Pesquisa e Informação Farmacológica, que conta com uma equipe multidisciplinar, altamente especializada, no desenvolvimento de novos produtos, contribuindo na car-

mesoterapia no Brasil.

A velocidade de expansão dessa técnica em nosso e mundialmente admirada e respeitada. Em maio de 1995, São Paulo sediou o VIII Congresso Internacional de Mesoterapia com a participação de mais de 600 médicos do Brasil e exterior. Este histórico de tradição correção e influenciou nos conceitos da mesoterapia, sua delimitação e mecanismos de ação, permitindo credibilidade e aceitação dentro da classe médica.

Definição

Mesoterapia é uma técnica de administração locorreional de microdosagens de medicamentos, utiliza a mesoderme como via de aplicação parenteral, respeita em média sete dias de intervalo entre as sessões, injeta o fármaco, o mais próximo possível do local da lesão, reduzindo sensivelmente a latrogenia.

São muitas as teorias que tentam explicar os mecanismos da ação mesoterápica. Mrejen(3) chegou a afirmar: "há tantas mesoterapias quanto mesoterapeutas".

No entanto, a prática clínica e a experiência de muitos anos na utilização desta terapia nos permitem selecionar algumas destas teorias:

Teoria Microcirculatória de Bicheron(4)

Segundo esta teoria, a injeção locorreional de fármacos produz uma estimulação local e/ou generalizada da microcirculação alterada pela lesão.

Toda patologia crônica, seja ela uma tendinite, artropatia, um fono envelhecimento ou hidrolipodistrofia (HLD) compreende um certo grau de sofrimento vascular inicial, que necessita de correção. A impedância da recuperação do órgão ou região tratada, a termografia comprova essa teoria. É utilizada tanto para a indicação quanto na comprovação de resultados da correção da HLD, sendo executada pré e pós-tratamento.

Os seguidores de Bicheron injetam a medicação na projeção ortogonal dos grandes eixos vasculares da região comprometida, nas extremidades dos membros superiores e inferiores ou ao longo do trajeto paravertebral, utilizando vasodilatadores como base de melanges preparadas.

Teoria de Dalloz-Bourquignon(5)

Todo órgão ou sistema que deriva do folheto embrionário mesodérmico pode ser rapidamente atingido pelo tratamento por via mesoterápica. Isso explicaria as e respostas lentas no caso dos inestetismos ou patologias do tecido celular subcutâneo, tendões, ligamentos, tecidos vasculares e músculo esquelético em geral.

Dalloz também desenvolveu a teoria dos três níveis

Unidade neurovegetativa, composta por inúmeras terminações nervosas.

• Unidade imunocompetente, que agrega as células de defesa, mastócitos, plasmócitos, etc.

Dentro deste conceito, cada uma destas unidades encontra-se representada ao nível dérmico e seus receptores são facilmente alcançados pela mesoterapia, permitindo a correção do "desarranjo" básico que ocasiona a patologia em si.

Podemos concluir então, que o sofrimento ou doença de um órgão, tecido ou sistema, compreende não somente uma alteração microcirculatória, mas também uma desorientação ou degeneração neurovegetativa e imunológica, que podem ser corrigidos pelo uso concomitante de vasodilatadores, perfusões insulares, venolinfonódicas e fármacos, que modificam a membrana vascular e a deformabilidade das hemácias, hipolipemiantes, lipolíticos e/ou anti-radicais livres.

Teoria Energética de Ballesteros (6)

Para Daniel Ballesteros, a injeção mesodérmica desencadeia uma ação química farmacológica proveniente do fármaco, bem como uma mensagem energética. Segundo ele, a lesão da agulha provoca cinco efeitos:

- O efeito puramente alopático do medicamento.
- O efeito da punção que estimula a hipersecreção de mediadores com ação ao nível medular.
- O efeito eletromagnético da agulha que potencializa o fluxo de elétrons.
- O efeito do "ferimento" mesoterápico da agulha, ocasionando um processo inflamatório com a participação de mediadores imunológicos e capacidade de regeneração molecular.
- O efeito locorregional de estimular a transmissão da informação farmacológica através das terminações nervosas, eliminando as barreiras existentes na administração por via oral.

Teoria da Terceira Circulação de Miledo (7)

Chama-se terceira circulação, o componente líquido da substância intercelular do tecido conjuntivo frouxo, o qual é diferente do plasma em relação ao pH, à pressão tissular, ao teor proteico e à quantidade de sódio e cloro. Estas diferenças determinam características metabólicas diferenciadas, que influem no mecanismo de ação da mesoterapia, principalmente quanto à velocidade de difusão e absorção da medicação.

Pressupõe então Miledo, que os medicamentos compostos de moléculas de baixo peso molecular (menores de 68.000 daltons), quando injetados entre 0,5 e 1,5 mm de profundidade, caminham pelo líquido intersticial através da terceira circulação até o órgão alvo que se "embebe" precocemente deste fármaco, sem "paralisação" em órgãos indesejados. Neste caso, as grandes moléculas não atravessariam a parede capilar e seriam absorvidas

via intradérmica mais profunda (de 2 a 6 mm), para moléculas grandes ou pequenas, podem ser administrados por linfática ou ganglionar ou pela rede vascular mais profunda da farmacocinética de difusão.

Teoria Interface Meso(8) e Teoria Unificada de Kaplan

Chama-se interface-meso os tecidos atingidos por determinada mistura de medicamentos mesoterápicos. Segundo Kaplan, quanto menores os volumes e maior número destas punções ao nível intradérmico superficial (1 a 2 mm de profundidade), maior é a interface-meso.

Um trabalho de Kaplan utilizando marcadores radionucleares nas microinjeções foi apresentado no Congresso Internacional de Mesoterapia em Bruxela, onde a conclusão do estudo comprovou que o nível intradérmico superficial determina os seguintes resultados:

- a atividade farmacológica local persiste por longo tempo após as punções;
- a difusão neste nível é sempre lenta, independentemente das locais de aplicação e dos produtos;
- os medicamentos, compostos por moléculas de alto peso molecular, difundem-se por via linfática e ganglionar, enquanto aqueles de baixo peso molecular são captados pela circulação sanguínea até seus sítios de ação habituais.

Por mais que sejam múltiplos os caminhos comprovados a ação mesoterápica, a clínica, como em toda a medicina, é soberana. É ela que através dos tempos vem garantindo o real efeito da mesoterapia quando aplicada por mãos habéis. A lista de tratamentos bem sucedidos é grande, porém há indicações onde a fisiopatologia da doença praticamente exige uma ação mesoterápica, já nela busca-se atuar ao nível microcirculatório neurosensorial e imunológico.

Principais Indicações de Mesoterapia

As patologias que melhor respondem ao tratamento mesoterápico são aquelas que através de comprovação fotográfica, redução de medidas (estética), recuperação de funções e diminuição da queixa de dor (clínica), apresentam índices de regeneração ou reabilitação acima de 50%.



Miosomatopatia Clínica

- Insuficiência veno-linfática leve-moderada
- Úlceras venozas ilíacas
- Quelóides resistentes a outros tratamentos
- Artropatia degenerativa (atrofia)
- Tendinites do manguito dos rotadores
- Tendinite de Aquiles
- Tendinite de joelho
- Cervicalgia aguda ou crônica
- Dorsalgia aguda ou crônica
- Lombalgia e lombocatalgia (sem protrusão discal)
- Cefaleia vascular
- Rinite e sinusopatia alérgicas

Miosomatopatia Estética

- Hidrolipodistrofia ginecol
- Ectrias pós-gestação ou do crescimento
- Alopecia masculina

- Alopecia androgênica feminina
- Alopecia pós-parto
- Alopecia pós-estresse
- Alopecia da menopausa
- Acne
- Fotorejuvenescimento cutâneo, graus I e II. S

Bibliografia Recomendada:

1. LARREA, J.C. Tratado de Miosomatopatia. Ed. PGP/Campesin/Barros, Tapes, 1995.
2. PÉREZ, M. DA D. Miosomatopatia. In: Miosomatopatia. Ed. Malara, P. ed., 1999.
3. BORDO, E. La Miosomatopatia. L'Espresso Psichiatría, 1994, 75.
4. BORDO, E. Contributo a l'analisi dei Trattamenti dei Patimenti Cronici per la Miosomatopatia. 1994, 31, 9.
5. THILL, R. Miosomatopatia. Tratado de Miosomatopatia. Ed. Malara, Tapes, 1997.
6. BILASCHKE, Z. Miosomatopatia. 1994, 31, 14-17.
7. BILASCHKE, Z. P. Miosomatopatia. In: Tratado Clínico. Ed. Lefevre - Parafina, Tapes, 1999.
8. KAPLAN, L. Des. Schizophrenia. Des. 1994, 1994, 1994.
9. KAPLAN, L. Miosomatopatia e Psicopatologia. Des. 1994, 1994, 1994.

* Membro Exato da Sociedade Brasileira de Miosomatopatia, Membro da Sociedade Francesa de Miosomatopatia e da Sociedade Brasileira de Medicina Estética.

RESUMO DE TESE

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS A CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

PROF.^a, DR.^a, DULCE APARECIDA BARBOSA *

PROF. DR. RICARDO DE CASTRO CINTRA SASSO, **

A cateterização venosa central tem sido uma técnica bastante utilizada para o estabelecimento rápido e temporário de uma via de acesso para hemodiálise. Porém, é um procedimento conhecido como fator de risco para infecção por *Staphylococcus aureus* e bacteremia. Mupirocin é um antibiótico tópico com alta atividade in vitro anti-estafilocóica.

Nós realizamos um ensaio clínico controlado randomizado para avaliar a efetividade do mupirocin pomada na prevenção de colonização por *S. aureus* na pele, ponta de cateter e episódios de bacteremia em 156 pacientes com insuficiência renal crônica terminal. Destes, 67 foram designados a receber desinfecção com todo cuidado no local de inserção do cateter na pele (grupo controle) e 69 receberam o mesmo tratamento seguido da aplicação do mupirocin (2%) pomada no local de saída do cateter na pele e ao final de cada sessão de hemodiálise (3 vezes por semana). Os pacientes foram seguidos até a remoção do cateter e monitorados para o desenvolvimento de colonização por *S. aureus* na pele, ponta do cateter, infecção de pele e episódios de bacteremia. O tempo mediano de seguimento dos pacientes foi de 22,5 dias (3-142).

O tempo mediano de permanência do cateter foi maior no grupo mupirocin do que no grupo controle (37 vs 20 dias, $p < 0,01$). Pacientes do grupo mupirocin tiveram

uma taxa significativamente menor de identificação do *S. aureus* na pele pericaterter (3,76/1000 vs 14,27/1000 pacientes-dia, $p < 0,001$) e na ponta do cateter (3,17/1000 vs 14,27/1000 pacientes-dia, $p < 0,001$). A probabilidade cumulativa de não apresentar *S. aureus* isolado nas amostras de pele, ao redor do cateter foi 96,4% e 62,0% nos grupos mupirocin e controle, respectivamente, ($p > 0,001$), depois de 30 dias de cateter implantado. A proporção de pacientes com infecção de pele no local da inserção do cateter foi menor no grupo mupirocin (4,3% vs 23,9%, $p = 0,001$). Bacteremia por *S. aureus* foi observado em 17 pacientes (2 do grupo mupirocin [0,71 episódios/1000 pacientes-dia] e 15 do grupo controle [8,92/1000 pacientes-dia], $p < 0,001$). O risco relativo para desenvolvimento de bacteremia por *S. aureus* foi 7,2 (IC 95%, 1,6-31,6) vezes maior nos pacientes que não receberam mupirocin.

Concluímos que mupirocin aplicado na pele pericaterter reduz significativamente o risco de colonização por *S. aureus* na pele e ponta do cateter, infecção no local de saída e bacteremia em pacientes em hemodiálise. S

* ** Escola Paulista de Medicina
Universidade Federal de São Paulo - (UNIFESP-EPM)

1 - Introdução

A interrupção na continuidade de um tecido, em maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desvascularizada por uma afecção clínica, aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque. Isso ocorre porque a capacidade de restaurar ou cicatrizar o tecido lesado é um importante instrumento de sobrevivência para qualquer organismo vivo. Assim, a cicatrização pode ser definida como uma sequência de eventos biológicos específicos, que se seguem a um trauma, objetivando restaurar a continuidade estrutural e funcional da área lesada.

No entanto, o tipo de restauração a ser realizada é determinado pelas camadas de tecido envolvidas no trauma, bem como pela capacidade do organismo em restaurá-las. São dois estes mecanismos: regeneração e reparo ou reparação.

Na regeneração, o organismo faz a reposição ou substituição do tecido lesado ou perdido por tecido idêntico ao original, ou seja, com o mesmo tipo de células. As feridas superficiais ou mesmo restritas às camadas da epiderme e de parte da derme, cicatrizam-se por regeneração.

Na reparação, a substituição do tecido lesado ou perdido é feita através da síntese do novo tecido conjuntivo, para preencher a lesão e dar continuidade ao tecido, mas com formação de cicatriz. As feridas com perda total das camadas da pele, envolvendo estruturas mais profundas exigem reparo por tecido conjuntivo, porque perdem folículos pilosos, não podendo regenerar-se.

2 - A cicatrização como um processo

O processo de cicatrização da ferida, por regeneração ou reparação, desenvolve-se como uma "cascata" de eventos, que serão apresentados didaticamente, em fases.

O reparo tissular nas feridas profundas processa-se em três fases: fase defensiva ou inflamatória; fase reconstitutiva, proliferativa ou fibroblástica; fase de maturação ou remodelação.

A fase defensiva ou inflamatória é a resposta imediata do organismo ao trauma. Dura de 4 a 6 dias e caracteriza-se pela resposta vascular e inflamatória.

A resposta vascular ou hemostasia tem como principais eventos: a vasoconstrição, que visa diminuir a perda sanguínea, mediada pela noradrenalina, durando de alguns segundos até dez minutos; a adesão das plaquetas ao colágeno exposto, sofrendo alterações morfológicas e liberando algumas substâncias contidas em seu citoplasma, entre elas, as glicoproteínas; a ativação das plaquetas, ativando outras plaquetas a fim de formar microtrombos ("plugs") para ocluir, temporariamente, os pequenos vasos sangüíferos; a liberação de mediadores químicos, responsáveis por ativar os fatores de coagulação tendo como resultado final, o fibrinogênio transformado em fibrina; finalmente, a produção de substâncias vasodilatadoras pelo endotélio vascular, que promove a manutenção da coagulação sangüínea e ativação

todas essas atividades esta direcionada a reduzir a perda sangüínea, isolar a ferida do restante do corpo e prevenir diminuir a contaminação bacteriana.

A resposta ou reação inflamatória apresenta como eventos principais: a liberação de componentes celulares - histamin serotonin (5-hidroxitriptamina), cininas (grupo de peptídeos biologicamente ativos) e prostaglandinas, capazes de impulsionar os fenômenos de resposta ou reação inflamatória e a liberação de substâncias vasodilatadoras (mediadores químicos pelas plaquetas ativadas: fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF) e fator de crescimento epidérmico (EGF) que facilitam a migração celular e o crescimento epidérmico dentro da área lesada. O primeiro, ainda é substância quimiotática para neutrófilos, monócitos, macrófagos e fibroblastos. Como resultado final, ocorre a vasodilatação principalmente das vérulas adjacentes à área lesada aumento da permeabilidade vascular. Dessa maneira, ocorre a migração dos leucócitos através da parede vascular. Assim os neutrófilos, predominantes no infiltrado, têm a fagocitória e começam a ingerir bactérias e corpos estranhos da área lesada. Quando estes são destruídos, seus lisossomos liberam duas enzimas: a protease e a colagenase, que iniciam o debridamento das proteínas e do colágeno necrótico da ferida; as demais células, os eosinófilos, linfócitos e basófilos participam ativamente, cada um com seu papel específico. Os macrófagos (monócitos) chegam ao leito da ferida 1 ou menos 4 dias após o trauma e passam a predominar no infiltrado inflamatório, substituindo os neutrófilos agindo de modo mais abrangente na limpeza da ferida por fagocitose e debridamento, porque convertem as macromoléculas de aminoácidos e glicose, necessários à cicatrização da ferida, secretam o lactato que estimula a síntese do colágeno e o fator de angiogênese (AGF), que resulta no aparecimento de células endoteliais nos vasos lesados e, conseqüentemente, na fixação de capilares no leito da ferida; estimula a produção de fibroblastos e os atrai para a ferida nas primeiras 24 hs, fatores essenciais para a síntese de novo tecido para restauração da integridade estrutural. Neste processo ajudam na aderência dos fibroblastos à fibrina, durante os últimos estágios da fibroplasia. Por isso, são consideradas células vitais para o processo de cicatrização.

A fase reconstitutiva ou proliferativa começa por volta do 4º dia após o trauma e se estende até o 21º dia. Nessa fase um novo tecido conjuntivo é produzido para preencher a ferida e recobri-la com novo epitélio, que aos poucos recupera sua capacidade. Os componentes desta fase são: a granulação e a contração e a epitelização da ferida.

A granulação ou o "tecido de granulação" nada mais é do que uma densa população de macrófagos, fibroblastos, intensa neovascularização, imbuídos numa matriz formada de colágeno, fibronectina e ácido hialurônico. Da

colágeno e de outras substâncias do tecido conjuntivo. Em relação à neovascularização, a proliferação capilar na ferida ocorre em resposta à diferença de gradiente de oxigênio existente entre a periferia vascularizada e o seu centro hipóxico, exigindo a formação de nova rede capilar para fornecer oxigênio e nutrientes aos tecidos.

A hipóxia é o estímulo responsável pela liberação do fator de crescimento derivado dos macrófagos, e o derivado da epiderme e do tecido da ferida que atuam junto a outros fatores de crescimento para induzir a atividade mitótica e a migração celular. O fator de crescimento derivado das plaquetas e o endotélio vascular, também atuam extraindo substâncias dos tecidos ou produzindo-as para estimular e controlar a angiogênese. As células endoteliais dos vasos sanguíneos lesados adquirem pronunciada atividade mitótica por volta do fim do 2º dia e migram para o espaço perivascular. Os pequenos brotos de células endoteliais seguem o trajeto dos fibroblastos, formando cordões sólidos de células, que se canalizam após 2 a 3 dias, permitindo que o sangue flua entre as margens da ferida.

Referente à síntese de colágeno, o termo representa uma forma simplificada de falar de um processo complexo. Assim, no interior dos fibroblastos, durante a formação da cadeia polipeptídica inicial do colágeno, formam-se moléculas ricas em prolina - o tropocolágeno. Posteriormente, pela atividade da enzima peptidil-prolina-hidrolase e na presença de outras substâncias, como o oxigênio molecular, o alfa-oxetoglutaramo, o ferro-ferrroso e o ácido ascórbico, o tropocolágeno é excretado para o espaço extracelular. Nesse ponto, as fibras de colágeno ainda não oferecem força tênsil à ferida (gr), embora dêem apoio à rede capilar em desenvolvimento. Neste espaço estas fibras amadurecem, desenvolvem ligações intermoleculares e passam a fornecer força tênsil necessária ao tecido em formação.

Na contração da ferida, os tecidos que a circundam são como que traçados conjuntamente, reduzindo assim o tamanho da lesão, diminuindo a quantidade de tecido conjuntivo exigido para o reparo e, conseqüentemente, acelerando o processo de cicatrização. Com isso, desempenha papel significativo na cicatrização de feridas por segunda intenção o que não ocorre em feridas suturadas, nas quais há defeito tissular mínimo. A redução da superfície da ferida é mediada pela contração dos miofibroblastos (fibroblastos modificados) células ricas em actina, que sintetizam colágeno e tracionam as suas fibras em direção às células corporais, sob a ação de algumas substâncias como a prostaglandina, serotonina, bradicinina e outras. Porém, o nível de contração é limitado pela mobilidade do tecido circunjacente, como por exemplo, em feridas localizadas sobre proeminências ósseas. A contratura - como resultado final da contração - é indesejável em algumas feridas, pois pode causar deformidade estética na cicatriz e na flexão, em áreas de articulação.

A epitelização consiste no estabelecimento da camada de epiderme sobre a superfície da ferida e, para isso, envolve a

de crescimento derivado das plaquetas. Ao mesmo tempo inicia-se a migração das células epiteliais proliferar dirigidas pela rede de fibrona que deslizam sobre o leito da ferida para reparar o defeito. A fibronectina, a fibrona colágeno do tipo IV dão a estrutura para a migração. A migração epitelial ocorre concomitantemente com a síntese de colágeno nas feridas com defeito tissular mínimo.

A fase de maturação ou remodelação é a fase final do processo de cicatrização que começa com o fechamento da ferida pela síntese do colágeno e epitelização, que continua por um ano ou mais. Durante essa fase ocorrem: diminuição progressiva da vascularização da cicatriz, diminuição dos fibroblastos e orientação das fibras de colágeno com o eixo da força tênsil. Este evento envolve o processo simultâneo síntese e lise do colágeno, que é mediado pelos macrófagos. Tais fibras são removidas da ferida pela colagenase, substituídas por novas fibras, orientadas ao longo da linha de estresse da ferida, que produz uma cicatriz com a maior força tênsil, mas que não ultrapassa 80% da força existente no tecido íntegro. As feridas que se cicatrizam por primeira intenção, alcançam 30% da força tênsil em três semanas e 80% em dois meses.

Destaca-se que o desequilíbrio entre o processo de síntese do colágeno pode complicar a cicatrização da ferida. São exemplos: a cicatriz hipertrofica e o quelóide (a cicatriz excede a lesão).

3 - Conclusão

Os avanços técnicos e científicos que vêm sendo alcançados, principalmente na área de biologia celular e molecular, têm conduzido à compreensão cada vez mais dos aspectos fisiológicos do processo de cicatrização de lesões. Porém, o cuidado adequado a ferida depende do entendimento do processo de reparação normal dos tecidos, dos fatores que interferem ou alteram este processo e das intervenções que podem agir positiva ou negativamente no resultado. 

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- COOPER, D. W. The physiology of wound healing: an overview. In: BRADSHAW, D. Chances and risks: new frontiers in health care professions. Cap. 1, p. 1-11. Pennsylvania: Management Publications, 1990.
- DAVEY, T. J. The repair phase of wound healing: re-epithelization and contraction. In: ROBERTS, M., MACCOLLOCH, J. H., FREEDER, J. A. Wound healing: information in management. 2. p. 14-30. Philadelphia, F. A. Davis Company, 1990.
- DAVID, M. H. M. D. The wound programme. Scotland, Centre for medical education.
- DONLEY, C. Cuidado de feridas: um guia para enfermeiros. Psicologia da saúde: Brasília, São Paulo, Alameda, 1990.
- DOUGHERTY, D. B. Principles of wound healing and wound management. In: BRADSHAW, D. and others, wounds: nursing management. Cap. 2, p. 71-88. Lissa, Mosby Year Book.
- FONSECA, C. Cuidado de feridas: um guia para enfermeiros. 1. p. 1-11. São Paulo, 1990.
- GOTTFRED, P. Acute wound healing - aspects of wound closure. In: CLAPP, D. J. Wound compression in wound management. Cap. 1, p. 1-6. Hagerst, Medical, 1991.
- HENRY, J. Theories of wound healing for vascular surgeons: highlights of a symposium. Los Angeles: Medicina, 1990.
- KLOTZ, L. M., MILLER, K. H. The inflammatory response to wounding. In: KLOTZ, L., MACCOLLOCH, J. H., FREEDER, J. A. Wound healing: information in management. 1. p. 1-13. Philadelphia, F. A. Davis Company, 1990.
- LIA, J. P., ROBERTS, S. G., GRUBB, D. Feridas: tratamento. São Paulo, J. P. Lemos, 1990.
- MILLER, G. D., JETER, K. F., FARMER, F. A. Chances and risks: new frontiers in health care professions. 2. ed. Springfield, Wound Healing Publications, 1991.



O principal tema das discussões do 1º Encontro COREN-SP – Sociedades Especialistas de Enfermagem, nos dias 13 e 14 de agosto, no Memorial da América Latina em São Paulo, enfocava a preocupação de buscar, constantemente, o aperfeiçoamento como forma de atingir a excelência na assistência em enfermagem.

Durante dois dias, mais de 500 profissionais da área junto aos representantes de diversas sociedades especializadas e dos Ministérios da Educação e Saúde avaliaram o atual índice de especialização entre os enfermeiros. Embora não existam dados oficiais, o enfermeiro é, possivelmente, o profissional da Saúde que menos privilegia os estudos após a graduação.

O foco das discussões, durante todo o evento, procurou alertar o profissional para as necessidades de reverter este quadro, uma vez que a não adesão à especialização resulta, incontestavelmente, na perda de ver seu espaço no mercado de trabalho ocupado por profissionais melhor capacitados.

Desde os convidados ao debate, destacou-se o professor Francisco Apotocido Cordeiro, vice-presidente da Câmara Brasileira do Conselho Nacional de Educação. Segundo ele, "é a capacidade de buscar o conhecimento disponibilizado

pelas novas tecnologias que será determinante na seleção natural entre o profissional bem-sucedido e aquele fadado ao fracasso".

Além de promover discussões sobre a urgência da especialização do enfermeiro brasileiro, o evento foi uma oportunidade única para que os profissionais da enfermagem pudessem conhecer, de forma mais consistente, o trabalho desenvolvido pelas sociedades de especialistas, até então, pouco divulgadas.

Ruth Leifert, Presidente do COREN-SP e da ABENT - Associação Brasileira de Enfermeiros do Trabalho, afirma que "as sociedades especializadas em enfermagem são reconhecidas em nível governamental" e completa: "É gratificante ver essas Sociedades respeitadas, subordnando portanto ministeriais, participando de Câmaras Técnicas do Ministério da Saúde".

O COREN-SP tem ampliado sua atuação, deixando de limitar-se apenas à fiscalização do exercício profissional. Estabeleceu parceria com as 15 sociedades de especializadas em enfermagem que participaram do 1º Encontro e deseja crescer ainda mais. Um grupo de representantes dessas sociedades e do COREN está estudando a estrutura, o método e o modelo assistencial adotados na prática das especialidades.

"O 1º Encontro COREN-SP com as Sociedades Especialistas foi apenas o pontapé inicial para um longo e gratificante trabalho em conjunto", conclui a presidente do COREN-SP. 

Enfª. AIDA KANAZAKA FUZUO

1ª Secretária do COREN - SP

SOBEN

No mês de julho, a SOBEN – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia obteve uma grande conquista: sua sede própria, situada na Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2466 – conjunto 83 – São Paulo, um evidente resultado da coesão da diretoria.

Desde a fundação, há quinze anos, seus dirigentes não mediram esforços para o crescimento da Sociedade, priorizando a propagação das metodologias de trabalho e atualizações técnicas em nefrologia para profissionais da saúde.

Todas as gestões, inclusive a atual, depararam-se com muitas dificuldades, dentre elas, a falta de verba e de associados mais atentos. Consequentemente, um lugar próprio que atendesse às necessidades da diretoria e do associado ficava sempre para depois.

Finalmente, neste ano conseguiram nossa sede, que é sem dívida, um grande mérito de todos envolvidos: colaboradores, participante ou apreliz, que ao longo dos anos nos estimularam, acreditando na Sociedade e incentivando a condução de uma administração cada vez mais eficaz.

A SOBEN promove cursos para Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. É responsável também pelo curso de Educação à Distância, direcionado a profissionais de enfermagem com curso superior, conferindo-lhes o título de especialista. Este curso é regularizado por Portaria do Ministério da Saúde, que exige que todos os hospitais tenham em seu quadro de trabalho um enfermeiro especialista, responsável pela Unidade de Hemodiálise.

Atualmente, a SOBEN é reconhecida pelo Ministério da Saúde, por Secretarias e demais sociedades, nacionais e mundialmente, pela qualidade e seriedade de seu trabalho. 



ELINA FÁRIA ASSINI
Presidente da SOBEN

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) foi fundada em 1926 como "Associação Nacional de Enfermeiras Brasileiras". É uma sociedade civil, com personalidade jurídica e caráter cultural, científico e político, que congrega Enfermeiras, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, que a ela se associam, individual e coletivamente.

Organiza-se ao nível nacional, através das seções estaduais, e conta com 24 seções, as últimas criadas e aprovadas no Acre, Tocantins e Rondônia pelo Conselho Nacional da ABEn (CONABEn). Possui ainda 24 Regionais, que são criadas pelas seções estaduais, sendo 12 do Estado de São Paulo.

É regida por Estatutos e Regimentos possuindo como instâncias de decisão e deliberação, o Conselho Nacional da ABEn (CONABEn), que é composto pela Diretoria Nacional e pelas Presidentes de Seções, e pela Assembleia Nacional de Delegados (AND), instância máxima de deliberação da entidade, tendo cada Delegado a representação de 80 Sócios.

A ABEn foi filiada ao Conselho Internacional de Enfermeiros desde 1929, sendo que, atualmente, é Membro Observador, dando continuidade a vários projetos, e desde 1970 a Federação Panamericana dos Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), sendo hoje o Brasil sede do Comitê Executivo desta entidade que congrega os países da América Latina e Caribe. Fundada em princípios éticos e de conformidade com suas competências, articula-se com as demais organizações autárquica, sindical e científica, com vistas ao desenvolvimento político, social e científico da profissão.

Sua principal causa é o compromisso ético e técnico para propor e defender políticas e programas que visem a melhoria da qualidade de vida da população e garantam maior grau de resolatividade dos seus problemas de saúde e acesso universal e equânime dos usuários aos Serviços de Saúde.

Por seu caráter político, possui a representatividade dos profissionais associados, os quais se beneficiam participando dos Eventos Nacionais que se constituem um momento de reflexão e crítica da enfermagem brasileira, onde encaminhamentos são dados e resoluções são tomadas.

Os Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEn) são espaços para refletir a prática profissional e redirecionar caminhos em busca do melhor para os prestadores e usuários de Serviços de Saúde.

Desde 1947, são realizados atualmente Congressos Brasileiros de Enfermagem, sendo cada evento desenvolvido em um Estado, totalizando até agora, 50 eventos.

Os Seminários Nacionais para Diretrizes de Enfermagem são realizados bianualmente e analisa-se o ensino da profissão ao nível médio, universitário e de pós-graduação.

A Gestão ABEn iniciada em 1993, com seu término programado para 1996 chega então ao fim. Foram duas

gerações - presidência e diretoria - onde cada membro deu sua efetiva contribuição e só para traçar algumas realizações, podemos citar os relevantes trabalhos inscritos e de qualidade indiscutível, apresentados no 40º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo em outubro de 1996.

Resalta-se aqui, a reforma e recuperação da sede com o objetivo de salvar o patrimônio adquirido, e desgastado pelo tempo de edificação que conta com mais de 50 anos. Tomou-se, dentro das possibilidades, distribuir melhor espaços com o objetivo de melhor atender aos vários grupos de interesse e sociedades que fazem deste um espaço democrático, de trabalho sério, edificantes discussões. A Associação conquistou a no Conselho Estadual de Saúde e pretende comemorar. Criaram-se vários outros grupos de interesse. O patrimônio das regionais da ABEn-SP, foi dividido entre os membros da diretoria, para um trabalho próximo e proveitoso. Passou-se a contar com o auxílio jurídico de uma advogada e o auxílio uma jornalista. Destacamos também a tentativa de manter a periodicidade da Revista Paulista de Enfermagem. É importante observar a continuidade do apoio às Sociedades Especialistas e à criação de novas sociedades. As licenças do ensino frente a nova Lei de Diretrizes Bases da Educação, foram discutidas, a fim de facilitar a participação nos diversos fóruns de componentes. Grupo de Interesse em Ensino Médio em Enfermagem. Foi aprovado, pela AGS, o Regimento da Seção por fim, pode-se constatar que até o mês de outubro de 1996, tínhamos cerca de 1800 sócios, sendo aproximadamente 1100 na capital e 700 no interior. Em 1997 o total era de 700.

Enfim, o processo democrático e a articulação com as instituições de ensino e assistência foram constantes e nos sentimos honrados e gratificados com esta representação. Contudo, sabemos que ainda muito por fazer. 



Os princípios e as medidas terapêuticas utilizadas no tratamento das feridas variavam ao longo dos séculos, podendo ser divididas em quatro fases distintas.

Na primeira fase, o princípio do tratamento era a "interferência mínima"; utilizava-se leite, água, vinho e vinagre para lavar o ferimento e sobre ele, mel, gordura animal e panos limpos. Na segunda fase adotou-se o princípio do "Fus Landabile", fazendo uso de tratamentos agressivos com mortais aquecidos, água e óleo quentes, pois acreditava-se que a secreção purulenta acelerava a cicatrização. Na terceira fase retornou-se ao princípio da "interferência mínima"; as bordas da ferida deviam ser aproximadas e empregava-se uma técnica rudimentar na assepsia.

Com o desenvolvimento da biologia molecular, estamos na quarta fase e vê-se a necessidade de melhor conhecer a fisiopatologia da cicatrização, abordando a síntese de substâncias envolvidas no processo cicatricial para adequação da importância do tratamento.

Nos tempos atuais, o princípio básico do tratamento está calcado em três importantes itens que, conjuntamente, devem ser avaliados e sanados. São eles:

1. reduzir e eliminar os fatores causais;
2. promover suporte sistêmico;
3. manter terapia tóptica adequada (2,4,7,8).

Embasados nesses princípios, é necessário ter alguns conceitos e ações, ainda realizados por profissionais no tratamento das lesões de pele.

1º Conceito: o curativo deve ser mantido, protegido e seco.

O curativo deve ser mantido sempre limpo, não ferindo os princípios científicos: as técnicas asépticas, a lavagem das mãos e as precauções universais. O curativo também deve estar protegido contra traumas e infecções secundárias.

Nosso organismo é composto por 80% de água; consequentemente, nossas células são água. Todo o processo de reparação tecidual é realizado em meio aquoso. Então, por que manter a cicatrização em meio seco?

2º Conceito: A troca frequente do curativo é importante para a cicatrização.

Pela fisiologia da cicatrização, deriva-se que, quanto menos interferência no processo, melhor a cicatrização. Quanto mais trocas de curativos, mais resfriamento no leito da ferida.

Uma temperatura constante de 37° C estimula a atividade macrológica e mitótica durante a granulação e epitelização. Myers concluiu em seus experimentos que após troca do curativo, a atividade mitótica retorna à sua velocidade normal somente após 3 horas (4,9).

3º Conceito: A evolução da cicatrização é consumada somente pela evolução da lesão.

É importante ressaltar que a ferida está no indivíduo e ela terá seu andamento cicatricial, se este possuir uma doença de base mal controlada (IRC, Insuficiência Vascular, Diabetes Mellitus), desnutrição, imunodepressão, stress ou fizer uso de corticóides ou imunossupressores.

Além dos fatores sistêmicos, faz-se necessário a avaliação dos fatores locais como: pressão, fricção, escoriação e maceração,

a 30 mmHg por 2 horas, o tecido sofre alterações celulares podendo ocasionar isquemia e diminuição de perfusão. É necessário avaliar o grau de risco do paciente, manter plano de cuidados na prevenção das úlceras de pele, tais como higienização e hidratação de pele, medidas de suporte médico, implantação de programas educacionais.

Pesquisadores comprovaram que a técnica ideal para a cura da ferida é a irrigação com pressão, utilizando soro fisiológico 0,9%, perpendicular ao leito da ferida a uma distância de 4 cm com seringa e agulha.

O manual do Department of Health na Human Services (AHCPR) recomenda como segura e efetiva uma irrigação com pressão, variando de 4 a 15 psi, que retira eficientemente ferida todas as partículas, bactérias e exsudatos que possam favorecer a ocorrência de infecção.

A experiência vem demonstrando que a utilização da seringa de 20 ml e uma agulha 40x12, enquadra-se nos padrões estabelecidos pela AHCPR, reforçando a necessidade da avaliação quanto a ocorrência de traumas. Deve-se evitar qualquer tipo de fricção na lesão em granulação. (1,10)

4º Conceito: Se não houver o curativo, a ferida não cicatriza.

A cicatrização é sistêmica e é o organismo que irá reparar o ferimento. O curativo é um coadjuvante do processo que deve respeitar os princípios fisiológicos, ajudando na cicatrização mantendo a umidade no leito da ferida, não agredindo os tecidos neo-formados, favorecendo o debridamento autolítico, absorvendo o excesso de exsudato, mantendo a integridade ao redor da ferida e atuando diretamente na cascata da cicatrização, o que garantirá menor tempo neste processo. (4)

O profissional de saúde que se dedica a prestar assistência ao paciente portador de lesão de pele, deve ter conhecimentos científicos e habilidades quanto à fisiologia da cicatrização, os fatores que interferem no seu processo e também quanto as técnicas existentes, destruídas ao tratamento das mesmas. Com os conhecimentos, o profissional tem condições de avaliar e tratar feridas e também documentá-las por meio da mensuração da lesão (comprimento, largura, circunferência e profundidade), avaliação de exsudato (aspecto, consistência e cor), o tipo propriamente dito da lesão (granulação, fibrina, necrose, tecido adjacente, identificando as camadas atingidas e a evolução da Cc, contribuindo dessa maneira para o melhor cuidado; responsabilidade, competência, dedicação e muito afeto. (5)

Bibliografia

1. BELLETICH, W. ET AL. Clinical Practice Guidelines: Treatment of Pressure Ulcers. Department of Health Human Services (AHCPR) Publications, 15, 1992, 194.
2. BRIDGEMAN, K.A. Skin and Wound Wounds: Nursing Management. Saint Louis: Mosby, 1998.
3. CHURCHILL, J. ET AL. Current and Evidence-based. Wound Care. 1, 1998, 114-115.
4. DEBILLY, C. Cicatrização de Feridas. São Paulo: Atheneu, 1998.
5. BIRCH, R. F. London, S.D. Wound Repair: From small practice to scientific discovery. Int. Clin. Case - 320-322, 1999.
6. FERREIRA, J. M. Manual de Cirurgia Plástica 1ª Ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
7. HISS, J. E. Wound Clinical guide to wound care. Springfield: Springfield CO, 1998.
8. SHARPE, D. Wound Care: a clinical nurse book for healthcare professionals. Friesen Health Group, Feb 1997.
9. MYERS, J. F. Modern Plastic Surgical Dressing. Health and Social Services Journal, 92.
10. SCHNEIDER, J. T. et al. Wound Care in high pressure irrigation using. Clin. 1, 1992, 102, 1975.

O tempo de permanência do paciente no hospital, muitas vezes é prolongado não pela patologia que causou a sua hospitalização, mas pela lesão de pele de que é portador.

Um estudo baseado na necessidade de aumentar a disponibilidade de leitos do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) em Belo Horizonte, culminou com a criação do Programa de Desospitalização (PD) do Ambulatório de Grandes Lesões.

Esse programa teve início em 20 de agosto de 1990 e conta hoje com o apoio e o reconhecimento da direção do hospital e da comunidade; constitui a continuidade do tratamento junto à família, para pacientes portadores de grandes lesões que apresentem quadro de saúde estável, com retorno periódico à Instituição para acompanhamento assistencial.

O Programa de Desospitalização do Ambulatório de Grandes Lesões tem por objetivos:

- diminuir permanência no hospital;
- aglizar o tratamento específico em infecção hospitalar;
- oferecer uma assistência com qualidade;
- diminuir riscos de infecção hospitalar;
- promover maior integração entre pacientes e familiares;
- tornar ativa a participação do paciente e dos familiares no tratamento;
- reduzir o stress da internação hospitalar;
- limitar custos para o hospital;
- obter maior agilidade e rotatividade de leitos no hospital.

Critérios de inclusão do paciente:

- ser egresso do hospital;
- estar clinicamente estável;
- contar com familiares ou responsáveis que acompanhem e auxiliem no tratamento;
- ser acometido por patologia que necessite de assistência específica;
- ter assistência em Belo Horizonte ou grande Belo Horizonte;
- ser lúcido ou com déficit psiquiátrico que apresente estabilidade por uso de medicamentos específicos.

Obs.: Os pacientes que residem fora do município de Belo Horizonte podem ser incluídos no Programa, desde que a família se responsabilize pelo transporte.

Critérios de exclusão do paciente:

- melhora acentuada do quadro, permitindo o acompanhamento em regime ambulatorial normal nos atendimentos primários ou secundários;
- não cumprimento das recomendações da equipe multidisciplinar pelo paciente ou responsável;
- falta às datas marcadas para nova avaliação;
- abandono do programa;
- mudança de residência da área coberta pelo programa;
- transferência ou internação em outra instituição hospitalar;
- utilização dos recursos materiais doados para fins comerciais.

A área física destinada ao Programa são dois ambientes constituídos por uma ante sala e uma sala destinada a procedimentos e exames.

O Programa de Desospitalização oferece ao paciente desde sua admissão, ainda hospitalizado, até o momento de sua alta, os seguintes recursos materiais e técnicos:

- orientação ao paciente e a familiares quanto ao tratamento das técnicas de curativo em sua residência;
- material médico hospitalar, compreendendo o consumo (material de assepsia, curativos de ulceração, sondas, seringas, etc.) e material permanente (aspirador elétrico, micronebulizador, aparelho oxigenação portátil);



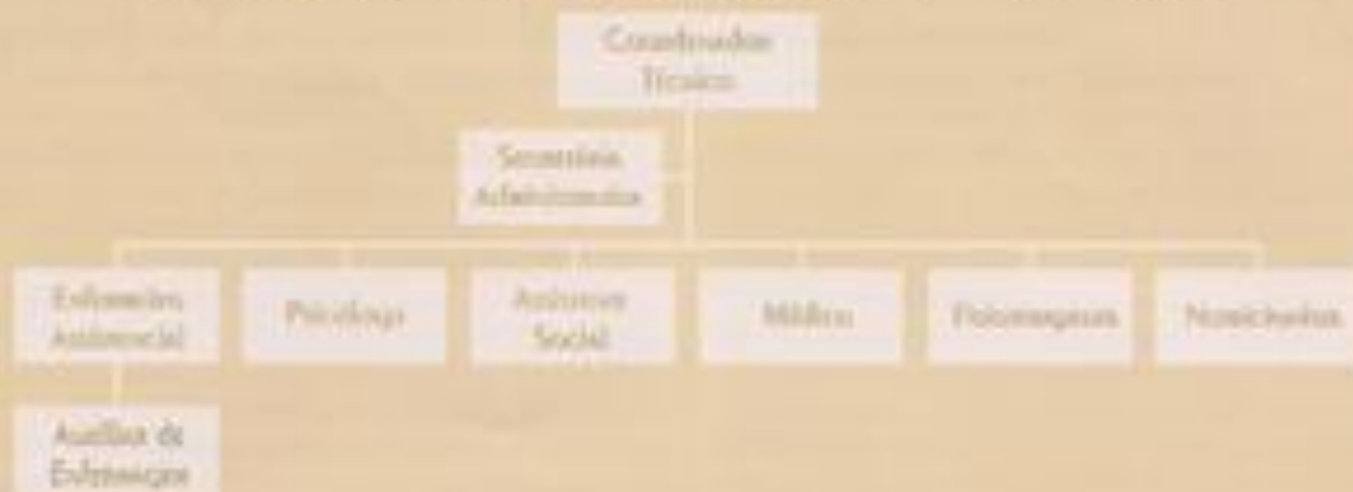


Gráfico 2



- medicamentos liberados pelo CCJH, mediante prescrição médica até a alta do paciente;
- exames laboratoriais complementares feitos sempre que necessário, como também, qualquer exame externo ao hospital;
- transporte para pacientes que tenham dificuldades de retorno ao hospital, quando solicitado, através de vale transporte ou vale taxi, conforme o caso;
- apoio psicológico ao paciente e seus familiares;
- muletas e cadeiras de rodas para deficientes físicos.

O Programa de Desospitalização é constituído por uma equipe multidisciplinar, composta por Coordenador Técnico, Enfermeiro, Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta e Médico, obedecendo ao gráfico 1.

Os processos do Programa de Desospitalização obedecem à estrutura do gráfico 2.

Em dois anos de existência do Programa de Desospitalização, a equipe multidisciplinar do HMCH mostrou grande confiabilidade e envolvimento e apresentou um crescimento progressivo do número de inclusões de pacientes no Programa de Desospitalização/Ambulatório de Grandes Lesões, permitindo:

- maior rotatividade dos leitos do HMCH;
- diminuição dos riscos de infecção hospitalar;
- redução de aproximadamente 80% das cirurgias plásticas;
- diminuição do stress do paciente causado pela internação;
- integração de pacientes e familiares ao tratamento;
- redução do hospitalismo.

Atualmente, estuda-se o aumento do número de profissionais para o Programa de Desospitalização e ampliação da assistência ao nível domiciliar. 

* EdF, Especialistas em Epidemiologia e Coordenadores do Programa de Desospitalização do Hospital Odílio Brehm, - Belo Horizonte (MG)

Enf^a. LINA MONETTA

Estudiosa dos cuidados com lesões de pele há 15 anos, Lina Monetta obteve o título de Mestre, em julho deste ano, com a Dissertação de Mestrado sobre "Análise Evolutiva do Processo de Cicatrização em Úlceras Diabéticas, de Pressão e Venosa com uso de Papaina", pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Sua pesquisa lhe conferiu dois importantes prêmios de pesquisa em Enfermagem no Brasil, além de ter sido o primeiro trabalho latino-americano apresentado no Symposium on Advanced Wound Care e no Medical Research Forum on Wound Repair, em San Diego, Califórnia.

Pelle Sana: Após a conclusão de sua pesquisa, como define feridas crônicas? Quão as mais comuns?

Lina Monetta: Como um sério problema de saúde pública, seja pelos expressivos índices estatísticos de incidência e prevalência, como pelo tempo e custo dispendioso à cura dessas feridas. Quando cito custo, não refiro-me apenas ao custo de materiais utilizados no tratamento dessas lesões. Em um conceito mais amplo, incluo o tempo de trabalho dos profissionais envolvidos com o procedimento (desde o preparo de materiais, até sua finalização), assim como, o custo para a instituição e para o cliente-paciente, evidenciando sempre o paciente, que além do custo financeiro, sofre um grande desgaste emocional pela dor e desconforto causados pela enfermidade. Segundo a literatura, os tipos mais comuns de feridas crônicas são as úlceras diabéticas, as de pressão e as vasculares.

Pelle Sana: Essas úlceras são muito frequentes?

Lina Monetta: Infelizmente sim. Contudo, sua incidência pode variar muito segundo algumas variáveis, como o tipo de úlcera e condições socio-econômicas da população atingida. Sobre as úlceras diabéticas, por exemplo, estudos brasileiros estimam que 15% das pessoas portadoras de diabetes mellitus desenvolvem úlceras nos pés, o que significa mais de 1,5 milhão de pessoas somente na área urbana. Essa taxa de ocorrência é similar nos Estados Unidos, Itália, entre outros países, sendo que em todos eles, a incidência vem crescendo nas últimas décadas, o que pode ser explicado pela maior longevidade da população e pelas mudanças dos critérios de diagnóstico. Sobre as úlceras de origem vascular, do total das úlce-

ras vasculares, as venosas são mais frequentes, correspondendo a 80% do total das úlceras vasculares nos países desenvolvidos. Estudos recentes revelam que a prevalência de úlceras venosas nos E.U.A. é de 500.000 a 600.000 casos/ano.

Pelle Sana: O custo financeiro do tratamento de feridas crônicas é elevado?

Lina Monetta: Sim, especialmente quando o tratamento utiliza recursos que não favorecem o processo da cicatrização, como por exemplo, o uso apenas de gases e anti-sépticos. Um estudo realizado em um Centro Especializado no Tratamento de Lesões da Pele em Denver, Colorado, indica que o custo médio da hospitalização para o tratamento de úlcera de pressão gira em torno de 35.000 dólares pelo período de 6 meses. Outro estudo recente apontou que na Inglaterra, o governo gasta cerca de 2.400 libras por paciente no tratamento de úlceras venosas. Ainda sobre esse tipo de feridas, sabe-se que em 1994, na França, esses gastos chegaram a 15 bilhões de francos, cerca de 2,6% de todo o gasto do governo com saúde; nos E.U.A., somente no ano passado, foram gastos cerca de 1 bilhão



Enf^a. Lina Monetta

de dólares com o tratamento de pacientes portadores de úlceras venosas.

Pelle Sana: Por que a opção por uma tecnologia alternativa - a papaina - para o tratamento de feridas?

Lina Monetta: A opção ocorreu pela facilidade em obter este recurso e pelo baixíssimo custo, principalmente se pensarmos no uso da fruta in natura (o maracujá); aqui país tropical como o nosso, encontramos o fruto durante o ano todo. Mas o que realmente encorajou-me a pesquisar a papaina por tantos anos foram os estimulantes resultados obtidos com seu uso prático e os achados histológicos que os credenciam.

Pelle Sana: Como é a aceitação dos médicos quanto ao seu trabalho como enfermeira numa atuação multiprofissional, no tratamento de feridas, usando tecnologias avançadas, ainda que alternativas?

Lina Monetta: Há 15 anos, quando iniciei minha carreira, a multidisciplinaridade ainda era um sonho e por não

MESOTERAPIA CLÍNICA NO TRATAMENTO das ÚLCERAS CUTÂNEAS DE MEMBROS INFERIORES

Anelise Oliveira de Sousa Nóbuck*

Inspirados em pesquisas científicas consistentes, profissionais europeus vêm desenvolvendo, desde fins do século XVII, a técnica de administração de microdosagens de medicamentos, a mais próxima possível do local da lesão, utilizando a mesoderme como via de aplicação parenteral. Trata-se da Mesoterapia. Tendo sido reconhecida como parte da medicina clássica em 1987, pela Academia Francesa de Medicina, a técnica vem sendo profundamente estudada e aplicada por profissionais europeus e sul-americanos. Em 1994 foi criada a Sociedade Científica Brasileira de Mesoterapia, que habilita médicos à prática da técnica, e, em 1995, o Instituto Magistral de Pesquisa e Informação Farmacológica, que contribui para a capacitação médica e para o crescimento ético da mesoterapia. A credibilidade deste método permite o tratamento dos casos mais leves de úlceras cutâneas de membros inferiores.

Provenientes de déficit circulatório, as úlceras de membros inferiores (MMII) são classificadas basicamente, quanto à sua etiologia, em **arterial** ou **venosa**. Um outro grupo de úlceras resistentes a tratamento e também provenientes de alterações microcirculatórias, são as **úlceras de decúbito**.¹

As **úlceras arteriais** compreendem 10% das perdas teciduais em MMII e são decorrentes de falta aporte de oxigênio, principalmente para as regiões mais distais das pernas. Frequentemente, um traumatismo dá início à lesão, mais comum na face lateral ou mesmo anterior da perna. A lesão é de difícil evolução e, geralmente, aumenta rapidamente suas dimensões, tornando-se extremamente dolorosa, podendo apresentar-se com exsudatos inflamatórios ou serosos, ou simplesmente como uma ferida enegrecida.

Os indivíduos acima de 60 anos são os mais propensos às **úlceras arteriais** e, nestes casos, a causa básica é a arteriosclerose. Já no caso de diabéticos, hipertensos ou tabagistas, os pacientes podem pertencer a várias dessas categorias.

O tratamento consiste em abordar a patologia de base, além de medidas preventivas, como suspender o tabagismo, manter aquecidas as extremidades, caminhar breves sem clausicção. Outras medidas curativas, como antitrombóticos e cirurgias, e paliativas, como analgésicos, também podem ser usados paralelamente.² A abordagem terapêutica local visa melhorar a oxigenação dos tecidos, através de diversas técnicas, dentre as quais a mesoterapia clínica, ou intradermoterapia, que se destaca

pelo seu duplo efeito, seja sobre a microcirculação seja sobre a evolução favorável da ferida.

A classificação do grau de insuficiência arterial de ferida mediante o duplex scan e a arteriografia, somete os estágios I e II leve. Nesses estágios a mesoterapia tem boa indicação. No estágio II - moderado, ou com úlcera arterial concomitante - associa-se tratamento clássico por via oral à intradermoterapia.³

O tratamento mesoterápico, para qualquer tipo de ferida dos MMII, utiliza-se de medicamentos diferentes dependendo da etiologia da ferida. Propõe sempre três abordagens:

- melhorar a perfusão circulatória dos MMII;
- melhorar as condições circulatórias ao redor da ferida;
- prover a nutrição e a regeneração tecidual da propriamente dita.

Nas **úlceras arteriais**, a melhora da perfusão é feita através de uma mescla, utilizando Bulflon, Benzopirina, Procaina e Feridil Heparina,^{4, 5} injetada na pele sobre a projeção dos vasos arteriais do membro acometido e suavemente ao redor da ferida, uma por semana, durante três a quatro semanas.

Os locais de aplicação seguem o trajeto arterial a partir do pulso femoral. E, ao final, atua-se sobre a região microgênica nas regiões interdigitais, para estímulo das pequenas artérias ali presentes.⁶

O Bulflomedil aumenta a oxigenação tecidual em 23%, para promover vasodilatação de esfínteres capilares e neoformação vascular. A Procaina, além de colaborar com a vasodilatação microcirculatória, possui ação analgésica reflexa, contribuindo com a redução do. Os Bioflavonóides (Benzopirina) diminuem a permeabilidade vascular e agem como anti-inflamatórios naturais, evitando o edema peri-lesional. A Feridil Heparina é dotada de efeito anticoagulante local, vasodilatador periférico potente, porém local.⁷ É o medicamento que tem melhor indicação para pacientes que vivem em locais de baixa temperatura.

A Pentoxifilina (Trenal ®) pode ser utilizada alternância com o Bulflomedil, por sua hemorreológica, sua capacidade de influir na formabilidade das hemácias. Permite, assim, a perfusão sanguínea e oxigenação tecidual através da derme distrofica.⁸

A cicatrização da ferida é estimulada com microinjeções intralésionais, contendo substâncias antioxidantes

o sílico orgânico,^{11,12} selênio¹³ e a vitamina C^{14,15} - diluídos com discreta dose de anestésico. A ação antioxidante sobre os radicais livres impede a degeneração das fibras colágenas, reduz a isquemia local, estimula o metabolismo dos fibroblastos, facilitando a regeneração tecidual e a evolução favorável da lesão.

As **úlceras venosas** são mais frequentes que as arteriais. São produzidas por mecanismos que geram dificuldade de retorno venoso, como ocorre na insuficiência valvular venosa (varizes) e em trombozes. A enfermidade evolui através de diversas fases e apresenta desde queixas subjetivas - como sensação de pernas pesadas, dores, câibras noturnas - até uma atrofia tecidual por hipoxia. Isto, juntamente com a estase venosa, ocasionará necrose cutânea e o aparecimento de solação de continuidade na pele.

A **úlcera venosa** costuma afetar o terço distal da perna, em região malarolar ou supra-malarolar interna. Predomina no sexo feminino e, a exemplo do que acontece com as úlceras arteriais, também é desencadeada por traumatismo.

O tratamento sistêmico consiste em administrar medicamentos flebotônicos, que diminuem o edema e incrementam as trocas metabólicas. A prevenção é importante através de medidas higiênicas e dietéticas que melhorem o retorno venoso, como caminhadas, uso de meias elásticas e a própria mesoterapia iniciada nos estágios leves ou moderados da insuficiência venosa. A microcirurgia, para os pequenos vasos, e a cirurgia clássica, para varizes de médio e grande porte, também fazem parte das medidas preventivas para evitar-se a úlcera venosa.

Uma vez instalada a **úlcera venosa**, o tratamento mesoterápico prioriza a utilização de venotônicos e linfotônicos como a Rutina, a Benzopurina ou, mais recentemente, os Bioflavonoides, presentes no extrato de Genko Bólo injetável. Nos casos em que há edema e outros sintomas de insuficiência venosa associados à ulceração, acrescenta-se o extrato de alcachofra, que favorece a drenagem local e a diurese.

A medicação é injetada sobre a projeção dos eixos venolinfáticos do membro comprometido e também ao redor da lesão, durante seis a oito sessões, uma vez por semana.

Quintenalmente, intercala-se a mescla cicatrizante, visando a regeneração tecidual e o fechamento da lesão. A base terapêutica da regeneração consiste em reconstituir a matriz extracelular injetando-se gel de ácido hialurônico, glicosaminoglicanos, condroitin sulfato, associados à ação catiônica dos antioxidantes, mencionados anteriormente.

É importante salientar que são imprescindíveis as medidas higiênicas e dietéticas; a correção do sobrepeso corporal; o repouso com as pernas elevadas; a eliminação de estuário com compressão inguinal, ou em qualquer outro ponto dos MMII. A mesoterapia tem bons resultados em **úlceras venosas iniciais** (até 2 cm de diâmetro) ou nos casos de dermodistrofia e dermatite ocre, ainda sem a presença de solação de continuidade na pele.

Assim como as precedentes, as **úlceras de decúbito**,

decorrem da isquemia dos tecidos cutâneos, provocada por compressão importante e prolongada de partes que se apoiam sobre planos ósseos. Os pacientes acometidos são os mais afetados (idosos, paraplegia, politraumatizados e comatosos), principalmente se houver apresentação concomitante de anemia e proteinúria. Dessa forma, as regiões mais atingidas são o sacro, tornozelos, devido à sua pouca espessura cutânea. Lesões de solfrem maiores possíveis. Inicialmente, surge eritema em torno a um halo isquêmico, evoluindo para uma placa necrótica, o que facilita a instalação de infecções. As alterações podem estender-se até o tecido subjacente, agravando o prognóstico.

As medidas profiláticas são clássicas e incluem mudança de decúbito frequente, uso de colchão d'água, sapatos locais e o tratamento sistêmico, como a repositores e os antianêmicos.

As microinjeções mesoterápicas, nestes casos, efetuadas ao redor de toda a lesão (2-3 cm de distância da borda) e também intralésionalmente. A escolha terapêutica recai principalmente sobre os vasodilatadores regeneradores tissulares. O Buflomedil (Buflédil, Fortylane ®, França) e a Pentil-Heparina, são associados ao sílico orgânico,¹⁶⁻¹⁸ aos Glicosaminoglicanos e ao Ácido Hialurônico no tratamento peri e intralésional. Com isto, visa-se estimular o metabolismo dos fibroblastos, aumentar fibras colágenas e promover a granulação, necessária para o fechamento da lesão.

Deve-se ressaltar que a experiência do profissional médico, no tratamento mesoterápico das úlceras, é a chave para o sucesso da terapia.

A profundidade das microinjeções, a distância entre pontos, a antissepsia da pele e o tipo de agulha escolhida, bem como a sua substituição frequente para evitar contaminação, determinam a indicação desta técnica no tratamento das lesões cutâneas de MMII, com bons resultados.

Referências Bibliográficas

1. BABEL, A. J. Microcirurgia em Dermatologia y Estética. Masson, Barcelona, 1994.
2. Cecil Textbook of Medicine, Grandstaff Keegan, 19ª ed., 1994.
3. CODRER, R. e PENELL, A. Topical Vitamin C in Aging. Duke University Medical Center, 1994.
4. FENICIMARR, R. E. COL. Human Dermal Glycosaminoglycans. Aging Biochem Biophys. Vol. 27B: 265-273, 1992.
5. GARCIA, I. O. Tratado de Mesoterapia. Ed. PGE, Campinas, AC Equilíbrio.
6. LE COZ, J. Mesoterapia em Medicina Geral. Masson, Paris.
7. MURRAY, S. E. COL. Regulation of Collagen Synthesis by Ascorbic Acid. Proc. Natl Acad Sci USA. Vol. 78: 2679-82, 1981.
8. OLSZEWER, E. Tratado de Medicina Ortopédica. Ed. Nova Editorial, 3ª ed. São Paulo, 1991.
9. RENZI, R. F. Antioxidantes Injetáveis em Mesoterapia Facial. Curso Básico em Medicina Biomolecular. São Paulo, 1994.
10. SANCHEZ, C. E. E. COL. Doença Arterial e Mesoterapia. Meio Anál. 2: 18-19, 1988.