

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**RELATO DOS IDOSOS ACOMETIDOS POR LESÕES CRÔNICAS
ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CUITÉ
2012**

RAQUEL FARIAS DE BARROS DANTAS

**Relato dos idosos acometidos por lesões crônicas acerca da
assistência realizada pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da
Família**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado por Raquel Farias de Barros Dantas, a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como um dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia

**CUITÉ
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D192r Dantas, Raquel Farias de Barros.

Relato dos idosos acometidos por lesões crônicas assistidos na estratégia saúde de família. / Raquel Farias de Barros Dantas. – Cuité: CES, 2012.

62 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Bernadete de Lourdes André Gouveia.

1. Assistência de enfermagem. 2. Idosos.
3. Ferimentos. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

RAQUEL FARIAS DE BARROS DANTAS

**RELATO DOS IDOSOS ACOMETIDOS POR LESÕES CRÔNICAS
ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna Raquel Farias de Barros Dantas, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia – (Orientadora)

Prof^a . Msc. Isolda Maria Barros Torquato – (Membro examinador)

Prof^a. Msc. Jocelly de Araújo Ferreira – (Membro examinador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a **Deus** por me ter dado coragem e força para seguir em frente, colocando pessoas maravilhosas no meu caminho que de certa forma foi essencial para que este sonho se tornasse realidade. E por ter me guiado com sabedoria, para que eu nunca desistisse, enfrentando todos os obstáculos com a cabeça erguida.

À **minha mãe, Marilúcia Farias de Oliveira Barros**, por todo o amor, dedicação, respeito, confiança, amizade e tudo que fez e faz por mim. Obrigado mãe por estar comigo sempre e acreditar que iria conseguir; agradeço pela compreensão que teve comigo mesmo nos momentos mais difíceis e sempre fazendo com que nunca desanimasse. Te amo demais. Devo a minha vida a você.

Ao **meu pai, José Nildo de Barros**, por toda confiança, apoio e amor incondicional. Você é o meu maior exemplo de vida, e se consegui essa conquista pai, o senhor foi um dos maiores responsáveis por isso. Deus não errou quando colocou pais tão maravilhosos em meio caminho... Amo demais vocês.

Ao **meu esposo, Fernando Medeiros Batista Dantas**, pelo amor, carinho, dedicação, confiança e por estar sempre ao meu lado me dando forças, e sua alegria constante nos momentos mais difíceis que passei para poder realizar este sonho foram essenciais, a minha vitória é na verdade nossa vitória, muito obrigada meu amor... Te amo muito.

Aos **meus irmãos, Renner, Reaummur, Renato, Renata e Mayara** e também toda a minha família, que torceram por mim. Me deram alegria nos momentos de tristeza e força pra que nunca desistisse. Obrigada a todos...

As **minhas amigas de curso**, são muitas por isso não vou citar nomes, obrigada por me darem forças e autoconfiança, e pelos momentos inesquecíveis que passamos juntas...

Agradeço **a minha orientadora e professora Bernadete de Lourdes André Gouveia**, principalmente pela paciência, me ajudando e me dando forças e incentivos para continuarmos nosso trabalho. Obrigado por todos os ensinamentos, carinho e dedicação.

A **banca examinadora, Prof^a Isolda Maria Barros Torquato e Prof^a Jocelly de Araújo Ferreira**, que contribuíram na construção da minha monografia, o meu muito obrigada por fazerem parte desta conquista.

Aos meus professores de maneira geral, muito obrigado pelos ensinamentos expostos, sempre fazendo o melhor por seus alunos, inclusive incentivando-nos a ver o outro em sua totalidade, aprendendo a desenvolver um cuidado humanizado e sempre respeitando a vida.

Agradeço também **a Equipe de Saúde da Família do Município de Picuí**, ajudando-me na realização desta pesquisa.

Só tenho uma coisa para dizer: Muito obrigado a todos!!!

[...] “Posso todas as coisas naquele que me fortalece” [...]

RESUMO

DANTAS, Raquel Farias de Barros. Relato dos idosos acometidos por lesões crônicas assistidos na estratégia saúde da família. 2012. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cuité- PB.

Introdução: O número de idosos no mundo cresce a cada dia. Atualmente, no Brasil existem cerca de 22 milhões de idosos. Apesar do número crescente de idosos e de existir programas voltados para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é falho e não atende a todas as necessidades dessa população, visto que o envelhecimento traz consigo peculiaridades significativas e que as políticas de saúde devem levar em consideração a fisiologia do envelhecimento, que traz déficits na capacidade funcional do idoso, na autonomia para as atividades da vida diária, levando à insatisfação. **Objetivo:** Conhecer a realidade da assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas na Estratégia Saúde da Família do Município de Picuí – PB, enquanto que os específicos: caracterizar a amostra quanto aos aspectos socioculturais; identificar os tipos de lesões crônicas acometidas no idoso; identificar a assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas; apresentar um protocolo de atendimento para lesões crônicas. **Metodologia:** Este estudo instituiu numa pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido nos Serviços de Atenção primária nas Estratégias de Saúde da Família – ESFs da zona urbana na Cidade de Picuí-PB, entre Janeiro e Fevereiro de 2012. A amostra foi composta por vinte idosos, de ambos os sexos, com idade maior ou igual a sessenta anos acometidos por lesões crônicas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Nova Esperança. **Resultados:** Os resultados demonstram variadas formas de úlceras crônicas, em destaque as por pressão, visto que a maioria dos idosos estavam, restrito ao leito e alguns eram cadeirantes. Uma pequena representação da amostra evidenciava úlceras infectadas, com tecidos desvitalizados e esfacelos, 75% apresentavam tecido de granulação sem secreção, e 25% apresentavam exsudado. A maioria dos idosos tinha doença crônico-degenerativa, Hipertensão Arterial e Diabetes, e apresentava condições de mobilidade física prejudicada, nutrição deficiente, e faziam uso de medicamentos imunossupressores e ainda alguns e ainda alguns fatores dificultantes da cicatrização como o tabagismo. Os curativos eram implementados pelos profissionais técnico-auxiliares de enfermagem. Em tais procedimentos eram usados com maior destaque gases, ataduras e luvas, em relação às substâncias tinham como uso maior o soro fisiológico, água e sabão e pomadas em geral. Os profissionais relatavam como orientações: repouso, mudança de decúbito, elevação dos membros inferiores (MMII) com massagens utilizando óleos e hidratantes. **Conclusão:** Acreditamos que o estudo alcançou os objetivos propostos e que a partir dos resultados nele apresentados, foi possível realmente visualizar a assistência dada aos idosos pela Estratégia Saúde da Família e a necessidade de implantar um protocolo de atendimento para o tratamento de lesões crônicas.

Palavras - chave: Assistência de enfermagem; Idosos; Ferimentos.

ABSTRACT

Introduction: The number of elderly in the world grows every day. Currently, in Brazil there are about 22 million elderly. Despite the growing number of elderly and existing programs to improve the quality of life of these people, the Unified Health System (SUS) is flawed and does not meet all the needs of this population, given that aging brings significant peculiarities and health policies should take into account the physiology of aging, bringing deficits in functional capacity of the elderly, autonomy in activities of daily living, leading to dissatisfaction. **Objective:** To know the reality of care offered to elderly patients with chronic lesions in the Family Health Strategy of the Municipality of Picuí – PB, and specifics: to characterize the sample beside the cultural aspects; Identify the types of chronic injuries that affect the elderly; Identify the assistance offered to elderly patients with chronic lesions; to introduce a protocol of care for chronic injuries. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory research with a quantitative approach, which was developed in Services in Strategies of Primary Health Family in the urban area in the City of Picuí-PB, between January and February 2012. The sample was composed of twenty elderly of both sexes, aged equal or greater than sixty years, suffering from chronic injuries. The study was approved by the Commission of Ethics in Research of Nova Esperança Colleges. **Results:** The results show varied forms of chronic ulcers, highlighted by the pressure, since most were elderly, bedridden and some were wheelchair. A small representative sample showed infected ulcers with devitalized tissues and esfacelos, 75% had no granulation tissue secretion, and 25% had exudate. Most seniors had chronic degenerative disease, Hypertension and Diabetes, and conditions had impaired physical mobility, poor nutrition, and made use of immunosuppressive drugs and yet some still and some healing factors such as smoking. Dressings were implemented by professional technical and nursing assistants. In such procedures were used most prominently gases, bandages, gloves, for use as the substances have higher saline, water and soap and ointments in general. Professionals reported as guidance: home, changing position, elevation of the lower limbs (LL) with massage using oils and moisturizers. **Conclusion:** We believe that the study met the proposed objectives and that from the results presented it was possible to actually see the care given to the elderly by the Family Health Strategy and the need to deploy a service protocol for the treatment of chronic injuries.

Keywords: Nursing care; Elderly; injuries.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária.....	32
Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra segundo o sexo.....	33
Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra segundo a profissão/ocupação.....	34
Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra segundo a escolaridade.....	35
Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo os tipos de úlceras.....	36
Gráfico 6: Distribuição da amostra segundo o surgimento de lesões em idosos.....	38
Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo o exsudato.....	39
Gráfico 8: Distribuição segundo a realização e troca de curativos.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as características do tecido.....	40
Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as doenças e causas associadas.....	41
Tabela 3: Distribuição da amostra segundo os instrumentos utilizados no curativo da lesão.....	44
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo as substâncias utilizadas no curativo...	45
Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as orientações relatadas pelos profissionais da saúde aos idosos e os seus cuidadores sobre o cuidado da lesão.	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do problema e justificativa.....	11
1.2	Objetivos.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Aspectos gerais sobre a população idosa.....	14
2.2	Aspectos gerais sobre feridas.....	20
3	METODOLOGIA	28
3.1	Tipo de pesquisa.....	28
3.2	Local do estudo.....	29
3.3	População e amostra.....	29
3.4	Instrumento de coleta de dados.....	29
3.5	Procedimentos para coletas de dados.....	29
3.6	Análise e interpretação dos dados.....	30
3.7	Aspectos éticos.....	30
3.8	Financiamento.....	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICES	54
	ANEXO	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e justificativa

O número de idosos no mundo cresce a cada dia. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostra que, atualmente, no Brasil existem cerca de 22 milhões de idosos. Destes, 6,5 milhões estão em plena atividade. Esta estimativa está relacionada ao aumento das condições de assistência a pessoa idosa tanto no que concerne a prevenção, promoção e reabilitação de saúde da mesma. Para Tibo (2007), os idosos representam, atualmente, uma parcela importante da população brasileira e mundial com tendência a crescimento.

Apesar do número crescente de idosos e de existir programas voltados para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é falho e não atende a todas as necessidades dessa população, visto que o envelhecimento traz consigo peculiaridades significativas e que as políticas de saúde devem levar em consideração a fisiologia da longevidade, que geralmente ocasiona diminuição na capacidade funcional do idoso, na autonomia para as atividades da vida diária, levando à insatisfação (VERAS, 2009).

Com o envelhecimento, os idosos ficam mais vulneráveis ao aparecimento de alterações mentais, funcionais, físicas, sociais e biológicas que favorecem alteração no processo saúde-doença, as quais possibilitam à chegada das doenças crônico-degenerativas, tendo como consequência às lesões crônicas nesta população idosa.

Um dos sinais mais evidentes da passagem dos anos está relacionado com as mudanças produzidas no aspecto da pele, caracterizadas por alterações na sua estrutura e funções - proteção, excreção, regulação da temperatura, percepção sensitiva, metabolismo e imagem corporal - e de acordo com as alterações fisiológicas do tecido tegumentar no idoso destacam-se maior fragilidade cutânea e menor capacidade da pele de atuar como barreira contra fatores externos.

Segundo Resende; Bachion; Araújo (2005) A termorregulação deficiente em resposta ao calor, decorrente da diminuição do número de glândulas sudoríparas deixa a pele mais seca e enrugada por causa do menor número de glândulas

sebáceas, resultando em pequena produção de óleo, menor estímulo sensitivo, diminuição da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular e diminuição da espessura da derme e da epiderme. Devido a todos estes fatores, relacionando também as doenças crônicas, o idoso fica susceptível a adquirir lesões especialmente por estar em idade avançada.

Neste contexto, o envelhecimento traz consigo um perfil de risco para as doenças crônicas, especialmente as neurológicas, cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, que podem contribuir para o aparecimento de feridas como úlceras arteriais, úlceras diabéticas, úlceras venosas, úlceras por pressão, entre outras. Essas enfermidades crônicas aumentam as incapacidades funcionais dos idosos, o número de internações hospitalares e comprometem significativamente a qualidade de vida desta população (AMARAL et al, 2009 *apud* CAVALCANTE; MOREIRA; AZEVEDO *et al*, 2010).

Conforme os autores supracitados, por comprometer grande parte da população idosa do país, as lesões de pele constituem-se um sério problema de saúde pública que demanda atenção especial da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilitando cuidados multidisciplinares, para redução de agravos no processo saúde-doença, trazendo uma melhoria na qualidade de vida dessa população, além de demonstrar resolutividade dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária.

Conhecer as alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem nos idosos, torna-se essencial à maioria dos profissionais da área de saúde que, a cada dia, terão mais contato com essa população. Saber distinguir o envelhecer com saúde, senescência, do envelhecer com doenças, senilidade, auxilia na assistência à saúde, proporciona realizar prevenção, detecção precoce e tratamento de afecções e ainda evita as iatrogenias, tão comuns nesse grupo (TIBO, 2007)

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Conhecer a realidade da assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas na estratégia Saúde da Família do Município de Picuí – PB.

Objetivos específicos

- Considerar o perfil socioeconômico de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Picuí, PB;
- Identificar os tipos de lesões crônicas acometidas no idoso;
- Identificar a assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas;
- Apresentar um protocolo de atendimento para lesões crônicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2. 1 Aspectos gerais sobre a população idosa

2.1.1 Definição:

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a velhice tem data certa para chegar: essa etapa da vida começa oficialmente aos 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. Trata-se de um estágio da vida em que as pessoas necessitam de um cuidado especial em decorrência da fragilidade funcional diminuída e no número de idosos que cresce a cada dia (BRASIL, 2006).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) este número crescente de idosos se explica principalmente pela redução na taxa de fecundidade, avanços na medicina preventiva (com a criação de programas voltados para a qualidade de vida) e pela redução das taxas de mortalidade infantil ou prematura, aumentando assim a esperança de vida, advindas de uma nutrição adequada, saneamento e tratamento de água e pelo uso de vacinas e antibióticos.

Mesmo com todos estes avanços na medicina preventiva, as políticas de saúde voltada para os idosos ainda são restritas contemplando na Estratégia Saúde da Família prioritariamente os idosos hipertensos e diabéticos deixando à mercê outros problemas de saúde desta população, a exemplo das lesões crônicas decorrentes muitas vezes de uma doença de base.

2.1.2 Epidemiologia do idoso no Mundo e no Brasil

O fenômeno do envelhecimento da população mundial não é assunto novo, a China, Japão e países da Europa e da América do Norte já convivem há muito tempo com um grande contingente de idosos e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas

públicas de saúde sérias e consistentes a este respeito (MENEZES; GARRIDO, 2002).

Os autores referenciados anteriormente enfatizam que nos países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional.

No Brasil a expectativa de vida aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009. A nova expectativa de vida do brasileiro é de 73,1 anos. Entre as mulheres, são registradas as menores taxas de mortalidade, elas representam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos. Dessa forma a expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos e a dos homens passou de 66,3 anos para 69,4 anos.

As pesquisas do IBGE (2010) apontam que: a taxa de expectativa de vida no Brasil ainda é menor que a da América Latina e do Caribe (73,9 anos), só ficando à frente da Ásia (69,6 anos) e da África (55 anos). Na América do Norte, a taxa fica em torno de 79,7 anos.

O aumento da expectativa de vida ao nascer e a queda da fecundidade no Brasil têm feito ascender o número de idosos, que, entre 1999 e 2009, passou de 6,4 milhões para 9,7 milhões. Em termos percentuais, a proporção de idosos na população subiu de 3,9% para 5,1%, em compensação, no mesmo período, caiu o número de crianças e adolescentes de 40,1% para 32,8%, estreitando o topo da pirâmide etária brasileira. Mesmo assim, o país é considerado jovem, ainda que com uma população de cabelos brancos.

A representatividade dos grupos etários no total da população em 2010 é menor que a observada em 2000 para todas as faixas com idade até 25 anos, ao passo que os demais grupos etários (adultos e idosos) aumentaram seus percentuais na última década.

O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento relativo da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.

Nas diferentes regiões do Brasil a distribuição no número de idosos segue uma proporção assustadora.

A região Norte, apesar do contínuo envelhecimento observado nas duas últimas décadas, ainda apresenta uma estrutura bastante jovem, devido aos altos níveis de fecundidade no passado. Nessa região, a população de crianças menores de cinco anos era de 14,3% em 1991, caiu para 12,7% em 2000, chegando a 9,8% em 2010. Já a proporção de idosos com 65 anos ou mais passou de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010.

O Sudeste e o Sul brasileiros apresentam evolução na estrutura etária, mantendo-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. As duas tinham, em 2010, 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais, enquanto a proporção de crianças menores de cinco anos era, respectivamente, de 6,5% e 6,4%.

A região Centro-Oeste apresenta um percentual de crianças menores de cinco anos que em 2010 chegou a 7,6%, valor que era de 11,5% em 1991 e 9,8% em 2000. A população de idosos teve um crescimento, passando de 3,3% em 1991 para 4,3% em 2000 e 5,8% em 2010.

A região Nordeste ainda tem, igualmente, características de uma população jovem. As crianças menores de cinco anos em 1991 correspondiam a 12,8% da população, em 2000 esse valor caiu para 10,6%, chegando a 8,0% em 2010. Já a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010.

Um dos estados nordestinos que merecem destaque é a Paraíba, por registrar a segunda maior população de pessoas acima de 60 anos. Esta em dois anos saltou de 10,2% da população total do estado para 11,42%, em 2009. No entanto, apesar desse aumento no número de idosos, a Paraíba não desponta como o Estado nordestino, proporcionalmente, com a população mais velha, perdendo para o Piauí que lidera a lista da região, com 11,43% de idosos.

E no estado da Paraíba, mais precisamente no município de Picuí, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde 2011, a população geral do Município de Picuí – PB é de 18.439 habitantes, entre estes o número de idosos maior que 60 anos é de 2.621 pessoas nesta faixa etária, sendo 1.203 homens e 1.418 mulheres.

2.1.3 Alterações fisiológicas da Pessoa Idosa

As características mais importantes do envelhecimento humano são a sua individualidade e diversidade, e estas apresentam reflexos bem acentuados no estado de saúde da população, ou seja, o modo de envelhecer é diverso para cada pessoa.

Para Martins (2003), o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, cujas causas e natureza estão ainda longe de se considerarem esclarecidas e acrescenta que o envelhecimento tem início relativamente precoce no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais.

Admite-se como regra geral, que ocorre a cada ano a partir dos trinta anos de idade perda de 1% da função orgânica. O ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de órgão para órgão, mas também entre indivíduos da mesma idade. Tal fato justifica a impressão de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa para a outra (p. 27).

Segundo Brunner e Suddarth (2009), o envelhecimento envolve preferencialmente os órgãos efetores e resulta de processos intrínsecos que se manifestam em nível dos órgãos, tecidos e células. Este mecanismo não atinge simultaneamente todas as células e, conseqüentemente, todos os tecidos, órgãos e sistemas. Cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, porém com a interferência dos fatores ambientais existem alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é invadido por patologias diversas.

Neste sentido, o processo fisiológico da pessoa idosa vai sofrendo alterações em todos os sistemas orgânicos – neurológico, cardiovascular, respiratório, digestório, geniturinário, esquelético e tegumentar – com depleção de suas estruturas e funções.

Conforme o autor citado anteriormente, as alterações orgânicas que são encontradas na pessoa idosa, de acordo com os sistemas, podem ser assim descritas:

O sistema neurológico sofre alterações devido à redução no fluxo sanguíneo cerebral durante o envelhecimento. Acontecem também a perda de células nervosas, que contribuem para a perda progressiva da massa cerebral, e a redução da síntese e do metabolismo dos principais neurotransmissores. Os impulsos nervosos são conduzidos de forma mais lenta e o sistema nervoso autônomo trabalha de maneira menos eficiente.

No sistema cardiovascular o idoso sofre algumas alterações relacionadas à idade, como a redução da eficiência do coração que contribui para a complacência diminuída do músculo cardíaco. Essas alterações incluem a esclerose do endocárdio, fibrose das válvulas, maior rigidez miocárdica, fibras musculares diminuídas e força miocárdica reduzida. Como consequência, as válvulas cardíacas se tornam mais espessas e mais rígidas, causando a perda de elasticidade do músculo cardíaco e das artérias. Por sua vez, os depósitos de cálcio e gordura acumulam-se dentro das paredes arteriais, e as veias se tornam mais tortuosas. Estes fatores tornam os idosos mais susceptíveis a sofrerem de cardiopatias.

O sistema respiratório do idoso também sofre algumas alterações como a eficiência respiratória diminuída e a redução das forças inspiratórias e expiratórias máximas que podem acontecer em decorrência de calcificação e enfraquecimento dos músculos da parede torácica. Outro fator que merece atenção é a questão de os alvéolos dentro dos pulmões aumentarem e tornarem-se mais finos, aumentando a quantidade do espaço morto anatômico.

No sistema digestório do idoso acontece uma modesta lentificação da motilidade gástrica, o que resulta no esvaziamento retardado do conteúdo estomacal e na saciedade precoce. A secreção diminuída de ácido gástrico e pepsina fazem com que os idosos absorvam menos ferro, cálcio e vitamina B12. Geralmente as funções do fígado, vesícula biliar e pâncreas são mantidas, embora a absorção e a tolerância às gorduras possam diminuir, aumentando a incidência de cálculos na vesícula biliar e no ducto biliar.

O sistema geniturinário continua a funcionar de maneira adequada nos idosos, embora exista um declínio na massa renal, principalmente por causa de uma perda de néfrons. Portanto, as alterações na função renal podem ser uma combinação do envelhecimento e condições patológicas, como a hipertensão. Algumas alterações mais comumente observadas incluem a taxa de filtração diminuída, função tubular diminuída com menor eficiência na reabsorção e

concentração da urina, e uma restauração mais lenta do equilíbrio ácido-básico em resposta ao estresse.

O sistema músculo-esquelético na terceira idade sofre alterações na modelação óssea, levando à densidade óssea diminuída, perda da massa muscular, deterioração das fibras musculares e membranas celulares e à degeneração na função e eficiência das articulações.

O sistema tegumentar do idoso sofre alterações que afetam a função e a aparência da pele. Há diminuição da proliferação epidérmica, e a derme torna-se mais fina. As fibras elásticas são reduzidas em número, e o colágeno torna-se mais rígido. O tecido adiposo subcutâneo diminui principalmente nos membros. Os números reduzidos de capilares na pele resultam em suprimento sanguíneo diminuído. Essas alterações provocam perda da maleabilidade, enrugamento e arqueamento da pele, esta se torna mais seca e susceptível a queimaduras, lesões e infecções.

Com relação ao sistema tegumentar, a pele desempenha várias funções como: proteção, termorregulação, sensibilidade, metabolismo, excreção e imagem corporal, mas devido ao processo de envelhecimento estas ficam reduzidas deixando a pessoa idosa mais frágil para sofrer agressões internas e externas e desenvolver solução de continuidade (lesões) diminuindo assim a qualidade de vida da população nesta faixa etária.

A pele é o maior órgão do corpo humano, que recobre toda a superfície externa, é responsável por 10% do peso total do indivíduo. Sendo esta dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si. A epiderme é a camada mais externa, composta por três diferentes linhagens celulares: os queratinócitos, os melanócitos e as células de Langerhans. A derme é a camada mais profunda, formada por um tecido conectivo denso e irregular que garante força e elasticidade ao tecido tegumentar (HARRIS, 2003).

A epiderme organiza-se em camadas superficiais e profundas que são restauradas por divisão celular. A camada córnea é a mais superficial e a camada germinativa a mais profunda que faz limite com a derme. A camada córnea é constituída por células escamosas, cheias de queratina e proporciona proteção contra traumas físicos e químicos. As várias camadas de queratinócitos fornecem barreira contra a invasão de microrganismos e água. O pigmento melanina na

epiderme protege os tecidos subjacentes dos efeitos nocivos da luz ultravioleta (BLANES, 2004).

Ainda para a autora, a derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até o tecido subcutâneo. Nesta camada, situam-se os anexos da pele, muitos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. A derme contém diferentes tipos de células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos, como também fibras colágenas que fornece uma base firme para a epiderme e para os anexos cutâneos com grande força de tensão. As terminações nervosas sensoriais mantêm o indivíduo em contato com o meio ambiente.

Para Silva, Figueiredo e Meireles (2007) a pele desempenham várias funções tais como: proteção, termorregulação, percepção e secreção e assim todas as camadas exercem entre si função protetora com ação mecânica, humorais (sebo), celulares (melanina) e imunológicos (células de Langerhans). Logo o controle homeostático da temperatura orgânica é processado na pele por meio de dois mecanismos: a sudorese, que resfria a superfície cutânea, e a constrição e dilatação da rede vascular cutânea, que permite maior ou menor dissipação do calor.

Conforme o autor supracitado, a percepção da pele é exercida por uma complexa e especializada rede cutânea de terminações nervosas que capta estímulos dolorosos táteis e térmicos (frio e calor). E, por último, a secreção sebácea – rica em vitamina D – exercendo função antibacteriana e antifúngica, além de atuar na manutenção da integridade da pele, evitando a perda de água.

2.2 Aspectos gerais sobre feridas

2.2.1 Definição e Causa

Ferida é qualquer agressão que leve à solução de continuidade da pele. São vários os fatores que podem causar uma lesão celular atingindo órgãos, como: hipóxia – que interfere na respiração oxidativa da célula, provocando lesão ou morte celular levando a isquemia; agentes físicos – trauma mecânico, condições extremas

de temperatura, choque elétrico, irradiação, entre outros; agentes químicos e drogas – provocando irritação, queimaduras, entre outros prejuízos e agentes infecciosos – erisipela, síndrome de Fournier, entre outras (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

2.2.2 Classificação das Feridas

O avanço no estudo sobre feridas e seu tratamento, proporcionou o desenvolvimento de vários sistemas de classificação que podem ser usados para avaliar as feridas. Veja o quadro abaixo com as classificações das feridas.

Quadro 1: Classificação das feridas

Quanto à espessura	Ferida superficial; ferida profunda superficial; ferida profunda total.
Quanto à etiologia	Acidental ou traumática; intencional ou cirúrgica; patológica; iatrogênicas; fatores causais externos.
Quanto à evolução	Agudas e crônicas
Quanto à presença de infecção	Feridas limpas ou assépticas; Feridas limpas contaminadas; Feridas contaminadas; Feridas infectadas ou sépticas.
Quanto ao comprometimento tecidual	Estágios I, II, III, IV.

Fonte: GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G.; PALERMO, T. C. S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

A evolução das lesões agudas, originadas de cirurgias ou traumas, a sua reparação ocorre em tempo adequado, sem complicações e as lesões crônicas associadas a comorbidades apresentam reparação tardia com complicações, sendo

estas as mais frequentes na população idosa (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007).

Ainda para os autores citados, úlceras consideradas crônicas, são lesões localizadas acometendo as camadas da pele, fáscias musculares e tecidos subjacentes geralmente sobre uma proeminência óssea resultante de pressão associada ao cisalhamento e fricção. Os fatores de risco para as ulcerações são todos aqueles que predisõem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão e obstrução reduzindo a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica, podendo ter fatores associados intrínsecos ou extrínsecos.

Dentre os fatores intrínsecos estão: idade, presença de morbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, inconsciência, imobilidade, perda de sensibilidade, perda de função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo e doenças circulatórias e os extrínsecos estão: a pressão de contato sobre a proeminência óssea, as forças de cisalhamento e a fricção (FERREIRA; NETO; WADA, 2010).

As feridas neoplásicas cosoante Carneiro, Firmino (2007), são decorrentes da infiltração da pele por células cancerosas. Inicialmente pode ser detectada por um nódulo ou vários, que pode ser subcutâneo ou intradérmico, de superfície lisa, de consistência pétreas, de crescimento rápido, aderidos, da cor da pele ou variar desde acastanhado ao vermelho vinho ou mesmo enegrecido. Muitas vezes ulceram e evoluem para feridas de formação irregular e aspecto vegetativo que passam a denominar-se ferida fungosa maligna.

As úlceras varicosas são uma das complicações da estase venosa e quase sempre estão localizadas no terço médio e inferior da perna acima do maléolo interno ou externo e no dorso do pé. Este tipo de úlcera tem um desenvolvimento rápido e resulta em lesão que pode ser necrótica ou infectada quando apresenta tecido amarelado e fibroso e até desvitalizado, pois a infecção local é uma ocorrência frequente. Contudo pode evoluir com áreas de tecido de granulação, ausência de exsudato e odores, com bordas epiteliais configurando uma ferida limpa. Esta lesão costuma ter a aparência de um anel elevado e a queixa de dor é moderada (BERZUZA; LAGES, 2004).

Os autores citados relatam que as úlceras arteriais exibem características de profundidade variável, circundado por pele de coloração avermelhada ou cianótica, pouco exsudativa de aspecto seroso, edema discreto, com coloração negra devido à necrose, pouco profunda, fétida, rebeldes a tratamento, estacionárias ou progressivas, de dimensões pequenas e arredondadas, de difícil cicatrização e extremamente dolorosas.

2.2.3 Fisiologia da cicatrização

A pele sofre agressões por agentes biológicos, mecânico, térmico, físico e químico diariamente chegando a prejuízos na sua integridade desencadeando uma ferida, que segundo Irion (2005) ocorre uma sequência determinada de eventos que levam à correção do defeito e à restauração do tecido superficial – epiderme e parcial ou profundo – derme.

Silva, Figueredo e Meireles (2007), apontam que existem dois tipos de feridas que são as de espessura parcial e as de espessura total, então para cada uma há um processo de cicatrização diferente, tais como: lesão de espessura parcial inicialmente são preenchidas por sangue, restos celulares desvitalizados e partículas de tecidos que formam uma crosta. As células epiteliais separam-se da membrana basal, migram em direção à área lesionada, ocorre a mitose e progressivamente incorporam-se à camada epitelial. Com a cicatrização concluída, sob a crosta, esta se desprende e inicia-se o processo de queratinização das células proliferadas, resultando em regeneração da pele e cicatriz frequentemente imperceptível.

A cicatrização de feridas com espessura total onde há destruição completa ou perda da epiderme e derme, podendo acometer tecido subcutâneo, músculo e tendões, apresenta o processo de cicatrização extremamente complexo, circundado pelas fases de hemostasia e inflamatória, fibroblástica e de remodelamento, levando um maior tempo para cicatrizar (BORGES, 2007 e IRION, 2005).

A primeira fase – hemostasia e inflamatória relatada por Irion (2005) demonstra ruptura de vasos e extravasamento de sangue como uma reação natural do tecido vivo a qualquer trauma, levando a sequência de eventos da inflamação, inclusive por recrutamento de macrófagos e neutrófilos. Este processo consiste em

respostas vasculares e celulares, responsáveis pelo controle do sangramento e pela remoção de microrganismos, material inorgânico e tecido desvitalizado.

A fase fibroblástica ou proliferativa estende-se até a epitelização total da ferida. Neste processo os fibroblastos encontrados nos tecidos conjuntivos, são trazidos para a ferida através dos mediadores químicos e passam a sintetizar e secretar colágeno, elastina e proteoglicanos (BORGES, 2007).

Assim segundo Hess, 2002, inicia-se o processo de migração de células endoteliais da periferia para o centro da lesão; formando o tecido de granulação e preenchendo a ferida, onde as bordas se aproximam reduzindo a superfície da mesma. À medida que a proliferação epitelial persiste na presença de tecido vascular viável, ocorre a epitelização gradual, que proporciona uma fina cobertura sobre a pele, isolando a ferida do meio externo, resultando na formação de uma cicatriz. Nesta fase o número de fibroblastos é reduzido gradativamente, até o seu desaparecimento (que ocorre após o término da formação do tecido cicatricial), o que caracteriza o final da fase fibroblástica.

Para a autora, a fase de remodelamento – maturação inicia-se a partir da formação do tecido cicatricial e caracteriza-se pelas mudanças na forma, tamanho e resistência da cicatriz. A etapa de remodelamento, que pode durar de 21 dias a 2 anos, avança e a coloração rosa e brilhante de uma cicatriz imatura vão sendo gradativamente substituída por um tom mais suave até atingir um tom esbranquiçado ganhando força de tensão característico de uma lesão madura. No entanto a pele só recupera 80% de sua força original.

A natureza do processo de cicatrização é a mesma para todas as feridas, mas de acordo com a perda tecidual, o método de cicatrização pode ocorrer de tres formas: a cicatrização por primeira intenção e cicatrização por segunda intenção e a cicatrização por terceira intenção

Para Irion (2002) a cicatrização por primeira intenção ocorre para o fechamento de feridas cirúrgicas outras incisões ou lacerações com bordos limpos e regulares. À aproximação do tecido e os bordos com sutura, acontece sem contaminação bacteriana significativa e evolui rapidamente. Enquanto que na cicatrização por segunda intenção, não há possibilidade de sutura com justa posição, pois há perda de tecido, bordos irregulares, necrose tissular, contaminação

microbiana e ainda tecidos desvitalizados o que demanda um tempo prolongado (se infectado) para cicatrizarem. As lesões crônicas da pele, como as úlceras por pressão, as úlceras venosas e as úlceras diabéticas são exemplos clássicos deste tipo de cicatrização, além das escoriações.

Hess (2002) refere que a cicatrização por primeira intenção – feridas cirúrgicas mantidas abertas por 3 a 5 dias para permitir regressão do edema ou infecção e a drenagem de exsudato e recebem grampos ou adesivos cutâneos, cicatrizam por terceira intenção ou primeira intenção tardia. Trata-se de feridas que têm o seu fechamento primário adiado por fatores sistêmicos e locais que interferem no ciclo natural da dissipação da lesão.

2.2.4 Fatores que interferem na cicatrização

Conforme Silva, Figueiredo e Meireles (2007), os fatores sistêmicos – idade, condição nutricional precária, vascularização deficiente, medicamentos sistêmicos imunossupressores, doenças de base e tabagismo – e os fatores locais como infecção, soluções antissépticas tóxicas, tecido desvitalizado, suprimento sanguíneo insuficiente e cobertura inadequada, ambiente seco entre outros, contribuem para o retardo do processo cicatricial.

A população idosa tendem a apresentar cicatrização mais lenta que os jovens com prejuízo no desaparecimento da lesão. A idade avançada interfere no processo de cicatrização devido às alterações metabólicas que costumam acometer o idoso faz com que sua resposta reparadora para lesão seja arrastada. A deficiência nutricional, comprometimento imunológico, circulatório e respiratório além da desidratação deixa a pele do idoso fragilizada e aumenta o risco de lesão e retarda a dissipação de feridas (HESS, 2002).

Ainda para a autora a condição nutricional, a aparência do paciente e da ferida são indicadores para uma reparação tecidual comprometida e exerce grande influência no processo de cicatrização. As proteínas influenciam a síntese de colágeno, a formação de capilares e a proliferação fibroblástica, entre outros eventos. A vitamina C também favorece a síntese de colágeno e possui efeito antioxidante, inibindo a ação de radicais livres no tecido de granulação. O zinco

favorece a epitelização e aumenta a resistência da cicatriz. Análise e monitoramento de exames laboratoriais pode determinar o potencial de recuperação do paciente idoso.

Silva, Figueiredo e Meireles (2007) referem que a vascularização venosas e arteriais deficiente permite o surgimento de úlceras vasculares de membros inferiores. A persistência da insuficiência vascular em indivíduos com a pele fragilizada compromete a oxigenação dos tecidos, dificultando a cicatrização suscetível à infecção. Os fármacos imunossupressores produzem efeitos adversos à cicatrização. A ação dos corticóides é a mais prejudicial, pois diminuem a resistência e a tensão dos tecidos. Os anti-inflamatórios não esteróides que provocam vasoconstrição e suprimem a resposta inflamatória.

Borges (2007) considera que as doenças de base prejudicam direta ou indiretamente a cicatrização das feridas, reduzindo significativamente a capacidade de síntese de colágeno. O diabetes descompensado altera a resposta inflamatória permitindo que o processo infeccioso se propague facilmente. Além disso, a neuropatia periférica afeta a sensibilidade dos membros inferiores, deixando o indivíduo com risco a desenvolver lesões.

O tabagismo é também fator que predispõe diminuição na quantidade de hemoglobina funcional no sangue, reduzindo a oxigenação tecidual, podendo aumentar a agregação plaquetária e causar hipercoagulação.

Os fatores locais que interferem no processo de reparação ao tecido lesionado prejudicam e retardam a cicatrização. Descreveremos a seguir cada um desses fatores segundo Geovanini, Oliveira Junior e Palermo 2007, dentre eles podemos citar:

Hematomas – coleção de sangue com formação de edema, meio de cultura para microrganismos, propiciando cicatrizes demorada e defeituosas;

Edema – impede a proliferação celular e síntese protéica com diminuição do fluxo sanguíneo e o metabolismo, além de favorecer necrose e infecção;

Infecção local – a presença de microrganismos competem com o tecido em formação pelo oxigênio e nutrientes; a liberação de enzimas estimuladas pelos leucócitos destrói os leucócitos existentes;

Ressecamento – a falta de umidade predispõe a infecção e impede a migração celular; as lesões com leito úmido cicatrizam três a cinco vezes mais rapidamente e são menos dolorosas;

Outras causas como perfusão tissular deficiente, tecido necrótico, corpo estranho, incontidência urinária e pressão contínua sobre a área lesionada colaboram para a descontinuidade do processo fisiológico da cicatrização em tempo satisfatório.

Alguns agentes tópicos segundo Silva, Figueredo e Meireles (2007) têm ação prejudicial para cicatrização das feridas, como antimicrobianos e antissépticos, além de corticoides em forma de pomadas, que vêm sendo amplamente estudados e comprovada sua ineficácia. Tais agentes podem provocar o retardo da cicatrização, pelo fato de diminuírem a mobilidade leucocitária no leito da ferida, exercerem efeitos tóxicos para os fibroblastos e prejudicarem a síntese de colágeno, dentre outros efeitos adversos.

Ainda para os autores o tipo de cobertura usada atualmente no mercado, em que há uma grande variedade, com indicações específicas, possui vantagens e desvantagens, que podem contribuir ou não para o efeito desejado àqueles que sofrem com lesões crônicas, aqui se destacando os idosos.

A maioria dos idosos enfrenta dificuldades no que diz respeito ao tratamento de doenças que chegam juntamente com a terceira idade. Observando que as limitações já descritas anteriormente da pessoa idosa pioram com a dificuldade de controle e cuidado das patologias crônicas degenerativas, ocasionando o surgimento de lesões crônicas, vimos à necessidade de buscar informações que possibilitem identificar a atuação da equipe multiprofissional da estratégia saúde da família na assistência prestada para a terapêutica destas feridas.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo da pesquisa iremos apresentar e justificar os caminhos que seguimos durante todo o processo de investigação, isto é, os passos metodológicos que foram utilizados para realização da pesquisa, e que culminou com o desenvolvimento do trabalho.

3.1 Tipo de pesquisa

O estudo constituiu numa pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-la mais explícita ou a constituir hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Para Gil (2008), a pesquisa de natureza exploratória acontece quando envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o problema pesquisado e exemplos para a compreensão. Com finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Este tipo de pesquisa é a que apresenta menor rigidez no planejamento e proporciona um maior conhecimento para o pesquisador acerca do tema e possibilita a formulação de problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

Segundo Marconi; Lakatos (2008) o estudo descritivo, tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, a utilização padronizada de coleta de dados, tais como, questionário, formulário, história de vida, etc. Estas pesquisas, descritivas e exploratórias, são as mais utilizadas pelos pesquisadores.

Considerando os autores citados, enfoque quantitativo vale-se do levantamento de dados para provar hipóteses baseadas em números padrões de comportamento e principalmente a expansão dos dados, ou seja, a informação que se fundamenta na ocorrência de fenômenos envolvidos e acrescenta as vantagens desta abordagem que visa, à precisão e controle, integração dos métodos de quantificação e qualificação, explicitação dos passos da pesquisa e prevenção da inferência e da subjetividade do pesquisador.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nos Serviços de Atenção Primária nas Estratégias de Saúde da Família – ESFs da zona urbana na Cidade de Picuí - PB. Este município foi escolhido pelo fato de que a pesquisadora participante reside no mesmo, o que possibilitou a coleta de dados referente a esta pesquisa com a população idosa, sem elevados custos para a concretude do estudo.

1.3. População e amostra

A população foram todos os idosos portadores de lesões crônicas, sendo estas úlceras varicosas, diabéticas, por pressão e arteriais. E a amostra composta nesta pesquisa envolveu 20 (vinte) idosos de ambos os sexos. As informações colhidas foram relatadas pelos mesmos e quando impossibilitados, pelo cuidador. Para a inclusão na pesquisa, consideramos indivíduos com 60 anos ou mais, ser acometido de lesões crônicas e cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

Na construção do projeto de pesquisa, foi planejado uma amostra com 30 (trinta) idosos, mas no período da pesquisa janeiro e fevereiro do ano em curso, a pesquisadora só conseguiu identificar 20 (vinte) idosos, representando assim 66,67% do total de 30 idosos propostos para o estudo.

1.4. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um formulário de entrevista, contendo questões pertinentes à pesquisa. Todas objetivas, divididas em duas etapas: a primeira composta por 5 perguntas, relacionadas as características sócio culturais e a segunda composta por 7 perguntas relacionadas ao tema da pesquisa.

1.5. Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi formalizada após encaminhamento da pesquisadora responsável à Secretaria de Saúde do Município de Picuí - PB, comunicando a pretensão da pesquisa e solicitação de autorização para a realização da mesma nas ESFs e seguidamente aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE.

A coleta de dados foi realizada, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, em dias úteis, nos turnos manhã e tarde, havendo o cuidado prévio, por parte da pesquisadora participante em realizá-la em ambiente privativo, calmo, tranquilo, sem interferências nas informações reais, atendendo aos seguintes passos: contato prévio com os idosos acometidos por lesões crônicas e agendada a data para a coleta dos dados; apresentação dos objetivos e finalidades da pesquisa, como também a importância de sua participação; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), assinado pelas pesquisadoras.

3.6 Análise e Interpretação dos dados

Os resultados obtidos foram agrupados e distribuídos segundo frequência e percentuais, analisados no enfoque quantitativo e apresentados através tabelas e gráficos no programa Excel 2007. Posteriormente, interpretados de acordo com a literatura pertinente.

3.7 Aspectos éticos

No desenvolvimento do estudo foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa. Assim como a Resolução COFEN, nº 311/2007 que disciplina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Para tanto foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) e o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Posteriormente, foi

solicitada a autorização do responsável legal do sujeito, objeto da pesquisa, atendendo os mesmos direitos.

3.8. Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. Do Centro de Educação e Saúde – (CES) *Campus* Cuité disponibilizou o acervo da biblioteca, conectivos e a orientação docente, bem como a banca examinadora.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, foram analisados e discutidos os dados relacionados à caracterização socioeconômica dos participantes e dados sobre as questões norteadoras da pesquisa.

3.3 Caracterização da amostra

O grupo amostral do estudo foi composto por vinte idosos, os quais foram caracterizados segundo as variáveis faixas etárias, gênero, ocupação e escolaridade.

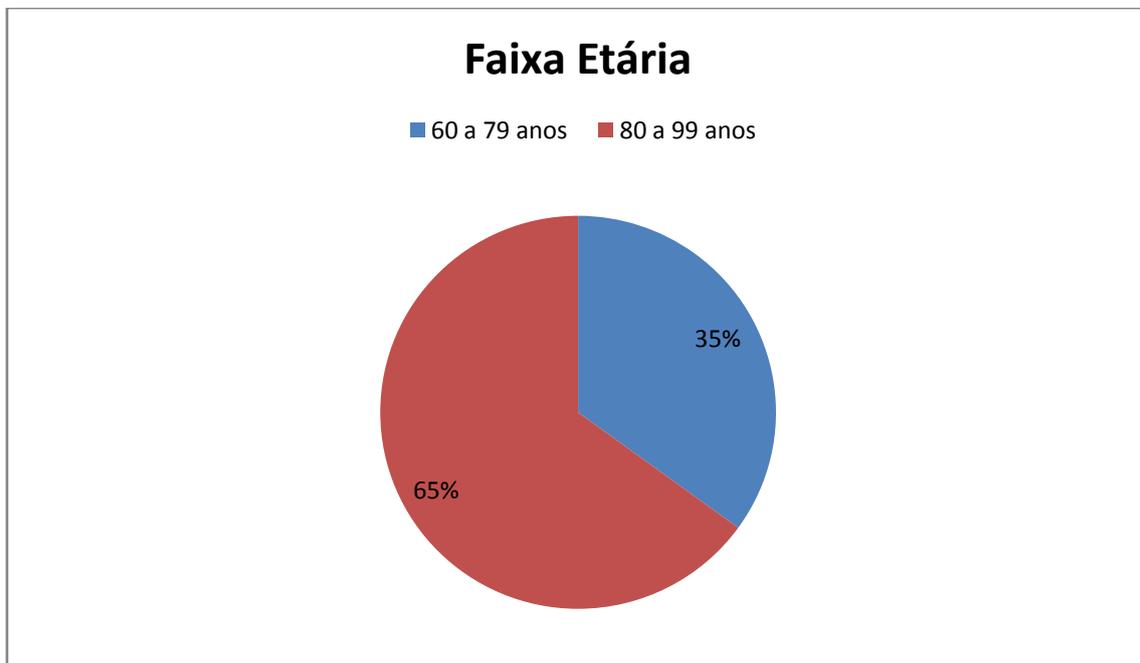


Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo faixa etária dos idosos.

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

Conforme demonstra o **gráfico 1**, 35% (7) indivíduos participantes da amostra tinham idade entre 60 a 79 anos e os 65% (13) restantes apresentava idade entre 80 a 99 anos.

A terceira idade constitui uma parcela significativa da sociedade, fato este que pode ser explicado pelo aumento na expectativa de vida da população. De acordo com IBGE (2010), uma nova realidade brasileira é apresentada por dados que apontam a existência de 22 milhões de idosos. Destes, 6,5 milhões (30%) estão

em plena atividade, considerando que as pessoas de 70 anos atualmente estão tão mais saudáveis que as de 60 de três décadas atrás.

Esta longevidade está relacionada com controle da natalidade, o avanço na medicina preventiva e curativa, e serviços de saúde com maior aparato que, em geral contam com equipes multidisciplinares para prestar o cuidado integral e específico a esta população, que estão conseguindo se manter ativas, físicas e mentalmente, por muito mais tempo.

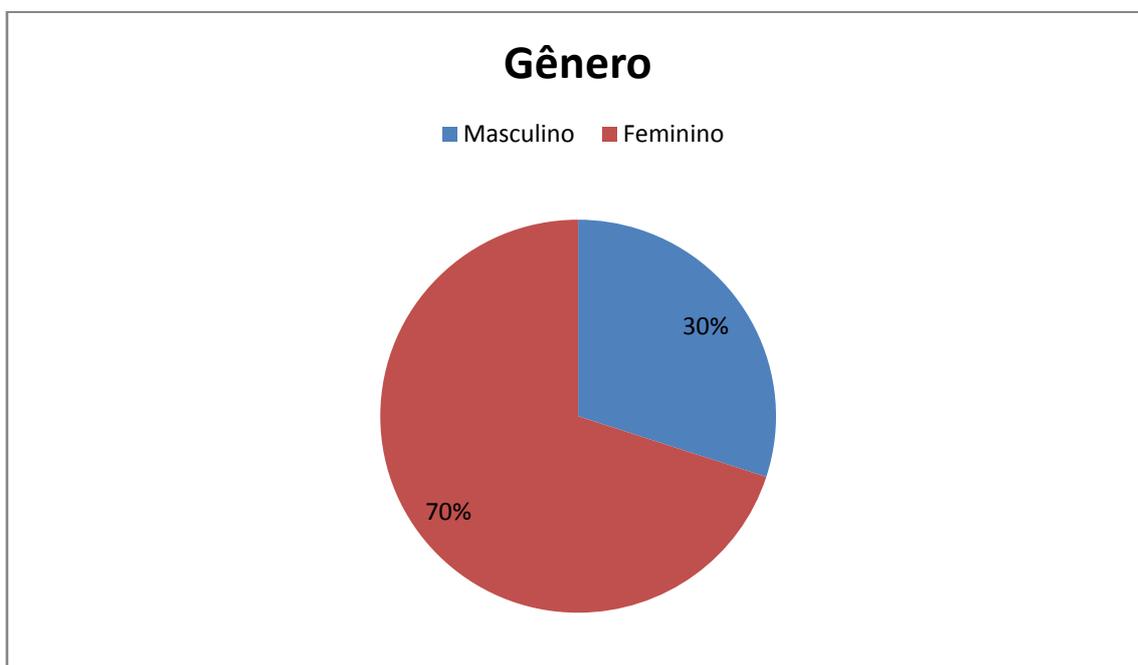


Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra segundo o sexo dos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

O **gráfico 2** revela que 70% (14) desses idosos era do gênero feminino e 30% (6) do gênero masculino.

Não foram encontrados dados na literatura que relacionem a presença de lesões crônicas com relação ao sexo, pois tanto mulheres quanto homens podem sofrer com lesões de pele.

Neste contexto, Nunes (2006) afirma que o número de lesões do tipo úlcera venosa em sua maioria está representado pela população feminina assim como no referido gráfico, fato decorrente de vários fatores, tais como: a gravidez e os hormônios anticoncepcionais, constituição orgânica, estilo de vida, etc.

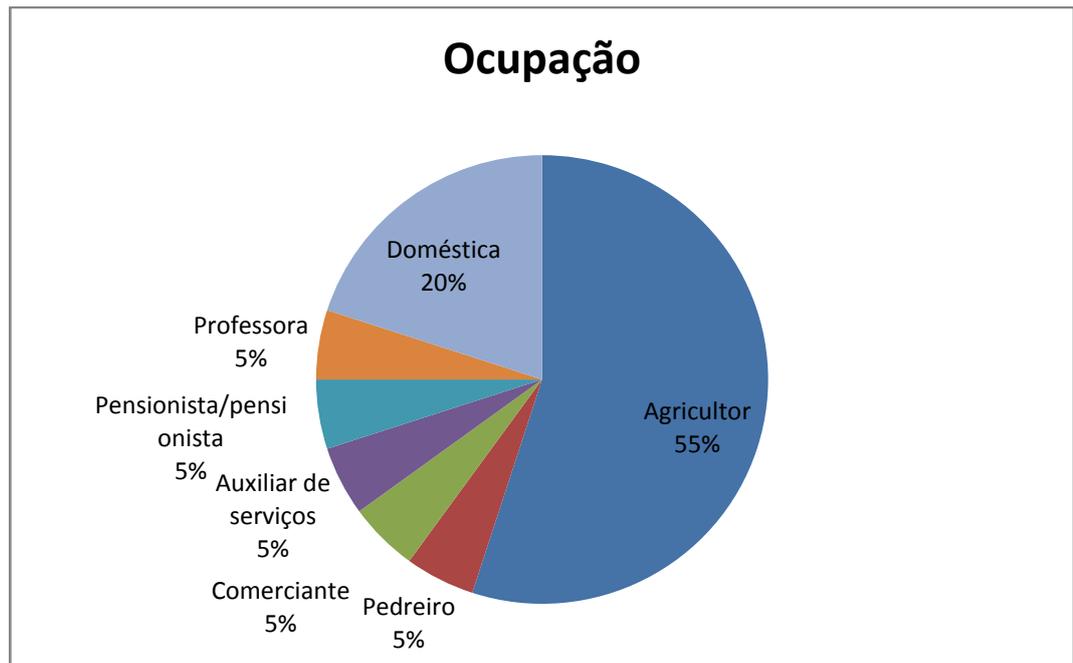


Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra segundo a profissão/ ocupação dos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

De acordo com o **gráfico 3**, a ocupação/profissão dos entrevistados que merece destaque na pesquisa e que em sua maioria desenvolveram lesões crônicas foram os agricultores, com mais da metade representando 55% (11). Outras profissões apresentadas foram pedreiro 5% (1), comerciante 5% (1), auxiliar de serviço 5% (1), lavadeira/pensionista 5% (1), professora 5% (1) e doméstica 20% (4).

Na literatura não foi encontrada nenhuma correlação entre a ocupação profissional e a prevalência no surgimento das lesões. No entanto sabemos que os agricultores estão sempre expostos a acidentes, desenvolvimento de doenças e lesões e não buscam os serviços de saúde para orientação sobre prevenção e proteção destes agravos. Em décadas anteriores ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (1990), a saúde pública ainda se mostrava precária para a oferta dos serviços com qualidade e conscientização da população.

A agricultura está diretamente relacionada à exposição solar que por tempo prolongado em altas temperaturas agride o tecido tegumentar, deixando a pele fragilizada podendo então ser considerada o principal fator de risco para o surgimento precoce ou tardio de lesões. E segundo Silva; Figueredo; Meireles, (2007), a pele exposta por muitos anos sem proteção, induz o surgimento de

enrugamento e arqueamento da pele, esta se torna mais seca e susceptível a queimaduras, lesões e infecções.

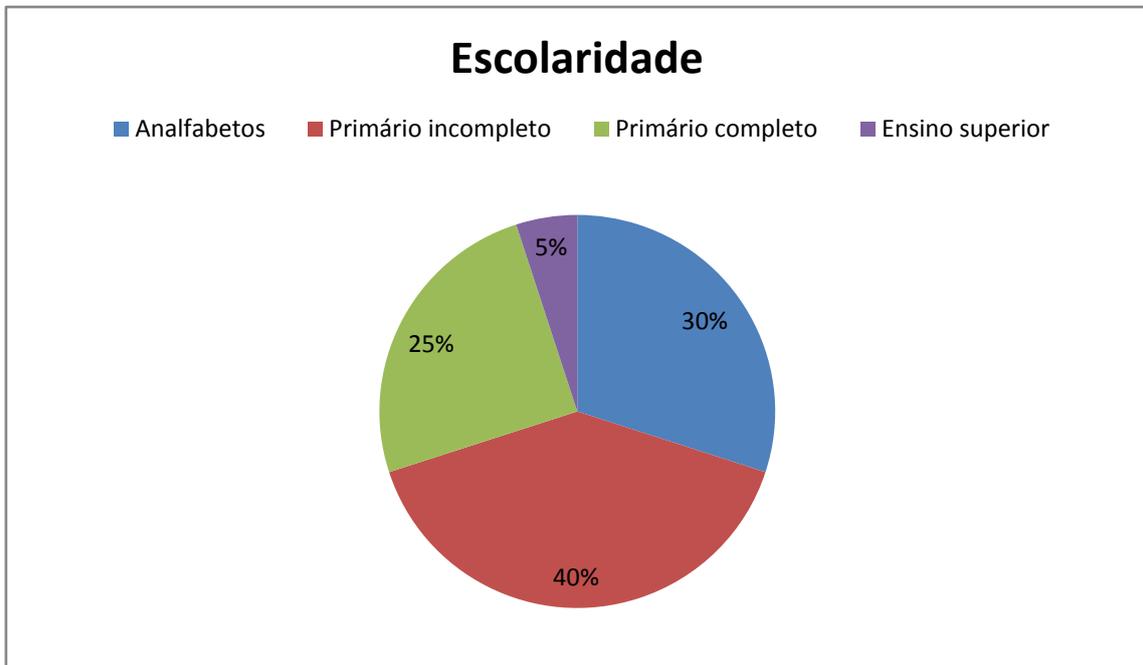


Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra segundo escolaridade dos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

O **gráfico 4**, mostra a distribuição conforme o grau de escolaridade dos entrevistados, destes: 30% (6) são analfabetos, 5% (1) tem ensino superior completo, 25% (5) possui primário completo e 40% (8) primário incompleto.

A literatura não relaciona à questão de escolaridade com relação à lesão crônica. No entanto, sabe-se que o pouco ou nenhum estudo, deixa o indivíduo vulnerável à insuficiência no autocuidado em relação a higienização e colaboração para o tratamento instituído no processo saúde/doença, desta forma aderem a saberes populares de culturas e crenças que na maioria das vezes interfere no processo de cicatrização da lesão, e que de certa maneira, estas práticas não têm correlação com a ciência.

3.4 Caracterização da amostra relacionada a questões norteadoras

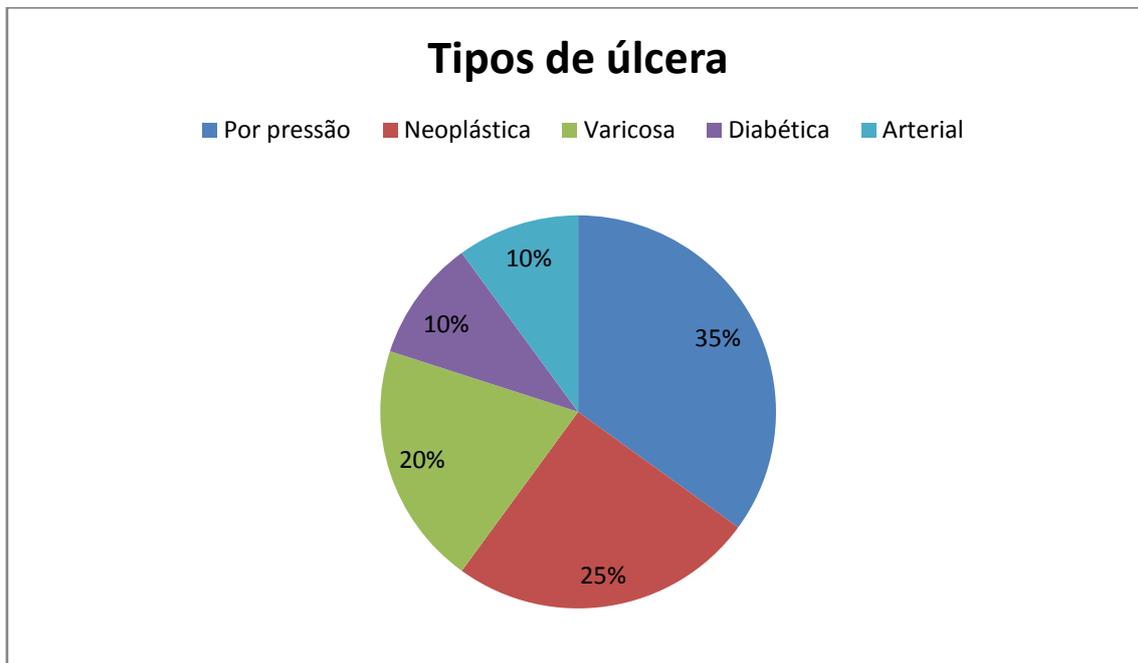


Gráfico 5: Distribuição da amostra segundo os tipos de úlceras dos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

Segundo o **gráfico 5**, o tipo de úlcera que prevalece é a úlcera por pressão 35% (7), seguida das úlceras neoplásicas 25% (5), das úlceras varicosas 20% (4), das úlceras diabéticas 10% (2) e por último das úlceras arteriais 10% (2).

Como a maioria dos entrevistados estava na condição de restrição ao leito com impossibilidades para realizar mobilização na cama e/ou em cadeira de rodas a prevalência das úlceras por pressão foi maior neste público.

Conforme Borges et al (2007), a úlcera por pressão – UP é bastante comum na população idosa confinados no leito e na cadeira de rodas, estes podem desenvolver as feridas dentro de três semanas e estas se prolongarem por meses ou anos se não receberem tratamento adequado.

Segundo Araújo; Gouveia (2007) em pesquisa realizada em pacientes internados a maioria deles desenvolvem UP em suas residências, anteriormente a hospitalização e isto se deve ao desconhecimento da família e cuidadores dos idosos sobre os fatores de risco para o surgimento dessas lesões e medidas preventivas das mesmas.

Considerando a profissão/ocupação dos sujeitos entrevistados, vimos que 55% são de agricultores, que ficaram susceptíveis por todo tempo de trabalho a lesões, aqui destacamos as lesões neoplásicas de pele, estas estão relacionadas a alguns fatores de risco, entre as quais está a exposição solar excessiva e desprotegida, a principal causa para o seu desenvolvimento. Conforme Santos et al (2007) há uma forte correlação entre o câncer da pele e a radiação ultravioleta (RUV), uma radiação componente do espectro eletromagnético e que alcança em grande parte, a troposfera terrestre.

Nas úlceras venosas, a representação de 20% na pesquisa advém do gênero feminino, que apresentam maiores fragilidades para desenvolver este tipo de lesão, decorrentes de dois fatores importantes ao gênero feminino, que é a gravidez e os hormônios sexuais – progesterona e o estrogênio (NUNES, 2006).

No tocante das úlceras diabéticas, sabemos que os indivíduos com esta patologia crônica desenvolvem alterações nos MMII chamado de pé diabético, caracterizado pelo estado fisiopatológico multifacetado, por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem como consequência da neuropatia em 90% dos casos, da doença vascular periférica e de deformidades. As lesões geralmente decorrem de trauma e freqüentemente se complicam com gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização, as quais podem resultar em amputação, quando não se institui tratamento precoce e adequado (VIGO; PACE, 2005).

Segundo Irion (2005) as úlceras arteriais acometem com mais frequência indivíduos do sexo masculino com idade acima de 50 anos, porém ambos os gêneros estão expostos a desenvolverem esta patologia bastando tão somente possuírem um ou mais fatores de risco para o desencadeamento da insuficiência arterial, a saber, tabagismo, doenças de base hipertensão arterial e diabetes, e outras. Para Araújo; Gouveia, (2007) por conseqüências das comorbidades associadas à circulação sanguínea deficiente a população idosa enfrentam problemas com úlcera arterial em MMII de difícil tratamento farmacológico e curativo, restando tão somente à amputação

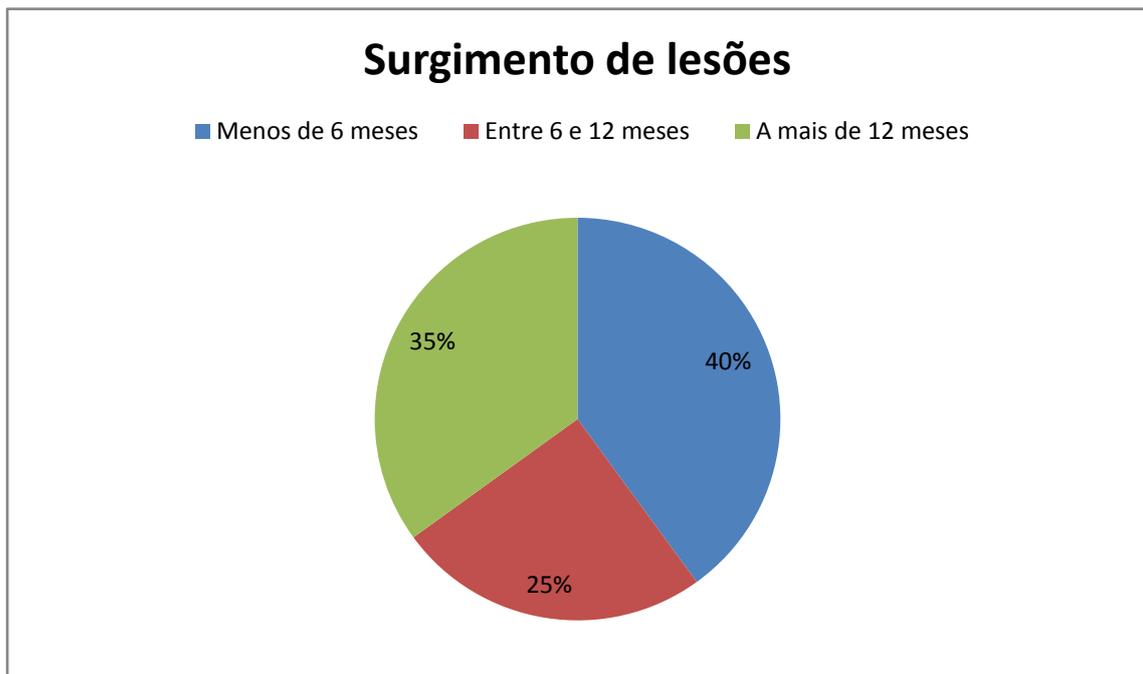


Gráfico 6: Distribuição da amostra segundo o surgimento de lesões em idosos.

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

O **gráfico 6** apresenta o surgimento da lesão em 40% (8) dos idosos em menos de 6 meses, 25% (5) deles possuíam a lesão entre 6 e 12 meses, outros 35% (7) apresentavam a lesão a mais de 12 meses.

Os idosos participantes da pesquisa e que responderam, estavam sofrendo com a lesão há menos de seis meses, podemos considerar que os mesmos padecem de lesões agudas. Segundo Geovanini, Oliveira Junior e Palermo (2007), as lesões agudas originadas de cirurgias ou traumas, tem sua reparação em tempo adequado, sem complicações e atendem seu tempo de cicatrização esperado.

Cerca de 60% dos idosos afirmaram estarem acometidos de lesões, por um período que ultrapassa 6 meses, podemos considerar que trata-se de lesões crônicas, que ainda segundo o autor acima citado, as lesões crônicas são aquelas que não se repara em tempo esperado e apresentam complicações, sendo estas as mais frequentes na população idosa.

Esta frequência se dá devido à fragilidade cutânea que estas possuem, pelo fato da pele apresentar uma produção deficiente de colágeno resultando em um tegumento cada vez mais fino e elástico, além disso, acontecem as alterações metabólicas, principalmente as vasculares que prejudica na circulação, dificultando a

oxigenação da ferida sendo mais complicada a sua cicatrização (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

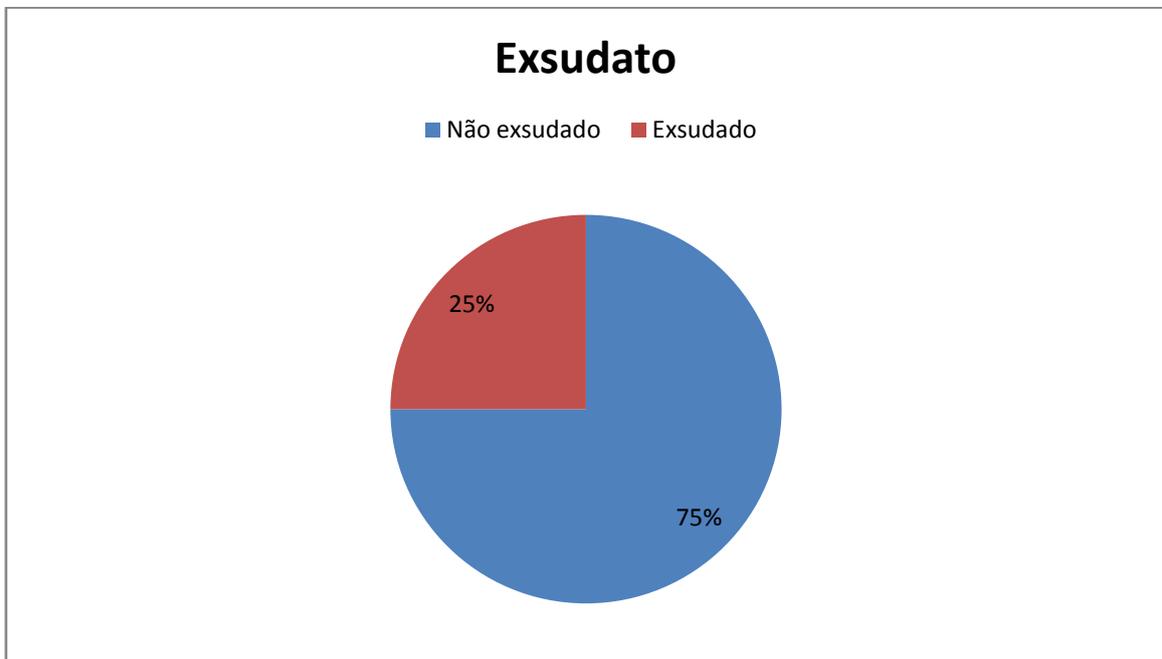


Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo o exsudado nos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

Conforme o **gráfico 7**, 75% (15) entrevistados não apresentavam exsudato em sua lesão, enquanto que 25% (05) produziam.

Neste contexto as lesões com pouco ou nenhum exsudato demonstram que estão evoluindo de uma fase inflamatória para a fase proliferativa, assim dando continuidade para a fase de remodelamento em que tem início a formação do tecido cicatricial, caracterizando-se pelas mudanças na forma, tamanho e resistência da cicatriz (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007).

Neste aspecto, mostra que os profissionais da equipe Saúde da Família estão fazendo o tratamento e dando as orientações necessárias aos idosos e a seus cuidadores coerentes com a literatura, logo que a maioria dos entrevistados não apresentava secreções em suas lesões, estas evoluem para a cura.

Quanto às lesões que apresenta de moderada a grande quantidade de exsudato, pode-se observar que esta é uma fase de inflamação com infecção ou colonização e desta forma considerando-se o prejuízo funcional e fisiológico que

apresenta os indivíduos com 60 anos ou mais, a evolução do processo de cicatrização continuará lento, estagnado ou até mesmo avançado com agravamento em sua extensão e profundidade (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR; PALERMO, 2007).

Com todos estes fatores correlacionados, a lesão, evoluirá para a cronificação. Infelizmente nestes casos os profissionais da equipe Saúde da Família não tiveram oportunidades para o tratamento destas lesões já que em algumas destas são necessárias coberturas especiais em que muitas vezes o SUS não oferece e geralmente são curativos caros que alguns idosos não podem adquirir.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as características do tecido dos idosos.

Tipos de Tecidos	Frequência (n)	%
Epitelizado	10	31,25
Granulação	11	34,37
Desvitalizado	6	18,75
Esfacelado	3	9,38
Infeccionado	2	6,25
Total	32	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

A **tabela 1** demonstra os tipos de tecidos encontrados em cada lesão, entendendo que cada sujeito participante da pesquisa apresentava mais de um tipo de tecido, em que 31,5% (10) apresentavam tecido epitelizado, 34,37% (11) estavam em granulação, 18,75% (6) com tecido desvitalizado, 9,38% (3) com tecido esfacelado, 6,25% (2) estavam com tecido infeccionado.

É possível observar a partir deste gráfico que as lesões encontradas estavam com aspecto favorável, e a maioria destas se encontravam em fase de granulação e epitelização. Neste caso, Silva, Figueiredo e Meireles (2007) enfatiza que a fase fibroblástica - reconstitutiva – estende-se da gradulação até a epitelização

total da ferida, nesta fase, as células proliferam-se e dão origem ao tecido de granulação, levando a migração de células endoteliais da periferia para o centro da lesão, formando o tecido epitelial da lesão. Nesta pesquisa o número de lesões com tecido desvitalizado, esfacelado e infectado foi mínimo, o que reflete o raciocínio que as lesões encontradas estavam sendo bem acompanhadas e tratadas pelos profissionais com a colaboração dos idosos e cuidadores.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as doenças e causas associadas nos idosos.

Doenças e causas associadas	Frequência(n)	%
Hipertensão arterial	15	34.1
Mobilidade física prejudicada	9	20.4
Nutrição deficiente	7	15.9
Diabetes	7	15.9
Tabagismo	5	11.4
Medicamentos imunossupressores	1	2.3
Alcoolismo	0	0
Total	44	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

A **tabela 2** mostra as morbidades identificadas dentre os idosos envolvidos no estudo, revelando 34,1% (15) portava hipertensão arterial, outros 20,4 % (9) estavam em mobilidade física prejudicada, correspondendo às patologias mais presentes nos pacientes idosos que desenvolveram lesões crônicas; seguidos da presença de nutrição deficiente 15,9% (7), diabetes 15,9% (7), tabagismo 11,4% (5), medicamentos imunossupressores 2,3% (1) e nenhum entrevistado relatou ser etilista.

Algumas doenças crônicas – como o diabetes e a hipertensão arterial – beneficiam o desenvolvimento de lesões e comprometem a cicatrização das feridas, pois reduzem significativamente a capacidade de síntese de colágeno e no caso do diabetes, a resposta inflamatória ocorre de forma mais lenta, favorecendo o processo de infecção (BORGES et al, 2008).

Em conformidade com o mesmo autor a mobilidade física prejudicada e a nutrição deficiente, proporcionam o surgimento das lesões e dificuldades no tratamento pelo fato de estarem relacionadas ao déficit de oxigênio e nutrientes que chegam aos tecidos em detrimento de uma má circulação, devido às patologias crônicas degenerativas, interferindo também no processo de cicatrização.

No caso do uso do tabaco, este favorece baixa concentração de oxigênio nos tecidos podendo afetar a velocidade de cura das feridas, possibilitando o aumento na extensão e na profundidade da solução de continuidade atingindo camadas subjacentes – fascias musculares, tendões, ligamentos e ossos – evidenciando a necessidade de desbridamento ou amputação em última instância (SILVA; FIGUEREIDO; MEIRELES, 2007).

No caso dos medicamentos imunossupressores a ação dessas drogas pode comprometer a reação inflamatória inicial, diminuir ou inibir a fibroplasia, comprometendo a síntese protéica, limitando a angiogênese com redução da fisiologia da cicatrização e aumentando o período de cicatrização nas três fases: inflamação, proliferação e maturação (BORGES et al, 2008).

Considerando que todos os entrevistados da pesquisa apresentavam fatores de risco, facilitadores para o desenvolvimento das lesões e conseqüentemente a difícil cicatrização, na inspeção foi observado que muitos estavam em mobilidade física prejudicada – restrito ao leito ou a cadeira de rodas – alguns emagrecidos, outros com nutrição deficiente e poucos referiram tabagistas.

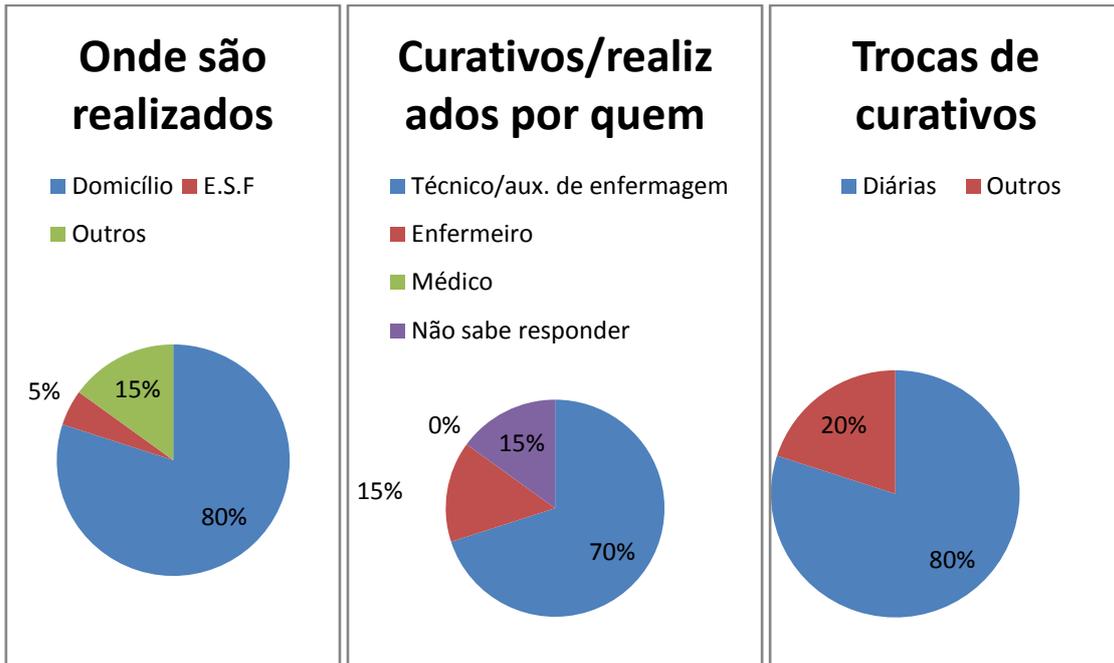


Gráfico 8: Distribuição da amostra segundo a realização e troca de curativo nos idosos.
Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

O gráfico mostra a quantificação de profissionais da área da saúde em relação ao cuidado com idoso lesionado. As visitas domiciliares era realizada 1 vez por mês pelo médico (a) da ESF – o mesmo não realizava o curativo – em 15% (3) dos sujeitos participantes da pesquisa, o curativo era realizado pelo técnico de enfermagem particular em seu domicílio e não pela ESF, outros 70% (14) indivíduos pesquisados, o curativo da lesão era realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, em suas residências, e estes, por sua vez ensinava ao cuidador e ao idoso, muitas vezes o próprio idoso era quem fazia o curativo. E 15% (3) idosos sujeitos da pesquisa não faziam curativo.

Na amostra da pesquisa, 80% (16) idosos analisados faziam troca diária de curativo, em seus respectivos domicílios e apenas 1 idoso recebia atendimento diário na ESF enquanto que os demais 20% não recebiam atendimento e nem a troca de curativo diário.

De acordo com Moraes, Oliveira e Soares (2008), o profissional de enfermagem possui um papel importante quando se refere ao cuidado do paciente, e este cuidar tem maior relevância quando trata-se da assistência ao tratamento de feridas, uma vez que este disponibiliza maior tempo com o seu paciente, acompanhando a evolução da lesão, orientando e executando o curativo.

Deste modo, é função dos profissionais enfermeiros, atuarem no tratamento de feridas/úlceras crônicas, podendo oferecer maior conhecimento científico associado ao cuidar das lesões. No entanto, esta é uma realidade distante do cotidiano das ESF, visto que a equipe de enfermagem inclui uma sobrecarga de funções burocráticas, e deixa esta assistência em segundo plano, tendo como consequência, prejuízos no tratamento da clientela idosa acometidas por lesões crônicas. Assim, entendemos que é de suma importância que as Unidades de Saúde da Família (USF), adotem um protocolo de atendimento específico para cada tipo de lesão e tenha a assistência à saúde do idoso, como prioridade.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo os instrumentos utilizados no curativo da lesão dos idosos.

Instrumentos utilizados	Frequência(n)	%
Gazes e ataduras	17	33.33
Luvas	16	31.37
Pinças	11	21.57
Outros	4	7.85
Máscaras	3	5.88
Total	51	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

A **tabela 3** demonstra os instrumentos utilizados pelos profissionais da saúde, cuidadores e idosos para a realização do curativo da lesão, entendendo que em cada lesão eram usados mais de um instrumento, representados por: 33,33 % (17) gases e ataduras; 31,37% (16) luvas; 21,57% (11) pinças para a retirada do tecido desvitalizado e esfacelado até mesmo infectado; 7,85% (4) algodão e 5,88% (3) máscaras.

O uso do equipamento de proteção individual é muito importante tanto para proteger a quem está realizando o curativo, quanto a quem está recebendo o

cuidado no tratamento da ferida. O profissional que acompanha o cliente portador de feridas deve atentar para o aparecimento de complicações do tipo infecção, fistulas, túneis e produção de exsudato. Por isso deve utilizar de técnica asséptica para realização do tratamento, e dessa maneira diminuindo o risco de infecção e avançando no processo de cicatrização (BORGES, 2008).

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo as substâncias utilizadas no curativo da lesão nos idosos.

Substancias Utilizadas	Frequência(n)	%
S.F	17	36,96
Pomadas	13	28,26
Água e sabão	13	28,26
Outros	3	6,52
AGE	0	0
Total	46	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

A **tabela 4** evidencia que o soro fisiológico a 0,9% é substância mais utilizada 36,96% (17) no tratamento das úlceras crônicas, seguido de pomadas 28,26% (13), água e sabão representando também 28,26% (13). Outras substâncias como alguns óleos e ervas no tratamento da lesão, representado por 6,52% (3). Importante resaltar que nenhum entrevistado relata ter usado ácidos graxos essenciais (AGE) em sua lesão.

Não existe o melhor produto para a realização do tratamento da ferida ou o único em todo o processo cicatricial, é necessário o conhecimento científico para identificar e conhecer a melhor indicação e contra-indicação no tratamento de lesões, buscando os benefícios que os produtos oferecem. A escolha do produto irá depender do tipo de lesão, o tamanho, presença de exsudato que indicam sinais de infecção da ferida e por fim o procedimento a ser instituído.

O soro fisiológico é a solução anti-séptica utilizada em todos os tipos de lesões para a limpeza e proporcionar umidade no leito das mesmas, embora outras substâncias coadjuvantes possam também ser usadas com função tópica direta nas lesões, podendo ser antibióticas, antifúngicas ou desbridantes (PEREIRA; GOUVEIA, 2007).

Ainda para as autoras a utilização de soluções anti-séptica para o tratamento de feridas em associação com os curativos biológicos existentes no mercado trazem benefícios necessários e importantes na cicatrização das feridas, embora os sujeitos pesquisados não relataram o uso destes, por não conhecerem ou por não terem condições financeiras para tal.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo as orientações relatadas pelos profissionais da saúde aos idosos e os seus cuidadores.

Orientações	Frequência	%
Repouso	9	30
Outros	9	30
Elevação do MMII	6	20
Massagem	5	16,7
Não sabe responder	1	3,3
Total	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Picuí (2012).

A **tabela 5** demonstra as orientações relatadas pelos profissionais da saúde aos idosos e cuidadores, entendendo que cada entrevistado recebam mais de uma orientação sobre o cuidado da ferida, sendo, entre estas as de maior destaque o repouso e a mudança de decúbito representados por 60% (18), em seguida elevação dos MMII 20% (6), massagem 16,7% (5) e 3,3% (1) dos sujeitos se absteve a resposta por não saber.

É de fundamental importância as orientações prestadas aos pacientes portadores de úlceras crônicas, considerando que as agressões sofridas pelo

sistema tegumentar requerem uma variedade de ações para alcançar bons resultados, ponderando o tempo dispensado ao tratamento específico a recuperação da pele.

Medidas para a melhoria do retorno venoso foi recomendado quando se apontou o repouso e elevação dos MMII, de conhecimento de todos da ESF. (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e outros com a cooperação do paciente, pois a adequada orientação de repouso é muito valiosa para se obter cicatrização da úlcera, pois diminui os efeitos da hipertensão venosa e a elevação dos MMII acima do nível do coração cerca de três a quatro vezes durante o dia e por 30 minutos, apresenta resultados satisfatórios (ABBADÉ; LASTORIA, 2006).

A equipe de saúde da família deve também orientar o paciente quanto à nutrição adequada para uma melhor cicatrização das lesões, para Borges et al (2007), é mais um dos fatores que interfere na cicatrização das feridas – o estado nutricional do paciente.

Outra questão que os profissionais devem desmistificar está no fato da cultura popular em que muitos dos entrevistados usavam em suas feridas óleos de diversas origens, sem saber ao certo sobre os resultados com comprovação científica a partir da pesquisa e da ciência.

A mudança de decúbito também é um ótimo indicador para a prevenção das úlceras por pressão e promoção da saúde com qualidade, que neste estudo também recebeu destaque. Segundo Borges et al, (2007), as medidas preventivas para evitar áreas de pressão adicionais, quando o paciente já pré dispõe essas condições por trazer consigo patologias crônicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terceira idade é uma fase da vida em que necessita-se de um cuidado mais singular, especializado em decorrência do processo fisiológico da pessoa idosa em que parte dos sistemas orgânicos vai perdendo suas funções e vitalidade, principalmente no que concerne o sistema tegumentar, surgindo assim com mais facilidade as feridas.

As úlceras crônicas constituem um importante agravo à saúde dos idosos e acarreta um problema de saúde pública para o serviço de atenção primária, pois trata-se de uma doença de evolução longa e muitas vezes recidivante, associada a outras comorbidades que acometem os idosos.

Assim, este estudo tornou-se importante por conhecer o perfil socioeconômico dos idosos portadores de úlceras crônicas e por identificar a real assistência oferecida pela ESF na cidade de Picuí- PB.

A partir das questões norteadoras foram encontradas na pesquisa as mais variadas formas de úlceras crônicas, em número maior as úlceras por pressão, visto que uma parcela de idosos estava restrito ao leito e alguns eram cadeirantes.

Segundo Araújo; Gouveia (2007) em pesquisa realizada em pacientes internados a maioria deles desenvolvem UP em suas residências, anteriormente a hospitalização e isto se deve ao desconhecimento da família e cuidadores dos idosos sobre os fatores de risco para o surgimento dessas lesões e medidas preventivas das mesmas.

Ainda foram observadas úlceras em fase de epitelização, granulação e com tecidos desvitalizado e esfacelo. Estas por sua vez 75%, não apresentavam exsudato e 25% mostravam. A maioria dos idosos apresentavam doenças crônico-degenerativas associadas – a Hipertensão Arterial e o Diabetes, contribuintes para uma situação de mobilidade física prejudicada, nutrição deficiente, debilidades e demora para cicatrização. Por fim alguns tabagistas e usuários de medicamentos imunossupressores.

Esta pesquisa revelou que os curativos dos idosos lesionados eram realizados nos domicílios, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, cuidadores e

na ausência da equipe de enfermagem, os próprios pacientes executavam os cuidados gerais das feridas, após orientação da enfermagem. É importante resaltar que em muitos casos não usavam a técnica correta para a realização do mesmo, possibilitando agravos ao tratamento das lesões.

Os profissionais também realizavam educação em saúde para prevenção e controle das lesões com orientações sobre repouso, mudança de decúbito, elevação dos MMII e massagens em geral com ou sem uso de óleos e hidratantes.

Sabemos que uma limpeza inadequada, ausência de coberturas apropriadas podem contribuir para o retardamento no processo de cicatrização e recidiva da ferida. Em tais procedimentos eram usados com maior destaque gases, ataduras e luvas, e em relação às substâncias tinham como uso maior o soro fisiológico, água e sabão e pomadas em geral.

O uso de soluções anti-sépticas em associação com os curativos biológicos existentes no mercado trazem benefícios necessários e importantes na cicatrização das feridas, embora os sujeitos pesquisados não relataram o uso destes, por não conhecerem ou por não terem condições financeiras para tal.

Através desta pesquisa percebemos que a ESF no município de Picuí ainda precisa de um melhor subsídio, a exemplo do protocolo para o tratamento das feridas, no que concerne a idosos acamados e acometidos por úlceras, observando que o tratamento prestado aos portadores de úlceras crônicas nesse município não segue as melhores evidências científicas. Todos esses resultados nos leva a fazer reflexões sobre a *práxis* nas ESFs, evidenciando a necessidade de mais estudos sobre o tema além da necessidade da utilização de um protocolo clínico e capacitação dos profissionais prestadores de cuidados aos portadores dessa afecção.

Acredito que este trabalho sirva de base para estudos futuros sobre o tema em questão proporcionando mais uma fonte de pesquisa, e para um melhor e maior conhecimento por parte dos profissionais que lidam com essas vidas preciosas, pois muitas vezes cuidamos de idosos com lesões crônicas e não sabemos avaliar o risco das mesmas.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L.P.F, LASTÓRIA, S. **Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa**. An. Bras. Dermatol., v. 81, n.6, p.509-522, dez 2006.
- ARAÚJO, J S A; GOUVEIA, B L A. **Fatores de riscos mais freqüentes no desenvolvimento de úlcera por pressão no idoso**. João Pessoa 2007.
- BERZUZA. A. A. S.; LAGES, J. S. **Integridade da pele prejudicada: Identificando e Diferenciando uma úlcera arterial de uma úlcera venosa**. ciência, cuidado e saúde.v.3 n.1. Maringá, 2004. Disponível em:
<http://eduejojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5521>. Acesso em: 08 mai 2012.
- BLANES, L. **Tratamento de feridas**. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em:<<http://www.bapbaptista.com>>. Acesso em: 04 set. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. Ed. Brasília, 2006.
- BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.
- BORGES, E. L. et. al. **Feridas: como tartar**. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopemed, 2008.
- BORGES. E.L. *et al.* **Revisão Sistemática do Tratamento Tópico da Úlcera Venosa**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.15, n.6 novembro-dezembro 2007. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 28 abr 2012.
- CARNEIRO. S.; FIRMINO.F. **Úlcera por pressão, feridas neoplásicas e micose fungóide: Reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro**. Prática hospitalar. n. 50. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2050/pdfs/mat%2011-50.pdf>. Acesso em : 08 mai 2012.
- CAVALCANTE, A. M. R. Z. et al. **Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia Saúde da Família**.Revista Eletrônica de Enfermagem.v.12 n.4. Anápolis (GO), 2010.

Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8425/8496>>.
Acesso em: 03 set. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEM, 2007). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <www.cofen.com.br>. Acesso em: 21 out. 2011.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2 Ed. São Paulo: Atheneu, 2001

FERREIRA. M.C.; NETO NUBERTO.T.; WADA. A. **Úlcera por pressão**. Rev. Med. v. 89 n . 3/4. São Paulo, 2010. Disponível em:
<http://scholar.google.com.br/scholar?q=%C3%BA%u00FAlceras+por+press%C3%A3o&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>. Acesso em 08 mai 2012.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA JUNIOR, A. G.; PALERMO, T. C. S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARRIS, M. I. N. C.; HOFFMANN, M. E.; CRUVINEL, A. **Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 04 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/presidencia>>. Acesso em: 04 out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/presidencia>>. Acesso em: 04 out. 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. ed. – 2. Reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, R. M. L. **Envelhecimento e saúde: um problema social emergente**.

Millenium, 27. 2003. Disponível em:

<<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

MENEZES, P.R; GARRIDO, R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica**. Rev.Bras. Psiquiatria.V.24. n.3. São Paulo, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2011.

MORAIS, G. F. da C.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; SOARES, M. J. G. O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública**. Texto contexto- enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104 >. Acesso em: 14 mai 21012.

MICHELETTI C, **Úlcera das extremidades inferiores**. In: GOGIA, P.P. Feridas: tratamento e cicatrização. 1 Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p.79-90.

NUNES, P.J. **Avaliação da Assistência à Saúde dos Portadores de Úlceras Venosas Atendidas no Programa Saúde da Família do Município de Natal/RN**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Natal: UFRN, 2006.

PEREIRA, L C A; GOUVEIA B L A. **Tratamento de feridas com solução anti-séptica: nível de conhecimento entre profissionais de enfermagem**. João Pessoa, 2007.

RESENDE, D. M; BACHION, M.M; ARAÚJO, L. A. O. **Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo decorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família**. Acta Paul Enferm. v.19 n.2 . Serra de Caldas (Goiânia – GO), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a08v19n2.pdf>>Acesso em: 03 set. 2011.

SANTOS, J.O et al. **Avaliação do Nível de Informação quanto à Prevenção do Câncer da Pele em Trabalhadores Rurais do Município de Lagarto, Sergipe**. II

Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica João Pessoa – PB, 2007. Disponível em: <http://www.redenet.edu.br/publicacoes/arquivos/20080226_132944_SAUD-031.pdf>. Acesso em: 18 mai 2012.

SILVA, R. C. L. da; FIGUEREIDO; N. M. A. de; MEREILES, I. B.

Feridas:fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

VERAS. R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev. Saúde Pública.v.43 n.3. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 ago. 2011.

VIGO, K. O.; PACE, A. E. **Pé diabético: estratégias para prevenção.** Acta Paul Enferm. v. 18 n 1. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a14v18n1.pdf>>. Acesso em: 18 mai 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Relato dos idosos acometidos por lesões crônicas assistidos na Estratégia Saúde da Família” e será desenvolvida pela pesquisadora participante Raquel Farias de Barros Dantas, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Centro de Educação e Saúde - CES *Campus* Cuité, sob orientação da pesquisadora responsável, professora Ms Bernadete de Lourdes André Gouveia.

A referida pesquisa tem como objetivo geral conhecer a realidade da assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas na estratégia Saúde da Família do Município de Picuí-PB e como objetivos específicos: caracterizar a amostra quanto aos aspectos socioculturais; Identificar os tipos de lesões crônicas acometidas no idoso; Identificar a assistência oferecida aos idosos acometidos por lesões crônicas; Construir um protocolo de atendimento para lesões crônicas.

Assim esta pesquisa tem como justificativa conhecer a realidade da assistência desempenhada pelos profissionais de saúde da Atenção Primária aos idosos com feridas crônicas.

Para realização desta pesquisa contamos com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada a privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa sem nenhum prejuízo no tratamento da lesão, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer momento do estudo e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua autorização. Esclarecemos que esta pesquisa não oferece nenhum risco aparente aos seus participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário, onde o(a) senhor(a) responderá a algumas perguntas contidas no instrumento (formulário). Os resultados poderão ser divulgados em eventos científicos periódicos e outros, tanto a nível nacional quanto internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

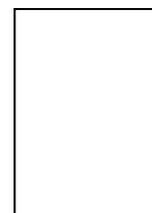
Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE². Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a segunda folha por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Picuí ____ / ____ / 2012

Bernadete de Lourdes André Gouveia

Pesquisadora responsável



Assinatura do participante ou Testemunha

¹Contatos: pesquisadora responsável

²End. do CEP/cep@facene.com.br

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE - UAS CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	
FORMULÁRIO	
INICIAIS DO NOME:	IDADE:
GÊNERO FEMININO ()	MASCULINO ()
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:	ESCOLARIDADE:
TIPOS DE ÚLCERA: ÚLCERA VARICOSA () ÚLCERA DIABÉTICA () ÚLCERA POR PRESSÃO () ÚLCERA ARTERIAL () OUTROS ()	SURGIMENTO DA LESÃO: MENOS DE 6 MESES () ENTRE 6 E 12 MESES () ACIMA DE UM ANO ()
EXSUDATO: SIM () NÃO ()	CARACTERÍSTICA: TECIDO DESVITALIZADO () INFECÇÃO () ESFACELO () TECIDO DE GRANULAÇÃO () TECIDO DE EPITELIZAÇÃO ()
DOENÇAS/CAUSAS ASSOCIADAS: DIABETES () HIPERTENSÃO () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA () NUTRIÇÃO DEFICIENTE () TABAGISMO () ALCOOL () USO DE MEDICAMENTOS IMUNOSUPRESSORES OUTROS ()	
POR QUEM É REALIZADO O CURATIVO DA LESÃO: MÉDICO () ENFERMEIRO () TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM () COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DA LESÃO: TROCA DIÁRIA ()	
EM DOMICÍLIO ()	

NA ESF

NÃO SABER RESPONDER ()

OUTROS ()

DE ACORDO COM A FORMA DE TRATAMENTO, QUAIS OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS?

LUVAS ()

MÁSCARAS ()

PINÇAS ()

GAZES, ATADURAS, ETC ()

NÃO SABER RESPONDER ()

OUTROS ()

DE ACORDO COM O TRATAMENTO, QUAIS AS SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS?

AGUA E SABÃO ()

S.F. 9% ()

POMADAS ()

AGE ()

NÃO SABER RESPONDER ()

OUTROS ()

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES PARA UMA BOA CICATRIZAÇÃO?

REPOUSO ()

ELEVAÇÃO DOS MMII ()

MASSAGEM COM OLÉOS ()

PARTICIPAÇÃO NO TRATAMENTO ()

NÃO SABER RESPONDER ()

OUTROS ()

APÊNDICE C

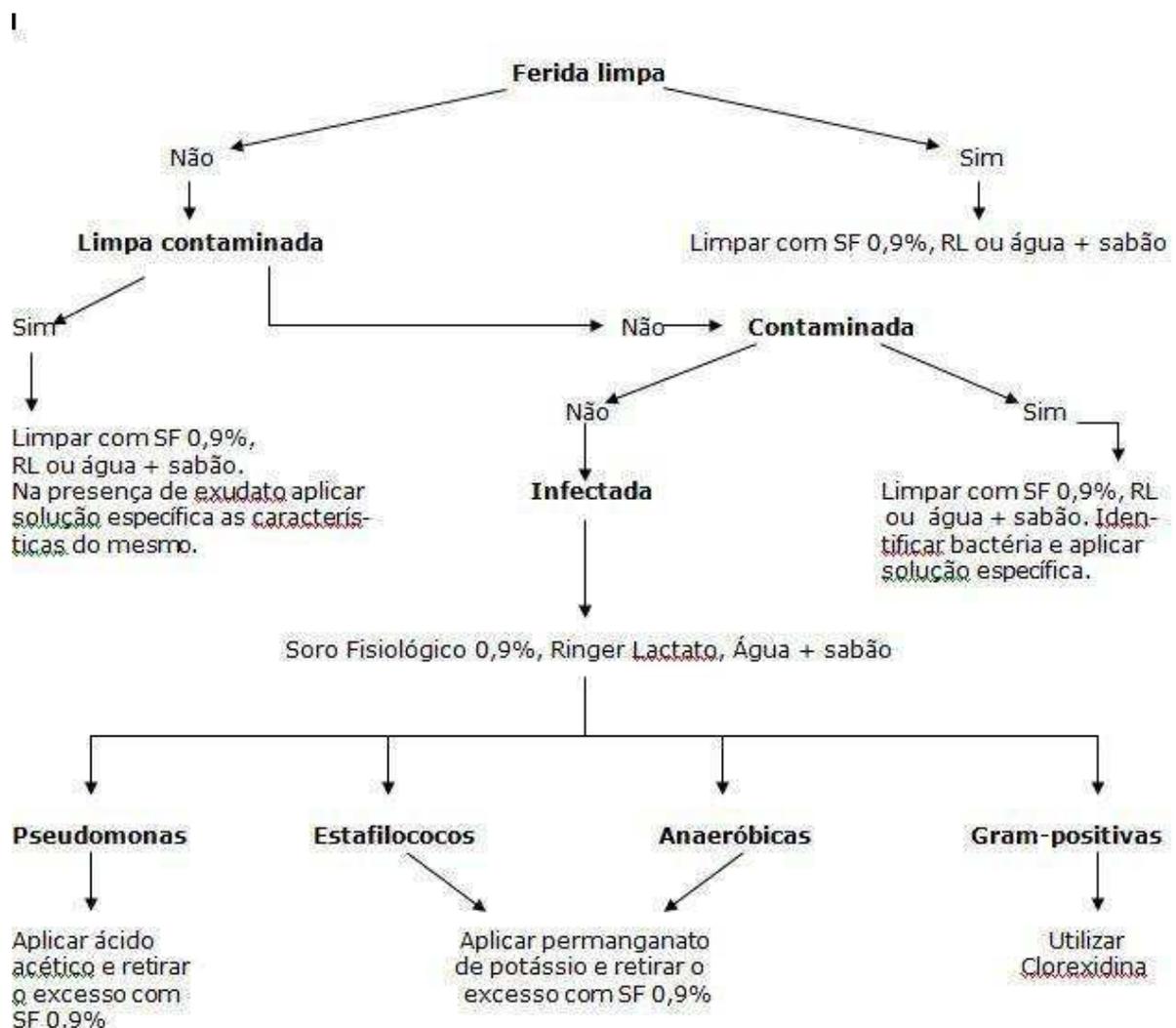
5. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

5.1 Protocolo para o Tratamento de Feridas

O tratamento de feridas, na fase de limpeza, deverá ser iniciado sempre após avaliação do profissional, quanto ao tipo e grau da lesão e solução a ser utilizada.

Vale ressaltar que as sugestões abaixo foram ratificadas á luz da literatura pertinente, e as soluções sugestivas foram citadas pelos profissionais da amostra desta pesquisa. Os mesmos ao utilizarem estas sugestões, deverão estar cientes de seu conhecimento e sua capacidade em avaliar a ferida, para assim manusear estas soluções.

Por fim, atendendo ao alcance de um dos objetivos propostos para o nosso estudo, passamos a expor proposta de protocolo para limpeza de feridas com soluções anti-sépticas.



5.3 Guia Instrucional para o Uso de Substâncias no Tratamento de Feridas

Classificação da Ferida	Soluções utilizadas
Ferida Limpa	Utilizar soro fisiológico a 0,9%, ringer lactato ou água e sabão.
Ferida Limpa-Contaminada	Utilizar soro fisiológico a 0,9%, ringer lactato e água + sabão; por se tratar de uma ferida limpa – contaminada, na presença de exsudato, aplicar a solução indicada conforme característica deste exsudato.
Ferida contaminada	Utilizar soro fisiológico a 0,9%, ringer lactato; conforme identificação da bactéria na lesão, aplicar a solução específica.
Ferida infectada	<p>Utilizar soro fisiológico a 0,9%, ringer lactato; como a infecção já está instalada, aplicar as soluções conforme cada microorganismo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Infecção por pseudomonas: aplicar ácido acético com intuito de destruir as bactérias e diminuir o odor, retirar o excesso do ácido com soro fisiológico e ringer lactato, pois esta solução não pode ficar por um longo tempo na lesão, para não comprometer as estruturas teciduais sadias;• Infecção por estafilococos: utilizar água + sabão e permanganato de potássio, retirar o excesso da solução com soro fisiológico;• Infecção por anaeróbicas: utilizar água + sabão, soro fisiológico para retirar o excesso de exsudato, pode-se também aplicar permanganato de potássio que é indicado para microaerófilos, e têm propriedade cicatrizante;• Infecção por gram-positivas: utilizar a clorexidina, que em seis aplicações diminui a flora bacteriana.
OBS: A água corrente + sabão, soro fisiológico a 0,9% e ringer lactato, pode ser utilizado em todas as fases da ferida.	

ANEXOS



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - FACENE/FAMENE

CERTIDÃO

Certificamos, para fins de publicação, que, na 11ª Reunião Ordinária realizada no dia 07 de Dezembro de 2012, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, aprovou o relatório da pesquisa "RELATO DOS IDOSOS ACOMETIDOS POR LESÕES CRÔNICAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA REALIZADA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", Protocolo: 193/11 e CAAE: 0193.0.351.000-11 registrado em nome da Pesquisadora Responsável: **Bernadete de Lourdes André Gouveia** e da Pesquisadora Participante: **Raquel Farias de Barros Dantas**.

João Pessoa, 16 de Outubro de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
Maria do Socorro Gadelha Nobrega
Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
Secretária do Comitê de Ética

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil