

ISSN 1519-339X / [ISSN 2447-2034] V. On-line

Revista

In Derme

Ano 15 - Nº 75 - Outubro / Novembro / Dezembro - 2015

ENFERMAGEM ATUAL



A Revista Enfermagem Atual In Derme está indexada na base de dados do Cinahl - Information Systems USA, classificada como Qualis International B2 da Capes e no Grupo EBSCO Publicações.

Editora Chefe:

Ms. Alcione Matos de Abreu

Editora Assistente:

Ms. Karina Chamma Di Piero

Financeiro:

Sobenfee

Vendas:

Sobenfee

sobenfee@sobenfee.org.br

Sac:

faleconosco@sobenfee.org.br

Envio de Artigos:

artigosrevistasobenfee@sobenfee.org.br

ENFERMAGEM ATUAL IN DERME é uma revista científica, cultural e profissional, trimestralmente lida por 5.000 enfermeiros. **ENFERMAGEM ATUAL IN DERME** não aceita matéria paga em seu espaço editorial.

CIRCULAÇÃO: Em todo Território Nacional.

CORRESPONDÊNCIAS: Rua México, nº 164 sala 62 Centro –Rio de Janeiro - RJ - (21) 2259-6232 - *faleconosco@sobenfee.org.br*

Periodicidade: Trimestral

Distribuição: Sobenfee

Produção: Letra Certa Comunicação

Diagramação: Cecília Pachá

ENFERMAGEM ATUAL IN DERME reserva todos os direitos, inclusive os de tradução, em todos os países signatários da Convenção Pan-Americana e da Convenção Internacional sobre Direitos Autorais.

A **Revista Enfermagem Atual In Derme** está indexada na base de dados do Cinahl - Information Systems USA e classificada como Qualis Internacional B2 da Capes e no Grupo EBSCO Publicações.

Os Trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Sobenfee que, em qualquer situação agirá como detentora dos mesmos.

Circulação: 4 números anuais: JAN/FEV/MAR – ABR/MAI/JUN – JUL/AGO/SET – OUT/NOV/DEZ

A Revista Enfermagem Atual In Derme é uma publicação trimestral. Publica trabalhos originais das diferentes áreas da Enfermagem, Saúde e Áreas Afins, como resultados de pesquisas, artigos de reflexão, relato de experiência e discussão de temas atuais.

ISSN 1519-339X
[ISSN 2447-2034] V. On-line



Editorial

Caros leitores,

Chegamos à última edição do ano de 2015! Esta é uma edição diferente, pois traz os anais do V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas, que aconteceu concomitante com I Congresso Debra Brasil/ I Fórum de Práticas Integrativas, II Fórum de Enfermagem e Estética, e foi realizado nos dias 24 a 27 de novembro de 2015, no Centro de Convenções Centro Sul, Florianópolis, SC.

O congresso foi uma construção coletiva da SOBENFeE e o comprometimento de todos foi de extrema importância para seu sucesso.

“As feridas do corpo são curadas com tratamento local e sistêmico, de acordo com a evidência científica. ‘As feridas da alma’ são curadas com atenção, carinho e paz”. (Machado de Assis)

Faz-se necessário refletir sobre os dilemas enfrentados diariamente pelos profissionais de enfermagem que atuam na prevenção e no tratamento de feridas crônicas.

Gostaria de agradecer a todos os leitores, pois vocês são os responsáveis pelo sucesso da revista Enfermagem Atual In Derme.

Boa leitura!

Ms. Ana Luiza Soares Rodrigues
Especialista em Enfermagem em Neonatologia (UERJ).
Enfermeira do Hospital Federal da Lagoa / MS.

Ms. Andrea Pinto Leite Ribeiro
Doutoranda do Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em Saúde (UFF), Esp. Enfermagem Intensivista Neonatal (IFF/FIOCRUZ), Esp. Enfermagem em Promoção da Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família (UFF), Enfermeira do Departamento de Neonatologia do IFF/FIOCRUZ

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira
Phd, Professora Titular da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa- UFF | Universidade Federal Fluminense Rio de Janeiro Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Denise Sória
Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Ms. Edmar Jorge Feijó
Gestor e docente do curso de graduação em enfermagem da UNIVERSO/SG

Ms. Elenice Martins
Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano - Doutoranda em Nanociências
Santa Maria - RS

Ms. Enfa Michelle Hyczy de Siqueira Tosin
Especialista em Reabilitação Neurológica

Ms. Érick Igor dos Santos
Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio das Ostras, RJ, Brasil. Enfermeiro Estomaterapeuta e Doutorando em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro, RJ

Javier Soldevilla Agreda
Universidade de La Rioja Logroño
La Rioja Logroño – Espanha

José Carlos Martins
Universidade de Coimbra
Coimbra – Portugal

José Verdu Soriano
Universidade de Alicante
Alicante – Espanha

Ms. Maria Celeste Dalia Barros
Coordenadora da Pós Graduação em Enfermagem Dermatológica pela UNESA. Diretora da - 3B SAÚDE. Membro do Grupo de Estudos e Suporte em Lesões e Pele (GESULP), Hospital Federal de Ipanema/ MS. Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Maria Marcia Bachion
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem
Goiania, GO – Brasil

Neida Luiza Kaspary
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria, RS – Brasil

Ms. Wagner Oliveira Batista
Doutorando do PACCS da Universidade Federal Fluminense (UFF); Professor de Educação Física; Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso (ENSP) Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Sumário

EDITORIAL 2

ARTIGOS 4 **Normas de Publicação**
Revista Enfermagem Atual - In Derme

ANAIS 7 **V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas**

Normas de Publicação

REVISTA ENFERMAGEM ATUAL - IN DERME

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Enfermagem Atual - In Derme é o órgão oficial de divulgação da Sociedade Brasileira de Feridas e Estética (SOBENFeE). Impressa e on-line, tem como objetivo principal registrar a produção científica de autores nacionais e internacionais, que possam contribuir para o estudo, desenvolvimento, aperfeiçoamento e atualização da Enfermagem, da saúde e de ciências afins, na prevenção e tratamento de feridas. O desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem visto, principalmente, nas últimas quatro décadas, é o resultado da somatória dos esforços dos cientistas, teóricos e estudiosos em Enfermagem, a fim de que a prática seja mais segura e eficiente. Desta maneira, cabe também a esta sociedade trazer à comunidade as descobertas científicas conseguidas pela enfermagem, também nas seguintes seções especiais: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Saúde do Adulto e Idoso. As instruções aqui descritas visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas para avaliar os manuscritos submetidos. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Enfermagem Atual - In Derme, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da Revista Enfermagem Atual - In Derme, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista Enfermagem Atual - In Derme e da apreciação do Conselho Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões (sem alterar o conteúdo científico) ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pelo Conselho Editorial, permanecendo em sigilo o nome do consultor, e omitindo também o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos consultores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e disponibilizados a sua devolução ao(s) autor(es) na sede da Revista.

MODALIDADES DE ARTIGOS

ARTIGOS ORIGINAIS:

Resultado de pesquisa. Deve limitar-se a 6000 palavras (excluindo resumo, referências, tabelas e figuras).

ARTIGOS DE REVISÃO (SISTEMÁTICA OU INTEGRATIVA):

Estudo que reúne de maneira crítica e ordenada resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, aprofunda o conhecimento sobre o objeto da investigação. Deve limitar-se a 4000 palavras (excluindo resumo, referências, tabelas e figuras). As referências deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

ARTIGOS DE REFLEXÃO:

Consideração teórica sobre aspectos conceituais no contexto da enfermagem. Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceitos ou constructo teórico da Enfermagem

ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter no máximo 2500 palavras (excluindo resumos e referências).

RELATOS DE CASO:

Descrição de pacientes ou situações singulares. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos do relato do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso e os comentários no qual são abordados os aspectos relevantes. Seguidos de uma discussão a luz da literatura nacional e internacional e conclusão. O número de palavras deve ser inferior a 2000 (excluindo resumo, referências e tabelas). O número máximo de referência é 15.

RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão na área da enfermagem dermatológica e áreas afins. Deve conter até 2500 palavras (excluindo resumos e referências).

NOTA PRÉVIA:

Resumos de trabalho de conclusão de curso, dissertações ou teses. Deve ser escrito na forma de resumo expandido estruturado contendo Introdução, Objetivos, Métodos e Resultados Esperados. Deve limitar-se a 1000 palavras (excluindo referências).

CARTAS AO EDITOR:

São sempre altamente estimuladas. Em princípio, devem comentar discutir ou criticar artigos publicados na Revista In Derme, mas também podem versar sobre outros temas de interesse geral. Recomenda-se tamanho máximo 1000 palavras, incluindo referências bibliográficas, que não devem exceder a seis (6). Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

AVALIAÇÃO PELOS PARES (PEER REVIEW)

Previamente à publicação, todos os artigos enviados à Revista Enfermagem Atual - In Derme passam por processo de revisão e julgamento, a fim de garantir seu padrão de qualidade. Inicialmente, o artigo é avaliado pela secretaria para verificar se está de acordo com as normas de publicação e completo. Todos os trabalhos serão submetidos à avaliação pelos pares (peer review) por pelo menos dois revisores selecionados pelo Conselho Editorial. Os revisores fazem uma apreciação rigorosa de todos os itens que compõem o trabalho. Ao final, farão comentários gerais sobre o trabalho e opinarão se o mesmo deve ser publicado. O editor toma a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, pode ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando são sugeridas modificações pelos revisores, as mesmas são encaminhadas ao autor correspondente.

O sistema de avaliação é o duplo cego, garantindo o anonimato em todo processo de avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de seis meses a partir da data de seu recebimento. As datas

do recebimento e da aprovação do artigo para publicação são informadas no artigo publicado com o intuito de respeitar os interesses de prioridade dos autores.

IDIOMA

Devem ser redigidos em português. Eles devem obedecer à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. Quando pertinente, será solicitado aos autores uma revisão ortográfica.

As versões serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da In Derme (<http://inderme.com.br>).

PESQUISA COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Os autores devem, no item Método, declarar que a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição (enviar declaração assinada que aprova a pesquisa), em consoante à Declaração de Helsinki revisada em 2000 [World Medical Association (www.wma.net/e/policy/b3.htm)] e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>). Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

ENVIO DOS MANUSCRITOS:

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão deverão ser digitados em arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até as Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

PRIMEIRA PÁGINA:

Identificação: É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 15 palavras) nos idiomas (português e inglês); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados; Instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano. Devem ser declarados conflitos de interesse e fontes de financiamento.

SEGUNDA PÁGINA:

Resumo e Abstract: O resumo inicia uma nova página. Independente da categoria do manuscrito - Normas de Publicação REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME 2014. O Resumo deverá conter, no máximo, 200 palavras e ser escrito com clareza e objetividade. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões. O Resumo em português deverá estar acompanhado da versão em inglês (Abstract). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores e key words. Recomenda-se que os descritores estejam incluídos entre os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>) que contem termos em português, inglês.

TERCEIRA PAGINA:

Corpo do texto: O corpo do texto inicia nova página, em que deve constar o título do manuscrito SEM o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. É recomendável que os artigos sigam a estrutura: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões.

Introdução: Deve conter o propósito do artigo. Reunir a lógica do estudo. Mostrar o que levou aos autores estudarem o assunto, esclarecendo falhas ou incongruências na literatura e/ou dificuldades na prática clínica que tornam o trabalho interessante aos leitores. Apresentar objetivo (s).

Método: Descrever claramente os procedimentos de seleção dos elementos envolvidos no estudo (voluntários, animais de laboratório, prontuários de pacientes). Quando cabível devem incluir critérios de inclusão e exclusão. Esta seção deverá conter detalhes que permitam a replicação do método por outros pesquisadores. Explicitar o tratamento estatístico aplicado, assim como os programas de computação utilizados. Os autores devem declarar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado.

Resultados: Apresentar em sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. O uso de tabelas e gráficos deve ser privilegiado.

CONCLUSÕES: Devem ser concisas e responder apenas aos objetivos propostos. Referências: O número de referências no manuscrito deve ser limitado a vinte (20), exceto nos artigos de Revisão.

Referências: As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Devem ser utilizados números arábicos, sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: enfermagem1.]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: diabetes1-3;], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: feridas1,3,5.]. Apresentar as Referências de acordo com os exemplos:

- Artigo de Periódico: Shikanai-Yasuda MA, Sartori AMC, Guastini CMF, Lopes MH. Novas características das endemias em centros urbanos. RevMed (São Paulo). 2000;79(1):27-31.- Livros e outras monografias: Pastore AR, Cerri GG. Ultrasonografia: ginecologia, obstetrícia. São Paulo: Sarvier; 1997.
- Capítulo de livros: Ribeiro RM, Haddad JM, Rossi P. Imagenologia em uroginecologia. In: Girão MBC, Lima GR,

Baracat EC. Cirurgia vaginal em uroginecologia. 2a.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 41-7.

- Dissertações e Teses: Del Sant R. Propedêutica das síndromes catatônicas agudas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1989.

- Eventos considerados no todo: 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p.1561-5.

- Eventos considerados em parte: House AK, Levin E. Immune response in patients with carcinoma of the colo and rectum and stomach. In: Resúmenes do 12º Congreso Internacional de Cancer; 1978; Buenos Aires; 1978. p.135.

- Material eletrônico: Morse SS. Factors in the emergence of infections diseases. Emerg Infect Dis [serial online];1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/eID/eid.htm>. CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMeA Multimedia group, producers. 2nd ed. Version 2.0. Sand Diego: CMeA; 1995.

Figuras e Tabelas: Todas as ilustrações, fotografias, desenhos, slides e gráficos devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que forem citados no texto, identificados como figuras por número e título do trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte, de forma breve e clara. Devem ser enviadas separadas do texto, formato jpeg, com 300 dpi de resolução. As tabelas devem ser apresentadas apenas quando necessárias para a efetiva compreensão do manuscrito. Assim como as figuras devem trazer suas respectivas legendas em folha à parte. A entidade

responsável pelo levantamento de dados deve ser indicada no rodapé da tabela.

COMO SUBMETER O MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser obrigatoriamente, submetidos eletronicamente via email: revista@inderme.com.br. Os artigos deverão vir acompanhados por uma Carta de apresentação, sugerindo a seção em que o artigo deve ser publicado. Na carta o(s) autor(es) explicitarão que estão de acordo com as normas da revista e são os únicos responsáveis pelo conteúdo expresso no texto. Declarar se há ou não conflito de interesse e a inexistência de problema ético relacionado ao manuscrito.

ARTIGOS REVISADOS

Os artigos que precisarem ser revisados para aceite e publicação na Revista Enfermagem Atual - In Derme serão reenviados por email aos autores com os comentários dos revisores e deverá ser reencaminhado ao editor no prazo máximo de 15 dias. Caso a revisão ultrapasse este prazo, o artigo será considerado como novo e passará novamente por todo processo de submissão. Na resposta aos comentários dos revisores, os autores deverão destacar no texto as alterações realizadas.

ARTIGOS ACEITOS PRA PUBLICAÇÃO

Uma vez aceite para publicação, uma prova do artigo editorado (formato PDF) será enviada ao autor correspondente para sua apreciação e aprovação final.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

A partir de 1º de Novembro de 2015, todos os artigos aceitos para publicação deverão pagar uma taxa de R\$ 300,00. ■

Anais do V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas, realizado de 24 a 27 de novembro de 2015, em Florianópolis - SC

AÇÃO DO ENFERMEIRO NA AMAZÔNIA FRENTE À VÍTIMA DE ESCALPELAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAQUEL LIRA PINHEIRO¹; LETHICIA BARRETO BRANDÃO²; DANNIELLE S. DA SILVA³; JOSÉ PEDRO GOMES MOURA⁴; NELY DAYSE SANTOS DA MATA⁵

^{1,2,3,4} UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPÁ - AP - BRASIL;

⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ, BELÉM - AP - BRASIL.

Palavras-chave: Escalpelamento; Amazônia; Feridas.

INTRODUÇÃO: O escalpelamento é um trauma causado pela lesão extensa em que ocorre a avulsão parcial ou total do couro cabeludo, por vezes, da orelha, pálpebras e pele do rosto, devido ao contato acidental dos cabelos longos com o motor dos barcos em alta rotação, e que, desenvolve grande força de tração nos cabelos. Trata-se de uma realidade recorrente na Região Norte do Brasil, principalmente na Amazônia brasileira e regiões ribeirinhas, onde os asfaltos e ônibus são os rios e barcos, os principais meios de transporte dessa população, e com isso tornando-se um problema de saúde pública. **OBJETIVOS:** Identificar a ação do enfermeiro perante a vítima escalpelada; Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante o curativo decorrente do escalpelamento. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada durante as atividades desenvolvidas através da Universidade Federal do Amapá na disciplina Saúde do adulto II, especificamente no centro de referência para vítimas de escalpelamento em Macapá-AP. **RESULTADOS:** Por se tratar de uma grave condição clínica, o manuseio adequado nos curativos realizados pela equipe de enfermagem é de grande relevância para a vítima de escalpelamento, pois, trata-se de um quadro em que o paciente pode apresentar comprometimento hemodinâmico, dor intensa e possibilidade de exposição da calota craniana, além de apresentar sequelas emocionais e diminuição da autoestima, levando-as a depressão e suicídios. As intervenções cirúrgicas constituem uma importante etapa que visa a reparação e a prevenção das lesões mais graves da calota craniana, preparando a pele para um posterior enxerto. Neste momento, a atuação do enfermeiro na realização dos curativos e apoio emocional é de grande valia para o tratamento e recuperação adequados. **CONCLUSÕES:** Nessa expectativa é indispensável que o profissional de enfermagem deva estar fundamentado em uma perspectiva multidisciplinar, para que se possa realizar os cuidados necessários a paciente que estará em um momento frágil e propício a complicações. Entretanto, ainda é notável a tímida participação da enfermagem neste processo, sendo importante ressaltar sua relevância na área da saúde. Estabelecendo assim, melhores formas de atuação nas situações de escalpelamento, propiciando uma assistência mais específica e eficaz.

PO - 002 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERFIL DOS PACIENTES CADASTRADOS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE FERIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE ITAJAÍ

SIMONE JAQUELINE DALSÓQUIO TOMIO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ - SECRETARIA DE SAÚDE, ITAJAI - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Atenção Básica; Cobertura tecnológica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí tem pautadas suas ações no sentido de oferecer um atendimento de saúde digno a população, com foco na qualidade da atenção à saúde. Neste sentido foi implantado em julho de 2013 o serviço de assistência ao portador de feridas no município de Itajaí. Os dados apresentados neste trabalho foram baseados em atualização de março de 2015 ilustrando o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes. O objetivo é avaliar o perfil dos pacientes cadastrados no serviço de assistência ao portador de feridas do município de Itajaí com a finalidade de prevenir e tratar feridas agudas e crônicas. Trata-se de um estudo descritivo quantitativo realizado com pacientes portadores de feridas observando as variáveis de gênero, idade, etiologia da lesão e cobertura utilizada a partir de dados coletados e tabulados por meio de informações contidas na ficha de identificação e avaliação do portador de feridas. A amostra populacional constituiu-se por todos os pacientes em tratamento ativo totalizando 84 usuários. Os resultados revelaram que em relação ao gênero 41 pacientes são masculino (49%) e 43 são feminino (51%); quanto à idade 06 pacientes são menores de 30 anos (07%), 38 tem entre 30 e 60 anos (45%) e 40 (48%) são idosos sendo com idade maior que 60 anos. A classificação da etiologia da lesão como venosa apresentou 31 pacientes (37%) seguido das úlceras por pressão (n=23) (27%). A cobertura tecnológica mais utilizada é o hidrogel (n=42) (50%) em segundo as placas de hidrocolóide (n=12) (14%). Concluiu-se que a maioria dos pacientes é do gênero feminino, idosos com lesões venosas que utilizam hidrogel. A insuficiência vascular é um fator de risco para o desenvolvimento dessas úlceras em associação com diabetes; é motivo de preocupação a grande incidência de amputação de membros em pacientes com esta patologia. Questionamos que diante desta etiologia deveríamos ter uso, associado ou não, de outras coberturas preconizadas. Ressaltamos a importância dos profissionais da atenção básica serem capacitados a fim de acompanharem esses pacientes com segurança e conhecimento técnico-científico, permitindo uma continuidade adequada no tratamento das feridas. Observa-se ainda fragilidades no fluxo do serviço e desarticulação com a rede de atenção a saúde considerando estes pontos como desafios a serem superados.

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE TRAUMA NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

BENEDITO DO CARMO GOMES CANTAO; LEIDIANE MENDES BRITO; PAULO VICTOR SILVA MENDES; LEONARDO GOMES SOUSA
UEPA, TUCURUI - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Avaliação de Trauma; Escala de Traumas; Pronto-socorro.

Um dos instrumentos da assistência que oferece suporte à equipe é a análise da gravidade de trauma, pois os escores são usados para avaliação, com a finalidade de auxiliar e direcionar os recursos humanos e suporte material. Essa preocupação acerca do assunto, surgiu durante as aulas práticas de algumas disciplinas, principalmente da disciplina de Enfermagem em Urgência e Emergência, onde foi possível observar um grande número de vítimas que chegavam à instituição e um alarmante número de desfechos fatais em um período consideravelmente curto, o que despertou a curiosidade de investigar e analisar a percepção dos profissionais enfermeiros em relação à utilização das escalas de avaliação de trauma no atendimento às vítimas por acidentes automobilísticos. O Estudo optou pela abordagem quantitativa – qualitativa e método descrito, tendo como amostra dez enfermeiros atuantes no pronto-socorro; e para melhor clareza das informações, a coleta e análise dos dados ocorreu em etapas distintas, sendo a primeira, a aprovação do comitê de ética e pesquisa (Parecer Final – CAAE: 0052.0.321.000-11). Ao caminhar pelos anais da pesquisa e sua análise, a pesquisa mostrou que os enfermeiros têm idades entre 24 e 35 anos e uma predominância do gênero feminino. Em relação à percepção dos profissionais enfermeiros sobre a utilização das escalas de avaliação de trauma no atendimento às vítimas por acidentes automobilísticos foram constatados que são poucos utilizadas, que o processo de triagem do setor de urgência e emergência não atende as normas do Ministério da Saúde nos atendimentos as vítimas de trauma, além disso, os profissionais relatam que não existe um protocolo e, portanto as ações são desenvolvidas sem a utilização da avaliação de gravidade, classificação de risco ou uso de escalas. Portanto, tais fatos supramencionados levamos a compreender que são muitos os pontos negativos que circundam o atendimento prestado ao paciente vítima de trauma e politrauma no setor de urgência e emergência. Além disso, o presente estudo permitiu identificar de forma satisfatória a percepção que os enfermeiros têm acerca da utilização da análise de gravidade de trauma, contribuindo assim, com subsídios para a elaboração de estudos semelhantes bem como servindo de base para implementação de protocolos voltados para atendimento a essas vítimas, tendo em vista que a enfermagem tem um papel importante na assistência prestada aos mesmos.

PO - 004 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

LEONARDO GOMES SOUSA¹; BENEDITO DO CARMO GOMES CANTÃO²; AILSON ALMEIDA VELOSO JUNIOR³; JACKSON LUIS FERREIRA CANTÃO⁴; ERIKA PATRICIA DIAS CANTÃO⁵

^{1,2,3,4}UEPA, TUCURUI - PA - BRASIL;

⁵GAMALIEL, TUCURUI - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Protocolo; Prevenção e Tratamento.

Cuidar de pacientes que estão em risco de apresentar ou estão com úlceras por pressão é uma tarefa que requer uma atenção especial. Devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos se encontram debilitados, podendo está acamada, sem consciência e precisando de apoio e compreensão. Esse tema, despertou interesse devido aos grandes números de pacientes que se encontram acamados ou inconsciente nos setores de Clínica médica e Unidade de terapia intensiva, levando a criação de um protocolo com objetivo de avaliar, prevenir e tratar as úlceras por pressão nos pacientes internados no Hospital Regional de Tucuruí-Pa. O Estudo, trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa contou com artigos científicos sobre o tema em estudo; no idioma português e indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF. A delimitação da amostragem deste estudo foi por saturação e os dados coletados foram organizados e agrupados segundo a natureza de suas variáveis para serem submetidas análise do conteúdo. O protocolo foi estabelecido em três eixos temáticos: Processo de cicatrização, Tipo de escalas e Técnicas de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Com relação ao processo de cicatrização, o estudo foi direcionado para as seguintes fases da cicatrização: inflamatória, proliferativa e maturação, bem como, os tipos e os fatores que afetam a cicatrização. O método de escala de maior prevalência utilizada foi o BRADEN, seguido da escala de cicatrização de úlcera por pressão de PUSH. No diz respeito as técnicas de prevenção e tratamento, o estudo abordou as medidas de prevenção tais como: redução da umidade, avaliação da pressão e redução da fricção, bem como, as técnicas de curativos, desbridamento, debridamento, materiais e medicamentos utilizados e contraindicados para prevenção e tratamento da úlcera por pressão. Concluiu-se dessa forma que os tipos de escalas adotadas se mostraram eficazes no manejo da prevenção e tratamento de úlcera por pressão, porém há necessidade da realização de mais pesquisas no âmbito em questão para corroborar os achados até o momento. Portanto, tais fatos levam-nos a compreender que a padronização da assistência ao paciente acamado ou inconsciente por meio de protocolo é essencial na melhoria da qualidade da assistência presta pelos profissionais de que atuam no setor de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva, sobretudo na redução de custos, tempo de permanência e na qualidade do atendimento.

ESCALPELAMENTO: UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA

LAURA YUMI RIBEIRO MOTIZUKI; CLARISSA YUKI RIBEIRO MOTIZUKI.
UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA, ANANINDEUA - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Escalpelamento; escalpelamento na população amazônica; Perfil epidemiológico de vítimas de escalpelamento.

INTRODUÇÃO: O escalpelamento é muito comum na região norte do País e atinge principalmente população ribeirinha. É definido como o ato de remover uma parte do escalpo e é causado por queimaduras elétricas, mordedura canina, acidentes com maquinário industrial e ressecção de extensos tumores. Pode ser classificado em parcial quando afeta somente os tecidos moles, podendo expor os ossos da calota craniana e todo ou uma parte do couro cabeludo é separado da abóbada e escalpelamento total, quando o couro cabeludo, ou parte dele é completamente descolado da calota craniana e da pele adjacente envolvendo muitas outras estruturas, tais como: porção cutânea da região frontal, pálpebras e orelhas. **OBJETIVO:** Revisar as publicações sobre escalpelamento na Amazônia. **MÉTODO:** Revisão da Literatura com base de dados LILACS, SCIELO e estratégias de buscas com termos “escalpelamento” e “escalpelamento na população amazônica”. **RESULTADOS:** O escalpelamento na Amazônia é causado por avulsão do couro cabeludo e é provocado pelo contato dos longos cabelos das vítimas com o eixo do motor em alta rotação exposto em embarcações desenvolvendo grande força de tração gerando ferida contusa e com bordas irregulares. A força de tensão e a firme aderência à pele fazem com que o couro cabeludo seja arrancado ao nível da camada subaponeurótica (tecido areolar frouxo), que é bastante vascularizada, gerando hemorragia intensa e que pode levar ao estado de choque, além de acarretar para as vítimas diversas sequelas físicas, psicológicas e sociais. Segundo Voltolini (2003), aquelas que “sobrevivem, carregam consigo para toda a vida sequelas físicas e psicológicas, feridas que não se fecham mesmo após anos de tratamento penoso, traumático e caro para suas famílias e para o sistema de saúde pública”. **CONCLUSÃO:** O escalpelamento mutila principalmente mulheres e crianças, constatado também pela cultura regional presente. Mesmo havendo políticas públicas relacionadas à prevenção do escalpelamento na Amazônia, ainda possuímos uma incidência significativa, mas observou-se que a quantidade de trabalhos científicos publicados é pequena. Dessa forma, as informações disponibilizadas não são suficientes para proporcionar capacitação e conscientização dos profissionais de saúde e da comunidade, repercutindo no distanciamento, minimização da solução do problema.

PO - 006 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EXPERIÊNCIA DO USO DA FITOTERAPIA (CALENDULA OFFICINALIS) EM FERIDAS CRÔNICAS

ELIANA BENATTI; ELISA SHIGUEKO KONNO; EDILAMAR CRISTIANI RODRIGUES; APARECIDA PEREIRA DA SILVA SANTANA
AMBULATORIO DE FERIDAS DE TOLEDO-PR, TOLEDO - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Calêndula; Ferida; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: O uso da fitoterapia tornou-se uma alternativa para os tratamentos de diversas doenças. A *C. officinalis* está inclusa como planta medicinal no projeto de fitoterapia que está sendo implantado no Sistema Único de Saúde de todo o Brasil¹. A cicatrização pode ser compreendida como um processo orgânico na representação e reconstituição do tecido lesionado². Curativos são dispositivos semioclusivos desenvolvidos para atuar de forma temporária como substituto da pele promovendo condições ótimas de cicatrização através da manutenção do meio úmido ideal³. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do uso da *C. officinalis* em feridas de pacientes atendidos pelo Ambulatório de Feridas de um município do Oeste do Paraná. **METODOLOGIA:** Utilizamos um extrato glicólico manipulado preparado com as flores da planta. Aplicamos sob as feridas com o intuito de aperfeiçoar o processo de cicatrização. **RESULTADOS:** O principal efeito da *C. officinalis* no processo cicatricial é estimular a produção do tecido de granulação. Aplicamos em Pé Diabético (caso 1) e Sequela de Hanseníase (caso 2). Constatamos que com uso do extrato glicólico de calêndula o processo de cicatrização ocorreu de forma satisfatória, mantendo a funcionalidade do membro lesado, a autonomia do paciente, além de melhorar a qualidade de vida do mesmo. **CONCLUSÃO:** Observou-se que a *C. officinalis* possui efeitos benéficos no processo de cicatrização e também pode ser útil devido à redução de custos de tratamento, o que torna uma planta medicinal de grande interesse para o Sistema Único de Saúde.

Referências:

¹ TESKE, M.; TRENTINI, A. M. M. Herbarium: compêndio de fitoterapia. 6 ed. Curitiba, PR, Ingra, p. 370, 1997.

² MENEZES, F. F.; Avaliação da Calêndula officinalis L. na cicatrização cutânea de cães. Aspectos clínicos, histopatológicos e histoquímicos. 2006. 82 f. Tese (Doutorado em Ciência veterinária) - Departamento de Medicina Veterinária, Universidade Federal rural de Pernambuco, 2006. Disponível em: http://200.17.137.108/tde_arquivos/16/TDE-2011-05-11T053951Z-717/Publico/Flavia%20Ferreira%20de%20Menezes.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2015.

³ GEOVANINI, Telma. OLIVEIRA JR. Alfeu Gomes de. Manual de Curativos. 2 ed. São Paulo: Corpus, 2009.

ASSOCIAÇÃO DO HIDROGEL E FILME TRANSPARENTE NO TRATAMENTO FERIDA CRÔNICA COM NECROSE SECA E ÚMIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**SANDRA DA SILVA BENTO; DENISE RODRIGUES DA SILVA; CAROLINE CAVALCANTE DE SOUZA LIMA
SPDM- ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, SAO PAULO - SP - BRASIL.**

Palavras-chave: Ferida; Cobertura; Enfermagem.

A ferida é caracterizada por qualquer lesão que provoque a descontinuidade do tecido corpóreo, impedindo suas funções básicas, podendo exibir em seu leito o tecido necrótico, que possui excessiva carga bacteriana inibindo a cicatrização. O tratamento de feridas exige do enfermeiro conhecimento técnico científico para fazer uma avaliação precisa da ferida, a fim de prescrever o produto mais adequado, considerando efetividade e menor custo. **OBJETIVO:** descrever as ações e resultados da associação do hidrogel e filme transparente no tratamento da úlcera necrosada/esfacelada, realizado pela equipe de saúde da UBS Jardim Iva, localizada na cidade de São Paulo. **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência. O paciente em questão tem 60 anos é hipertenso, diabético, apresentou uma ferida em decorrência a uma celulite infectada no braço esquerdo, onde foi necessário realização de enxerto, desencadeando rejeição de tecido doado de sua coxa esquerda. Em visita domiciliar a enfermeira adotou o protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético da Prefeitura de São Paulo do ano 2010, prescrevendo assim o curativo para auxiliar de enfermagem realizar da seguinte maneira: limpeza com solução fisiológica, aplicação de hidrogel e cobertura de filme PVC nos tecidos necróticos e placa de colágeno nos tecidos de granulação, além da oclusão com gaze e atadura. O hidrogel que utilizamos contém na sua composição, entre outros componentes, alginato de cálcio e sódio, na qual sua utilidade é promover um ambiente úmido ideal para cicatrização por intermédio de hidratação, conduzindo ao desbridamento autolítico ou facilitando o mecânico, optamos por associar o filme de PVC para uso domiciliar, com intuito de conservar a umidade do leito da ferida, evitar traumas na retirada do curativo e minimizar custo. Os 3 primeiros curativos foram realizados diariamente. A partir do 4º dia, foram trocados a cada 48 horas, após 7º curativo foram trocados cada 4 dias. No total foram realizados 16 curativos. **RESULTADO:** a cicatrização completa da lesão em braço esquerdo ocorreu em 41 dias. Concluímos que a associação do hidrogel e filme de PVC como terapia tópica para o tratamento de ferida necrosada em braço, apresentou resultado satisfatório e significativa rapidez na cicatrização, além do baixo custo que viabilizou o tratamento da ferida devido sua grande extensão. Vale ressaltar que a utilização da placa de colágeno contribui para cicatrização total da ferida.

PO - 008 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAR RISCOS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**RAQUEL LIRA PINHEIRO; ILZE PICANÇO PEDROSO; VALDIR JUNIOR SANTOS GOUVEIA; FRANCINEIDE PEREIRA PENA; BRUNA CORREA AMORAS.
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPÁ - AP - BRASIL.**

Palavras-chave: Avaliação de Risco; Úlcera por Pressão; unidade de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO: A equipe de enfermagem possui um papel fundamental na prevenção das úlceras, tendo em vista as competências e as habilidades desenvolvidas na sua formação para elaborar ações que possam diminuir os riscos de formação. **OBJETIVO:** Identificar nas produções científicas a aplicação da Escala de Braden (EB) na prevenção dos riscos para o desenvolvimento de UPP em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTIs). **METODOLOGIA:** O presente estudo utilizou como método a revisão integrativa da literatura. **RESULTADOS:** Foram encontrados 5 artigos pesquisados nas bases de dados (LILACS) e (BDENF). A Revista Escola de Enfermagem da USP possui três dos cinco artigos publicados, a Revista Acta Paulista Enfermagem e a Revista Gaúcha de Enfermagem possui um artigo publicado em cada uma. Conforme a realização da revisão pode-se observar que a Revista Escola de Enfermagem da USP representa o principal veículo de informação das pesquisas que utilizaram a escala de Braden para avaliar riscos de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **CONCLUSÃO:** Ao analisar os estudos, verificou-se que é importante, que a equipe de enfermagem lance mão da utilização de um instrumento como a Escala de Braden na avaliação de fatores de risco para úlceras por pressão, pois através desse instrumento será possível programar os planos de cuidados e as prescrições de enfermagem de acordo com as necessidades de cada paciente. Os resultados analisados são evidências científicas que servirão de subsídios teóricos para melhorar a prática clínica da enfermagem no quesito de avaliação de riscos para UPP. Assim, são necessárias novas pesquisas que continuem avaliando os riscos associados ao surgimento da UPP bem como suas escalas de avaliação a fim de proporcionar conhecimento que possa modificar essa realidade

ERVAS MEDICINAIS: ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU

ISIS FORGERINI; RAFAEL MARTORANO DE SANTIS; IASMIN BARUFALDI PRETTE; JEAN CLEVER BIDO CESÁRIO; ANA PAULA GIROL
FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO, CATANDUVA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Fitoterápicos; Reepitelização.

INTRODUÇÃO: várias plantas na forma de extratos, decocção ou óleos essenciais (OE) são indicadas na medicina popular como anti-inflamatórias e cicatrizantes, inclusive no tratamento de afecções de pele. Os grandes impactos das queimaduras na saúde pública e o crescente interesse relacionado aos fitoterápicos estimulam a investigação desses medicamentos como possibilidade terapêutica em queimaduras. **OBJETIVO:** avaliar o uso das ervas medicinais *Lavandula officinalis* e *Arctium lappa* em modelo de queimadura de segundo grau em ratos. **MÉTODO:** ratos Wistar foram anestesiados e submetidos à tricotomia na região dorsal para aplicação de um bloco metálico aquecido a 100° C, por 10 segundos. Os animais receberam analgésico codeína (1 mL/kg), por gavagem, após a indução da lesão e, nos dias seguintes, na água (30 mg/L). O grupo controle recebeu aplicações tópicas (2x/dia) de soro fisiológico a 0,9%. Nos grupos tratados foram usados medicamentos fitoterápicos: OE de *L. officinalis* ou creme contendo 10% de extrato de folhas de *A. lappa* e 0,5% de OE de *L. officinalis*. Nos dias 3, 7, 14 e 21 pós injúria, foram realizadas exéreses dos quadrantes das lesões e os retalhos de pele fixados em formol e incluídos em parafina para análises histopatológicas. O receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) foi estudado por imuno-histoquímica. Após 30 dias, os animais foram eutanasiados por dose excessiva de anestésico. O sangue foi coletado por punção cardíaca e o plasma usado para dosagens da AST/TGO (CEUA/FIPA nº 02/14). **RESULTADOS:** As análises morfológicas e histopatológicas indicaram melhor cicatrização nos animais tratados com fitoterápicos, nos quais o edema foi mais discreto, a liberação da crosta, a reepitelização e o reaparecimento de anexos ocorreram mais rapidamente, bem como, a reorganização das fibras de colágeno foi melhor em comparação ao grupo controle. Ainda, pelas análises imuno-histoquímicas e densitométricas a expressão do EGFR foi maior nos grupos tratados com fitoterápicos, especialmente com o OE puro, e os estudos bioquímicos mostraram níveis da AST/TGO reduzidos nos animais tratados com o creme contendo OE de *L. officinalis* e extrato de *A. lappa*. **CONCLUSÃO:** Os dados mostraram melhor evolução da cicatrização das feridas e ausência de toxicidade nos animais tratados com fitoterápicos.

PO - 010 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA O GRUPO IMPLEMENTADOR DE UMA DIRETRIZ DE PRÁTICA CLÍNICA SOBRE A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM PEDIATRIA

PABLO GARCÍA MOLINA¹; EVELIN BALAGUER LÓPEZ²; PABLO LOPEZ CASANOVA³; MARIA MONTSERRAT SÁNCHEZ LORENTE⁴; LAURA BONELL PONS⁵

^{1,2} HOSPITAL CLINICO, VALENCIA - ESPANHA;

³ HOSPITAL ALCOY, VALENCIA - ESPANHA;

⁴ AGENCIA DE SALUD, VALENCIA - ESPANHA;

⁵ UNIVERSIDAD VALENCIA, VALENCIA - ESPANHA.

Palavras-chave: Úlceras de Pressão; Formação; Pediatria.

INTRODUÇÃO: Em Espanha, o primeiro CPG com um capítulo específico sobre a prevenção e tratamento das úlceras por pressão na população pediátrica foi publicada em 2012. No processo de divulgação e implementação da CPG, houve uma estratégia específica de formação em cascata de reciclagem projetado para o grupo implementador e outras partes interessadas na Comunidade Valenciana, através de instrução teórica e treinamento prático workshop. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é avaliar o programa de treinamento comparando o conhecimento antes e depois da intervenção. **MÉTODO:** O instrumento utilizado foi um questionário auto-administrado de múltipla escolha ad hoc sobre recomendações baseadas em evidências sobre intervenções em matéria de avaliação e prevenção de úlceras de pressão. O mesmo teste foi realizado antes e após o treinamento. Das quatro respostas possíveis para cada pergunta, apenas uma estava correta. Por meio de estatísticas descritivas e um teste do qui-quadrado, os dados foram analisados. **RESULTADOS:** Um total de 125 profissionais participaram do teste pré-treinamento com uma idade média de 48,6 [\pm 8,9] anos. 87,2% eram mulheres e 92% eram enfermeiros. A experiência de trabalho média foi de 25,0 [\pm 8,9] anos. 49,6% trabalhavam em unidades de cuidados pediátricos. As perguntas com o maior percentual de erro foram cerca de alterações posturais (74,4% responderam incorretamente), sobre a eficácia da prevenção (71,2%) e sobre a etiologia das úlceras de pressão (63,2%). Dezesete profissionais não participaram no teste pós-treinamento. A taxa de sucesso de todas as questões tinha aumentado após o treinamento. No entanto, apenas duas das questões apresentaram diferenças estatisticamente significativas: conhecimento sobre a avaliação da pele ($p = 0,04$) e medidas preventivas em recém-nascidos ($p = 0,016$). O conhecimento específico de úlceras de pressão na população pediátrica é, em geral, limitada e geralmente derivado de conhecimento do problema em adultos. **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo permitiram o Ministério da Saúde da Comunidade Valenciana para projetar um novo programa do workshop enfocando especificamente as deficiências apresentadas, portanto, tornando as atividades de formação mais eficiente. Dessa forma, as crianças em risco de úlceras de pressão pode ser oferecido o melhor atendimento baseada em evidências.

O USO DE UMA FERRAMENTA DE SUPORTE ELETRÔNICO PELO GRUPO IMPLEMENTADOR DE UMA DIRETRIZ DE PRÁTICA CLÍNICA

MARIA MONTSERRAT SÁNCHEZ LORENTE¹; PABLO LOPEZ CASANOVA²; PABLO GARCÍA MOLINA³

¹ AGENCIA DE SALUD, VALENCIA – ESPANHA

² HOSPITAL ALCOY, ALCOY - ESPANHA;

³ HOSPITAL CLINICO, VALENCIA - ESPANHA.

Palavras-chave: Diretriz de Prática Clínica; Grupo Implementador; úlceras de pressão.

INTRODUÇÃO: Para a avaliação e adaptação a nível local das “Diretrizes da Prática Clínica (CPG) para o atendimento de pessoas com úlceras de pressão ou em risco de sofrer-los”, implementador grupos foram criados por regulamento para cada um dos departamentos de saúde e hospitais públicos para crônica importam na Comunidade Valenciana. **OBJETIVO:** Compartilhar recursos e experiências e para acompanhar e avaliar o plano de implementação. **MÉTODO:** O site é chamado Col.laboraUPP, que se refere à colaboração e compromisso com a prevenção e cuidados para úlceras de pressão. É um site interativo para facilitar o trabalho em equipe dentro do grupo implementador. Ele oferece uma estrutura unificada com amplas oportunidades para compartilhar informações e permite um fácil acesso a partir de praticamente qualquer dispositivo. A plataforma é fácil de usar e tem uma ampla variedade de funcionalidades. Os que são mais utilizados são a biblioteca de documentos, um Sistema de Publicidade, um calendário comum, uma ferramenta de discussão em grupo, uma ferramenta de tarefas e links. **RESULTADOS:** A ferramenta é usada em uma base regular por mais de 500 profissionais de saúde. Existem diferentes perfis de usuário, dependendo da responsabilidade de cada usuário. A biblioteca documento contém mais de 340 documentos e 38 imagens ou vídeos. 3 indivíduos foram inscritos no fórum de discussão do grupo, já existem 40 ligações úteis disponíveis e 26 newsflashes foram compartilhados. A plataforma está em funcionamento há mais de 2 anos agora e é considerada uma excelente ferramenta de trabalho por seus usuários. **CONCLUSÃO:** O site é útil para compartilhar experiências e recursos, e garante o custo-efetividade de esforço. Além disso, facilita o desenvolvimento de estratégias para implementar as recomendações da prática clínica. O desenvolvimento de um plano de implementação requer um esforço grande e organizacional a gestão de uma grande quantidade de informações. Por estas razões, o grupo implementador precisa da ajuda de ferramentas de apoio que facilitam seu trabalho.

PO - 012 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AÇÕES TERAPÊUTICAS DOS CAPSAICINÓIDES DAS PIMENTAS DO GÊNERO CAPSICUM NO TRATAMENTO TÓPICO DE FERIDAS INFECTADAS

SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR; ANA REGINA ALPIOVEZZA; MARIA CRISTINA MARCUCCI; SUELY RODRIGUES DE AQUINO SILVA; RORINEI DOS SANTOS LEAL
UNIVERSIDADE ANHANGUERA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Pimenta; Terapêutica; Sinergismo Farmacológico.

INTRODUÇÃO: As pimentas do gênero Capsicum, ou pimentas vermelhas, são amplamente cultivadas no mundo e utilizadas como matéria-prima para a indústria de alimentos, farmacêutica e cosmética. Apresentam propriedades terapêuticas e farmacológicas como anti-inflamatórias, analgésicas, termogênicas e para o tratamento da dor. Podem ser utilizadas frescas ou secas, inteiras ou em pó, apresentando grande versatilidade, desde alimentação até a perfumaria, tem diversidade em sua composição química, onde destacam-se, os capsaicinoides, os carotenoides e o ácido ascórbico, e seus níveis podem variar de acordo com o genótipo e o grau de maturação^{1,2}. **OBJETIVO:** Apresentar as ações terapêuticas dos capsaicinoides das pimentas do gênero capsicum no tratamento tópico de feridas infectadas. **MÉTODO:** Revisão sistemática da literatura, com artigos científicos publicados em periódicos indexados. Com os descritores: pimenta, terapêutica e sinergismo farmacológico, combinados por meio do conector booleano "AND". A busca foi restrita ao tipo de publicação com texto completo e estudos de validação. **RESULTADOS:** A pungência é o principal atributo das pimentas e está relacionada com a concentração de capsaicinoides, estes, são substâncias responsáveis pelo sabor picante das pimentas deste tipo, apresentam efeito diferenciado quanto à sensação de ardor³. A capsaicina se liga ao receptor dos nervos periféricos, o que leva a um influxo de cálcio e liberação de neuropeptídeos inflamatórios. Esta é a mais utilizada para alívio da dor, onde sua liberação aguda leva a uma hiperalgia inicial, que após, é seguida por depleção de neuropeptídeos inflamatórios, causando diminuição da sensibilidade e bloqueio do estímulo doloroso, resultando em dessensibilização (reversível na suspensão) ou lesão irreversível da fibra dependendo das doses e da duração da exposição, seu uso tópico forneceu alívio significativo da dor, ação mucolítica e antiinflamatória em ensaios clínicos randomizados^{4,5,6}. **CONCLUSÃO:** Os efeitos adversos de capsaicina dependem da concentração da formulação e são decorrentes da aplicação local, tendo queimação, ardência e eritema. Estes tipos de reações podem ser negativos para a adesão do tratamento. Os efeitos sistêmicos são raros, portanto, estas propriedades podem ter benefícios quando utilizadas em feridas infectadas e álgicas, pois, podem reduzir esta clínica.

SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE NO TRATAMENTO DE FERIDAS DO PÉ DIABÉTICO

**MARCIA REGINA DOS SANTOS NASCIMENTO; JANE SILVA DE ANDRADE.
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**

Palavras-chave: Pé diabético; ferida; enfermagem.

O Diabetes Mellitus é considerado um problema de saúde pública, uma síndrome crônica que atinge o homem atual sem distinção caracterizado por deficiência absoluta ou relativa de insulina que irá influenciar negativamente o metabolismo em geral, cujas complicações são neuropatia, nefropatia, retinopatia, doença vascular e problemas nos pés e pernas caracterizando o pé diabético, que é um estado fisiológico onde lesões de difícil cicatrização surgem nos pés da pessoa com diabetes. O objetivo deste trabalho é observar através da revisão de estudos recentemente publicados, como atua o profissional de enfermagem na prevenção e tratamento do pé diabético e de suas complicações. O método para esta revisão de literatura foi a coleta de dados no mês de junho de 2015 nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se as palavras-chave pé diabético, ferida e enfermagem. Os artigos selecionados tinham textos completos, em português e publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados 20 artigos relacionados ao assunto, sendo descartados 5 que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Dos 15 selecionados, 4 eram estudos descritivos, 1 era uma separata, 5 eram revisões sistemáticas de literatura, 2 eram estudos quantitativos transversais, 1 era um estudo qualitativo retrospectivo, 1 era uma revisão integrativa e 1 era um relato de experiência. Conclui-se que a atuação do enfermeiro é fundamental e não se limita ao cuidado com a ferida do pé diabético, abrange a prevenção através de atividades educativas, orientações adequadas somadas a profissionais competentes que acabam por persuadir o paciente a realizar o autocuidado, mostrando a necessidade de manter a doença sob controle e a importância do zelo pela integridade dos membros inferiores. Somar as condutas do enfermeiro com a participação dos familiares no cuidado a este paciente são fundamentais, pois proporcionam maior adesão ao seguimento das orientações e ajudam na detecção de sinais e sintomas de agravamento das lesões. Manter-se atualizado permite que suas práticas não se tornem obsoletas, contribuindo para o desenvolvimento com mais propriedade das ações em saúde que promovam a construção do conhecimento e qualidade de vida da pessoa com diabetes.

PO - 014 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS

PATRÍCIA ANTONI
IPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em Serviço; Equipe de Enfermagem; Tratamento de Feridas.

INTRODUÇÃO: A educação em serviço se mostra um instrumento imprescindível para qualificar o atendimento do profissional, visto que contribui para uma assistência comprometida, competente, respaldada por conhecimentos teóricos. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de elaboração, organização e execução de um curso de feridas e coberturas. **MÉTODO:** O curso foi organizado por acadêmica de enfermagem, juntamente com enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Porto Alegre. Através de uma dinâmica expositiva dialogada, o grupo compartilhou conhecimentos sobre a avaliação e descrição de feridas, o tratamento e as coberturas adequados. Iniciamos o curso com uma introdução sobre anatomia e fisiologia da pele, a descrição dos tipos e das fases da cicatrização, os fatores locais e sistêmicos que interferem na cicatrização e os principais cuidados e procedimentos. Na segunda etapa apresentamos três casos acompanhados pela nossa equipe. Reforçamos a necessidade de se conhecer o paciente, as condições socioambientais, as principais necessidades e o estado de saúde. A última etapa foi voltada para a apresentação das técnicas e coberturas e suas indicações, contra-indicações, mecanismo de ação, modo de usar e periodicidade da troca. **RESULTADOS:** O curso foi ministrado durante a reunião dos enfermeiros da gerência distrital. Teve duração de duas horas e contou com a participação de trinta enfermeiros. Muitas dúvidas surgiram durante a apresentação dos casos, principalmente relacionadas com as coberturas utilizadas. Como estas não são disponibilizadas pela rede básica de saúde do município, a discussão foi a cerca de como conseguirmos esses materiais e qual o custo real deles para os pacientes. Foi discutida também a importância de uma boa avaliação, descrição e registro da ferida, visto que mesmo que a unidade encaminhe o usuário para o serviço especializado, ainda assim é corresponsável pelo tratamento. Um ponto evidenciado na fala dos participantes foi a dificuldade em envolver toda a equipe, pois os cuidados são identificados como responsabilidade da equipe de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Através deste curso foi possível discutirmos que o cuidado humanizado e o tratamento adequado das feridas são partes essenciais da atenção integral à saúde. Que é essencial uma equipe motivada, com treinamentos sistematizados e regulares. E para que haja a adesão adequada dos usuários é necessário um trabalho motivacional, com incentivo a hábitos saudáveis, empoderamento e autonomia.

TRATAMENTO DE LESÃO PÓS-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA COM DESENLUVAMENTO DE MEMBRO INFERIOR: ESTUDO DE CASO

PATRÍCIA ANTONI
IPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Amputação; Tratamento de Feridas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As amputações são a retirada cirúrgica ou traumática de um segmento corpóreo. São vistas em acidentes industriais e automobilísticos, com maior incidência em homens jovens. **OBJETIVO:** Discutir a complexidade do tratamento de uma lesão pós-amputação traumática com desenlívamento de membro inferior. **MÉTODO:** O estudo de caso foi realizado na unidade de traumatologia de um hospital de trauma de Porto Alegre/RS. Foram utilizados os registros do prontuário e fotos dos curativos anteriores, para avaliação da ferida e discussão das prováveis coberturas. **RESULTADOS:** Paciente D.P, 57 anos, masculino, branco, agricultor, nega alergias e doenças prévias. Vítima de amputação traumática com desenlívamento de membro inferior direito, em acidente de trabalho com máquina agrícola. Avaliação da ferida: lesão extensa com exposição de tecido muscular, em toda circunferência da coxa direita, nervos, tendões e tecido adiposo. Presença de necrose em bordo superior, esfacelo em região proximal, descolamento da camada da pele proximal e tecido de granulação na maior parte da ferida. Frente à complexidade e diversidade dos tecidos foram escolhidas coberturas específicas para cada parte. No tecido necrótico foi utilizado papaína, complexo de enzimas para desbridamento. No esfacelo utilizamos hidrogel, que desbrida através da autólise. No descolamento proximal e nas terminações nervosas e ósseas do coto foi utilizado alginato de cálcio, derivado de algas marinhas e composto por ácido algínico, que proporciona um meio úmido, promovendo o desbridamento e absorvendo o exsudato. No tecido muscular foram utilizadas telas de silicone com ácidos graxos essenciais que promovem quimiotaxia dos leucócitos, mitose e proliferação celular, facilitam a entrada de fatores de crescimento nas células, e tem função antioxidante. O tempo de duração do curativo foi de 45 minutos, com analgesia prévia e durante o procedimento. Após o preparo da ferida com os curativos descritos anteriormente o paciente foi submetido a várias sessões de enxertia, todas elas satisfatórias, e após dois meses de internação recebeu alta com orientações de fisioterapia para utilização de prótese. **CONCLUSÃO:** Atualmente são inúmeras as opções de coberturas existentes, deste modo, torna-se fundamental que os enfermeiros se mantenham atualizados para empregar um raciocínio crítico para cada tipo de tecido, com vistas à escolha correta e efetividade da terapêutica.

PO - 016 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE FERIDAS EM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO DE CASO

RENILDA PEREIRA ROYKO KOZLOWSKI¹; JUCIANE APARECIDA KRAMBECK²; ADRIANE WOLLMANN³; MARIA TERUME MARUYAMA KAMI⁴; LILIANA MULHER LARocca⁵

^{1,4} PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, CURITIBA - PR - BRASIL;

² SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, CURITIBA - PR - BRASIL;

^{3,5} UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Morador de Rua; Curativos; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Consultório na Rua (CnaR) é um dispositivo potencial para acesso à população em situação de rua no SUS (BRASIL, 2009). Compostas por equipe multiprofissional tendo a enfermagem papel importante no cuidado à pessoa em situação de rua (PSR). **OBJETIVO:** Relatar o cuidado de enfermagem à pessoa em situação de rua com alterações dermatológicas. **MÉTODO:** Estudo de um caso de abordagem qualitativa e de cunho exploratório, realizado durante atendimentos da equipe do CnaR do município de Curitiba, período de 22 de julho à 22 de dezembro de 2014. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (parecer número 742.589/2014) e Viabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (parecer número 767.679/2014). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante atendimento, paciente apresentava claudicação, referiu ferida em perna direita, ocasionado por atropelamento há 7 dias e sem assistência à saúde. Iniciou-se plano terapêutico, com realização de curativos semanais, uso de coberturas especiais e abordagem diferenciada atrelada ao engajamento pela causa. Segundo Bretas et al. (2006) o desejo de transformação social fará com que a assistência nesta área não seja apenas uma ação técnica, mas possibilite um processo terapêutico acolhedor, com vistas ao estabelecimento do vínculo. Devido as características singulares da PSR a equipe utilizou de diversas estratégias para a efetivação do cuidado: busca ativa, agendamento na rua para a realização dos curativos e orientações quanto busca do serviço social. A ferida evoluiu para cicatrização no período de 5 meses. **CONCLUSÃO:** O cuidado à PSR com lesão de pele possibilita momentos de discussões em equipe/usuário quanto às opções de tratamento, visando a minimização das complicações e a melhoria da qualidade de vida. A enfermagem tem um papel fundamental na assistência à PSR, uma vez que a mesma participa ativamente na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Referências:

BRASIL. Governo Federal. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em 18/11/2014

BRETAS ACP, ROSA AS, CAVICCHIOLI MGS. Cuidado de enfermagem ao adulto em situação de rua. In: BRETAS ACP, GAMBA MA. (org.). Enfermagem Saúde do Adulto. Barueri, SP: Manole, 2006.

RELATO DE CASO: PACIENTE ORTOPÉDICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO NORTE DO BRASIL

LUCÉLIA FERREIRA XAVIER; ALINNY REZENDE SANTOS; MARIA CICERA FREITAS ANDRADE; SILVIANI BROMATTI MATEUS DA SILVA; DANIELA CRISTINA GONÇALVES AIDAR CEULJI/ ULBRA, JI-PARANA - RO - BRASIL.

Palavras-chave: ortopédico; paciente; lesão; debridamento; traumática.

As feridas são consideradas problema de saúde pública, levando a um alto número de indivíduos com alterações na integridade da pele de forma aguda ou crônica. Trata-se de um relato de experiência de estágio, realizado na clínica cirúrgica de um hospital do município de Ji-Paraná-RO. Este relato tem como objetivo apresentar experiência vivida por uma estudante de enfermagem durante um estágio no tratamento de feridas. A pesquisa descreve aspectos vivenciados pela autora, tem um olhar qualitativo, que abordou a problemática a partir de métodos descritivos e observacionais. O estágio que resultou na redação deste relato aconteceu no mês de Junho de 2015 na clínica cirúrgica, após a autorização da enfermeira responsável técnica, do hospital. Onde passava visita nas enfermarias para conhecer os pacientes e verificar a necessidade de curativos. O relato de experiência é de uma vítima de acidente de moto que teve o dedo indicador direito amputado. Na realização do curativo nos dias que antecederam a amputação acompanhei a expectativa do paciente na possibilidade de melhora e não realização da cirurgia, mas a constatação de que iria realizar o procedimento, o paciente antes bem humorado começou a dar sinais de tristeza, o que me levou a entender que era pela cirurgia, pois a mudança de comportamento foi percebida após a confirmação que seria necessária a amputação. Por mais que tentasse confortá-lo nada o animava. Após a cirurgia continuei a realizar os curativos. Como acadêmica me senti frustrada por não ajudá-lo, a falta de experiência talvez não tenha possibilitado para auxiliá-lo da necessidade da amputação. Acredito que a enfermagem deve estar preparada para dar também suporte emocional, já que estas afetam tantas áreas da vida do indivíduo. Este estudo possibilitou melhor compreensão e desenvolvimento do plano de cuidados e tratamento adequado, contribuindo para a visibilidade do trabalho que o enfermeiro pode realizar.

PO - 018 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TEORIAS DE DOROTHEA OREM E HILDEGARD PEPLAU NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR DE ESTOMAS

SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR¹; CLÁUDIA DE LIMA TEIXEIRA FUENTES GARCIA²; ANA REGINA ALPIOVEZZA³; SUELY RODRIGUES DE AQUINO SILVA⁴; FELIPE FERRAZ LOPES DE OLIVEIRA⁵

¹ UNIVERSIDADE ANHANGUERA, SÃO PAULO - SP - BRASIL;

² UNIVERSIDADE ANHANGUERA OSASCO, OSASCO - SP - BRASIL;

^{3,4} UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL;

⁵ UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Estomas Cirúrgicos; Teorias de Enfermagem; Enfermagem domiciliar.

INTRODUÇÃO: Estoma é uma abertura artificial cirúrgica para modificar o trajeto do meio interno ao externo para a saída de ar, secreções pulmonares, fezes ou urina¹. Costuma ser indicada quando há impossibilidade do fluxo normal pelo órgão, presentes e indicadas principalmente em pacientes com câncer². **OBJETIVO:** Apresentar as teorias de Dorothea Orem e Hildegard Peplau como métodos para otimizar a qualidade de vida do portador de estomas. **MÉTODO:** Revisão sistemática da literatura, com artigos científicos publicados em periódicos indexados com os descritores: Estomas cirúrgicos, teoria de enfermagem e enfermagem domiciliar, combinados por meio do conector booleano "AND". A busca foi restrita ao tipo de publicação com texto completo e palavras-chave no título e resumo. **RESULTADOS:** A qualidade de vida do paciente está relacionada à construção adequada do estoma, onde o mesmo deve ser orientado da necessidade, se será transitório ou permanente, cuidados e até mesmo sobre as complicações, sendo precoces como dermatite, hemorragias e retração ou tardias como fístulas, prolapso e obstrução³. As pessoas com câncer são afetadas significativamente em sua vida, principalmente na qualidade de vida, pois sofrem mutilação, alterações de imagem corporal e sentimentos negativos frente às relações interpessoais⁴. Frente aos fatos, o enfermeiro e sua equipe precisam conhecer e utilizar as teorias de Dorothea Orem que cita o autocuidado como mecanismo para desenvolver autonomia no doente, bem como o retorno da autoestima, onde o indivíduo se sente capaz de manusear o dispositivo e necessita cada vez menos da ajuda de outrem². Na teoria de Hildegard Peplau, o relacionamento interpessoal é a base para a melhoria das relações e entender o comportamento humano, onde esta objetiva o alcance das metas, mantendo o paciente com sua importância e essência. Estas teorias são antigas, mas podemos atualmente aplica-las, remoldando seus conceitos e mantendo suas bases teóricas⁵. **CONCLUSÃO:** As teorias de enfermagem servem como base para a assistência. Os pacientes com estomas têm sentimentos de inferioridade e acabam por deteriorar suas relações sociais. Ao aplicar estas teorias, podemos melhorar a autoestima do paciente, permeando o autocuidado, estimulando-o a não perder e manter suas relações com as pessoas, melhorando com isso sua qualidade de vida, principalmente nos aspectos pessoais e sociais.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PERSPECTIVA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO PACIENTE QUEIMADO

DANIELLA KARINE SOUZA LIMA¹; ERIKA YORIKO KINOSHITA²; CLAUDIA MANUELA SIQUEIRA DE OLIVEIRA³; SORAIA DORNELLES SCHOELLER⁴; MARIA ELENA ECHEVARRÍA-GUANILO⁵

^{1,3,4,5} UFSC, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL;

² PMF, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Atenção Primária; Enfermagem; Queimadura.

INTRODUÇÃO: As queimaduras são um problema de saúde pública em todo o mundo. São consideradas lesões traumáticas, podendo levar a morte ou a sequelas de ordens física, psicológica e social. O atendimento domiciliar é uma atividade de acompanhamento às pessoas em tratamento, recuperação e reabilitação, que responde às necessidades individuais e familiares, imprescindível para melhorar a qualidade de vida e saúde. **OBJETIVO:** Descrever a assistência domiciliar a uma pessoa portador de queimadura de 2º grau no âmbito da atenção primária em Florianópolis/SC. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso descritivo, relacionado a um usuário que procurou atendimento em uma das unidades de saúde municipal. A assistência domiciliar realizada fundamentou-se não só nas necessidades humanas básicas segundo Horta, mas no processo de autocuidado proposto por Orem. O acompanhamento e tratamento da lesão foi realizado durante o mês de maio 2013, totalizando sete atendimentos domiciliares. Todos os aspectos éticos pactuam com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **RELATO DO CASO:** Vítima de acidente de trabalho na cozinha de um restaurante, apresentando queimadura de 2º grau em toda extensão lombar e glútea, coberta por grande quantidade de exsudato purulento, bordas irregulares, sem comprometimento de músculos ou outros tecidos além do tegumentar. Para o tratamento da ferida utilizou-se água e sabonete antisséptico na higienização e Sulfadiazina de prata 1% como tratamento tópico nos primeiros sete dias. Após foi utilizado ácidos graxos essenciais e curativo absorvente não aderente como cobertura secundária. As trocas de curativos foram realizadas a cada 24 horas por 15 dias. Neste período avaliou-se o processo de cicatrização e involução da dor. A escolha da melhor cobertura, as orientações quanto ao processo de cicatrização, controle da dor, alimentação adequada, troca do curativo, medicações em uso, ingestão hídrica, cuidados com higiene, utilização de roupas confortáveis e a importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) durante o desenvolvimento das atividades inerentes ao trabalho, foi fundamental para o processo de recuperação do usuário. **CONCLUSÃO:** o atendimento domiciliar foi uma estratégia que proporcionou a integração entre indivíduo, família e profissional da saúde, priorizando não só o diagnóstico da realidade do indivíduo, mas as ações educativas com usuário e seus familiares, fundamentais para desfecho satisfatório do quadro clínico.

PO - 020 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA INTENSIDADE NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

THAIS DE OLIVEIRA; NATASHA DALSENTER PIO; LUANA MENEGUINI BELMOBTE.
UNISUL, PALHOÇA - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera; Terapia por estimulação elétrica; Fisioterapia.

OBJETIVO: Analisar os efeitos da Estimulação Elétrica de Baixa Intensidade/Microcorrente na cicatrização de úlceras de pressão em um indivíduo com Lesão Medular Espinhal. **MÉTODOS:** Participou do estudo um indivíduo, 25 anos, com lesão medular espinhal e apresentando duas úlceras de pressão no sacro e glúteo. Para a coleta dos dados utilizou-se a Classificação publicada pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Escala de cicatrização para úlceras de pressão (Ferramenta ECUP), planimetria e imagens fotográficas. Semanalmente os instrumentos foram aplicados. O protocolo de intervenção totalizou 40 aplicações na úlcera glútea e 47 aplicações na úlcera sacral. **RESULTADOS:** Após a 5ª semana houve a cicatrização completa da úlcera glútea e na 11ª semana 60% de redução da área da úlcera sacral, além de melhora nas subpontuações da ferramenta ECUP referentes ao comprimento x largura, quantidade de exsudato e tipo de tecido. **CONCLUSÃO:** No presente estudo a terapia por estimulação elétrica de baixa intensidade/microcorrentes acelerou o processo de cicatrização das úlceras de pressão do participante da pesquisa.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE FERIDAS PELO ENFERMEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSIANE DA ROSA¹; PRISCILA HOFFMANN²; ROBERTA COSTA³; JANE CRISTINA ANDERS⁴

¹ MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL;

² HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL;

^{3,4} UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e Lesões; Educação Continuada.

INTRODUÇÃO: O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância na realização de curativos, atuando na prevenção, avaliação e indicação do tratamento adequado para a ferida. A avaliação das lesões possibilita elaboração de um plano de cuidados e escolha de uma cobertura ideal como estratégia para um tratamento adequado, proporcionando uma cicatrização eficaz, assistência individualizada e integral ao paciente. Nesse sentido, é importante que o enfermeiro possua conhecimento e habilidade técnica para avaliar e tratar as feridas. **OBJETIVO:** Relatar a experiência sobre a nova rotina de avaliação diária de feridas pelo enfermeiro em um Hospital Estadual de Santa Catarina/Brasil. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência das avaliações de lesões realizadas pelos enfermeiros nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015. A proposta foi apresentada em uma reunião de enfermeiros do setor e repassada para toda a equipe de enfermagem. Como nova rotina, foi acordado que a cada troca de curativo o enfermeiro de plantão avalia e orienta o tratamento adequado para a ferida, além de fazer a evolução de enfermagem diária no prontuário eletrônico. **RESULTADOS:** Os profissionais da enfermagem destacaram que não tinham conhecimento científico de tais coberturas utilizadas para o tratamento de feridas e afirmaram que essa nova rotina estimulou a busca de novos conhecimentos e a reflexão da importância da educação permanente. A evolução da cicatrização da ferida dos pacientes internados nesse período foi mais eficaz e rápida, além de trazer melhoras significativas ao paciente e diminuição do tempo de internação hospitalar. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pelos cuidados ao paciente portador de ferida. Na sua prática diária, o mesmo, vem buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores complicações ou comprometimentos. É papel do enfermeiro promover educação permanente com a equipe de trabalho, além de melhorar a qualidade de assistência, permite a troca de experiências, aumenta o vínculo de trabalho com a equipe e estimula o profissional a se qualificar.

PO - 022 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PLANTAR

IZABEL SAD CHAGAS; SONIA MARIA SILVA.
FHEMIG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Equipe multidisciplinar; Hanseníase; Úlcera plantar.

INTRODUÇÃO: A Hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, manifesta-se, principalmente, através de lesões na pele e acometimento dos nervos periféricos que podem levar a incapacidades físicas como as úlceras na região plantar, que resulta das alterações neurais e dermatológicas advindas da diminuição e/ou perda das funções motora, sensitiva e autonômica do nervo tibial. Estas úlceras são de difícil cicatrização, podem se complicar devido os episódios recorrentes de infecção, levando a reabsorções ósseas e amputação do membro, quando não for instituído um tratamento precoce e adequado. **OBJETIVOS:** Descrever a evolução e o tratamento da úlcera plantar de um paciente em poliquimioterapia para hanseníase e a atuação dos membros da equipe multidisciplinar. **METODOLOGIA:** Este relato de caso foi realizado com um paciente de um Serviço de Referência para Atendimento de Pacientes Portadores de Hanseníase na cidade de Belo Horizonte. A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, sob o parecer nº 0023.0.438.000-10. **RESULTADOS:** sexo masculino, 67 anos, encaminhado para o Centro de Referência em Tratamento de Hanseníase em 23/11/2007, foi feito o diagnóstico de hanseníase, iniciado o tratamento com poliquimioterapia multibacilar adulto e prednisona 40 mg. encaminhado para avaliação da fisioterapia, para confecção de palmilhas, e foi admitido no Ambulatório de Feridas. O paciente apresentava ulceração em região plantar, com 6,25 cm², tecido 90% vermelho escuro, 10% de esfacelo amarelado, exsudato em grande quantidade, bordas com hiperqueratose. A cobertura de escolha foi alginato de cálcio e para cobertura secundária gazes estéril e atadura. Com 5 meses e 13 dias após o início do tratamento, a úlcera apresentava-se com 98% de cicatrização, o paciente recebeu alta do ambulatório de feridas. **CONCLUSÃO:** A úlcera plantar foi efetivamente tratada. O uso adequado da cobertura para absorção do exsudato e controle da colonização de micro-organismos, antibioticoterapia oral, uso de calçado adequado e de palmilhas acomodativas biomecânicas, tiveram eficácia no tratamento da úlcera durante o período de sua evolução. O trabalho da equipe multidisciplinar em centro de referência mostra a importância da atuação dos profissionais na prevenção de incapacidades.

IMPLANTAÇÃO DAS METAS DE CUIDADOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NO HOSPITAL DONA HELENA

MELISSA PEROZIN; ANA MARIA ESPÍRITO SANTO DE BRITO; ROSANE THIEME; CAROLINA RAFAEL MORAES; NADIA CRISTINA BRACH
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EVANGÉLICA DE JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Medição de Risco; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Úlceras por Pressão (UPP) são lesões na pele decorrentes da pressão exercida sobre uma área, associada ou não a fricção ou cisalhamento. São consideradas um importante indicador assistencial, principalmente relacionado à qualidade do cuidado prestado pela enfermagem. Tal fato demonstra a importância da prevenção diária nos cuidados ao paciente para melhoria da assistência, da qualidade de vida dos pacientes e redução dos custos de internação. **OBJETIVO:** Com base neste cenário, identificamos a necessidade de implantar ferramentas de trabalho que permitam identificar os riscos dentro do Hospital Dona Helena, possibilitando a prevenção de lesões e a criação de uma meta de “Não desenvolvimento de UPP”. Optou-se por iniciar a implantação da ferramenta na UTI devido à exposição constante dos pacientes à fatores de risco, associados ao seu quadro clínico e tratamento proposto. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso de um processo de melhoria assistencial através do uso de uma ferramenta eletrônica, chamada “Metas de Cuidados” que possibilita o acompanhamento e registro diário dos riscos ao paciente. O desenvolvimento e implantação do projeto foi executado pelo setor de Tecnologia da Informação juntamente com Gerência de Enfermagem e equipe. O processo junto ao paciente é realizado pelos enfermeiros assistenciais, supervisionados pela Comissão Assistencial de Pele e Time Assistencial de Metas Mensuráveis, e consiste inicialmente na realização diária da escala de Braden, visando atingir a meta de Não desenvolvimento de UPP. Se não houver formação de lesões na pele, a meta do projeto é alcançada. Se esta meta não for atingida o enfermeiro realiza uma notificação de evento UPP e a partir deste momento surgem outras duas metas: “Diminuir Área de Necrose e Aumentar Área de Epitelização”, conforme a avaliação da lesão. **RESULTADOS:** Com o aparecimento da UPP, o enfermeiro realiza o planejamento dos cuidados para o tratamento e mantém a meta de prevenção para evitar novas lesões. O instrumento se autoalimenta com o preenchimento da escala de Braden, tornando o controle da prevenção visual no prontuário do paciente e possibilitando a geração de relatórios mensais de acompanhamento. **CONCLUSÃO:** Através do projeto, o protocolo de Prevenção de Lesões de Pele passou a ser seguido mais rigorosamente, e o olhar dos enfermeiros sobre a prevenção foi ampliado. Com os resultados, o projeto será aplicado nas demais unidades de internação, abrangendo 100% dos pacientes.

PO - 024 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE PRATA NANOCRISTALINA EM ÚLCERA NEUROTRÓFICA

IZABEL SAD CHAGAS

FHEMIG, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

Palavras-chave: úlcera; Hanseníase; prata nanocrystalina.

A hanseníase, doença de alta prevalência no Brasil, tem grande potencial incapacitante. A afinidade do bacilo por células do sistema nervoso periférico pode provocar deformidades primárias e deformidades secundárias como: calosidades, fissuras, úlceras neurotróficas e perfurante plantar. Este é um relato de caso da assistência prestada a um paciente que realizou tratamento para hanseníase e evoluiu com úlceras neurotróficas em membros inferiores. **OBJETIVO:** evidenciar o tratamento da úlcera neurotrófica utilizando uma cobertura de prata nanocrystalina. Este relato de caso foi realizado com um paciente de um Serviço de Referência para Atendimento de Pacientes Portadores de Hanseníase na cidade de Belo Horizonte. O paciente foi informado sobre o estudo e após concordar em participar, assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, sob o parecer nº 0024.0.438.000-10. Os dados evolutivos foram obtidos por meio de registros escritos no prontuário e avaliação fotográfica periódica da úlcera, respeitando-se os preceitos éticos. Foi utilizado na úlcera neurotrófica uma cobertura com prata nanocrystalina até o momento em que a ferida apresentou 95% de área epitelizada. A utilização de cobertura com prata nanocrystalina demonstrou eficiência, evidenciada pela diminuição das dimensões da úlcera e melhora após a utilização de diversas coberturas.

PROCESSO ASSISTÊNCIAL DE ENFERMAGEM PRESTADO AO PACIENTE GRANDE QUEIMADO: REVISÃO INTEGRATIVA

SANDRA CRISTINA SOUZA CARVALHO; RÊNEIS PAULO LIMA SILVA
FACULDADE ESTÁCIO DO RECIFE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Queimadura; Processo Assistencial.

INTRODUÇÃO: As queimaduras constituem um problema grave de saúde pública no Brasil, estima-se que ocorram um milhão de acidentes por ano, 10% procuram o serviço hospitalar destes 2.500 irão a óbito direta ou indiretamente devido a gravidade das lesões. As causas com maior frequência são exposição ao fogo, água fervente e contato com objetos aquecidos as demais são menos frequentes, grande parte dos pacientes são atendidos em centros de emergência geral. Cerca de 40 mil são hospitalizados em estado grave nos centros de referência. Prestar assistência de enfermagem ao paciente queimado requer do enfermeiro um alto nível de conhecimento sobre as alterações e complicações em decorrência das lesões teciduais e sistêmicas, identificá-las através de anamnese e exame físico, traçar um planejamento e executar são medidas que asseguram o paciente de possíveis complicações. **OBJETIVO:** Descrever a assistência de enfermagem e procedimentos empregados aos pacientes grandes queimados com ênfase no fator relevante na redução dos riscos de sequelas. **MÉTODO:** revisão integrativa de literatura nas bases de dados eletrônicas: LILACS, IBECs, BEDENF, MEDLINE e REUOL da UFPE, Revista Brasileira de Queimaduras. **RESULTADOS:** No acervo literário encontramos diversos procedimentos que em sua maioria compete à enfermagem participar de todas as etapas, do primeiro atendimento até o término do tratamento. Informações como essas poderão contribuir nas particularidades identificadas nos pacientes atendidos. e sobre as ações que podem ser realizadas imediatamente após a ocorrência do trauma, assim como no que se refere a importância de não se tomar atitudes inadequadas que possam agravar o quadro da queimadura. **CONCLUSÃO:** observou-se que as lesões por queimaduras causam muita dor, sequelas irreversíveis podendo levar a vítima a morte. Faz-se necessário a assistência de enfermagem adequada intervindo de forma apropriada e contínua, a junção desses fatores é essencial para um bom prognóstico, a inexperiência poderá causar um desequilíbrio emocional afetando negativamente o atendimento inicial.

PO - 026 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

FERIDAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: UMA REVISÃO DO ATO DE CUIDAR

FABIANA GONRING XAVIER¹; GLÁUCIA VALENTE VALADARES²

¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL;

² UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, MACAÉ - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlceras Crônicas; Enfermagem; Cuidado.

O cuidado sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo saúde doença. Em relação às feridas o cuidado remonta à antiguidade. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o tratamento de feridas continua polêmico, em relação à correta utilização de produtos tópicos, coberturas e também em relação ao processo de cuidar enquanto tecnologia. Faz-se necessário a existência de profissionais qualificados com fundamentação teórica e prática capazes de refletirem sobre as demandas de cuidados, capacitados para os procedimentos de enfermagem associados ao déficit tegumentar, e ainda com uma visão ampliada do ser humano. Neste sentido, buscou-se neste estudo analisar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes acometidos por úlceras crônicas de membros inferiores. Para alcançar o objetivo proposto optou-se pela revisão integrativa por permitir a síntese das evidências disponíveis e identificar as lacunas existentes. Os questionamentos para o estudo em tela foram quais e como são os cuidados dispensados ao clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores. Buscou-se artigos nas bases de dados da BVS, em específico LILACS, MEDLINE e BDNF no período de 2004 a 2014. Após o levantamento dos artigos, 35 foram selecionados. Diante da análise foi possível identificar que o cuidado prestado aos clientes afetados por úlceras crônicas de membros inferiores é fragmentado e não possui referência profissional. Apesar de todos os artigos apontarem a necessidade de uma abordagem multiprofissional que seja, planejada, cuidadosa e imparcial, fatores clínicos e sociais, como aposentadoria precoce, presença de dor, estado emocional afetado, isolamento social, o tamanho da úlcera, os cuidados ambulatoriais e domiciliares inadequados, sono alterado, diminuição da mobilidade funcional e cronicidade da úlcera foram citados em 90% dos artigos como fatores que influenciam negativamente a vida dos clientes afetados. Os trabalhos demonstraram ainda que, os cuidados de enfermagem são realizados sem uma adequada avaliação. Como integrante da equipe multidisciplinar o enfermeiro tem papel fundamental na condução do tratamento de clientes com úlceras crônicas de membros inferiores, e a sua atuação deve estar direcionada a recuperação e bem estar do indivíduo e de sua família fundamentado em conhecimento técnico científico para a melhoria da qualidade da assistência prestada, com o olhar ampliado para os conceitos de cuidado, saúde e ser humano.

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

SÍLVIO CESAR AMORIM¹; ELAINE ROCHA RIBEIRO DOS SANTOS²; FERNANDA MATHEUS ESTRELA³; JOSINETE GONÇALVES DOS SANTOS LÍRIO⁴; JOSELY BRUCE DOS SANTOS⁵

¹ SA HOME CARE, LAGARTO - SE - BRASIL;

^{2,3,4,5} UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: úlcera de pressão; ferida; causalidade; cuidados de enfermagem.

As úlceras por pressão são um importante problema para o setor de saúde, devido à elevada incidência e prevalência, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva. Isso gera impactos sobre sua morbimortalidade e sobre o setor saúde, situação que requer medidas profiláticas e terapêuticas. Trata-se de uma revisão sistemática com o objetivo de conhecer medidas para a prevenção de úlcera, a partir da produção de enfermeiros no Brasil. A coleta ocorreu em junho de 2015, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, através da associação entre os descritores úlcera por pressão, prevenção de doenças e enfermagem, todos cadastrados na BVS. Incluiu-se artigos originais, disponíveis na íntegra, pesquisas com humanos e publicações de 2005 a 2014. A amostra constitui-se de cinco publicações, cujo conteúdo foi sistematizado com base na Análise Temática de Bardin. O estudo mostra que a prevenção de úlceras por pressão se dá através do cuidado e avaliação da pele, controle da umidade e mudança de decúbito. Considerando que quando não adotadas tais medidas, eleva-se probabilidade de desenvolvimento de úlceras por pressão, desperta-se para a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem, em especial àqueles que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva, a fim de viabilizar a identificação de indivíduos em risco potencial e a realização de medidas de prevenção.

PO - 028 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA ESPUMA DE POLIURETANO COM IBUPROFENO LESÕES: ESTUDO DE CASO

SÍLVIO CESAR AMORIM¹; FERNANDA MATHEUS ESTRELA²; JOSINETE GONÇALVES DOS SANTOS LÍRIO³; MAIANA SIVA FRANÇA⁴; KÁTIA CORDÉLIA CUNHA CORDEIRO⁵

¹ SA HOME CARE, LAGARTO - SE - BRASIL;

^{2,3,4,5} UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; queimadura; úlcera hipertensiva; cuidados de enfermagem.

A preocupação na descoberta de novas tecnologias que possibilitem uma cicatrização de forma eficaz, rápida com intuito de prevenir complicações é objeto de investigação de pesquisas nacionais e internacionais. Descrever o uso da cobertura espuma de poliuretano com ibuprofeno para tratamento de queimadura de 3º grau e úlcera hipertensiva. Realizado dois estudos de caso clínico em hospitais públicos de Salvador, Bahia, Brasil. O primeiro: paciente, 53 anos, homem, atendido em abril de 2013 para submeter-se a prostatectomia, no qual foi vítima de queimadura de 3º grau por placa de bisturi em face posterior de coxa D e E com dimensões de 8,0 X 8,0cm e 6,5X 6,0cm, respectivamente. Lesão em coxa D com 70% de tecido de granulação e 30% de esfacelo, bordas maceradas, com exsudato moderado, e lesão em coxa E com 90% de tecido de granulação, 10% de esfacelo, bordas maceradas, exsudato moderado. O segundo: mulher, 43 anos, atendida em janeiro de 2013 pela comissão de apresentando lesão de 3 cm de diâmetro, com 40% de tecido de granulação, 60% de esfacelo, bordas maceradas, com exsudato moderado, sem odor, referindo dor intensa. Para o tratamento de ambos utilizou-se espuma de poliuretano com ibuprofeno, o qual é uma espuma de poliuretano hidrofílica, com liberação sustentada de ibuprofeno na ferida com presença de fluido ou exsudato. Possui ação anti-inflamatória, auxiliando no processo algico e consequente cicatrização. Nos dois casos o fechamento total da ferida aconteceu em cinco e quatro meses respectivamente. O uso da espuma de poliuretano com ibuprofeno mostrou-se efetivo para o tratamento de queimadura de 3º grau assim como de úlcera hipertensiva. Constatou se que a cobertura cria um ambiente fisiológico, favorecendo a cicatrização definitiva das lesões. Estudos internacionais evidenciam que a espuma com ibuprofeno pode ser uma solução efetiva no tratamento de feridas exsudativas dolorosas com amplas variedades de etiologias.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADULTOS E IDOSOS PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS-RIO DE JANEIRO

ALINE DE SOUZA MENEZES BERTANHA; LIVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS
FACULDADE ARTHUR SÁ EARP NETO, PETROPOLIS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Venosa; Cuidados de Enfermagem; Idoso.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem no Brasil um problema de saúde pública de grande magnitude, levando a uma letalidade de 72% das causas de morte (BRASIL, 2011). Este trabalho teve como objetivo geral conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes adultos e idosos portadores de úlcera venosa no município de Petrópolis-RJ. **MÉTODO:** Através de um estudo observacional, com abordagem quantitativa, participaram 25 adultos e idosos, de ambos os sexos. A coleta de dados aconteceu através de um protocolo contendo dados sócios econômicos para a caracterização dos sujeitos e uma parte relativa à condição clínica. Os dados coletados foram analisados através da estatística descritiva simples e apresentados em forma de quadros e tabelas. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis, Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Hospital Alcides Carneiro (CEP/FMP/FASE/HAC), obtendo aprovação: número 730.322 CAAE: 33281614.8.0000.5245. Os resultados mostraram que houve predomínio do sexo feminino (52%), a idade vaiou entre 40 e 65 anos (64%), 100% com até o 5º ano de escolaridade, 100% possui renda de até 2 salários mínimos, 100% possuem diagnóstico de Insuficiência venosa crônica, 91% possuem algum grau de obesidade, 28% são Hipertensos, longos períodos em pé ou sentado foi o maior fator de risco com 15%, apenas 1 participante possui dificuldade de locomoção, 24% possuem a lesão entre 5 e 10 anos e 28% possuem a ulcera mais de 10 anos, 96% fazem uso da terapia compressiva. O estudo mostrou que para melhorar a assistência há a necessidade de: maior investimento na equipe para prestar o cuidado, empoderamento dos pacientes acerca da patologia que possuem organização dos prontuários, adequação do preenchimento ficha de avaliação de 1ª consulta no AMBE, mostrou, ainda, que é necessário maior investimento para ampliar o serviço, maior atenção a fatores emocionais, sociais, mostrou o que os dados levantados podem melhorar a assistência prestada e a avaliação futura do serviço.

PO - 030 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERA VENOSA: UM ESTUDO DE CASO

ALINE DE SOUZA MENEZES BERTANHA; LIVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS
FACULDADE ARTHUR SÁ EARP NETO, PETROPOLIS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Venosa; Cuidados de Enfermagem; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Estudo de caso realizado com paciente em tratamento de úlcera venosa em uso de terapia compressiva em um serviço de atendimento ambulatorial do município de Petrópolis-RJ. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados obtidos frente ao tratamento de uma úlcera venosa com o uso de terapia compressiva. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório descritivo realizado em um Ambulatório localizado no município de Petrópolis, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo paciente, os dados foram coletados do prontuário e através de arquivo fotográfico da lesão foi possível observar a evolução da cicatrização. **Intervenções e RESULTADOS:** Paciente com úlcera por pressão em MI, iniciou tratamento em 01.10.2012, durante 11 meses realizou terapia tópica com soro fisiológico a 0,9%, clorexidine degermante, óleo AGE, papaína a 4% e a 10%, sulfadiazina de prata, fitoscar tópica e kolagenase, tendo pouca melhora do quadro inicial. Passou por 2 processos de internação hospitalar com infecção da úlcera por pseudomonas e tratamento com antibioticoterapia. Em 10.09.2013 iniciou o tratamento compressivo com Bota de Unna, em 7 meses teve evolução positiva da lesão, com fechamento da mesma e alta em 08.04.2014. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As intervenções de enfermagem especializada foram efetivas para a cicatrização da úlcera. Considerando o elevado nível de recidivas das úlceras venosas, faz-se necessário que os enfermeiros orientem cuidados após alta e que continue acompanhando o paciente periodicamente para prevenção de novas úlceras. E por fim, que desperte ao profissional de enfermagem que feridas, tida como crônicas são passíveis de cicatrização se, indicadas e utilizadas formas adequadas de terapias tópicas.

ESTUDO DE CASO TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA (VAC)

ROCHELLI BERNARDES STEFANELLO; ADRIANA FERREIRA DA ROSA
HOSPITAL DIVINA PROVIDÊNCIA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: VAC; Pressão Negativa; Feridas.

INTRODUÇÃO: A terapia VAC deve ser utilizada como parte de um plano de tratamento individualizado, abrangente. O curativo é indicado em feridas aguda e traumática, subaguda, crônica aberta, úlcera por pressão, enxerto em malha e retalho. Atua no leito da ferida, removendo exsudato e reduzindo edema, promovendo aumento de vascularização e fluxo sanguíneo microvascular, otimizando formação de tecido de granulação, reduzindo tamanho e auxiliando no fechamento da lesão. **OBJETIVO:** Relatar experiência do uso de terapia por pressão negativa (VAC) em úlceras por pressão categoria IV, localizadas em trocânter bilateral consequente de complicações pós operatórias tardias de artrodese de coluna lombar. **MÉTODO:** Estudo de caso descritivo realizado de 28/fevereiro a 20/agosto/2014, em unidade de internação clínica/cirúrgica em hospital privado de Porto Alegre, RS. Iniciado após autorização da paciente através do termo de consentimento livre e esclarecido, para publicação e registro fotográfico. Descrição do caso: Paciente de 56 anos, feminino, pós artrodese de coluna lombar em 27/outubro/2013. Doenças prévias: hipertensão arterial, obesidade. Reinterview em 4/novembro/2013 devido a hematoma extenso na ferida operatória, apresentando complicação de mielopatia por compressão. Aplicou-se curativos preventivos, película protetora, hidrocoloide extrafino devido Braden elevado. Paciente assistida por equipe multiprofissional com suplementação oral, colchão piramidal, indicação de mudança de decúbito de 2/2 horas. Desenvolveu úlcera por pressão categoria IV, com presença de necrose e esfacelo. Foi submetida a debridamento cirúrgico a cada troca de curativo 48/48 horas pela enfermagem e utilizou curativos especiais como gel debridante, alginato de cálcio, microfibras com prata até autorização do VAC pelo convênio. Após debridamento completo, iniciou terapia VAC em 26/março/2014, com evolução significativa do tecido de granulação. Padronizou-se troca dos curativos duas vezes por semana. Permaneceu com curativo VAC até 9/julho/2014. Após preenchimento parcial das cavidades com tecido de granulação, paciente foi submetida a exereses e rotação fasciocutânea trocânter bilateral. **RESULTADOS:** Observou-se boa evolução das lesões com uso do VAC em escaras debridadas antes da aplicação, preparando o leito das feridas para fechamento completo com procedimento cirúrgico plástico. VAC utilizado até preenchimento parcial das cavidades, aproximação dos bordos e retalho local com enxertia cutânea. **CONCLUSÃO:** Observou-se boa evolução das lesões com uso do VAC, desenvolvimento de tecido de granulação e melhora das condições circulatórias locais. VAC acelerou o preparo do leito das feridas para enxerto e retalho cirúrgico, gerando economia devido à redução do período de internação, considerando serem lesões extensas e complexas. Manteve-se pressão de 125 mmHg com resultados satisfatórios.

PO - 032 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

HISTÓRIAS DE VIDA DE PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA: MARCAS DA PELE, FERIDAS NA ALMA

BHEATRIZ GONDIM LAMBERT¹; CLELIA ALBINO SIM²; CATHIA ALESSANDRA VARELA ATAIDE³; FERNANDO DE SOUZA SILVA⁴; FELISMINA ROSA PARREIRA MENDES⁵

^{1,2,3,4} UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL;

⁵ UNIVERSIDADE DE ÉVORA, ÉVORA - PORTUGAL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Acontecimentos que mudam a vida; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO: A Insuficiência Venosa Crônica caracteriza-se como um conjunto de alterações físicas que incluem como complicação mais séria a úlcera venosa. A ocorrência da úlcera venosa nas pessoas com insuficiência venosa crônica gera dependência dos serviços de saúde, com tratamentos de longa duração, repercutindo em grande impacto na sua qualidade de vida, afetando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, constituindo um importante problema de saúde pública. **OBJETIVO:** Este estudo objetivou narrar a experiência de possuir uma úlcera venosa no cenário dos serviços de Atenção Primária à Saúde, que compreende Unidades de Atenção Básica e de Estratégia de Saúde da Família no Município de Natal/RN, partindo das histórias de vida dos usuários. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo, tendo a História Oral de Vida como referencial metodológico. As entrevistas foram gravadas, transcritas, transcriadas e retornadas aos colaboradores para conferência para posteriormente serem submetidas à técnica de Análise Temática de Conteúdo. **APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:** O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFRN, sob Protocolo 653.788/2014 e CAAE 30408014.0.0000.5537. **RESULTADOS:** As narrativas submetidas à técnica de Análise Temática de Conteúdo, possibilitaram a construção de três eixos temáticos que englobam categorias: Eixo I - Olhares sobre as mudanças: o impacto da ferida nas relações sociais (mudanças ocorridas com a úlcera venosa; a úlcera venosa e as relações sociais e familiares); Eixo II - Marcas no corpo e na alma: trajetória do ser ferido (concepções sobre o corpo ferido; itinerário terapêutico nos serviços de atenção básica); e Eixo III - Reconstrução do ser ferido: mecanismos de enfrentamento (ressignificação do corpo ferido; resiliência frente à ferida crônica). **CONCLUSÃO:** O impacto de ter uma úlcera venosa gera repercussões de ordem física, psicológica e social. Como aspectos relacionados às mudanças ocorridas após o aparecimento da úlcera venosa, os participantes relataram dor, limitações físicas, sofrimento psíquico, isolamento social e afetivo, incapacidade laboral, desconforto estético e dependência dos serviços de saúde. A resignificação do corpo e da ferida constituem o principal mecanismo de enfrentamento da condição crônica. Os serviços que compõem a Rede de Atenção Primária têm papel fundamental no cuidado e reabilitação da pessoa com úlcera venosa.

AVALIAR AS FERIDAS CRÔNICAS DE PACIENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ANA LAURA MENDES CAMPOI; ADRIANA FELICIANO MELO; LUCIANA DE OLIVEIRA SILVA; ELIZABETH BARICHELLO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Ferida; Avaliação.

INTRODUÇÃO: Define-se úlcera crônica como uma ferida que não cicatriza num período de seis semanas, apesar do tratamento adequado. Avaliar as características destas lesões e conhecer o contexto sociocultural em que o indivíduo vive possibilita a tomada de decisões para o tratamento adequado. **OBJETIVO:** avaliar as feridas crônicas de pacientes em um hospital universitário. **MÉTODOS:** Foram avaliados 98 pacientes portadores de feridas crônicas do em um hospital universitário no Triângulo Mineiro no período de outubro de 2014 a abril de 2015, por meio de um instrumento estruturado que aborda as variáveis clínicas e epidemiológicas dos pacientes que apresentaram ferida crônica. Por envolver seres humanos o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sido aprovado com parecer de número 2602. Esse estudo teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) **RESULTADOS:** A maioria dos pacientes observados eram do sexo feminino com intervalo de idade mais frequente entre 55 e 73 anos e 50% encontravam na Clínica Médica. Dentre os pacientes avaliados, 61 (62,2%) estavam acamados. As feridas crônicas mais frequentes foram a úlcera por pressão, acometendo 49 (50%) e a úlcera diabética e venosa, presente em 18 pacientes (18,37%), respectivamente. Em relação às características das úlceras por pressão observou-se a prevalência de tecido necrótico do tipo espesso e macio (19; 38,8%) em que a quantidade do mesmo variava em torno de 75 a 100% (22; 44,9%), com acometimento de tecido subcutâneo (16; 32,6%), sendo o exsudato serosanguinolento em 18 (36,7%) pacientes. A área variava de 16 e < 36 cm² (11; 22,4%) e 36 e < 64 cm² (11; 22,4%). (Anexo – tabela 2 - 6). A úlcera do pé diabético apresentou quantidade de tecido necrótico de 75 a 100% (7; 38,9%) do tipo delgado ou mucóide, firme ou frouxamente aderido (7; 38,9%). A área da ferida teve uma variação de 4 e < 16 cm² (5; 27,8%) e 16 e < 36 cm² (5; 27,8%). **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que as feridas crônicas, configuram importante problema de saúde, em especial, os indivíduos com idade avançada e restrição de mobilidade, que necessitam de um cuidado mais cauteloso e individualizado a fim de favorecer medidas efetivas que viabilizem a qualidade de vida do indivíduo.

PO - 034 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABTES MELLITUS E FERIDAS CRÔNICAS

MARIANA AMARAL SOUSA¹; LUCIANO RAMOS DE LIMA²; LEILA MARIA SALES SOUSA³

^{1,2} UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL;

³ HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Pé diabético; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO: Com a mudança no perfil de doenças, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aparecem com maior prevalência, destacando-se a diabetes melito (DM) como um grande problema. No Brasil as DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes e o DM apresenta 5,2% dentre essas. Nesse sentido, o DM passa a ser uma das quatro DCNT de maior impacto mundial priorizado no Plano de Ação 2008 - 2013 da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciado pelo aumento da prevalência e das taxas de mortalidade. As complicações decorrentes do DM são fatores que influenciam na funcionalidade física, psicológica e social do portador de diabetes, podendo prejudicar a sua adaptação e vida produtiva, causando impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV) e bem-estar. **OBJETIVO:** Descrever o perfil e a QV dos pacientes diabéticos com feridas crônicas em membros inferiores e identificar os danos relacionados à dor. **MÉTODO:** Estudo exploratório de abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de pé diabético do Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal com uma amostra de 25 pacientes. Para a coleta de dados utilizou-se questionários estruturados. A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES pelo parecer de número 380.63. **RESULTADOS:** Prevaleceu mulheres (56%), faixa etária de 61 a 70 anos, casados (32%), ensino fundamental (48%), aposentados (28%) e com renda de até três salários mínimos (28%). Não moram sozinhos (88%) e não possuem assistência domiciliar (60%). A hipertensão foi a principal comorbidade (84%), a maioria apresentou uma lesão (76%), em membro inferior direito (48%), com causa principal o trauma (56%) sendo mais comum a ferida neuropática (64%). Quanto à QV os indivíduos estão insatisfeitos com o fato de estar com a ferida (84%), tempo de cicatrização (76%), intensidade de dor (56%) e mudanças na vida diária (52%). Correlacionando a dor à QV evidenciou-se prejuízo para dor (M=5,86) e qualidade do sono (M=5,78). **CONCLUSÃO:** A QV dos indivíduos está afetada nos aspectos relacionados á ferida, sendo identificados como fatores de risco e fatores que dificultam a adesão e manutenção da terapêutica da doença e ferida a baixa escolaridade, baixa renda, falta de assistência em domicílio e comorbidades.

TERAPIA A VÁCUO NO TRATAMENTO DE EXTENSA LESÃO OSTEOMUSCULAR EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ALESSANDRA CRUZ ATHAYDE; LILIAN MELO; ADRIELLE NUNES; LIANE ANDRADE; CAMILA NUNES
HOSPITAL AEROPORTO, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL.

Palavras-chave: curativo; vácuo; feridas.

INTRODUÇÃO: É do conhecimento de todos que grande parte dos acidentes de moto quando não fatais, causam grandes lesões e sequelas que muitas vezes são incapacitantes e por sua vez, gera internamentos prolongados seguidos de complicações inerentes ao ambiente hospitalar - a infecção é considerada o maior vilão. **OBJETIVO:** demonstrar a importância do acompanhamento de equipe multidisciplinar e o uso da terapia a vácuo como coadjuvante no tratamento de lesões de pele e tecido celular subcutâneo o qual é utilizado como método de neovascularização para possibilitar enxertia de tecido em sitio cirúrgico e acelerar o processo de cicatrização do paciente politraumatizado. **MÉTODO:** Relato do caso de paciente vítima de acidente de motocicleta que apresentou fratura exposta de membro inferior direito tendo sido submetido à abordagem cirúrgica ortopédica com colocação de fixador externo. Evoluiu com osteomielite e infecção dos tecidos ao redor da inserção dos fixadores ortopédicos. Foi submetido a desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro, além de múltiplas rebordagens para toilette e retirada de tecido desvitalizado. Instalado terapia à vácuo com esponjas impregnadas com prata com o objetivo de induzir neovascularização e tratar a infecção local para possibilitar enxertia de pele. **RESULTADO:** Após longo internamento hospitalar, e o uso de terapia a vácuo associado à antibioticoterapia sistêmica possibilitaram resolução do processo infeccioso e posterior enxertia cutânea e alta hospitalar com ferida operatória em fase avançada de cicatrização. **CONCLUSÕES:** Apesar da reconhecida gravidade e das complicações inerentes ao internamento prolongado, concluímos que o resultado foi muito satisfatório em virtude das medidas terapêuticas adotadas, com abordagem multidisciplinar, desbridamento precoce e antibioticoterapia, e o importante papel da terapia por pressão negativa no processo de cicatrização.

PO - 036 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL - AGE NO TRATAMENTO DE FERIDA POR PICADA DE ARANHA MARROM: RELATO DE CASO

CARINA REGINA SCHMITZ¹; HELEN GRACIELI DA CRUZ FURMANN KNOP²

¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL;

² HOSPITAL SÃO JOSÉ, JARAGUÁ DO SUL - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Picada; Enfermagem.

As feridas são definidas como a perda da solução de continuidade do tegumento, representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos músculos, tendões e ossos.¹ A efetividade dos AGE (óleo + hidrogel) nos problemas relacionados às lesões de pele tem sido estudada desde 1929, no qual vem promovendo a quimiotaxia e angiogênese.²⁻³ A picada da aranha marrom se revela quando a peçonha começa a fazer os efeitos em 12 a 24 horas, no qual destrói as membranas celulares das hemácias, do endotélio vascular, o local sofre uma inflamação e obstrução dos pequenos vasos causando a necrose.⁴ Este estudo teve por objetivo a efetividade do tratamento com uso de AGE aplicado em lesão por picada de aranha marrom, pelos enfermeiros da Comissão do Cuidado com a Pele – CCP de uma instituição hospitalar. O presente relato de caso consiste em investigar o indivíduo, procurando associar a evolução de um fenômeno a uma intervenção.⁵ O estudo foi realizado a um indivíduo M.F.P, sexo feminino, 55 anos, em um hospital de médio porte da região Norte, do Vale do Itapocu do Estado de Santa Catarina. O tratamento foi entre 24 de janeiro de 2014 a 09 de fevereiro de 2014. Este estudo segue os aspectos éticos descritos na resolução 466/2012.⁶ M.F.P, portadora de Diabetes Mellitus, foi submetida cirurgia de debridamento, fasciotomia, amputação de falange distal do 3º quirodáctilo direito e tenotomia extensora e flexora. Na primeira avaliação da CCP, identificou-se que o ferimento, foi decorrente do trauma doméstico durante a limpeza do jardim, devido a picada por uma aranha marrom. Lesão com tecido de granulação e exposição de tendão, presença de exsudação serohemática e serosanguinolenta em média quantidade, com odor característico, bordas irregulares, pequenas áreas com necrose e edema. A conduta procedida foi a limpeza em jatos de soro fisiológico a 0,9% morno, seguida da aplicação da cobertura com AGE. No 9º dia, observou-se presença de tecido epitelial em 80% da lesão. O tratamento teve duração de 17 dias. Desta forma, o estudo permitiu reflexões acerca da importância de tratar o portador de lesão de forma holística, bem como buscar alternativas de tratamento, através de estudos que investiguem as respostas às novas coberturas.

USO DE ALGINATO DE CÁLCIO NO TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE CASO

CARINA REGINA SCHMITZ¹; HELEN GRACIELI DA CRUZ FURMANN KNOP²

¹PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL;

²HOSPITAL SÃO JOSÉ, JARAGUÁ DO SUL - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Curativo; Enfermagem.

As úlceras por pressão (UPP) são definidas como “uma área de lesão localizada na pele e nos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores”. Elas constituem um importante problema com que os profissionais da saúde se deparam.¹ O uso do alginato de cálcio no tratamento de lesões proporciona a formação de um gel que mantém o meio úmido para a cicatrização, induzindo a hemostasia.² Este relato de caso teve por objetivo a efetividade do tratamento com uso de alginato de cálcio aplicado em UPP, pelos enfermeiros da Comissão do Cuidado com a Pele – CCP de uma instituição hospitalar. O presente estudo de índole descritiva, no qual consiste investigar a profundidade de um indivíduo.³ Este realizado em um hospital de médio porte da região Norte, do Vale do Itapocu do Estado de Santa Catarina, a paciente M.G.C, do sexo feminino, 80 anos, com UPP de estágio IV na região dorso glútea. O tratamento ocorreu no período de 16 de fevereiro de 2015 a 30 de abril de 2015. Este estudo segue os aspectos éticos descritos na resolução 466/2012.⁴ M.G.C, portador de hipertensão arterial sistêmica, desnutrição e sequela de acidente vascular encefálico. Ao iniciar os cuidados obtiveram-se as seguintes medidas: 8,5 cm de comprimento x 6,5 cm de largura x 1,5 cm de profundidade. Realizada cultura do local, positiva para *Staphylococcus Aureus*. No segundo dia de hospitalização, a paciente recebeu alta e solicitou acompanhamento em domicílio, sendo realizado diariamente a troca dos curativos primários, duas vezes ao dia dos curativos secundários. A troca da cobertura de alginato de cálcio foi realizada a cada cinco dias, durante um período de 15 dias, após essa fase somente uma vez ao dia com soro fisiológico 0,9% morno e ácido graxo essencial. Após 7 dias de uso do produto, obteve-se as seguintes medidas: 2,0 cm comprimento x 1,0 cm largura x 1,5 cm profundidade. Levando em consideração que o tamanho diminuiu, a ferida apresentava-se úmida, sem exsudato e odor característico. Contudo deu-se por concluído o tratamento após 74 dias, quando a lesão fechou totalmente, permanecendo somente a cicatriz. Entretanto, o uso de alginato de cálcio em UPP permitiu que a lesão permanecesse úmida, o que favoreceu a troca gasosa, além de ter promovido a cicatrização e a formação de tecido de granulação.

PO - 038 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE GAZE DE RAYON IMPREGNADA COM OLEO DE COPAIBA, GIRASSOL E MELALEUCA PARA TRATAMENTO DE RADIODERMATITE

ERIKA MACHTOUB MACHADO; MARCIA MARQUES PEREIRA; GENAINE FERNANDES SANTOS; JOELMA ARAUJO CAVALCANTI; SABRINA RAMALHO MENDES
HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: radiodermatite; enfermagem; terapia tópica.

INTRODUÇÃO: As radiodermatites inclui um espectro de reações da pele a doses excessivas de radiações ionizantes, que varia desde a produção de eritema até a formação da radiodermatite crônica, caracterizada por hiperemia, formação de bolhas, área de despigmentação e hiperpigmentação, levando a necrose. A gravidade da lesão decorre da patologia envolvida e tipo de radiação, dosagem aplicada, tempo de exposição, frequência de sessões, região anatômica comprometida, local irradiado e estado geral do paciente. A escolha do tratamento mais adequado depende do conhecimento fisiopatológico, podendo ser clínico ou cirúrgico, visto que o curativo é o mais utilizado. O enfermeiro tem um papel importante na prevenção e na intervenção dessas reações, mantendo contato permanente com o paciente, avaliando o plano terapêutico mais eficaz, realizando os curativos e supervisionando a evolução da ferida. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do uso da gaze de rayon impregnada com óleo de copaíba, girassol e melaleuca no tratamento e cicatrização da radiodermatite. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo descritivo de um caso clínico, com uma paciente portadora de radiodermatite grau III, na área glútea bilateral, vivenciado pelas autoras em um hospital oncológico na cidade de João Pessoa-PB. Para documentar a evolução do tratamento foi realizado registro fotográfico conforme autorização mediante termo de consentimento assinado pela paciente e autorização do comitê de ética da instituição. **RELATO DE CASO:** Paciente L.M.S., 68 anos, sexo feminino, branca, viúva, do lar, submetida à 20 sessões de radioterapia num hospital oncológico, para tratamento de câncer de pele não-melanoma. Após término do tratamento radioterápico apresentou na região glútea lesões com eritema rubro escuro, dolorosas e algumas em fase de descamação. Iniciou-se terapia tópica com gaze de rayon impregnada com óleo de copaíba, girassol e melaleuca e filme transparente estéril para cobertura secundária, uma vez ao dia com troca a cada 24 horas. **RESULTADOS:** A partir do terceiro curativo a troca passou a ser a cada 48 horas. No sexto curativo observou-se redução da descamação, diminuição da dor e hiperemia local. Foram realizados num total de 15 curativos onde ocorreu a regeneração total da pele. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que o uso da gaze de rayon Pielsana no tratamento da radiodermatite proporcionou uma aceleração no processo cicatricial com diminuição da dor e hiperemia local, regeneração total da pele num período de 40 dias.

AÇÃO DA MEMBRANA CELULÓSICA POROSA ASSOCIADA AO GEL COM POLIHEXANIDA: TRATAMENTO TÓPICO CURATIVO EM QUEIMADURAS

RAFAEL COLODETTI¹; FABIO DA SILVA PIMENTA²; WANDER U. G. VELOSO³

¹ PHARMED PRODUTOS HOSPITALARES, VITORIA - ES - BRASIL;

^{2,3} HINSG - CTQ, VITORIA - ES - BRASIL.

Palavras-chave: Queimaduras; Biotecnologia; Antisséptico.

Relato de caso com o objetivo de descrever a ação da Membrana Celulósica Porosa (MCP) associada ao gel contendo polihexanida (PHMB) no tratamento tópico curativo de queimaduras. Foi selecionado um paciente na unidade de queimados de um hospital estadual infantil, apresentando queimaduras de 2º e 3º graus. A criança foi submetida à aplicação das MCP's associada ao gel contendo PHMB 0,2% como curativo primário. A cada sete dias, as MCP's eram trocadas no centro cirúrgico com a realização de desbridamento seletivo das lesões de espessura total. A aplicação do gel antisséptico era realizada diariamente, após a troca do curativo secundário absorvente até completar quatro semanas, período suficiente para a realização da enxertia. A MCP conseguiu promover analgesia ao permitir a balneoterapia sem anestesia, permitindo o suporte nutricional sem interrupções. O gel aumentou a umidade promovida pelo exsudato residual da membrana, entretanto sem criar um ambiente favorável a proliferação de micro-organismos. Observou-se desbridamento autolítico, preparo do leito da lesão para reparo por terceira intenção e epiteliação das feridas de espessura parcial. O uso da MCP associado ao gel com polihexanida promoveu uma recuperação tecidual mais rápida, com excelente relação de custos versus benefícios e menor risco à infecção local. Um melhor entendimento das biotecnologias de aplicação tópica disponíveis para o tratamento das queimaduras permite um profundo impacto na evolução desta clientela, resultando também em uma assistência mais humanizada.

PO - 040 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA SALA DE CURATIVO: ESTUDO DE CASO

SANDRA REGINA TEIXEIRA; BERNADETE SCALERCIO MARQUES; CÉLIA REGINA DA SILVA MEDEIROS; SÔNIA ALVES DA SILVA
PREFEITURA RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: enfermagem; curativo; ferida.

INTRODUÇÃO: Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende, a cada momento, da evolução das fases de cicatrização. Os recursos financeiros do paciente e/ou da unidade de saúde, a necessidade da utilização do curativo, e a avaliação de benefícios são alguns dos aspectos a serem considerados no momento da escolha do tipo de curativo, que devem ser adequados a ferida. O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito por pessoa capacitada. **OBJETIVO:** Avaliar a melhora da ferida após o uso do curativo adesivo de hidropolímero (almofada de espuma composta de camadas sobrepostas de não tecido e hidropolímero e revestida por poliuretano, proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção se faz. Associado a terapia compressiva. O paciente apresentava lesão venosa em membro inferior direito há 14 anos, com exsudato, odor, pulsos distais de difícil palpação. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, tipo estudo de caso. O tratamento durou 60 dias, durante todo o período foi utilizado o mesmo curativo. Os instrumentos foram: registro fotográfico para seguimento da evolução da ferida, anamnese e exame físico e estes foram realizados exclusivamente por enfermeiras com a troca padronizada a duas vezes por semana. **RESULTADOS:** Na primeira avaliação, após 15 dias, a ferida já apresentava pouco esfacelo, hiperemia da pele adjacente, área de granulação, redução do edema e exsudato em menor quantidade. Após 30 dias, a lesão apresentava-se com 90% de tecido de granulação e melhora da hiperemia. Aos 60 dias de tratamento toda a extensão da lesão estava em fase final de epitelização. **CONCLUSÃO:** Neste caso constatou-se que o curativo de hidropolímero e a terapia compressiva foram uma boa opção para o tratamento. Os pacientes podem reagir de forma totalmente diferente, mesmo apresentando feridas semelhantes, por isso é fundamental o acompanhamento da ferida e sua evolução.

Referências:

- ¹ Ferreira MC, Tuma Jr. P, Carvalho VF, Kamamoto F. Feridas complexas. Clinics. 2006;61(6):571-8.
- ² Isaac C, Ladeira PRS, Rego FMP, Aldunate JCB, Ferreira MC. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. Rev Med. 2010;89(3/4):125-31.
- ³ Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Rev Col Bras Cir. 2008;35(3):203-6.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ÚLCERA VASCULOGÊNICA: UM ESTUDO DE CASO

SANDRA REGINA TEIXEIRA¹; BERNADETE SCALERCIO MARQUES²; CÉLIA REGINA DA SILVA MEDEIROS³; CECILIA MARIA IZIDORO PINTO⁴; SÔNIA ALVES DA SILVA⁵

¹ PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{2,3,5} PREFEITURA RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: enfermagem; curativo; ferida.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas podem ser definidas como aquelas que não cicatrizaram espontaneamente, apresentam processos infecciosos, sendo consideradas feridas complexas. Entre essas estão as úlceras de perna. **OBJETIVO:** o presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente hipertenso, diabético, portador de uma ferida em membro inferior esquerdo há cerca de 22 anos, síndrome pós trombótica com evolução de longa data. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, tipo estudo de caso. Os dados foram colhidos de jan 2014 a jun 2015. Utilizou-se como tratamento, nos seis primeiros meses a cobertura de hidrogel (parte desvitalizada), carvão ativado, pielsana (parte granulada) e terapia compressiva. Após esse período, foi utilizada cobertura Biatain-Ag e terapia compressiva. Os instrumentos foram: registro fotográfico para seguimento da evolução da ferida, anamnese e exame físico e estes foram realizados exclusivamente por enfermeiras com a troca padronizada a duas vezes por semana. O estudo foi desenvolvido com autorização do paciente, para uso de imagem e todos os seus registros. **RESULTADOS:** Na primeira avaliação a ferida apresentava muito exsudato, odor fétido, esfacelo, hiperemia da pele adjacente e grande edema do membro (o paciente não podia utilizar calçados). Após seis meses de tratamento, o paciente referiu melhora da dor e a lesão apresentava 70% de tecido de granulação, edema reduzido e diminuição do odor. Após o tratamento com Biatain-Ag e terapia compressiva, a lesão apresentou melhora significativa do edema, 80% de tecido de granulação, sem odor e sem presença de esfacelo. **CONCLUSÃO:** Mesmo diante do aspecto da lesão, o uso das coberturas mostrou-se eficaz e livre de desconfortos ou complicações decorrentes dos produtos utilizados. Houve melhora significativa após o uso do Biatain-Ag, o que trouxe ao paciente qualidade de vida evidenciada pela redução da exsudação e do retorno ao uso de calçados.

PO - 042 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA COMO TERAPIA TÓPICA EM ÚLCERA VENOSA

PATRICIA VERA; ROSIANE BITTENCOURT
UNIMED LITORAL, BALNEÁRIO CAMBORIU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia Tópica; Úlcera Venosa; Bota de Unna.

INTRODUÇÃO: As úlceras de perna constituem-se em um problema grande de abrangência mundial, sendo responsável por índices de morbidade e mortalidade significativos. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do uso da espuma de poliuretano com prata no manejo do exsudato, associada ao uso da bota de unna. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, realizado em uma paciente acompanhada pela equipe de atenção domiciliar, no período 13 de agosto a 08 de setembro de 2014. A evolução da lesão foi acompanhada pela mensuração do uso da cobertura e acompanhamento a cada troca de curativo, sendo a primeira troca em 3 dias e demais com intervalos de 5 dias, com registros de fotos e relato em prontuário com objetivo de epitelização da ferida para assim se dar início a radioterapia. A limpeza do leito da ferida foi feita com solução salina a 0,9% morno e ocluída com cobertura de espuma de poliuretano com prata associada à bota de unna. A pesquisa respeitou os termos da resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do conselho Nacional de Saúde. O paciente concordou em participar desta pesquisa assinando o termo de consentimento livre esclarecido (TCEL). **RELATO DE CASO:** Paciente I.J., sexo feminino, 84 anos, úlcera venosa há 50 anos em região tibial em MIE, em maio de 2014 diagnóstico de CA de pele, sugerido radioterapia após epitelização da ferida. Em 13 de agosto de 2014, inicia-se o tratamento com cobertura de espuma de poliuretano com prata para melhor manejo do exsudato associada à bota de unna. Ferida medindo 12,5 cm x 8,8, tecido de granulação em 100% do leito, friável, exsudato em grande quantidade, odor fétido. Na troca do curativo em 08 de setembro, ferida medindo 2x1.5cm, rasa, pouco exsudato. **CONCLUSÃO:** A aplicação dessa terapêutica demonstrou ser eficaz, pois propiciou melhora significativa da úlcera, como resultado obteve-se redução no tamanho da lesão, controle do exsudato, alívio da dor e do odor, propiciando o encaminhamento para o serviço de radioterapia.

Referências Bibliográficas:

- ¹ Dealey C. Cuidando de feridas: Um guia para as enfermeiras. São Paulo, Atheneu Editora, 3ª edição, 2008, capítulo 5: p. 144 – 145
- ² Prazeres Si. Janning Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre, Moriá Editora, 2009, capítulo 6: p. 97
- ³ Geovanni T. Tratamento de feridas e curativos: Enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.

EFEITO DA TERAPIA FOTODINÂMICA COM AZUL DE METILENO SOBRE A CICATRIZAÇÃO DE UMA FERIDA PERFURO CORTANTE EM FALANGE DIREITA: ESTUDO DE CASO

LETHICIA BARRETO BRANDÃO; ANA RITA PINHEIRO BARCESSAT; JOSÉ PEDRO GOMES MOURA; CLAUDIA SENA FERREIRA; DANNIELLE S DA SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPA - AP - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia Fotodinâmica; Cicatrização; Descontaminação.

INTRODUÇÃO: A Terapia Fotodinâmica, do inglês Photodynamic Therapy PDT é uma modalidade terapêutica utilizada com a finalidade de redução microbiológica e tumoral, trata-se da combinação de um fotosensibilizador (Azul de metileno) e radiação eletromagnética ao oxigênio tecidual e que gera alto efeito citotóxico local quando excede os limites antioxidantes celulares, levando a célula ou o microorganismo à morte. **OBJETIVO:** Verificar o efeito da PDT sobre a descontaminação da ferida e avaliar o aspecto clínico da ferida pós-PDT. **MÉTODO:** O caso clínico trata-se do paciente O. F. C., de 41 anos de idade, que apresentava uma ferida no membro superior direito (III falange), sem doenças de base. Cortou-se com objeto perfuro-cortante. Foi realizada a coleta para o exame de cultura em diferentes tempos: pré-PDT, logo após a realização da terapia e 24 horas pós-PDT. As mensurações foram realizadas em diferentes tempos: antes da PDT, 24, 48 e 72 horas pós-terapia. O procedimento de coleta consistiu de uma varredura na ferida, utilizando material descartável, e em seguida semeado o material coletado em meio de cultura para bactérias, ágar sangue e encaminhado a um laboratório terceirizado. APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA: 1.141.589. **RESULTADOS:** No exame de cultura pré-PDT foi identificado Streptococcus sp, a ferida possuía uma área de 11,9 cm². Após a realização da PDT foi coletado um novo material e encaminhado para análise clínica, no qual não se identificou crescimento bacteriano, a ferida apresentou uma diminuição em sua área, que passou a medir 10,23 cm², apresentando uma redução de 14,08% da área total da ferida. Após 24 horas, foi realizado uma nova cultura de bacteriana que atestou Streptococcus sp na ferida. **CONCLUSÃO:** A PDT mediada por azul de metileno apresentou efetividade na descontaminação da ferida, já que a mesma apresentou resultados satisfatórios no exame de cultura. E no que diz respeito ao processo de cicatrização e reparo tecidual, a PDT apresentou indícios positivos, evidenciando o sucesso da terapia nesse processo.

PO - 044 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PRODUTIVIDADE AMBULATORIAL DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELO

THAIS FERNANDA VIEIRA

HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Produtividade; Ambulatório; Comissão de Curativos.

INTRODUÇÃO: As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus financeiro decorrente de doenças do mundo com significativo crescimento. Cerca de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento deve advir de problemas crônicos, em 2020. As doenças crônicas são apontadas como um dos principais fatores causais de lesões cutâneas crônicas e atuam também, dentre outros fatores, como comprometedoras do processo de reparo tecidual. **OBJETIVO:** Dar visibilidade ao ambulatório e a comissão de curativos do Hospital Estadual Eduardo Rabelo (HEER) e expor a produtividade do setor com principais lesões atendidas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo prospectivo quantitativo de natureza descritiva e exploratória que visa expor as atividades do setor bem como quantificar as variáveis produtividade e principais lesões atendidos nos últimos 03 anos no setor. **RESULTADOS:** De acordo com os dados tabulados no período de 2013 até o primeiro semestre de 2015 foram atendidos 1046 pacientes sendo 663 (63,3%) casos de úlcera venosa, 115 (11%) casos de úlceras neuropáticas, 97 (9,2%) casos de úlceras por pressão, 45 (4,3%) casos de erisipela, 29 (2,7%) casos de lesões traumáticas, 19 (1,8%) casos de lesões neoplásicas, 18 (1,7%) casos de queimaduras, 12 (1,2%) feridas operatórias e 48 (4,6%) outras lesões como abscessos e lesões por abrasão. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu evidenciar o perfil da clientela bem como a obtenção de subsídios para busca de novas pesquisas de incidência e prevalência a fim de ampliar os conhecimentos levando o direcionamento para melhores condutas e assistência desta clientela, considerando-se a realidade do serviço.

81 - ENSINAR, APRENDER E CUIDAR ATRAVÉS DE ESTUDOS DE CASO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FABIANA GONRING XAVIER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlceras de membros inferiores; Cuidado.

INTRODUÇÃO: A integração do ensino com a prática é uma estratégia que atende aos objetivos tanto das instituições de ensino superior como também das instituições prestadoras de serviços de saúde, e dos indivíduos que necessitam do tratamento adequado conforme sua condição de saúde. Vale ressaltar que a formação generalista preconizada para o profissional enfermeiro exige que os acadêmicos aprendam a identificar os problemas concretos na sociedade e a agir sobre eles. A compreensão desta premissa faz-nos reconhecer a importância de oportunizar mecanismos de integração onde os acadêmicos se encontram realizando as suas atividades práticas. Nesta perspectiva, este relato traz um experiência que aconteceu na disciplina optativa de lesões cutâneas de uma Faculdade Particular da Grande Vitória, ES, iniciado em 2005 e que aconteceu até 2013. No projeto intitulado "SEMEAR SONHOS", o objetivo principal era realizar o acompanhamento de indivíduos (Estudo de caso) afetados por lesões de membros inferiores, através de um roteiro de assistência de enfermagem. Os clientes continuavam seu tratamento nas unidades de saúde, porém com os alunos do projeto. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da disciplina Lesões cutâneas na integração ensino-serviço através do acompanhamento e da educação em saúde, aos pacientes com lesões de membros inferiores. **METODOLOGIA:** O trabalho apresentado constitui um relato de experiência, e aborda a realização de atividades educativas por discentes de uma disciplina optativa. **RESULTADOS:** Durante os anos de execução cerca de 540 estudantes no total participaram e mais de 300 clientes acompanhados com ótima evolução das suas lesões. É importante salientar, que durante as atividades, tornou-se palpável ao discente a aplicação do aprendizado teórico, além da vivência prática da educação em saúde, o que possibilitou o trabalho interdisciplinar e uma observação participativa dos usuários e da rede de atenção à saúde. **CONSIDERAÇÕES:** É impossível pensar a formação do enfermeiro, sem pensar na integração ensino-serviço, estratégia que possibilita a interdisciplinaridade como, "mecanismo" necessário que busca uma ação de troca e de reciprocidade entre os profissionais que estão no mercado, os futuros profissionais que ainda se encontram na academia e os usuários da rede de atenção à saúde. Neste sentido as ações foram relevantes, pois possibilitaram a participação efetiva dos discentes e dos usuários, que relataram satisfação com os atendimentos.

PO - 046 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SÍNDROME DE FOURNIER: RELEVÂNCIA DO USO DE CURATIVOS ESPECIAIS COMO COADJUVANTES NO TRATAMENTO - RELATO DE CASO

FABIANA VANNI BRITO¹; ALESSANDRA CRUZ ATHAYDE²; MIRLEY SANTOS CARVALHO³

^{1,3}SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL;

²HOSPITAL AEROPORTO, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Fournier; Lesão; Curativo Especial.

INTRODUÇÃO: síndrome de Fournier ou gangrena de Fournier é uma fasciite necrotizante que acomete períneo e parede abdominal, tendo origem em região escrotal e pênis no homem, e vulva e virilha, na mulher. Trata-se de infecção de grave repercussão, causada por bactérias Gram positivas, Gram negativas ou anaeróbios, que pode levar a comprometimento sistêmico importante e, eventualmente, morte. **OBJETIVO:** demonstrar a importância do diagnóstico e intervenção precoces, e a necessidade do uso de curativos especiais como coadjuvantes no tratamento da fasciite necrotizante. **MÉTODO:** relato de caso de um paciente em acompanhamento na UPA de subúrbio de Salvador admitido com grande lesão em região genital – DESCRIBE O CASO DE FORMA SUSCINTA O TRATAMENTO USADO (desbridamento cirúrgico, antibiótico sistêmico e o curativo utilizado). **CONCLUSÕES:** Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier, o resultado foi muito satisfatório em virtude das medidas terapêuticas adotadas, com abordagem multidisciplinar, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, e um papel muito importante dos curativos especiais utilizados e que foram grandes coadjuvantes no controle de infecção local bem como no processo de cicatrização.

O ALÍVIO DA DOR E MELHORA DA LESÃO COM A UTILIZAÇÃO DE ESPUMA COM IBUPROFENO EM CLIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

GRAZIELA SILVA PAULA; MONICA MARIA LIMA
PREFEITURA DE SÃO VICENTE, PRAIA GRANDE - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Dor; Úlcera Venosa; Curativos.

INTRODUÇÃO: A dor está definida no relato dos nossos clientes, ela é o que o cliente diz que é, existe quando o cliente diz existir. É certo que a dor promove retardo de cicatrização, distúrbios do sono, perda de apetite, dificuldade de locomoção, dependência medicamentosa, isolamento social, reduz qualidade de vida. Portadores de insuficiência venosa crônica são alvos das lesões de MMII, que permanecem por meses ou até anos abertas. A enfermagem ao longo dos anos procura utilizar técnicas e produtos a fim de contribuir para redução da dor e conforto ao cliente. Diante do exposto, decidimos verificar a eficácia das coberturas, sendo testado vários tipos de cobertura na lesão de úlcera venosa crônica no intuito de minimizar a dor do cliente, a primeiro momento referindo 8 na escala da dor, iniciamos com hidrogel, trocada em várias fases da lesão por alginato, hidrofibra, gaze não aderente até utilizarmos espuma com ibuprofeno, absorvendo o exsudato de forma vertical, liberando ibuprofeno de forma local, minimizando a dor, obtendo melhores resultados. **OBJETIVO:** Demonstrar a melhora da dor relatada pelo cliente após início do uso da cobertura de espuma com ibuprofeno e demonstrar visualmente a melhora do aspecto da lesão e redução do tamanho. **RELATO DE CASO:** AAS, sexo masculino, 63 anos, pardo, portador de úlcera venosa crônica, entrada na Central de Curativos com lesão em MIE exsudativa, pálida, leve cianose em região perilesional, necrose de liquefação e pontos de granulação no leito da lesão, maceração de bordas, mensurando 8,0X7,0cm, referindo dor crônica. Após higienização e aplicação de hidrogel, houve queixa de ardência piorando o nível da dor, substituímos por hidrofibra, obtendo melhora da absorção, porém sem sucesso na redução da dor, ao aplicar espuma com ibuprofeno, em 6 dias, na primeira troca pudemos observar melhora da circulação com mais pontos de granulação, ausência de cianose, palidez e maceração da lesão, relatando o cliente que obteve melhora de 90% de redução da dor, permanecendo a melhora nas trocas subsequentes. **CONCLUSÃO:** Foi relatado pelo cliente a melhora da dor; pela enfermagem constatou-se lesão de melhor aspecto, maior oxigenação, melhora de bordas e redução de tamanho. Diante dos relatos dos profissionais, da fala do cliente e sua adesão ao tratamento, acompanhamento fotográfico, tivemos a certeza da eficácia da cobertura utilizada proporcionando melhor qualidade de vida ao nosso cliente e satisfação ao profissional.

PO - 048 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA NA NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA (SÍNDROME DE LYEEL)- RELATO DE CASO

GRAZIELA SILVA PAULA; MONICA MARIA LIMA
PREFEITURA DE SÃO VICENTE, PRAIA GRANDE - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Debridamento; Síndrome Lyell; Curativos.

INTRODUÇÃO: A necrólise epidérmica tóxica (síndrome de Lyell) é uma lesão dermatológica rara e grave caracterizada pelo aparecimento de febre elevada, bolhas e esfoliação mucocutânea importante em grande extensão corpórea. Aproxima-se do aspecto de queimadura, desenvolvida geralmente em adultos devido a resposta negativa após uso de algum fármaco ou droga, independente de sua dose utilizada, desencadeando reações alérgicas e mal estar geral. Sua maior complicação constitui no controle da infecção. Após a suspensão do fármaco causador, prescrição médica das drogas que atuarão no processo restaurador do cliente, a enfermagem dermatológica sobressai no contexto do cuidado tópico, utilizando a técnica do debridamento conservador como forte aliado no processo de inovação e recuperação da pele. O debridamento consiste na remoção do tecido desvitalizado da lesão, reduzindo a contaminação bacteriana promovendo meio adequado para cicatrização. O procedimento é realizado por enfermeiro qualificado de acordo com o parecer 013/2009 COREN – SP. **OBJETIVO:** Relatar e demonstrar a importância da atuação do enfermeiro no procedimento de debridamento para o contexto de restauração da pele em cliente com necrólise epidérmica tóxica. **RELATO DE CASO:** JSO, sexo masculino, 62 anos, pardo, entrada no P.S febril 39³ C, erupção cutânea em região de mucosa oral, bolhas e esfoliação da pele importante principalmente em face, tórax e MMSS, apático, descorado, hipoativo trouxe medicamento em uso, 1 cp dia e noite- fórmula com tenoxican, tramadol, dipirona e ciclobenzaprina. Após prescrição médica de analgésicos, antibióticos e corticóides, avaliado pela enfermeira do setor que optou pelo debridamento no intuito de bloquear princípio de contaminação, utilizado SF 0,9% morno, pinça e lâmina de bisturi, iniciou a retirada de todo tecido inviável aplicado posteriormente creme barreira para hidratação e proteção da pele. De acordo com o estado clínico do cliente e o tempo máximo da realização do procedimento à beira leito foi necessário 4 dias para término de 100% da superfície corporal atingida pela esfoliação. **CONCLUSÃO:** O cliente antes do debridamento apresentava pele descamativa, ficou com a pele lisa até hidratada pós creme barreira, como se não tivesse sofrido nenhum tipo de lesão. Nesse caso, foi observado e reconhecido precocemente o tratamento com debridamento em toda a área afetada, associada aos ATBs e analgésicos, como relevante método para melhora do prognóstico do cliente.

OS DESAFIOS DO CUIDAR: RELATO DE EXPERIENCIA NO CUIDADO DE ÚLCERA DIABÉTICA EM PACIENTE IDOSA

ROSSELLA SCHWARZBACH SILVA¹; MAYARA ANA DA CUNHA²; FABIANO COMARELLA DE SOUZA³

¹ COLOPLAST, ITAJAI - SC - BRASIL;

² CER II UNIVALLI, ITAJAÍ - SC - BRASIL;

³ PREFEITURA NAVEGANTES, NAVEGANTES - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Complicações das Diabetes; Equipes de Saúde; Técnicas de Fechamento de Ferida.

INTRODUÇÃO: este relato de experiência trata-se um caso ocorrido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Navegantes e utilização de espuma de poliuretano com prata (Biatain Ag @Coloplast) em paciente idosa com ulcera diabética. **OBJETIVO:** este relato tem como objetivo descrever a técnica utilizada e auxiliar profissionais da saúde em casos semelhantes. **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência, com autorização por escrita do paciente em questão e trocado as iniciais para garantir sigilo do caso. **RESULTADOS:** paciente J.V., 73 anos, história de diabetes mellitus, insulino dependente e hipertensão arterial, portadora de Ulcera diabética neuropática pós-amputação. Paciente demonstrava resistência às orientações oferecidas pelos profissionais da UBS, principalmente nutricionista, agravando a doença de base – diabetes mellitus. Iniciamos com espuma de poliuretano com prata, pois paciente apresentava hipergranulação, exsudato em grande quantidade com odor fétido, pele peri lesional maceradas e dor, características estas que justificaram a troca da cobertura anterior (hidrogel). Esta lesão foi acompanhada por cinco meses pela equipe multidisciplinar, enfermagem na abordagem do cuidado com o curativo, médica na dosagem terapêutica da insulina e nutricionista com a dieta adequada, resultando na epitelização completa. As trocas de curativos eram realizadas de três a quatro dias, dependendo do exsudato da ferida, a evolução foi acompanhada por mensuração com régua e a cada troca de curativo foram realizados registros fotográficos. Observamos que a ferida iniciou com melhora gradativa, já nos primeiros sete dias com a utilização da espuma de poliuretano com prata, com trinta e três dias de tratamento apresentou contração da margem da ferida, granulação saudável, redução de odor provavelmente pelo controle da carga bacteriana. Com cinquenta e seis dias de tratamento as bordas estavam em processo de contração e pele peri lesional íntegra. Com cento e cinquenta dias paciente recebeu alta da equipe de enfermagem devido a epitelização completa. **CONCLUSÃO:** A paciente foi acompanhada semanalmente por enfermagem, médico e nutricionista o que facilitou na progressão e fechamento da lesão. Não podemos deixar de citar que a escolha correta do produto impacta diretamente na vida do paciente e diminuir agravantes como no caso desta paciente, a dor.

PO - 050 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: CURATIVO COM POMADA DE STRYPHODENDRON ADSTRINGENS PÓS-AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL

ROGÉRIO YOSHIKAZU NABESHIMA¹; ALTINO ONO MORAES²; JIHAD MOHAMAD MANSOUR ABDALLAH³; PATRICIA GAIO⁴; ERICSSON FERNANDO VIOTTO⁵

^{1,3,4}HOSPITAL SANTA RITA, APUCARANA - PR - BRASIL;

^{2,5}INSTITUTO DE MOLÉSTIAS VASCULARES, MARINGÁ - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Stryphnodendron adstringens; cicatrização de feridas; fitoscar®.

INTRODUÇÃO: Fitoscar® é uma pomada cicatrizante que tem por princípio ativo o Stryphnodendron adstringens de mecanismo ainda não totalmente elucidado. O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um caso de tratamento de ferida pós-operatória sem fechamento primário com o uso deste medicamento. **MÉTODO:** Paciente do sexo feminino de 38 anos de idade, apresentou quadro de isquemia aguda do membro inferior direito desde a raiz da coxa. Foi submetida a dois procedimentos cirúrgicos de embolectomia sem sucesso. Chegou ao nosso serviço após uma semana do evento com o mesmo quadro isquêmico e foi submetida a trombólise intra-arterial com Actilyse®. No retorno após uma semana, a paciente apresentava cianose de antepé e foi realizada amputação de perna. Evoluiu no pós-operatório com infecção de coto de amputação e após submissão a desbridamento, optou-se por cicatrização por segunda intenção. Inicialmente utilizamos o curativo padrão com óleo de girasso, mas devido a ausência de resposta cicatricial, iniciamos tratamento com a pomada Fitoscar®. Durante o acompanhamento foi percebida grande e rápida melhora no aspecto da lesão. A paciente continua o acompanhamento ambulatorial, e no momento apresenta cicatrização com bom aspecto de quase a totalidade da lesão inicial. **RESULTADO:** Observamos melhora importante no aspecto da ferida operatória após o início do tratamento com a pomada de Stryphnodendron adstringens com redução no tempo de cicatrização. **CONCLUSÃO:** Infecção em coto de amputação com necessidade de cicatrização por segunda intenção não é raro em pacientes com vasculopatia arterial. O uso da pomada de Fitoscar® associado às boas práticas de cuidados, incluindo controle de infecções, demonstra trazer maior benefício no processo de cicatrização.

ACIDENTE OFÍDICO E CUIDADOS COM A FERIDA: RELATO DE CASO CLINICO

PAULA ELIS SOUSA QUEIROZ; RENATA DA SILVA SCHULZ
UNIJORGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Mordeduras de Serpentes; Cicatrização; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Os acidentes ofídicos são um importante problema de Saúde Pública especialmente em países tropicais, como o Brasil, por conta da alta frequência com que ocorrem e pela significativa letalidade que ocasionam. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, ocorrem cerca de 25 mil acidentes ofídicos por ano, com aproximadamente 115 óbitos anuais. **OBJETIVO:** Descrever o caso clínico de uma paciente que desenvolveu fascíte necrotizante da perna por acidente ofídico, tratado com cobertura não convencional, com gaze impregnada com PHMB (Poliexametileno Biguanida). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso prospectivo, acompanhado semanalmente por meio de fotografias e prontuário eletrônico. As variáveis avaliadas, da lesão, foram: tipo, localização, exsudato, bordas, pele adjacente, dor e mensuração. **RESULTADOS:** Evidenciou-se diminuição das dimensões da ferida, com contração das bordas e progressiva formação de tecido de granulação e epitelial a cada avaliação. **CONCLUSÃO:** Não foi observada nenhuma complicação durante a aplicação do produto. Alguns aspectos, além da cobertura, foram importantes como a proteção das bordas, orientações de enfermagem e o tratamento coadjuvante com a câmara hiperbárica.

PO - 052 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE APLICATIVO DE TELEFONE CELULAR COMO FERRAMENTA DE TELESSAÚDE PARA INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NO TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

**FERNANDA DE DE SOUZA ZAMO ROTH; DANIELA DE SOUZA BERNARDES; DESIRÉE AMORIM GUZZO; ÉVELIN MARIA BRAND; MARIANE LURDES PREDEBON
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.**

Palavras-chave: Ferramenta Telessaúde; Aplicativo Whatsapp; Integração Saúde Primária e Secundária.

A insuficiência venosa é uma doença crônica que causa significativa morbidade. A ulceração afeta a vida diária do paciente, pois traz dor, perda da mobilidade física e diminuição da capacidade funcional, prejudicando a qualidade de vida. O tratamento muitas vezes é dificultado devido à necessidade da frequente troca de curativos por profissionais capacitados, e do uso de curativos específicos conforme cada etapa do tratamento. Este estudo objetiva relatar a experiência das acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ao usar o aplicativo *WhatsApp* como ferramenta de telessaúde, na integração entre uma unidade de atenção primária de Tapes/RS e o ambulatório especializado em Enfermagem de Prevenção e Tratamento de Feridas (ETF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As avaliações e intervenções foram realizadas por uma enfermeira do ambulatório ETF, e pela enfermeira da unidade de atenção primária, freqüentada pelo paciente. Discutia-se o tratamento a partir dos registros fotográficos enviados via aplicativo *WhatsApp* pela profissional da atenção primária para a enfermeira especialista do ambulatório. Assim, houve seguimento da evolução e do tratamento da lesão ulcerada do paciente durante sete meses. O relato de caso e o uso de imagens foram autorizados pelo paciente. Na primeira avaliação, a lesão ulcerada há oito meses em membro inferior esquerdo, apresentava-se com medidas de 10x5cm, bordos macerados, tecido de granulação com esfacelo, biofilme, mau odor, ausência de pulso pedioso e edema (+4/+4). Na última avaliação, a ferida estava com 3,8x2,6cm, bordos regulares, coberta por tecido de granulação, sem odor, presença de pulso pedioso filiforme e edema (+2/+4). Contatou-se a importância da utilização de uma ferramenta de telessaúde como uma tecnologia facilitadora de comunicação para o acompanhamento do tratamento pela enfermeira do ambulatório especializado na continuidade do tratamento do paciente, além de se observar que foram fundamentais o interesse e o comprometimento pessoal das duas profissionais.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA INTEGRIDADE CUTÂNEA DOS PÉS DAS PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

CLAUDIA MANUELA SIQUEIRA DE OLIVEIRA; SORAIA DORNELLES SCHOELLER; MARIA MANUELA MARTINS; PRISCILLA ROMANOSKI; DANIELLA KARINE SOUZA LIMA
UFSC, PALHOCA - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Integridade Cutânea; Lesão Medular; Cuidado de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A lesão medular adquirida transforma a vida da pessoa acometida e por isso, é imprescindível o cuidado de enfermagem qualificado. Desta premissa, surgiu a vontade de aprimorar e buscar novos conhecimentos através do Projeto intitulado: A Contribuição da Terapêutica Chinesa no Cuidado de Enfermagem: um estímulo a sexualidade. No desenvolver desta pesquisa, se observou a necessidade do cuidado de enfermagem à integridade cutânea dos pés das pessoas com lesão medular. **OBJETIVO:** Desenvolver uma rotina de atendimento para a prevenção de lesões e infecções cutâneas nos pés das pessoas com lesão medular. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A seleção dos participantes se realizou através de convites em rede social em um grupo de pessoas com lesão medular no período de dezembro de 2014 a agosto de 2015, no qual resultaram 15 interessados. Destes, sete apresentavam os critérios de inclusão: ter lesão medular adquirida a partir e abaixo de T7, ter a parte cognitiva preservada e idade igual ou superior a 18 anos. Sete homens iniciaram o projeto e cinco se mantiveram realizando sessões semanais de acupuntura e moxabustão, variando o número de encontros por participante devido às circunstâncias individuais. Nestes encontros, nas notas de cuidados da fase de análise da PCA, constatou a fragilidade da integridade cutânea dos pés das pessoas com lesão medular e a falta de um cuidado integral dos pés, pois com frequência eram perceptíveis pés com quadro sugestivo de Tinea Pedis, edema, hiperemia, onicomicose, cicatriz de queimaduras, equimoses. O projeto foi submetido na Plataforma Brasil com Nº CAAE: 40515214.2.0000.5356 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Criciúma – ESUCRI. **RESULTADOS:** Foi realizada uma rotina de atendimento em enfermagem com os riscos e prevenções de lesões nos pés da pessoa com lesão medular. **CONCLUSÃO:** Esta rotina poderá estimular o auto-cuidado através da observação dos riscos além de prevenir uma lesão em membros inferiores; ampliar o vínculo entre a pessoa com lesão medular e o enfermeiro. É também um reforço na importância do conhecimento sobre as necessidades deste público para os enfermeiros planejarem outros cuidados de modo integral.

PO - 054 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

GLÍCIA MARIA DE OLIVEIRA; PAULA CAROLINA VALENÇA SILVA; THOMAS FILIPE MARIANO DA SILVA; ROBSON GOMES DOS SANTOS; DÉBORA BEATRIZ NASCIMENTO ALMEIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera de pressão; Protocolos Clínicos; Cuidados de Enfermagem.

Úlceras de pressão (UP) são lesões na pele que decorrem da compressão de uma proeminência óssea e uma superfície dura, podem ser classificadas em quatro estágios de acordo com o grau de perda e de destruição tecidual. A etiológica é multifatorial, depende do estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade, percepção sensorial e também fatores externos como as forças mecânicas de pressão, fricção e cisalhamento, ocorrem frequentemente em pessoas idosas e em pacientes acometidos por doenças crônico-degenerativas. As UPs ainda constituem um problema vivenciado no âmbito hospitalar, entretanto pode ser evitado com a participação da equipe multidisciplinar e principalmente do enfermeiro. **OBJETIVO:** Descrever a implementação de protocolos assistenciais específicos para prevenção e tratamento das UPs em âmbito hospitalar no Brasil, com ênfase na sistematização da assistência de enfermagem. **MÉTODO:** Trata-se de um levantamento bibliográfico, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados (LILACS) e (SCIELO). Foram selecionados artigos publicados entre 2008 e 2013, utilizando-se os descritores úlcera de pressão, protocolos clínicos, cuidados de enfermagem, todos os artigos continham um ou mais descritores. **RESULTADOS:** Foram detectadas elevadas incidências e prevalências das úlceras de pressão, destacando-se a necessidade de se incluir novas práticas assistenciais e aprimorar a assistência de enfermagem implementada na rede hospitalar brasileira, através de capacitações dos profissionais de enfermagem, execução do exame físico completo e de forma holística, estimular o uso adequado de escalas preditivas para avaliação de risco como a escala de Braden ou para avaliação da ferida como a escala de MEASURE, registrar todas alterações da pele e estágios através do sistema de classificação proposto pela NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e principalmente a implementação de um protocolo de cuidados de enfermagem e a individualização da atenção, como também fiscalizar se o mesmo é aplicado corretamente na prática assistencial ao paciente de risco ou com UP já instalada. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a implementação de protocolos na prevenção e tratamento de feridas é a forma mais estratégica e eficaz de promover a cicatrização das UP e de diminuir as suas recidivas. A assistência sistematizada da enfermagem no cuidado da pele é essencial para promoção da cicatrização de feridas adjunto com a equipe multiprofissional de saúde.

AVALIAÇÃO IN VITRO DA ATIVIDADE PROLIFERATIVA DO ÁCIDO HIALURÔNICO SOBRE LINHAGEM DE FIBROBLASTOS DÉRMICOS HUMANOS

CARLOS ROCHA OLIVEIRA¹; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA²; DANIEL SPINDOLA GONSALES³; CLAUDIA BINCOLETTO TRINDADE⁴

^{1,2,3}UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL;

⁴UNIFESP/SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Ácido Hialurônico; Fibroblastos.

INTRODUÇÃO: Feridas cutâneas constituem um importante problema de saúde pública, principalmente no que se refere às feridas crônicas. Estas têm sido um desafio para a enfermagem e outros profissionais de saúde no que se refere à sua etiologia, evolução, tratamento e reabilitação, particularmente na pessoa idosa, onde a incidência e a prevalência costuma ser elevada. O tratamento tópico medicamentoso tem empregado hidratantes, protetores, debridates químicos/enzimáticos e, em alguns casos, agentes antimicrobianos. Contudo, ainda que contribuam com o ambiente para a cicatrização, favorecendo-a, essencialmente não se propõem a estimular processos envolvidos em suas fases. O ácido hialurônico tem sido empregado na cicatrização de feridas cutâneas com base em seu efeito sobre três fases desse processo, tornando interessante a elucidação de seu mecanismo de ação a nível molecular. **OBJETIVO:** Avaliar a capacidade de diferentes concentrações de ácido hialurônico em induzir proliferação celular de fibroblastos dérmicos, visando contribuir com o esclarecimento de seu mecanismo de ação cicatrizante. **MÉTODO:** O efeito do ácido hialurônico de baixo peso molecular foi avaliado em concentrações que variaram de 0,1% a 1,0%. A análise da proliferação celular e sua relação com a concentração do ácido hialurônico foi realizada com a construção de uma curva de viabilidade celular de fibroblastos empregando-se a técnica de MTT. A análise estatística dos resultados foi realizada por testes ANOVA e Tukey. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos demonstraram aumento significativo ($P < 0,05$) na proliferação das células tratadas com ácido hialurônico, quando comparado ao controle. O melhor efeito foi obtido com a concentração de 0,2%. Concentrações superiores não apresentaram diferença significativa ($P > 0,05$) na proliferação de fibroblastos, quando comparado a 0,2%. **CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo revelaram a capacidade do ácido hialurônico em aumentar a proliferação de fibroblastos, o que é relevante para a fase proliferativa da cicatrização. A determinação da concentração ótima de 0,2%, para a faixa de peso molecular estudada, apresenta relevância econômica e relacionada à racionalidade do uso da substância, contribuindo com os aspectos translacionais do emprego desses resultados. Novos estudos tornam-se interessantes para melhor elucidação de seu mecanismo molecular de proliferação.

PO - 056 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTUDO IN VITRO DA ATIVIDADE PROLIFERATIVA DO ÁCIDO HIALURÔNICO SOBRE LINHAGEM CELULAR DE MUCOSA GÁSTRICA HUMANA

CARLOS ROCHA OLIVEIRA¹; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA²; DANIEL SPINDOLA GONSALES³; CLAUDIA BINCOLETTO TRINDADE⁴

^{1,2,3}UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - BRASIL;

⁴UNIFESP/SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Ácido Hialurônico; Mucosa Gástrica.

INTRODUÇÃO: O ácido hialurônico vem sendo utilizado em diversas áreas terapêuticas. Mediante suas inúmeras propriedades, tem sido empregado como viscosuplemento intra-articular, viscoprotetor ocular, agente antiaderente em diversos tipos de cirurgias e cicatrizante cutâneo, entre outros. Ainda que estudos venham sendo realizados por mais de 30 anos, demonstrando sua eficácia na cicatrização de feridas cutâneas em modelos animais e humanos, a mesma atenção não tem sido dispensada no sentido de explorar seu potencial cicatrizante em casos de úlceras gástricas. Com base no exposto, torna-se interessante o desenvolvimento de modelos e a investigação *in vitro* de sua ação sobre a proliferação de células em cultura de mucosa gástrica humana. **OBJETIVO:** Avaliar a capacidade de diferentes concentrações de ácido hialurônico de baixo peso molecular em induzir proliferação celular em modelo de cultura de mucosa gástrica humana, visando investigar seu potencial na cicatrização de úlceras gástricas. **MÉTODO:** A análise da proliferação celular e sua relação com a concentração do ácido hialurônico (0,1% a 1,0%) foi realizada por meio da construção de uma curva de viabilidade celular de mucosa gástrica empregando-se a técnica de MTT. A análise estatística dos resultados foi realizada por testes ANOVA e Tukey. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos não demonstraram diferenças significativas ($P > 0,05$) na proliferação das células tratadas com ácido hialurônico nas concentrações de 0,1% a 1,0%, quando comparado ao controle. **CONCLUSÕES:** Os resultados deste estudo sugerem que o ácido hialurônico de baixo peso molecular, quando empregado nas concentrações estudadas, não apresenta atividade estimuladora da proliferação celular em mucosa gástrica humana, o que não deve traduzir definitivamente sua falta de utilidade terapêutica na cicatrização desse tecido. Novos estudos com estes modelos de células tornam-se necessários para melhor elucidação do mecanismo molecular de proliferação do ácido hialurônico, ao mesmo tempo em que a investigação de outros mecanismos envolvidos no processo de reparação e/ou proteção tecidual merecem atenção.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DERMATOLOGISTA NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

ALEXSANDRA TENÓRIO DE MELO¹; AMANDA SOUZA LOPES BARROS²; ANA PAULA DOS SANTOS ALBUQUERQUE³; PRYCYLLA KAROLINE FERREIRA DE MACENA⁴

¹UNIFAVIP/DEVRY, CARUARU - PE - BRASIL;

²HEMOPE, GARANHUNS - PE - BRASIL;

³UNIFAVIP/DEVRY, CARUARU - PE - BRASIL;

⁴UNIDADE MISTA MARIA ELIZIÁRIA PAES, ALAGOINHA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Úlceras por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO: Hodiernamente, a expectativa de vida da população tem aumentado gradativamente devido aos avanços tecnológicos e dos serviços de saúde. A partir da mudança do perfil epidemiológico constata-se o crescente número de pessoas portadoras de lesões cutâneas, principalmente as úlceras por pressão (BORGES; FERNANDES, 2014). **OBJETIVO:** Descrever a importância da atuação do enfermeiro dermatologista no intuito de contribuir para a assistência de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão em bases de dados virtuais e bibliografias que abordem sobre a atuação do enfermeiro dermatologista na prevenção de úlceras por pressão, coletados no mês agosto de 2015. **RESULTADOS:** As úlceras por pressão são definidas como qualquer lesão causada por pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção, podendo levar à morte tecidual, geralmente em áreas de proeminências ósseas (MEDEIROS et al, 2009). Essas lesões podem ser classificadas de acordo com o nível de destruição tecidual em: categoria I, II, III, IV e não estádiável. Estas, por sua vez, podem ser desencadeadas a partir de fatores intrínsecos, como: idade avançada, desidratação, déficit nutricional e fatores extrínsecos, como: imobilidade, pressão e umidade (ASCARI, et al, 2014). Vale ressaltar que o desenvolvimento de uma úlcera por pressão reflete negativamente sobre a condição do paciente e qualidade da assistência de enfermagem (JENSEN, et al 2011). Diante do grande impacto gerado por este problema, faz-se necessária uma mudança de paradigmas nos modelos assistenciais, mediante a implementação de programas de educação continuada e ações voltadas à prevenção de lesões de pele, bem como de suas possíveis complicações (BRANDÃO et al, 2013). Para a efetividade de uma boa prática clínica, o enfermeiro poderá se utilizar de ferramentas, tal como a Escala de Braden, que o auxiliará na avaliação e identificação de potenciais riscos, bem como no planejamento de ações a fim de reduzir a incidência deste agravo (BORGES, et al 2014). **CONCLUSÃO:** Considerando a problemática, percebe-se a importância do profissional enfermeiro dermatologista, comprometido com cuidado holístico, personalizado e individual, voltado para o atendimento das necessidades do cliente, o que irá favorecer a melhores condições de vida e indicadores de qualidade da assistência.

PO - 058 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESPAÇO DE DIÁLOGO EM SALA DE ESPERA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LETICIA PASSOS PEREIRA; GABRIELA DOS SANTOS SALVALAGGIO; FERNANDA DE DE SOUZA ZAMO ROTH; DENISE TOLFO SILVEIRA.

UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera vascular; Enfermagem; Sala de Espera.

As úlceras vasculares são crônicas, apresentando alta recorrência e baixa resolutividade nos tratamentos. Assim como outras enfermidades crônicas, interferem nas atividades cotidianas do indivíduo, tornando o seu dia-a-dia um desafio. A necessidade de mudanças na rotina gera um desequilíbrio psíquico, que afeta não somente o paciente, como aqueles envolvidos no seu contexto social. O conhecimento de cada paciente sobre sua situação de saúde é fundamental para seu tratamento. Para o sucesso da educação destes pacientes, é imprescindível considerar os aspectos motivacionais para o autocuidado, a participação da família e o estabelecimento de vínculos efetivos com a equipe. A utilização do espaço da sala de espera é uma prática que vem se tornando frequente em estabelecimentos de saúde, sendo uma forma produtiva de ocupar o tempo ocioso em instituições, e também oportunizando a equipe multidisciplinar interagir com atividades educativas e lúdicas. Este relato objetiva apresentar a experiência para iniciar a implementação de um espaço de diálogo e educação permanente, na sala de espera de um ambulatório de Enfermagem de Prevenção e Tratamento de Feridas, em um hospital universitário. Os atendimentos são destinados a pacientes acometidos principalmente por úlceras vasculares. A primeira ação para a implantação do espaço é o levantamento de opinião, buscando conhecer o interesse dos pacientes atendidos neste ambulatório em participar da prática. Para isso, apresenta-se a proposta aos pacientes durante a consulta de Enfermagem e aplica-se um questionário, a fim de também investigar assuntos que podem ser relevantes para discussão. O resultado do levantamento deve ser analisado e, considerando a maioria de respostas afirmativas sobre o espaço de educação, a próxima etapa é a implementação. De acordo com os temas ressaltados pelos usuários, preparar-se-á materiais informativos que levantarão discussões. Espera-se que os pacientes, assim como seus familiares/acompanhantes, exponham suas dúvidas e questionamentos. A avaliação será feita por cada participante, ao final da atividade, de maneira oral ou escrita, conforme sua preferência. A expectativa é que este espaço de diálogo permita que os usuários sintam-se acolhidos pela equipe; seguros para o exercício do autocuidado; respondam melhor à adesão ao tratamento, aumentando autoestima e confiança para exercer suas atividades cotidianas, libertando-se assim de feridas que tornaram-se "internas" com o passar do tempo.

ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA MONITORIA EM UMA CLÍNICA INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DE FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VANILDA GOMES GIMENEZ¹; THAÍS DE ANDRADE GODÓI GONZAGA²; THAÍS PEIXOTO GONÇALVES SILVA³

¹CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO UNESC, COLATINA - ES - BRASIL;

^{2,3}CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESPÍRITO SANTO, COLATINA - ES - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência; Feridas; Monitoria.

A pele é um dos maiores órgãos do corpo humano e sua principal função é a proteção de estruturas internas. A descontinuidade da mesma é caracterizada por uma ferida e seu tratamento tem como objetivo principal facilitar o processo de cicatrização. Este artigo é um relato de experiência que objetiva relatar a vivência de acadêmicas de enfermagem, monitoras em uma Clínica Interdisciplinar no Tratamento de Feridas na cidade de Colatina – ES onde há um tratamento diferenciado, associando curativos inteligentes e laserterapia, permitindo a prestação de uma assistência com qualidade tecnológica, além de humanização. Neste cenário a monitoria é exercida no acompanhamento dos clientes portadores de feridas, sem quaisquer custos, e no auxílio a outros acadêmicos do curso de enfermagem. Durante os atendimentos, foram pautadas discussões sobre a melhor medicação a ser utilizada, recomendações sobre os cuidados domiciliares, e a necessidade de apoio psicológico. As anotações pertinentes realizadas durante o processo foram consultadas para a redação deste artigo. A monitoria foi uma experiência única que ampliou a percepção acadêmica a respeito da potencialidade do enfermeiro nas ações referentes à assistência aos portadores de feridas. SILVA (2007) afirma que a integridade da pele está diretamente relacionadas à autoestima e à autoimagem, o que pode algumas vezes gerar situações de conflito e angústia. A cada oportunidade eram transmitidas palavras de consolo e de esperança à paciente. A enfermeira professora sempre demonstrava a importância da sinceridade para com o cliente a respeito da evolução da ferida (ademais quando estas não estavam ao alcance de seu campo visual) e quão significativa é para a boa evolução do tratamento, envolver o paciente dando-lhe responsabilidades motivadoras. A prática e a pesquisa diária evidenciaram que concomitante ao conhecimento teórico deve haver dedicação e sensibilidade em relação ao contexto no qual os clientes estão inseridos. Diante do exposto ressalta-se a importância de empreendimentos direcionados ao aprendizado referente ao tratamento de feridas, para que os acadêmicos sejam profissionais alicerçados em saberes teóricos e práticos, pois este é o reflexo de uma assistência de qualidade.

PO - 060 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE CREME CONTENDO ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2% NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS NA REGIÃO PENIANA DE PACIENTES DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

JOÃO CEZAR CASTILHO¹; MARIA MADALENA SOUZA BENTO²; ROSELI MANGUEIRA DOS SANTOS³; ROSA ALICE DE FÁTIMA FRANZOLIN⁴; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA⁵

^{1,4}FACULDADE JAGUARIÚNA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

^{2,3}PROGRAMA MELHOR EM CASA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

⁵UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Feridas; Ácido Hialurônico.

INTRODUÇÃO: Alguns pacientes masculinos que fazem uso de dispositivos para incontinência urinária apresentam risco de lesões cutâneas agudas e de difícil cicatrização na região peniana, devido à remoção impropria do dispositivo. Este trabalho relata dois casos que empregaram creme contendo ácido hialurônico (AH), um polímero biológico da matriz extracelular, como alternativa capaz de acelerar a cicatrização. **OBJETIVO:** relatar a experiência no tratamento de lesões de pele na região peniana com o uso de creme de AH 0,2% (sal sódico), em dois casos atendidos pelo Programa Melhor em Casa de Jaguariúna. **MÉTODO:** trata-se de um relato de experiência com pacientes assistidos pelo programa Melhor em Casa da cidade de Jaguariúna. Dois pacientes com lesão cutânea na região peniana devido ao uso de dispositivo para incontinência urinária receberam assistência domiciliar padrão. Inicialmente, os pacientes C.A. e P.P. foram submetidos à limpeza diária das lesões e administração tópica de pomadas para assadura contendo de óxido de zinco ou de ácidos graxos essenciais. Não houve sucesso na reparação cutânea. Em 28/07/14, foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2% durante três dias no paciente C.A. Já no Sr. P.P., em 22/12/14, foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2%, durante dois dias. As evoluções da reparação das feridas foram acompanhadas e avaliadas diariamente pela enfermeira responsável pelo programa e pela técnica de enfermagem. Os resultados foram registrados em prontuários do programa e por meio de fotos das lesões. **RESULTADOS:** o uso tópico de creme com AH 0,2% proporcionou ótima cicatrização após 03 dias de uso. Também demonstrou facilidade de manipulação e remoção do produto das lesões, capacidade de manutenção do meio úmido da lesão, aumento da capacidade de reparação tecidual e boa tolerabilidade. Essas observações indicaram a utilidade dessa terapia para pacientes portadores desse tipo de ferida. **CONCLUSÃO:** O programa contribuiu com a atenção básica domiciliar, humana e individualizada, com a prestação de assistência de qualidade. As lesões penianas apresentaram excelente cicatrização com poucos dias de tratamento com AH 0,2%. Esse fato reforça a utilidade dessa alternativa para portadores de lesões de pele nessa região, visando prevenir, além de impactos sociais e econômicos negativos, o agravamento do quadro clínico e o comprometimento da qualidade de vida.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NOS FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE LESÕES

JOSIAS ORÇAY NETO; ROGÉRIA DA SILVA PEREIRA; GEORGE LUIZ ALVES SANTOS; JOÉLINTON DOS SANTOS ARANHA
PLACI CUIDADOS EXTENSIVOS, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Processos de Enfermagem; Enfermagem em Dermatologia.

INTRODUÇÃO: A autonomia do Enfermeiro perpassa o estabelecimento de um cuidado crítico, reflexivo, capaz de impactar o cuidado nas instituições hospitalares. Para tanto, pode-se lançar mão do Processo de Enfermagem, com vistas a um cuidado individualizado e resolutivo. Apresenta-se um Relato de Caso, buscando demonstrar a colaboração do Enfermeiro como componente importante na equipe multiprofissional. MFCS, feminina, 82 anos, admitida na unidade em 13/01/2015, num Hospital de Transição na cidade de Niterói, Rio de Janeiro (BR), avaliada pelo Enfermeiro através da Consulta de Enfermagem, realizando: exame físico, escala de Braden: 11 (risco elevado), IMC 19.5 (magreza), dieta enteral 800 ml/dia. Úlcera por Pressão, em região sacra, categoria IV, medindo 198 cm³, exsudativa em média quantidade, tecido de granulação em leito, pontos de esfacelo e bordas delimitadas e regulares. Estabelecendo o Processo de Enfermagem, elaborou-se como prescrição de enfermagem: instalação de colchão de ar, troca de fraldas de 4/4 h, mudança de decúbito 2/2h, curativos oclusivos diários realizados por enfermeiros, mantendo a lesão úmida e o curativo limpo e seco com trocas a cada 24 horas, e após, com a diminuição de exsudato à cada 72 horas. Estabeleceu-se como conduta para a ferida: limpeza com água destilada em jato, compressa de Polihexanida-betaina por 20 min, (para hidratação e remoção do biofilme), gel amorfo com colágeno e placa de Alginato de Cálcio, cobertura secundária com espuma apropriada e filme transparente. **OBJETIVO:** Verificar se o plano de cuidados prescrito foi adequado às necessidades da paciente, propiciando a completa cicatrização da lesão. **MÉTODO:** Estudo de Caso, com acompanhamento da lesão, com registro de imagens e evolução diária pelo Enfermeiro. **RESULTADOS:** O colchão de ar, bem como, as mudanças de decúbito, diminuíram a pressão no local, troca de curativos rotineiramente favoreceram a epitelização da lesão, durante o período de hospitalização (114 dias), a prescrição pelo Enfermeiro em todas as etapas de cicatrização da ferida permitiu construir um vínculo de cuidado, bem como, prescrições condizentes com a necessidade da lesão, proporcionando um cuidado crítico e reflexivo, nos moldes do Processo de Enfermagem, em todas as suas fases. **CONCLUSÕES:** O plano de cuidados proposto foi satisfatório e resolutivo, levando-se em conta a extensão da lesão e as condições clínicas da paciente. O processo de cicatrização concluiu-se, culminando a desospitalização.

PO - 062 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS DO TIPO ÚLCERA POR PRESSÃO OCORRIDOS EM UMA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO DE GOIÂNIA-GOIÁS

NATALIA NUNES COSTA; ANA ELISA BAUER DE CAMARGO SILVA; ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA; JULIANA SANTANA DE FREITAS; JULIANA CARVALHO DE LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Úlcera por Pressão; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O evento adverso do tipo úlcera por pressão (UPP) tem sido identificado com frequência nas instituições de saúde, trazendo consequências indesejadas para o paciente, como dor, susceptibilidade a patógenos, danos psicológicos e aumento do período de internação, além de prejuízos às instituições de saúde. **OBJETIVO:** Analisar os eventos adversos do tipo úlcera por pressão, ocorridos em unidade de clínica médica. **MÉTODO:** Estudo documental e retrospectivo realizado em um hospital de ensino de Goiânia – Goiás, que integra a Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária desde 2002. A coleta de dados foi realizada em 2015, por meio de consulta aos registros existentes em livros atas da enfermagem, preenchidos no período de 2005 a 2014, com a finalidade de registrar passagem de plantão, comunicados internos, solicitações e anotações de intercorrências. Para coleta dos dados foi utilizado um instrumento semiestruturado. Trata-se de projeto aprovado pelo Comitê e Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal. Os dados coletados foram digitados no software SPSS 19.0 com análise descritiva. **RESULTADOS:** Foram identificados registros de 72 UPP, sendo que 50,0% localizavam-se na região sacral; 12,5% na região trocantérica; 6,9% na região glútea; 1,4% na região escapular; 1,4% nas regiões do maléolo; 1,4% no calcâneo; 1,4% na região torácica posterior; 1,4% na região plantar; 1,4% na perna e 1,4% no cotovelo. 20,8% dos registros não continham a localização da úlcera. Quanto ao estágio, 9,7% das UPP encontravam-se no Grau II; 4,2% no Grau I e 1,4% em Grau III, porém em 84,7% havia ausência desta informação nos registros de enfermagem. 91,66% das UPP não estavam infectadas; 5,5% estavam infectadas com microorganismos não identificados; 1,4% estavam infectadas por *Pseudomonas* sp e 1,4% por *Acinetobacter* sp e *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus*. **CONCLUSÃO:** Apesar de relatórios de enfermagem não terem a finalidade de notificação de eventos adversos e nem serem local de evolução clínica de pacientes, eles constituíram rica fonte de informação e permitiram identificar a ocorrência de UPP na unidade de estudo, assim como seus danos aos pacientes, que merecem atenção da equipe multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem adotar medidas de prevenção, utilizando ferramentas como protocolos e as Escalas de Norton e de Bradem, além de realizar a educação continuada da equipe, visando a prevenção e redução de danos ao paciente.

OPINIÃO DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA QUANTO A INICIATIVAS DE SEGURANÇA PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE

JULIANA CARVALHO DE LIMA; ANA ELISA BAUER DE CAMARGO SILVA; JULIANA SANTANA DE FREITAS; NATALIA NUNES COSTA; ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Pediátrica.

INTRODUÇÃO: A lesão da integridade da pele em pacientes hospitalizados acarreta elevados custos emocionais e financeiros para o paciente, família, hospital e instituições de saúde. Esse problema traz prolongamento e continuidade do cuidado prejudicando a qualidade de vida do indivíduo. Em estudo realizado em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica de um hospital público no período de três meses, 17 crianças (42,5%) desenvolveram 26 úlceras por pressão. **OBJETIVO:** Analisar a opinião do acompanhante da criança hospitalizada quanto às iniciativas de segurança para prevenção de lesões de pele. **MÉTODO:** Estudo de corte transversal, realizado em uma unidade pediátrica de um hospital de ensino de Goiás. A população do estudo foi constituída por acompanhantes de crianças internadas há mais de três dias. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2014, por meio de entrevista, utilizando-se de um instrumento semiestruturado. Os dados foram analisados estatisticamente empregando-se o software SPSS 19.0. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. O projeto foi desenvolvido segundo as recomendações propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADO:** Participaram do estudo 40 acompanhantes, sendo que 87,5% eram mães das crianças. Quanto a realização de cuidados de enfermagem com a pele das crianças, 90,0% afirmaram que a pele da criança está bem cuidada; 66,7% afirmaram que a enfermagem avalia diariamente a lesão na pele da criança, caso ela tenha; porém 66,7% afirmaram que os profissionais de enfermagem não inspecionaram ou avaliaram a pele da criança antes de admiti-la; nenhum banho foi observado ou realizado por profissional da enfermagem; 85,0% não receberam orientações sobre cuidados com a pele da criança; 67,0% afirmaram que, caso a criança não mude de posição sozinha, a enfermagem a muda de posição a cada duas horas. 84 % dos acompanhantes acreditam que iniciativas para prevenção de lesão de pele aumentam a segurança da criança hospitalizada. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que alguns cuidados direcionados à prevenção de lesão de pele das crianças foram omitidos pela enfermagem. Medidas preventivas para prevenção de lesões na pele devem ser instituídas para maior qualidade da assistência e segurança das crianças hospitalizadas.

PO - 064 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA SULFADIAZINA DE PRATA E DO ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL NO TRATAMENTO DE UMA FERIDA TRAUMÁTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RENATA DA SILVA¹; ANA PAULA DASILVA QUEIROZ²; LIVIA SANTANA BARBOSA³; BENEDITA SOCORRO CLEMENTINO⁴; LUCIA NAZARETH AMANTE⁵

^{1,2,3}.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA - MG - BRASIL;

⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO: A assistência a pessoas com lesões cutâneas é um desafio para os profissionais de saúde por ser considerado um processo dinâmico e complexo. A assistência adequada requer conhecimento sobre a fisiopatologia da pele e dos inúmeros produtos lançados no mercado para o tratamento de feridas. Entre as opções de tratamento estão a sulfadiazina de prata a 1% e os ácidos graxos essenciais. **OBJETIVO:** relatar a evolução da cicatrização de uma ferida após amputação traumática cujo tratamento tópico foi o uso da sulfadiazina de prata a 1% e dos ácidos graxos essenciais, associado ao tratamento cirúrgico e ao tratamento sistêmico com antibioticoterapia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso, realizado nos meses de abril a maio de 2015, em uma instituição pública na cidade de Uberlândia. Desenvolvido em um paciente do sexo masculino com lesão de etiologia traumática, após acidente motociclístico, com amputação de membro inferior esquerdo. **RESULTADOS:** demonstraram que a associação da terapia tópica adequada com o tratamento cirúrgico e sistêmico permitiu uma evolução satisfatória da ferida, com crescimento de tecido de granulação e controle da infecção. **CONCLUSÃO:** Por meio dos resultados obtidos, o estudo mostrou que a avaliação diária e a escolha do tratamento tópico associado ao tratamento cirúrgico precoce e o tratamento sistêmico foram efetivos para estimular a cicatrização da ferida e foram fatores decisivos na evolução favorável do caso.

APLICAÇÃO DE ALGINATO EM ÚLCERAS POR PRESSÃO EM ESTÁGIO II E III: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSIANE DA ROSA¹; TATIANA NEVES FIGUEIRA²; ROBERTA COSTA³; MARLI TEREZINHA STEIN BACKES⁴

¹MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL;

²HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL;

^{3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Terapêutica.

INTRODUÇÃO: A longa permanência de pacientes em hospitais acarreta no aparecimento de alterações na pele, sendo a Úlcera por Pressão a mais frequente. A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção. A úlcera tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, ocasionando elevados gastos econômicos, prolongamento das internações e risco de infecção. Sendo assim é necessário escolher a cobertura ideal para o tratamento da úlcera por pressão. Nesse sentido o alginato tem demonstrado grande eficácia realizando desbridamento autolítico e estímulo a granulação. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da aplicação de alginato em um paciente com úlceras por pressão no estágio II e III. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiros sobre tratamento de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um Hospital Estadual de Santa Catarina/Brasil. Para tanto será feito a caracterização do paciente e a descrição da lesão, bem como o uso das diferentes apresentações do alginato. **RESULTADOS:** Trata-se de uma paciente feminina, 42 anos, com diagnóstico de autismo, apresentando sequelas motoras, internada por infecção urinária e três úlceras por pressão. Uma localizada no trocâter Direito em estágio III com presença de necrose úmida em seu interior e esfacelo pouco aderido, sem exsudado e odor, medindo 2 x 3 x 0,2 cm. Outra no trocâter Esquerdo em estágio II com presença de esfacelo pouco aderido, sem exsudado e odor, medindo 3 x 4 x 0,2 cm. E a terceira na região sacra em estágio III com presença de necrose úmida em seu interior e esfacelo pouco aderido, sem exsudado e odor, medindo 6 x 3 x 0,2 cm. Os curativos foram realizados com jato de soro fisiológico morno em grande quantidade, aplicado alginato em gel e em fibras umedecido com soro fisiológico para potencialização dos efeitos terapêuticos, coberto com gaze embebida em ácidos graxos essenciais, para que não haja adsorção da umidade pela gaze, e fixação com fita adesiva larga. Os curativos foram abertos após 48h e pode-se constatar que houve crescimento do tecido de granulação nos bordos, ausência das áreas de necrose e diminuição importante do esfacelo. **CONCLUSÃO:** Através deste estudo pode-se concluir que a aplicação de alginato em úlceras por pressão em estágio II e III apresentou um bom resultado, sendo uma escolha adequada para o tratamento de úlceras de pressão.

PO - 066 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE, ESTOMIA E INCONTINENCIA URINÁRIA: UMA REALIDADE NO MUNICÍPIO DE CASTRO - PR

**MARCIA CRISTINE SILVA PRESTES.
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTRO, CASTRO - PR - BRASIL.**

Palavras-chave: Comissão pele; Estomias; Úlceras Crônicas.

A necessidade de sistematizar e normatizar os atendimentos aos pacientes portadores de lesão de pele levou a Secretaria da Saúde do Município de Castro - PR criar uma Comissão de Cuidados com a Pele. O objetivo deste estudo é descrever o processo que culminou com a implantação da comissão. Trata-se de pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência. Inicialmente a estruturação do trabalho foi realizada com o levantamento quantitativo do número de pacientes que necessitavam de cuidados com a pele e dos custos com os materiais tradicionalmente usados pelas unidades de saúde. Constatamos que a relação custo benefício era desfavorável, ou seja, além do gasto elevado foi verificado também que existia uma baixa efetividade no tratamento. A partir das negociações e articulações com o gestor, a Comissão foi oficializada através da portaria Nº 208/2015 de 16 de março de 2015 publicada no Diário Oficial Eletrônico do Município de Castro. A Comissão tem composição mínima formada de enfermeiro, médico, fisioterapeuta e assistente social, tem caráter normativo e consultivo. Desenvolve atividades de educação permanente e atualização científica, prevenção e tratamento de lesões de pele, estomas, cateteres e drenos. Consonante com o projeto de ação proposto na área foi desenvolvido capacitações com profissionais da rede que atuam diretamente na assistência ao paciente, oficinas sobre o cuidado com ostomias e coberturas para curativos de úlceras crônicas. Como resultados, apesar de ser um trabalho recente, já é possível destacar: criação do grupo de ostomizados, que se reúnem mensalmente em local próprio, com ambiente e clima favorável ao debate e ao esclarecimento das dúvidas e anseios em relação ao seu estado de saúde. Esse grupo tem surpreendido a comissão pela crescente intensidade com que participam dos debates e temas dos encontros, indicando que existia uma demanda reprimida para esse tipo de atividade. Os pacientes portadores de úlceras crônicas estão recebendo atendimento especializado, inclusive com recursos materiais antes não disponíveis os quais auxiliam o fechamento destas lesões, assim tendo atendimento muito mais eficiente e de qualidade. A criação da Comissão, inclusive pelo seu caráter oficial foi estratégico visto que potencializou as ações, inicialmente isoladas dos profissionais envolvidos no processo de trabalho. Assim também vale destacar a posição ética de uma gestão participativa, que tem depositado confiança e crença no serviço da equipe.

COBERTURAS EFICAZES NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS HANSÊNICAS

JESSICA RODRIGUES; TATIANE BARATIERI
UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Hanseníase; Úlceras; Tratamento de Ferida.

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, podendo causar incapacidades e deformidades, destacando-se a úlcera neuropática, decorrente de danos às fibras autonômicas, em que há produção das secreções das glândulas sebáceas e sudoríparas, potencializando assim o risco para ulcerações. Esse tipo de úlcera é de difícil cicatrização, necessitando não só de curativos e acompanhamento profissional, bem como de coberturas eficazes que auxiliem no processo de cicatrização, impactando em melhor qualidade de vida dos pacientes. **OBJETIVO:** Identificar as coberturas que apresentam eficácia no tratamento de úlceras hansênicas. **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura, com pesquisa nos bancos de dados Lilacs e Pubmed, utilizou-se como descritores: hanseníase, úlceras e tratamento de ferida, sem delimitação de ano, sendo selecionados os artigos disponíveis online, foram analisados 20 artigos por meio do referencial metodológico de Whittemore e Knafl (2005) e Mendes, Silveira e Galvão (2008). **RESULTADOS:** Observou-se que a fenitoína tópica tem sido um dos métodos mais eficazes para a cicatrização de feridas, seguido do hidrocolóide e do ácido cítrico, visto que seus mecanismos de ação estão relacionados com estímulo à síntese de colágeno, crescimento de fibroblastos e diminuição do exsudato, colaborando para o desenvolvimento do tecido de granulação. Sobre a fenitoína, apesar de sua eficácia, disponibilidade, baixo custo, facilidade de uso e segurança, há necessidade de mais estudos controlados para confirmar os benefícios, determinar a dose e método de uso ideal. O hidrocolóide apresenta boas evidências científicas desde a década de 80, atualmente tem melhores benefícios em estudos que usam essa cobertura em associação com outros produtos. Em relação ao ácido cítrico, destaca-se seu potencial de neovascularização, aumentando a microcirculação favorecendo a formação de tecido de granulação, epitelização e eliminação de tecido necrótico. Outro aspecto é que essas coberturas possuem fatores antibacterianos que coaboram para cicatrização das úlceras com sequela de hanseníase. **CONCLUSÃO:** Nesta revisão observou-se a escassez de pesquisas experimentais com coberturas para feridas hansênicas, havendo uma necessidade de estudos sobre o tema, para aperfeiçoamento do uso das coberturas já existentes e descoberta de novas técnicas para o auxílio do processo de cicatrização de úlceras hansênicas.

PO - 068 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA EM USO DE POLYMEN EM UMA UNIDADE BÁSICA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

FABIOLA SOARES DA SILVA¹; AMANDA JESICA VIANA SANTOS MARTINS²; GESIANE DOS SANTOS TRIVINO³

¹IABAS / CF ROSINO BACCARINI, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

²IABAS /CF ROSINO BACCARINI, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

³PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Venosa; Unidade Básica de Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A insuficiência venosa crônica é uma forma de estase venosa crônica, resultando de oclusão crônica das veias ou destruição das válvulas; tendo como uma das manifestações clínicas a ulceração. As úlceras de membros inferiores são definidas como lesões que podem surgir espontaneamente ou de forma acidental, relacionadas a processos patológicos sistêmicos ou no membro afetado e que não cicatrizam em determinado intervalo de tempo. **OBJETIVO GERAL:** Apresentar a evolução do tratamento de uma úlcera venosa com a cobertura Polymen em uma unidade básica de saúde com a Estratégia de Saúde da Família. **REFERENCIAL TEÓRICO:** TEORIA DE OREM - Utilizamos em nossa prática assistencial o conceito da teoria de Dorothea Orem de que o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem estar. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, segundo a metodologia de estudo de caso. O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro com Estratégia de Saúde da Família, com portador de úlcera venosa em ambos os membros inferiores na região do maléolo medial e lateral, por 5 anos. Os dados clínicos do paciente foram colhidos durante o tratamento, realizado acompanhamento na referida unidade, utilizando-se de fotografias e evoluções de enfermagem, no período de dezembro de 2013 à abril de 2014; mediante aceitação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** usuário de 60 anos, hipertenso e apresentando varizes e úlcera venosa nos membros inferiores, iniciou o tratamento com a cobertura Polymen, sendo evidenciado evoluções importantes na sua cicatrização até a sua totalidade durante 6 meses de utilização, realizando os curativos 2 vezes na semana, bem como o registro fotográfico e evoluções de enfermagem em planilhas próprias de acompanhamento. **CONCLUSÃO:** Mediante a avaliação correta das lesões que são apresentadas pelos usuários e com o material (cobertura) diversificado e disponível para utilização, conseguimos diminuir o número de amputações e feridas crônicas que temos em nosso município e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

VIVÊNCIAS DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS

RIGIELLI RIBEIRO MANGANELLI; CARLA SENHORINHA SILVEIRA DE ABREU; JOCIMELI ALINE AMARAL DA SILVA
UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES CAMPUS SANTIAGO, SANTIAGO - RS -
BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado; Humanizado; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Para Waidman et al. (2011), uma ferida crônica pode ocasionar algumas problemáticas no decorrer da vida, tanto de ordem física quanto emocional. Segundo Malagutti (2015), o tratamento das feridas crônicas possui evolução longa e resposta terapêutica variável. Desta forma, a enfermagem deve levar em consideração o sujeito em sua singularidade e não apenas o olhar para uma lesão. Corbani, Brêtas e Matheus (2009) consideram que cuidar não é somente um procedimento técnico de enfermagem, mas é principalmente usar da humanidade para assistir o outro como ser único, em sua dignidade. **OBJETIVO:** Relatar a vivência da graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem no cuidado humanizado com pessoas portadoras de feridas crônicas. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pela graduanda durante estágio curricular, no período de março de 2015, realizado no Centro de Cuidados de Enfermagem- URI Santiago- RS. Os dados foram obtidos através da assistência de enfermagem à pessoa portadora da ferida crônica, permeada pela comunicação verbal e não verbal, iniciando-se com o acolhimento do usuário no serviço, respeitando sua privacidade e autonomia. Posteriormente, foi realizada a anamnese, exame físico, avaliação tegumentar, limpeza das lesões e anotações de enfermagem no prontuário dos usuários, essenciais para a análise das variáveis relacionadas à lesão, continuidade e integralidade do cuidado, tendo em vista que o tratamento é um processo dinâmico, pois visa à cicatrização através de curativos e envolve uma relação de compreensão para que as necessidades físicas e emocionais sejam atendidas. **RESULTADOS:** O estágio proporcionou identificar que na enfermagem, para um cuidado humano e individualizado, é necessário utilizar mais do que conhecimentos científicos, estabelecendo uma relação na qual o enfermeiro esteja disposto a ouvir o usuário e a lhe informar a respeito de seu tratamento, visto que a interação dialógica entre o cuidador e o ser cuidado é fundamental para o tratamento adequado. **CONCLUSÃO:** Esta vivência permitiu realizar uma assistência humanizada que vai além da prática de curativos, através do acolhimento, promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação. Portanto, para a avaliação do usuário é necessário levar em consideração não apenas a lesão a ser tratada, mas a pessoa portadora de feridas, bem como suas necessidades enquanto ser humano.

PO - 070 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM FRENTE À PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

RIGIELLI RIBEIRO MANGANELLI; JENIFER REINOÇO RODRIGUES; FERNANDA BITENCOURT DOS SANTOS; IRIS LUTIANE SPINDOLA DA SILVA; CARLA SENHORINHA SILVEIRA DE ABREU
UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES CAMPUS SANTIAGO, SANTIAGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado; Enfermagem; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: Malagutti (2015) define úlceras por pressão (UPP) como lesões localizadas, decorrentes da compressão extrínseca e prolongada da pele e tecidos subjacentes sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão, cisalhamento ou fricção. Conforme o Protocolo para Prevenção de UPP do Ministério da Saúde (2013), as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%, o que podem ser evitadas através da avaliação na admissão dos pacientes, inspeção e reavaliação diária da pele para risco de desenvolvimento de UPP, manejo da umidade, manutenção do paciente seco e com a pele hidratada, otimização da nutrição e da hidratação e minimização da pressão. **OBJETIVO:** Relatar a vivência dos graduandos em enfermagem na assistência a pacientes hospitalizados portadores de UPP. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos graduandos, em estágio curricular da disciplina de Enfermagem no Cuidado do Adulto da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Santiago. Realizado em um hospital de médio porte na região sul do Brasil, no período de março de 2015. Os dados foram obtidos através da anamnese, exame físico e observações aos cuidados com pacientes internados na unidade, onde foram elencados os diagnósticos de enfermagem, realizado planejamento e implementação de ações. Realizou-se a inspeção da pele, análise da lesão com mensuração e definição dos estágios de evolução, e escolha da cobertura. Foram executadas medidas preventivas, como massagem de conforto com óleo, alternância de decúbito, uso de dispositivos para o alívio da pressão, cuidados com a hidratação e nutrição. **RESULTADOS:** Constatou-se que a maioria das UPP são evitáveis, causam dano considerável aos pacientes, dificultam o processo de recuperação e podem ser ocasionadas tanto por fatores extrínsecos quanto intrínsecos associados com a assistência não qualificada. Assim, seu desenvolvimento em pacientes hospitalizados foi visto como um indicador negativo na qualidade da assistência, onde as intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes. **CONCLUSÃO:** Portanto, quando se fala em assistência a pacientes com UPP a enfermagem busca algo muito além da prática do curativo, como conhecimentos técnico-científicos. Acredita-se que é preciso melhorar ainda mais a assistência, já que o prognóstico permite a execução de medidas preventivas precocemente.

UTILIZAÇÃO DA POMADA DE BARBATIMÃO EM FERIDA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

LENISE MANZONI PADILHA; JOCIMELI ALINE AMARAL DA SILVA; ANTONIO CARLOS MARCHEZAN JUNIOR
UNIVERSIDADE REGIONAL DO ALTO URUGUAI E DAS MISSOES - CAMPUS SANTIAGO, SANTIAGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida Crônica; Barbatimão; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: No Brasil, as feridas acometem a população de um modo geral, impactando alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, causa elevados custos financeiros e torna-se um problema de saúde pública (MORAES, 2011). As feridas crônicas estão associadas a patologias diversas como diabetes, doenças isquêmicas ou oncológicas (MALAGUTI, 2011). Neste contexto, o enfermeiro deve ter uma visão ampla referente ao tratamento de ferida crônica. De acordo com Cândido (2001), o papel desse profissional não se resume apenas na execução dos curativos, vai além dessa prática, através da autonomia para acompanhar e avaliar a ferida, prescrever e orientar curativos, além de desempenhar o cuidado integral. **OBJETIVO:** Relatar a vivência de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem e o uso de fitoterápico na cicatrização de ferida crônica. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, realizado no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015, no Centro de Cuidados de Enfermagem em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado em uma ferida crônica no Membro Inferior Direito com amputação da quarta e quinta falange causada por uma picada de animal peçonhento. Utilizou-se a sistematização da assistência de enfermagem, avaliações, mensuração periódica da ferida e curativo diário, a cobertura de escolha foi a pomada de Barbatimão que contém o extrato seco de *Stryphnodendron adstringens*, Coville a 50% (MEHL, 2011). A ação do produto quando empregada topicamente na área da ferida, equilibra a atividade inflamatória local, reduz o exsudato, estimula a vascularização e a formação do tecido de granulação, reduz edema perilesional, auxilia a reepitelização tecidual e a inibição enzimática de bactérias e fungos. **RESULTADOS:** O curativo diário com o uso da pomada de Barbatimão proporcionou melhora significativa da ferida, diminuiu o tecido de fibrina e o exsudato, aumentou o tecido de granulação e acelerou a cicatrização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência possibilitou agregar conhecimento, permitiu avaliar o paciente em sua integralidade, proporcionou vínculo e confiança na relação paciente/profissional. Percebeu-se a autonomia do enfermeiro na escolha da cobertura adequada e avaliação da ferida, além da sua atuação em todos os processos de cura e reabilitação. Sendo assim, é de fundamental importância a inserção do acadêmico em um espaço para aprimorar as competências do enfermeiro, aliado ao conhecimento teórico-prático.

PO - 072 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LENISE MANZONI PADILHA; JOCIMELI ALINE AMARAL DA SILVA; CARLA SENHORINHA SILVEIRA DE ABREU; CARLA DA SILVEIRA DORNELLES
UNIVERSIDADE REGIONAL DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES URI - CAMPUS SANTIAGO - RS, SANTIAGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Cuidado.

INTRODUÇÃO: As feridas são conceituadas como uma interrupção na integralidade da pele pode ser oriunda de diversas causas. Silva et al (2011) afirmam que os principais fatores desencadeantes de uma lesão são a hipóxia; agentes físicos, químicos e infecciosos; reações imunológicas; distúrbios genéticos e desequilíbrios nutricionais. As feridas crônicas cicatrizam-se por segunda ou terceira intenção, e estão habitualmente associadas a patologias diversas como diabetes, doença isquêmica ou oncológicas (MALAGUTI, 2011). São de difícil cicatrização e geram dor, angústia, diminuição da autoestima e isolamento social devido ao odor e a incapacidade física para o trabalho. **OBJETIVO:** Relatar uma vivência acadêmica no cuidado à pacientes com feridas agudas e crônicas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência realizado no Centro de Cuidados de Enfermagem localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul no período de dezembro de 2014 à janeiro 2015. Os sujeitos de estudo foram pacientes portadores de ferida aguda ou crônica que frequentavam o serviço. A abordagem ao paciente se deu através do acolhimento, da escuta, inspeção, avaliação, e mensuração da ferida, realização de curativos diários, levantamento dos diagnósticos conforme a taxonomia da NANDA e implementação da sistematização da assistência. **RESULTADOS:** As atividades desenvolvidas possibilitaram desenvolver habilidades e destreza técnica durante a realização dos curativos, avaliar a ferida e o paciente em sua singularidade, identificar as fases do processo de cicatrização, ainda estabeleceu vínculo e autonomia entre profissional e paciente. Dentre os diagnósticos de enfermagem encontrados estão: deambulação e mobilidade física prejudicada, intolerância a atividade, déficit no autocuidado, risco de baixa autoestima situacional, interação social prejudicada, síndrome do estresse por mudança, ansiedade e risco de infecção. Ainda, as principais coberturas utilizadas nas feridas foram: Curativo de Hidrofibra com Prata, alginato com prata, bota de unna, Gaze antiaderente, Ácidos graxos essenciais, pomada de barbatimão, Colagenase e dexametasona. **CONCLUSÃO:** A enfermagem assume papel fundamental no cuidado ao paciente com ferida aguda e crônica além da autonomia na avaliação das feridas e escolha de coberturas com o objetivo de proporcionar ao paciente melhora significativa da ferida e da qualidade de vida levando em conta seus sentimentos, percepções e esperanças em relação ao cuidado prestado.

USO DE GAZE EMBEBIDA EM POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA - PHMB PARA TRATAMENTO DE LINFANGITE NECROTIZANTE: UM ESTUDO DE CASO

MARINA SANDRELLE SOUSA; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES; JEFERSON PEREIRA DA SILVA; SARA MARIA CRUZ DA COSTA; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Linfangite; Feridas; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A erisipela é uma infecção aguda de origem estreptocócica, causada pelo estreptococo Beta-hemolítico do grupo A. A doença é prevalente em mulheres, afetando preponderantemente adultos entre 40 e 60 anos. O diagnóstico é preferencialmente clínico, baseando-se na presença de sinais clássicos, como: placa inflamatória associada a febre, bolhas ou feridas, podendo evoluir para a linfangite necrotizante (inflamação aguda de um ou mais vasos linfáticos). O tratamento é realizado a partir de antibioticoterapia sistêmica e curativos no local da lesão. Como coadjuvante na terapia, o PHMB possui função antisséptica, atuando em bactérias gram positivas e negativas e favorecendo o controle de microorganismos presentes em feridas infectadas. **OBJETIVO:** Expor a eficácia da gaze embebida em PHMB associada a antibioticoterapia sistêmica para tratamento da linfangite em tempo hábil. **METODOLOGIA:** Estudo de caso realizado em clínica especializada, com tratamento compreendido entre 10/02/2015 e 25/06/2015. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário e registro fotográfico da evolução das lesões. **RESULTADO:** Paciente M.H.M., 62 anos, aposentada, proveniente do hospital de urgência local onde recebeu o diagnóstico de linfangite necrotizante ocasionada por erisipela não tratada e submeteu-se a desbridamento cirúrgico de urgência. Após alta deste procedimento, a paciente foi encaminhada para uma clínica especializada em curativos, com ferida medindo aproximadamente 15cm de comprimento por 10cm de largura. Logo, teve seu tratamento realizado em 2 etapas: na primeira, foram promovidos curativos com frequência de duas vezes por semana utilizando gaze embebida em PHMB, pomada de estimulação da granulação, solução líquida de PHMB e desbridante enzimático, além da antibioticoterapia sistêmica duas vezes ao dia; no segundo momento utilizou-se apenas a gaze embebida em PHMB e pomada estimuladora da angiogênese. A paciente apresentou evolução satisfatória e obteve alta melhorada no dia 25/06/2015 com a lesão cicatrizada, totalizando 40 curativos. **CONCLUSÃO:** A adesão da paciente ao tratamento, bem como o uso de antibióticos e curativos especializados lhe proporcionou melhora rápida e satisfatória. Ressalta-se que o uso do PHMB em feridas permitiu evolução favorável da lesão devido à sua ação bacteriostática, inibindo o crescimento microbiano no leito da ferida, favorecendo o processo de regeneração tecidual e culminando na cura completa da lesão.

PO - 074 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRABALHO AMBULATORIAL DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELO

ANA LUCIA SANTOS ALVES; KELY HENRIQUES DE GUSMÃO; PRISCILLA DA SILVA PORTELA; ELLEN GUIMARÃES DA BOA HORA; THAIS FERNANDA VIEIRA
HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Comissão de Curativos; Produtividade; Estudo de Caso.

INTRODUÇÃO: As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus financeiro decorrente de doenças do mundo com significativo crescimento. Cerca de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento deve advir de problemas crônicos, em 2020. As doenças crônicas são apontadas como um dos principais fatores causais de lesões cutâneas crônicas e atuam também, dentre outros fatores, como comprometedoras do processo de reparo tecidual. **OBJETIVO:** Dar visibilidade ao ambulatório e a comissão de curativos do Hospital Estadual Eduardo Rabelo (HEER) expondo sua produtividade com as principais lesões atendidas e apresentando cinco estudos de caso. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo prospectivo quantitativo de natureza descritiva e exploratória que visa expor as atividades do setor bem como quantificar as variáveis: produtividade e principais lesões atendidas nos últimos 03 anos no setor, além disso, apresenta cinco estudos de caso que demonstram algumas atividades realizadas pela comissão. **RESULTADOS:** De acordo com os dados tabulados no período de 2013 até o primeiro semestre de 2015 foram atendidos 2750 pacientes sendo 1737 (63,4 %) úlceras venosas, 255 (9,2 %) úlcera por pressão, 303,5 (11 %) úlceras neuropáticas, seguido de 120 (4,3%) erisipelas, 78 (2,8%) traumática, 49,5 (1,8%) neoplásicas, 47 (1,7 %) queimaduras, 33 (1,2 %) feridas operatórias (em sua totalidade amputações) e 127 (4,6 %) outras lesões como abscessos, abrasões ou celulites. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu evidenciar o perfil da clientela bem como a obtenção de subsídios para busca de novas pesquisas de incidência e prevalência a fim de ampliar os conhecimentos levando o direcionamento para melhores condutas e assistência desta clientela.

MANEJO DE TECIDO NECRÓTICO EM FERIDAS DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE CLÍNICA CIRÚRGICA

HÉLIO GALDINO JÚNIOR; BRUNNA RODRIGUES DE LIMA; ANACLARA FERREIRA VEIGA TIPPLE; SILVANA VIEIRA DE LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Curativos; Necrose; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a remoção da necrose, o controle da infecção/inflamação, a manutenção do equilíbrio de umidade e o cuidado com as bordas são elementos essenciais do preparo do leito das feridas. A aplicação deste princípio exige conhecimento técnico-científico para a seleção dos produtos a serem utilizados nos curativos para que se alcance uma cicatrização eficiente. **OBJETIVO:** Verificar a adequabilidade do produto utilizado nos curativos de lesões com presença de tecido necrótico. **MÉTODO:** Estudo observacional, realizado na clínica cirúrgica de um hospital escola de grande porte do estado de Goiás. Os dados foram coletados, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 544.337/2014), de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, utilizando um check-list. Os produtos utilizados foram considerados adequados ou inadequados, de acordo com sua capacidade de debridamento e do tipo de tecido nas lesões. Os dados foram analisados pelo software SPSS. **RESULTADOS:** Dos 146 curativos observados 6,2% foram realizados por Enfermeiros, 80,8% foram realizados por técnicos de Enfermagem, 13% foram por auxiliares de Enfermagem. Destes, 79,4% (116/146) constituíram-se de lesões abertas. O tecido necrótico estava presente em 62,3% (91/116) das lesões. Em 43,9% (40/91) foi utilizado um agente debridante dos quais, em 92,5% (37/40) foi utilizado a colagenase e em 7,5% (3/40) foi utilizado o hidrogel. Em 58,3% (53/91) as lesões apresentavam apenas tecido necrótico, sendo considerado tratamento adequado pelo uso da colagenase em 62,2% (33/53). Em 37,8 (20/53) as lesões necróticas foram tratadas com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) ou somente solução fisiológica. Em 41,7% (38/91) as lesões constituíram-se tanto de tecido necrótico quanto de tecido de granulação, destas 8% (3/38) foram tratadas com Hidrogel e 63,1% (24/38) foram tratadas com AGE, 10,5% (4/38) foram tratadas com colagenase e em 18,4% (7/38) apenas solução salina. O produto foi considerado inadequado em 60,4% (55/91) dos curativos. Constatou-se que a farmácia hospitalar disponibilizava os seguintes produtos: colagenase, hidrocolóide, hidrogel, alginato e hidrofibra para solicitações. **CONCLUSÃO:** Observou-se grande número de curativos com produtos inadequados. A falta de conhecimento da equipe de enfermagem pode ser um dos motivos desta inadequação. O tratamento inadequado pode resultar em infecção, retardo na cicatrização, aumento dos custos da assistência, e comprometer a qualidade de vida do paciente.

PO - 076 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

VALORIZAÇÃO DOS PRECEITOS ÉTICOS AOS PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS

HÉLIO GALDINO JÚNIOR; BRUNNA RODRIGUES DE LIMA; ANACLARA FERREIRA VEIGA TIPPLE; SILVANA VIEIRA DE LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Curativos; Ética; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Durante a realização de qualquer procedimento a equipe de enfermagem deve zelar pelos direitos inerentes ao paciente. De acordo com o código de ética dos profissionais de Enfermagem é direito do paciente receber informações sobre seu tratamento, ser respeitado quanto ao sua intimidade e privacidade e receber atendimento humano, atencioso e respeitoso. Durante a realização de curativos estes preceitos éticos devem ser considerados. **OBJETIVO:** Avaliar a adoção dos preceitos éticos durante o curativo realizado pela equipe de enfermagem. **MÉTODO:** Estudo observacional, realizado na clínica cirúrgica de um hospital escola de grande porte do estado de Goiás. Os dados foram coletados durante os meses de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015. Observou-se 147 curativos realizados pela equipe de enfermagem referente aos princípios éticos imprescindíveis durante a realização do procedimento de curativo. Os dados foram coletados utilizando um check-list, as variáveis observadas foram: apresentar-se ao paciente; explicar o procedimento; esclarecer as dúvidas do paciente e preservar a privacidade. Para a observação, o pesquisador posicionou-se ao lado do paciente no momento do curativo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética (protocolo nº544.337/2014) e os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **RESULTADOS:** Foram observados 147 curativos realizados em sua maioria por técnicos e auxiliares de Enfermagem. Durante o procedimento o profissional responsável deixou de apresentar-se ao paciente em 35,4% (52/147) das observações, em 38,8% (57/147) o paciente não recebeu orientações a cerca do procedimento que seria realizado ou não foi esclarecido adequadamente quanto as suas dúvidas. Em 83% (122/147) dos procedimentos observados o paciente não teve sua privacidade preservada, sendo que em apenas 17% (25/147) o profissional, antes de realizar o procedimento, utilizou biombo. **CONCLUSÃO:** Observou-se que os profissionais de enfermagem ao realizar o curativo, em algumas situações, deixaram de se apresentar limitando a aproximação do paciente com o profissional e deixaram de prestar orientações sobre o cuidado prestado, o que pode limitar o conhecimento e impedir o engajamento do paciente no seu tratamento. Além disso, foi desconsiderada a privacidade dos pacientes, desrespeitando assim a individualidade de cada pessoa, podendo causar constrangimento ao paciente. Os dados mostram que o momento do curativo necessita ser humanizado.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE REDUÇÃO DE CUSTO APÓS IMPLANTAÇÃO DE UM CREME HIDRATANTE COMO MEDIDA PREVENTIVA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA UTI DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

**MARIA THEREZA BUGALHO LAZZARINI; MARIA CAROLINA BONELLI SPADACINI; JOSE CARLOS BONJORNO JUNIOR; PRISCILA FERNANDA MARRETTI DIAS; CRISTIANE LEITE DE ALMEIDA
SANTA CASA DE SÃO CARLOS, SAO CARLOS - SP - BRASIL.**

Palavras-chave: Custo; Prevenção de Úlcera por Pressão; Hidratação da Pele.

INTRODUÇÃO: a manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples que são considerados vitais principalmente em setores de cuidados críticos como a unidade de terapia intensiva. Na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do referido hospital aplicava-se dentre outras medidas a hidratação da pele com AGE em óleo e através de um protocolo específico aprovado pela Comissão do hospital passou-se a utilizar creme hidratante com óleo de AGE. **OBJETIVO:** avaliar a redução de custo após implantação de um creme hidratante como medida preventiva na prevenção de úlcera por pressão na UTI de um hospital de médio porte do interior de São Paulo.

MÉTODO: estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte do interior do Estado de São Paulo no período de abril à julho de 2014. Os dados foram obtidos através dos prontuários de pacientes e também de planilhas geradas pelo próprio sistema utilizado no hospital, ou seja dados secundários. Para análise estatística os dados foram armazenados em um banco de dados do programa Excel.

RESULTADOS: Foram avaliados durante o período 53 pacientes. Do total 31 pertenciam ao gênero masculino, 34% tinham mais de 60 anos, 15% permaneceu mais de 15 dias na unidade, 26,4% tinham diagnóstico inicial relacionado a neurologia, 92,5% tinha integridade da pele preservada na admissão, 2% desenvolveu úlcera por pressão grau II e 2% desenvolveu úlcera por pressão grau III. No primeiro trimestre foram dispensados 71 unidades de AGE óleo com custo de R\$ 241,40 e após a implantação do creme hidratante no segundo semestre houve a dispensação de 31 unidades deste a um custo de R\$ 292,95. Apesar de haver este aumento no custo da hidratação da pele a princípio, a implantação do produto contribuiu para a diminuição das infecções cutâneas de 5 no período para 3, representando uma economia de R\$ 34.000,00; contribuindo não somente para a geração de mais receita para hospital como também para os pacientes que receberam a assistência e com a equipe profissional que pode aplicar uma assistência efetiva. **CONCLUSÃO:** Após a implantação do novo produto verificou-se que houve melhora na hidratação da pele dos pacientes contribuindo para a redução na formação da úlcera por pressão e no custo do processo, contribuindo para uma assistência ao paciente efetiva.

PO - 078 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

COMPREENDENDO A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS: CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO EM CLÍNICA ESPECIALIZADA

JEFERSON PEREIRA DA SILVA; MARINA SANDRELLE SOUSA; TATIANA MENDONÇA PORTO; GLERISTON CORDEIRO SILVA; PATRÍCIA CORREIA CARIRY
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Protocolo; Feridas.

INTRODUÇÃO: Uma boa atuação interdisciplinar dentro de uma perspectiva holística para o paciente e sua lesão se inicia com a elaboração de um protocolo direcionado a organização do serviço que possibilita traçar as condutas adequadas, ao mesmo tempo em que uniformiza a linguagem entre a equipe multidisciplinar. Este estudo pretende compreender a prática da enfermagem no que se refere à avaliação e cuidados com feridas, além da importância de um protocolo próprio que se adequa a realidade do serviço como instrumento fundamental na tomada de decisões e escolhas das melhores práticas assistenciais.

OBJETIVO: Promover reflexão sobre a responsabilidade da enfermagem no que se refere ao diagnóstico e avaliação do paciente com feridas, e demonstrar a importância da criação de um protocolo norteador para a organização do trabalho, estabelecido conforme a rotina do serviço prestado na instituição. **METODOLOGIA:** O presente trabalho utiliza o referencial do relato de experiência, cujo objetivo é descrever o resultado obtido da utilização de protocolo de sistematização do serviço em clínica especializada no tratamento de feridas, sendo o mesmo construído e adaptado com embasamento no perfil de atendimento da instituição. **RESULTADOS:** Foram selecionados dados considerados essenciais para a lógica na identificação dos possíveis diagnósticos que os ferimentos apresentavam como: história clínica, exame físico geral e palpação dos pulsos, bem como cada provável diagnóstico e sua principal abordagem diagnóstica e terapêutica. É evidente que a enfermagem deve contar com a equipe multiprofissional para resolutividade do problema, só a atuação em conjunto por parte dos profissionais de saúde promoverá condições que favoreçam a cicatrização eficaz, sem maiores riscos e complicações ao paciente. Desta forma, ressalta-se a importância do protocolo como estratégia que possibilita uma abordagem precisa, otimizando e direcionando o serviço de forma mais eficiente.

CONCLUSÃO: Ao estabelecer critérios para o atendimento, o profissional permite conduzir o tratamento de forma mais dinâmica, e tal conhecimento também fornece uma base importante para avaliação correta, o que conduz a utilização de técnicas adequadas, contribuindo para a evolução significativa dentro do processo cicatricial melhorando a qualidade do serviço.

PROTOCOLO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO

ANA LUCIA SANTOS ALVES; LILIANE JOSE MINEIRO ALVES; DANIELE RODRIGUES SANTIAGO MACEDO; ELLEN GUIMARÃES DA BOA HORA; THAIS FERNANDA VIEIRA
HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Protocolo; Úlcera por Pressão; Prevenção e Tratamento.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UP) é uma lesão de pele e tecidos moles provocada principalmente pela oxigenação inadequada dos tecidos localizados geralmente sobre uma proeminência óssea. Sua formação pode ser rápida, ocorrendo principalmente nas regiões sacral, isquiática, trocantérica e calcânea. A população idosa é a principal clientela do Hospital Eduardo Rabello que visa oferecer saúde e tratamento humanizado de forma holística suprimindo as necessidades humanas básicas desta população tão especial. Portanto após observar-se uma incidência elevada de úlceras por pressão propôs-se a criação de um protocolo que orientasse as equipes das enfermarias com relação a prevenção e tratamento das UPs e determinasse a função da comissão de curativos no hospital. **OBJETIVO:** Implantar o protocolo de ulcera por pressão em todo o Hospital Estadual Eduardo Rabello. **METODOLOGIA:** Esse protocolo tem como base as diretrizes das consultorias europeia e norte-americanas EPUAP/NPUAP que desenvolveram recomendações, baseadas em evidência científica, que puderam serem usadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo. Criou-se um fluxograma de atendimento para auxiliar na prevenção e tratamento das lesões pelos enfermeiros generalistas das enfermarias e organizar a solicitação de parecer da comissão de curativos e dos médicos. **DISCUSSÃO:** A comissão de curativo julgou necessário iniciar um breve levantamento da incidência de UPs no HEER e a calculou pela proporção do número de internações com pele íntegra e a proporção de úlceras por pressão e outras lesões no período de janeiro de 2013 a fevereiro de 2014. Foram registradas 916 internações, neste período, sendo 382 (41,7%) com pele íntegra, 467 (50,9%) apresentavam UP e 67 (7,4%) outras lesões como erisipela e úlceras venosas. Este dado fundamentou a necessidade da criação deste protocolo e despertou o interesse da equipe em iniciar um projeto de pesquisa calculando a incidência anual e a prevalência acompanhada por 03 meses. **CONCLUSÃO:** Sabe-se que há muito trabalho a ser feito. Acredita-se que a implantação do protocolo iniciará no primeiro semestre de 2016. Com perseverança, persistência e coragem é possível modificar essa realidade, melhorando a assistência de enfermagem, diminuindo custos e prevenindo úlceras de pressão para se atingir a tão desejada pela comissão de curativos, a melhora na qualidade de vida da população idosa.

PO - 080 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EFICÁCIA DA BOTA DE UNNA COM CALAMINA NO TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

JEFERSON PEREIRA DA SILVA; ARTHUR BENTO MENESES; MARIA ADRIANA SOUZA; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA; SARA MARIA CRUZ DA COSTA
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Bota de Unna; Úlcera Venosa; Calamina.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas, decorrentes da Insuficiência Venosa Crônica, comprometem a qualidade de vida do portador, interferindo no seu cotidiano, além de prejudicar o seu convívio em sociedade. Tendo em vista a cronicidade de sua etiologia e a difícil recuperação pelos vários fatores associados, se faz necessário o desenvolvimento de terapias e produtos que auxiliem no seu tratamento. **OBJETIVO:** Relatar a eficácia da terapia compressiva e alívio do prurido em região perilesional com o uso de Bota de Unna com calamina no tratamento de úlcera venosa crônica. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso de paciente submetido ao tratamento em clínica de enfermagem especializada em curativos fazendo uso da terapia compressiva através da Bota de Unna com calamina, no período de novembro de 2014 a março de 2015. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADOS:** F.V.S, 59 anos, sexo feminino, aposentada, hipertensa, admitida em 05/11/2014, apresentando úlceras de origem venosa na região lateral do terço distal do Membro Inferior Direito (MID), medindo 8cm de comprimento e 13cm de largura, e na região medial do terço distal do Membro Inferior Esquerdo (MIE), medindo 14cm de comprimento e 11cm de largura, sendo ambas recidivadas, o que deixou a pele mais sensível, sendo essenciais medidas de alívio também do prurido ocasionado pela infiltração de substâncias tóxicas do sangue para o interstício, em decorrência da insuficiência venosa crônica. Na admissão, foi submetida a desbridamento mecânico devido à presença de necrose, além de abundante tecido fibrinoso, seguido do uso de desbridantes enzimáticos nas primeiras quatro sessões. Para a oclusão da lesão, utilizou-se técnica compressiva convencional, por meio de enfaixamento multicamadas com uso de ataduras. Após o primeiro mês, observou-se pouca evolução da lesão e queixas de prurido em região perilesional, sendo então decidido usar a Bota de Unna com calamina, como terapia compressiva e alívio do prurido. Os resultados se mostraram melhores e em pouco tempo pôde-se visualizar evolução satisfatória da lesão, culminando na sua alta em 10/03/2015, após 14 curativos. **CONCLUSÃO:** A eficiência da terapia compressiva e ação antipruriginosa por meio da Bota de Unna com calamina no tratamento de feridas comprovou-se através da aceleração no processo cicatricial, otimizando a metodologia de cura das lesões.

PLANO DE CUIDADOS E CURATIVO ALTERNATIVO EM ÚLCERA TRAUMÁTICA INFECTADA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: RELATO DE CASO

HÉRMERSON NATHANAEL LOPES DE ALMEIDA¹; ANA CRISTINA DE OLIVEIRA MONTEIRO MOREIRA²; WILLAN NOGUEIRA LIMA³; RAFAELLE PEREIRA LIMA⁴; MILENE PERDIGÃO WANDERLEY DE OLIVEIRA⁵

¹UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL;

²UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL;

³FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU, FORTALEZA - CE - BRASIL;

^{4,5}CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTÁCIO DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados; Curativo; Staphylococcus aureus.

Furúnculo é uma infecção bacteriana do folículo piloso e da glândula sebácea anexa, causada pelo *Staphylococcus aureus*. Geralmente, restringe-se a pele, apresentando-se como um nódulo doloroso, circunscrito, endurecido, quente e centrado por um pêlo, eliminando o material necrótico e purulento após alguns dias. E devido esta característica infecciosa é necessário traçar planos de cuidados terapêuticos, além de propiciar a melhor alternativa de curativo, em determinadas situações, para promover a cicatrização. Desta forma, o presente trabalho objetiva implementar o plano de cuidados a um paciente com úlcera traumática infectada por *Staphylococcus aureus*, além de evidenciar a utilização de curativo alternativo. Trata-se de um relato de caso, com uma abordagem qualitativa. Realizado entre setembro e outubro de 2013 com um usuário de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza/CE. A coleta de dados foi obtida através de uma entrevista aberta para levantamento da anamnese e a execução do exame físico, em seguida os achados foram analisados e comparados à literatura pertinente para elaborar o plano de cuidado e eficácia da cobertura. O caso define-se como: usuário de 63 anos, nega doença crônica ou pregressa. Realizado curativo cirúrgico localizado na região peitoral esquerda. Relatou que antes da cirurgia, havia uma pequena lesão pruriginosa, rubor e calor no local, tendo se automedicado com antimicótico tópico durante oito meses, sem resultados positivos. Após avaliação médica, sugeriu-se raspagem cirúrgica, resultando em lesão de grau III. Após procedimento cirúrgico utilizou-se curativos diários a base de açúcar cristalizado e kolagenase. A úlcera foi avaliada semanalmente apresentando melhora considerável de exsudato e tamanho. Desta forma conclui-se a importância de um plano de cuidados intervencionista para o alcance da cura, além da aplicação de curativo alternativo, mesmo em questionamento, como fonte promotora do processo de cicatrização, livre de infecções e melhora da autoestima do portador.

PO - 082 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA A VÁCUO: UMA ABORDAGEM DE SUCESSO NO TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

MARINA SANDRELLE SOUSA; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES; JEFERSON PEREIRA DA SILVA; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA; SARA MARIA CRUZ DA COSTA
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Úlcera por pressão; Vácuo.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão é caracterizada por uma ferida localizada na pele ou tecido, que sobrepõe uma proeminência óssea resultante de uma pressão isolada, combinada ou não, e por outros fatores mecânicos, como cisalhamento e fricção. Tais lesões podem ser classificadas em quatro estágios, baseada no comprometimento tecidual. As úlceras por pressão cavitárias apresentam grande dificuldade no processo de cicatrização, à medida que existe produção excessiva de exsudato, o que inviabiliza a eficácia do processo cicatricial. Sendo assim, a terapia a vácuo surgiu como uma ideia inovadora e resolutiva para solucionar em tempo hábil a cicatrização dessas lesões. O vácuo é definido como um espaço que não tem ar ou que se supõe vazio, por isso a aplicação desta terapia favorece a drenagem contínua de todo exsudato. **OBJETIVO:** Verificar e mostrar através de estudo fotográfico a eficácia do tratamento de uma úlcera por pressão através da terapia à vácuo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso de um paciente submetido ao tratamento em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, fazendo uso da terapia a vácuo, no período de fevereiro a abril de 2015. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário e registro fotográfico da evolução da lesão. **RESULTADOS:** L.S.C, 65 anos, residente em Campina Grande–PB, hipertenso, diabético, em pós operatório mediato de cirurgia cardíaca, apresentando úlcera por pressão na região sacral com sinais flogísticos, hiperemia de bordas e presença de secreção purulenta, sendo encaminhado para limpeza cirúrgica sob cuidados médicos. Logo após o debridamento constatou-se úlcera por pressão estágio IV, evidenciando áreas com necrose de coagulação, tecido fibrinoso e abundante exsudato serosanguinolento. A conduta inicial consistiu em utilização da terapia a vácuo, associada a malha de nylon impregnada com prata, espuma estéril, debridante enzimático direcionado à área de necrose e pomada de estimulação da regeneração cutânea. No total foram feitas 13 aplicações da terapia à vácuo no período de fevereiro a abril de 2015. **CONCLUSÃO:** Diante do estudo percebeu-se que a terapia a vácuo mostra-se eficiente no processo de cicatrização, pois proporciona um ambiente favorável para o reestabelecimento do tecido de granulação e consequentemente aproximação das bordas da ferida. Apesar de ser um tratamento dispendioso é de cunho altamente satisfatório, visto que reduz o tempo de intervenções especializadas.

APLICABILIDADE DO USO DA PRATA NO TRATAMENTO DE FERIDA COMPLEXA INFECTADA: RELATO DE CASO

GLERISTON CORDEIRO SILVA; MARINA SANDRELLE SOUSA; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA; ALANBERG ARAÚJO FREIRE
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Prata; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas evoluem rapidamente, são refratárias a diversos tipos de tratamentos e decorrem de condições predisponentes que impossibilitam a normal cicatrização¹ Uma das maiores complicações no processo cicatricial são as infecções. O uso da prata em feridas infectadas possibilita redução significativa na carga microbiana, além de preservar os tecidos viáveis no leito da lesão, contribuindo para uma rápida cicatrização e conseqüentemente minimização de riscos e danos ao paciente. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia da malha de nylon impregnada com prata (Silvercoat®) no tratamento de paciente portador de lesão traumática com indicação de amputação do membro inferior direito (MID) decorrente de acidente automobilístico. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso de paciente submetida a tratamento em uma clínica de enfermagem especializada em curativos fazendo uso da malha de nylon impregnada com prata (Silvercoat®) no período de Agosto a Outubro de 2014. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADO:** M.M.L., 55 anos, viúva, agricultora, sofreu um acidente automobilístico que a levou para o hospital com fraturas múltiplas na região do MID e laceração de partes moles, sendo submetida a tratamento cirúrgico para fixação das fraturas e sutura das partes moles. Apresentou quadro infeccioso após um mês de cirurgia, tendo indicação de amputação do membro afetado. No dia 26/08/14 foi admitida em serviço especializado em curativos onde fora realizado debridamento mecânico, coleta de material para cultura com antibiograma e curativo asséptico com aplicação de malha de nylon impregnada com prata (Silvercoat®). O tratamento seguiu com frequência de duas vezes por semana, concomitantemente ao uso de antibioticoterapia sistêmica por 15 dias. A paciente evoluiu satisfatoriamente e obteve alta com ferida cicatrizada no dia 21/10/2014, totalizando 17 curativos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o uso de curativos a base de prata é uma das alternativas que auxilia no tratamento de feridas, devido à eficácia que esses curativos podem propiciar aos pacientes com lesões contaminadas. É imprescindível a busca por tratamentos alternativos antes de qualquer medida definitiva como a amputação, demonstrando que a enfermagem ocupa papel essencial na assistência a pacientes com feridas complexas.

PO - 084 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

MANEJO NO TRATAMENTO DE FERIDA COMPLEXA, EPIDÊMICA/ INFECCIOSA UTILIZANDO ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA: RELATO DE CASO

POLLYANNA VILAR DO NASCIMENTO¹; MARINA SANDRELLE SOUSA²; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES³; FERNANDA AZEVEDO TEIXEIRA DA ROCHA⁴; SARA MARIA CRUZ DA COSTA⁵

¹TECNOCENTER, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL;

^{2,3,4,5}CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Parotidite; Ferida; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A parotidite epidêmica é definida como uma doença infecciosa sistêmica causada pelo vírus Paramyxoviridae, caracterizada pela infecção das glândulas salivares, sendo as parótidas mais atingidas. A doença é altamente transmissível e sua contaminação é dada preferencialmente pelas vias respiratórias superiores. A patologia acarreta desconfortos ao paciente com o aumento não supurativo das glândulas parótidas, dor local, febre e cefaléia. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia do uso da espuma de poliuretano com prata (Biatain Ag[®]) no tratamento de um paciente portador de lesão por queimadura e infecção na região do colo decorrente de parotidite. **METODOLOGIA:** O estudo foi realizado em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, na qual o paciente foi submetido a tratamento no período compreendido entre Julho a Dezembro de 2014. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADO:** J.M.C.L, 42 anos, sexo feminino, admitida no serviço em 05 de Julho de 2014, portando uma extensa lesão (> 200 cm²) proveniente de queimadura na região do colo por agravamento da parotidite, a ferida encontrava-se infectada com presença de tecido necrótico de liquefação, tecido fibrinoso, além de excessiva exsudação. O tratamento foi iniciado com frequência de três vezes semanais sendo diminuída para duas vezes, após o primeiro mês, devido a excelente evolução. A utilização da espuma de poliuretano com prata (Biatain Ag[®]) se deu em todos os curativos e a lesão evoluiu até seu completo fechamento após 5 meses e 20 dias de tratamento. **CONCLUSÃO:** O uso de Biatain[®] foi considerado satisfatório, pois agiu com precisão na absorção do abundante exsudato deixando o meio úmido ideal para o leito da ferida, além da ação antibacteriana que veio reforçar o processo cicatricial culminando com a alta do paciente em tempo inferior ao esperado.

TRATAMENTO DE MEDIASTINITE COM O USO DE CURATIVO DE PRESSÃO NEGATIVA-VÁCUO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CIRURGICA

ALINE VALLI LEAO; CINARA MAISONETTE DUARTE; DANIELA LOPES JARDIM; PAULA SANTOS BRAGA; ROSIMAR VELOSO SEBEN
SANTA CASA POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Mediastinite; Curativo por pressão negativa; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Atualmente as cirurgias cardíacas de Troca Valvar Aórtica e revascularização do miocárdio vem sendo realizadas em decorrência do grande acometimento da doença coronariana e valvares. Caracterizam-se por cirurgias de grande porte que podem ser acompanhadas de complicações em seu pós-operatório, como a mediastinite. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, a mediastinite aguda é um processo inflamatório e/ou infeccioso do tecido conjuntivo do mediastino. **OBJETIVO:** Relatar a experiência com o uso do curativo com o método a vácuo em um paciente com mediastinite. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso de um paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de referência em Cardiologia em Porto Alegre. O paciente em questão é W.Q.S, 77anos, masculino, interna na Unidade de Terapia Intensiva Cirurgica no dia 22/06/2015 no Pós-operatório de Troca Valvar Aórtica e revascularização do miocárdio. Lista de problemas: Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Artrite Reumatoide, Cardiopatia Isquêmica, Estenose Aórtica Severa. Realizaram-se quinze visitas com revisão de prontuário, exames e implementação de um plano de cuidado de enfermagem. Foi assinado termo para uso da imagem conforme Resolução CNS 196/96. **RESULTADOS:** No 8º PO dia 30/06 iniciou com secreção serosa em região torácica sendo feito acompanhamento pela equipe da cirurgia cardíaca em conjunto com o grupo de feridas da instituição. FO apresentando exsudato seropurulento em moderado-grande quantidade em terço médio-distal da FO esternal com presença de túnel superficial no mesmo terço; hiperemia leve em terço médio-distal. Inicialmente aberto terço médio-distal da FO esternal, sendo realizado Curativos 3X/dia com gaze úmida inserida na tunelização no terço média da ferida. Realizado dia 06/07/15: curetagem de osso esternal e retirada de dois fios de aço. No dia 16/07/15 realizado desbridamento de esterno e esternotomia com colocação de curativo com pressão negativa (VAC). Realizado três trocas do curativo a cada 72/72hs até dia 25/07/15. Após realizado curativo com gazes não aderente, gazes e apósitos sendo ocluído com filme transparente até sua melhora hemodinâmica, aguardando nova conduta para fechamento com rotação do epíplon. **CONCLUSÃO:** O uso do curativo a vácuo mostrou-se um método eficaz no preparo da ferida para o reparo cirúrgico em mediastinites, diminuindo o tempo de hospitalização e proporcionando qualidade e segurança assistencial.

PO - 086 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

MANEJO DA GRANGRENA DE FOURNIER: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE SALVADOR

DARLENE SILVA DE AZEVEDO
HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier; Terapêutica; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Gangrena de Fournier (GF) é uma doença pouco diagnosticada, com alto índice de morbimortalidade. As causas podem ser idiopáticas ou estar associada a fatores predisponentes entre estes o trauma local. A manifestação clínica caracterizam-se por lesões mínimas até comprometimento dos planos fasciais profundos. Os sinais e sintomas são: dor, edema, necrose de escroto ou região perianal e perineal, febre. Estabelecendo o diagnóstico a conduta inicial é a estabilização do paciente, o uso do antibiótico de largo espectro, seguido do desbridamento cirúrgico, até a segunda parte do tratamento que consiste na terapia nutricional e principalmente nos cuidados com a ferida. **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente com diagnóstico de Fratura de Quadril decorrente acidente automobilístico, que evoluiu com GF, em um Hospital Filantrópico de Salvador (HFS), visando discutir os aspectos relacionados ao manejo de enfermagem referente a área afetada, para bom êxito no processo cicatricial da lesão. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso, compreendido entre o período de 26 de novembro 2014 a 07 de fevereiro de 2015, referente a um paciente com GF, interno da UTI de um HFS, avaliando a evolução clínica e complicações durante ao manejo de enfermagem na região afetada. **RESULTADOS:** A GF para uma evolução favorável é o reconhecimento precoce, o desbridamento cirúrgico, acompanhados de uma terapia com antibióticos de amplo espectro e o manejo da enfermagem referente aos cuidados com as lesões. O conjunto de ações abrangendo técnicas assépticas e o uso associado do AGE, Alginato de cálcio, acetato de celulose + emulsão de petrolato como cobertura primária foram imprescindíveis para o desfecho satisfatório do caso reafirmando o que se apresenta na literatura. Com isso o uso da técnica asséptica na manipulação das lesões minimizam as chances de complicações e auxiliam na eficácia do tratamento, evitando desta forma a terapêutica com a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), pois apesar desta terapia ser de excelente eficácia a mesma por outro lado apresenta como um grande impasse para sua utilização o seu alto custo no tratamento e escassez de serviços que disponibilizem esse tratamento. **CONCLUSÃO:** Apesar da gravidade da GF, medidas terapêuticas já adotadas, juntamente com o manejo da equipe de enfermagem nos cuidados com paciente e em especial ferida demonstraram-se bastante eficazes no controle da doença, permitindo reconstrução cirúrgica das áreas atingidas, a fim de diminuir a morbimortalidade da doença.

A EFICÁCIA DO ACELERADOR CICATRICIAL E REGENERADOR CUTÂNEO NO TRATAMENTO DE PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA

GLERISTON CORDEIRO SILVA; SARA MARIA CRUZ DA COSTA; JEFERSON PEREIRA DA SILVA; PATRÍCIA CORREIA CARIRY; MARIA ADRIANA SOUZA
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa; Ferida; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Úlcera venosa é uma lesão cutânea que acomete, geralmente, o terço distal dos membros inferiores. Está associada à Insuficiência Venosa Crônica (IVC), sendo esta a principal causa de úlcera e bastante frequente na prática clínica. A doença pode interferir na qualidade de vida dos portadores, gerando repercussões negativas na esfera econômica e social, onde os mesmos devem manter repouso absoluto, principalmente se acometidos por úlceras. A decisão quanto ao tipo do tratamento e orientações para prevenção de feridas exige conhecimento técnico e científico de um enfermeiro qualificado e capacitado na avaliação, diagnóstico e tratamento de feridas crônicas. **OBJETIVO:** Referir a valência do acelerador cicatricial e regenerador cutâneo (Stimulen Gel®) no tratamento de um paciente portador de úlcera venosa decorrente de IVC. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso de um paciente submetido a tratamento em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, fazendo uso do produto tópico no período de Maio a Agosto de 2015. As informações inclusas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADOS:** M.J.B.P., 64 anos, sexo feminino, natural de Campina Grande, aposentada, hipertensa, diabética, admitida em 14 de Maio de 2015, apresentando IVC, com ferimento potencialmente contaminado na região tibial anterior do membro inferior esquerdo, medindo 6 cm de comprimento, 3 cm de largura e superficial, submetida a desbridamento mecânico e limpeza asséptica com soro fisiológico 0,9% e sabonete antisséptico, apresentando tecido necrótico de coagulação e fibrina. Após a limpeza o tratamento foi iniciado com o uso da substância tópica que tem finalidade de estimular a regeneração cutânea e cicatrização. Para o fechamento da lesão foi utilizada técnica compressiva, por meio de enfaixamento de multicamadas e utilização de meia elástica, juntamente com a orientação de repouso e membros inferiores elevados. Em seguida foi documentada evolução favorável com fechamento da lesão em 15 curativos, em 04 de Agosto de 2015. **CONCLUSÃO:** A valência do Stimulen Gel® no tratamento de feridas, em destaque a úlcera venosa, comprovou-se através da aceleração no processo cicatrização e da renovação epitelial do tecido comprometido, melhorando o processo de cura da lesão e culminando com a alta do paciente em tempo inferior ao esperado.

PO - 088 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DO CREME DE ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2% NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO: RELATO DE CASO

SARA MARIA CRUZ DA COSTA; MARINA SANDRELLE SOUSA; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES; JEFERSON PEREIRA DA SILVA; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pé diabético; Ferida; Ácido Hialurônico.

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus (DM) destaca-se no Brasil e no mundo por sua importância enquanto problema de Saúde Pública. O impacto epidemiológico que produz é expresso nas crescentes taxas de morbidade e mortalidade e nas consequentes sequelas, tais como: cegueira, retinopatia diabética, insuficiência renal e neuropatias de extremidades. Estas, quando acompanhadas de lesões e privadas de atenção adequada, podem resultar em amputação, internação prolongada e consequente aumento de custo hospitalar. O fato mais importante da neuropatia periférica sobre o pé diabético é a perda da sensibilidade, que o torna vulnerável aos traumas triviais. O agravamento desses casos pode se transformar em porta de entrada para bactérias e contribuir com a instalação de infecções silenciosas e graves, caso não sejam tratados precocemente. **OBJETIVO:** Descrever a eficácia da utilização de creme contendo 0,2% de ácido hialurônico (Hyaludermin®) no tratamento do pé diabético. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso envolvendo um paciente diabético com ferimento na região plantar na altura do 1º metatarso, submetido ao tratamento com creme de ácido hialurônico 0,2% em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, no período de maio a julho de 2015. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADOS:** J.G.S, 69 anos, residente e natural de Campina Grande – PB, hipertenso, diabético, admitido em 13/05/2015, apresentando ferimento na região plantar na altura do 1º metatarso, medindo cerca de 15cm², com hiperemia ao redor da lesão, decorrente de perfuração por material contaminado (madeira). Conforme estabelecido em consulta médica foi indicado a realização de debridamento cirúrgico. Após esse procedimento, houve a necessidade de tratamento especializado através de curativos realizados com frequência mínima de três vezes por semana, utilizando técnica asséptica, limpeza com clorexidina a 2% e soro fisiológico a 0,9%, creme de ácido hialurônico 0,2% (Hyaludermin®) e espuma estéril para absorção do exsudato. Complementarmente, orientou-se repouso e dieta equilibrada para evolução favorável da lesão. **CONCLUSÃO:** Os resultados revelaram que a conduta adotada apresentou resultado satisfatório em 84 dias, demonstrando a utilidade terapêutica do creme de ácido hialurônico 0,2%, que agilizou e favoreceu o processo de cicatrização do pé diabético tratado.

TRATAMENTO AMBULATORIAL DE FERIDA DE AMPUTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

INGRED FERNANDA RODRIGUES DE OLIVEIRA; CAMILLA ANTUNES; JOYCE VILA VERDE NOBRE; REGIANE APARECIDA DOS SANTOS SOARES BARRETO; KARINA SUZUKI
FACULDADE DE ENFERMAGEM, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Ferida; Curativo.

INTRODUÇÃO: A amputação é a remoção de uma parte do corpo, frequentemente de um membro, em geral, em virtude de doença vascular periférica progressiva, para aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e até salvar a vida do paciente. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem pós operatória a paciente submetido a amputação. **MÉTODO:** Relato de experiência de assistência de enfermagem de março a agosto de 2015 a paciente M. F. A. C, feminino, 56 anos, diabética, hipertensa, psoriática, baixa auto-estima, amputada em pé esquerdo. Tratamento do coto semanal por acadêmicos e profissionais de enfermagem, em ambulatório de enfermagem vascular de um hospital de ensino de Goiânia-GO (Comitê de ética 018/2011). **RESULTADOS:** Admitida em março de 2015 com ferida de segunda intenção de 8x6 cm, 40% esfacelo e 60% granulação, exsudato seroso esverdeado moderado, fétido, bordas normocoradas. Limpeza com clorexidina degermante, SF 0,9%, gaze, debridamento mecânico, cobertura primária, aplicado hidrogel com alginato de cálcio, cobertura secundária com gaze e atadura. Orientada quanto ao tratamento da ferida. Ausente do ambulatório por 3 semanas por problemas financeiros e de locomoção. Continuidade em maio de 2015. Atualmente, em agosto de 2015, apresenta ferida de segunda intenção de 5x4 cm, 20% de exsudato seroso esverdeado, 80% de granulação, sem odor, bordas hiperqueratinizadas. Diagnósticos de enfermagem: Deambulação prejudicada, relacionado a prejuízo músculo esquelético, caracterizado por capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias. Recuperação cirúrgica retardada relacionado a capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias caracterizado por evidências de interrupção na cicatrização da área da cirurgia e percepção de que é necessário mais tempo para a recuperação. Realizado plano de cuidados para o tratamento da ferida semanal no ambulatório e demais dias na unidade de saúde com prescrição por escrito e uma abordagem humanizada e acolhedora na busca ao resgate da sua auto-estima. **CONCLUSÃO:** o tratamento da ferida vascular pela equipe de enfermagem favoreceu o processo de cicatrização e proporcionou o conforto da paciente auxiliando o desenvolvimento das atividades diárias em virtudes das limitações físicas, além de elevar a auto-estima da mesma.

PO - 090 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA: CUIDADOS CLÍNICOS AO PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA

PRYCYLLA KAROLINE FERREIRA DE MACENA¹; ALEXSANDRA TENÓRIO DE MELO²; AMANDA SOUZA LOPES BARROS³

¹UNIDADE MISTA MARIA ELIZIÁRIA PAES, ALAGOINHA - PE - BRASIL;

²UNIFAVIP DEVRY, CARUARU - PE - BRASIL;

³FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PE, GARANHUNS - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem Dermatológica; Cuidados Clínicos; Úlcera Venosa.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são insidiosas e lentas, no início aparecem os sinais mais comuns da patologia (dermatite, hiperpigmentação, dermatofibrose, linfedema secundário e anquilose tíbio-társica). Quando o tratamento é seguido pelo paciente com rigorosos cuidados, a úlcera geralmente cicatriza. Porém, quando mal conduzidas, as úlceras de estase podem permanecer anos sem cicatrizar e por isso, seu custo social e econômico é muito alto (FIGUEIREDO, 2003). **OBJETIVO:** Descrever a importância da enfermagem dermatológica nos cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, considerando artigos publicados em periódicos e bibliografias acerca dos cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa, coletados no mês de agosto do ano corrente. **RESULTADOS:** A úlcera venosa é a mais prevalente entre as úlceras de perna. Corresponde aproximadamente de 80% a 90% das úlceras encontradas nos membros inferiores, sendo que a insuficiência venosa crônica (IVC) é a principal causa responsável pelo seu surgimento (MALAGUTTI, 2015). No Brasil, Maffei et al. Realizaram importante estudo em 1.755 pessoas acima de 15 anos e encontraram prevalência de 3,6% de úlceras venosas ativas e/ou cicatrizadas, das quais, 2,3% ocorreram em homens e 4% em mulheres. O diagnóstico e o tratamento adequados são vitais para o cuidado de usuários com úlceras venosas, proporcionando maior rapidez da cicatrização e prevenção de recorrências (ARAÚJO et al, 2003). O elevado número de recidivas das úlceras (66%) constitui um dos problemas mais importantes na assistência à portadores de insuficiência venosa. A educação do paciente, diante dessa situação, faz-se prioritária no cuidar em enfermagem (CARMO, 2009). A enfermagem atua desde o exame físico, observando o estado físico do paciente, buscando informações por meio de indagações que possam auxiliar no diagnóstico de enfermagem, na terapia indicada, fornecendo descrições específicas do sistema tegumentar principalmente aos que necessitam de auto cuidado e educação em saúde. **CONCLUSÃO:** Diante do pressuposto, conclui-se que o enfermeiro dermatologista exerce papel importante no tratamento destas lesões por tratar-se do profissional que tem condições de avaliar o cuidado diariamente, agregando princípios técnico-científicos e valores éticos indispensáveis à prática profissional.

LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RENATA SALTIEL MACHADO; SUANE VIANA; GRACIELE SBRUZZI
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Laserterapia de baixa potência; Úlcera por pressão; Revisão.

OBJETIVO: Avaliar os efeitos da laserterapia de baixa potência (LBP) nas úlceras por pressão (UP) em humanos por meio de uma revisão sistemática de estudos randomizados. **MÉTODOS:** A busca incluiu as bases de dados MEDLINE, PEDro, Cochrane CENTRAL e Lilacs, além de busca manual, até janeiro de 2015. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados que utilizaram LBP comparado com outra intervenção, diferentes tipos de LBP, LBP placebo ou controle, no tratamento de UP. Os desfechos avaliados foram: área da úlcera, taxa de cicatrização e taxa de cicatrização total. **RESULTADOS:** Dos 358 artigos identificados, quatro estudos foram incluídos, sendo que dois utilizaram LBP com comprimento de onda único (1: 904 nm vs controle e 2: 904 nm vs 808 nm vs 658 nm vs placebo) e dois utilizaram LBP com probe cluster. Um dos estudos que comparou diferentes comprimentos de onda único demonstrou redução significativa de 71% na área da UP e melhora na taxa de cicatrização em que 47% das UP cicatrizaram totalmente após um mês de terapia com a utilização do LBP com comprimento de onda 658 nm comparado com os outros comprimentos. Os demais comprimentos de onda analisados não apresentaram resultados significativos nos desfechos avaliados. **CONCLUSÃO:** Foram observados resultados significativos na utilização da LBP com comprimento de onda de 658nm e nenhuma evidência foi encontrada para utilização de comprimentos de onda superiores a esse para o tratamento das UP. Também não foram encontradas evidências na utilização de laser com probe cluster. Devido à divergência de protocolos, mais estudos devem ser realizados.

PO - 092 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

ALINE VALLI LEAO; CINARA MAISONETTE DUARTE; DANIELA LOPES JARDIM; PAULA SANTOS BRAGA; ROSIMAR VELOSO SEBEN
SANTA CASA POA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: UTI; Prevenção; Up.

INTRODUÇÃO: Pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI) apresentam grande risco para desenvolver úlcera por pressão por estarem geralmente sedados, com alterações do nível de consciência, imobilizados no leito por um período longo e por apresentarem múltiplos fatores de risco. Os cuidados de enfermagem para prevenção de úlcera por pressão individualizados proporcionam a melhora do cuidado promovendo uma assistência de qualidade. **OBJETIVO:** Relatar os cuidados de enfermagem de acordo com o protocolo de prevenção de lesão de pele em uma UTI de grande porte de uma instituição privada do município de Porto Alegre. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso da equipe de enfermeiros da UTI cirúrgica acerca dos cuidados de enfermagem instituídos pelo protocolo de prevenção de lesão de pele da instituição aplicado em um paciente internado na UTI. **RESULTADO:** Na unidade de terapia intensiva em pós-operatório de cirurgia cardíaca os pacientes são avaliados diariamente para lesão de pele no momento da internação e a cada 24hs. É utilizada como ferramenta a escala de BRADEN para a avaliação de risco e de acordo com o resultado (risco leve, risco moderado, risco alto), são implementados os cuidados de enfermagem para cada paciente, de maneira individualizada. O paciente N. R. 66 anos, masculino, internou na UTI no dia 22 de julho devido a realização de uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Chegou na UTI sedado, em ventilação mecânica, RASS -3. Na internação foi aplicado o instrumento de avaliação de risco para úlcera por pressão (BRADEN) com resultado de alto risco para lesão de pele. Foram aplicados os cuidados individualizados para o paciente através de uma prescrição de enfermagem tais como alteração de decúbito de 22 horas, aplicação de filme transparente de poliuretano não estéril em proeminências ósseas, higienizar a pele com sabonete hipoalergênico com PH neutro, hidratação da pele com creme barreira 24/24hs, entre outros cuidados. Paciente após 21 dias de internação na UTI permanece com a pele íntegra, com resultados satisfatórios com relação aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Os cuidados individualizados proporcionam uma qualidade de atendimento para o paciente, identificando seus riscos e necessidades. O enfermeiro tem papel importante na identificação de fatores de risco e na implementação das intervenções e cuidados para cada paciente.

MANEJO CORRETO DE LESÕES CRÔNICAS: UM PASSO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E CURA

NIEDJA FERNANDES¹; TALITA FERNANDES²

¹UERN, PAU DOS FERROS - RN - BRASIL;

²UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Lesões; Terapêutica; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são causadas pela dificuldade de oxigenação tecidual decorrente da incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo. São extremamente desgastantes para os pacientes e familiares, deteriorando a qualidade de vida e a produtividade das pessoas. **OBJETIVO:** Descrever a importância do manejo correto das lesões crônicas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e sua cura. **MÉTODO:** Relato de experiência. As avaliações e intervenções foram realizadas por uma enfermeira especialista na temática, utilizando-se de registros fotográficos e relatório de evolução para o acompanhamento da lesão. Obteve-se a autorização prévia da paciente para realização dos registros e publicação deste. **RESULTADOS:** A paciente apresentava lesão ulcerada há nove anos em membro inferior direito queixando-se de dores em membros inferiores. Iniciou-se o tratamento com o uso de alginato de cálcio e sódio e hidrocolóide gel. Após avaliação do angiologista, incluiu-se a terapia compressiva. Na primeira avaliação, a ferida apresentava-se com bastante tecido desvitalizado em forma de crostas ressecadas. Na terceira troca de curativo a paciente referiu alívio da dor, a lesão apresentava-se ainda com tecido desvitalizado, porém se liquefazendo, com sinais claros de evolução para melhora. O uso da bota de Unna foi associado ao alginato de cálcio e sódio, sendo a primeira troca com 72 horas e as demais a cada 7 dias. Iniciou-se também a utilização de versiva® com trocas a cada 72 horas. Na décima quarta troca utilizou-se uma placa de hidrocolóide extra fino com o objetivo de proteger o tecido epitelizado neoformado, com a última troca programada e possível alta. Aos 67 dias de tratamento toda a extensão da lesão estava em fase final de epitelização, sendo, portanto, dado alta ao paciente e realizado as devidas orientações relacionadas aos cuidados com a pele e a deficiência vascular, para assim, evitar a recidiva da lesão. **CONCLUSÃO:** Constatou-se o quanto é importante o manejo correto de lesões crônicas, bem como a utilização de coberturas de tecnologias atualizadas como o alginato de cálcio e sódio, hidrocolóides gel, hidrocolóide placa e terapia compressiva inelástica para o tratamento da úlcera venosa crônica; proporcionando assim, uma evolução do processo cicatricial de forma mais rápida, que neste caso ocorreu após 67 dias, e com isso, levando a melhoras na qualidade de vida, convivência familiar, social, bem como, da autoestima.

PO - 094 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PÉ DIABÉTICO: DESCRIÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE CICATRIZAÇÃO EM UM AMBULATORIO DE FERIDAS INFORMATIZADO

CACIA REGINA TAVARES REGINA TAVARES; ANA HELENA HELENA DOTTA; JANETE FESTA SILVA
AMBULATORIO DE FERIDAS, CUIABA - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera neuropática diabética; tempo médio de cicatrização; registro eletrônico.

As úlceras crônicas dos membros inferiores afetam grande parcela da população adulta e causam significativo impacto social e econômico, em termos de cuidados tanto com o tratamento como ausência ao trabalho e redução na qualidade de vida para diminuir estes danos o conhecimento dessas doenças é importante para o diagnóstico correto para que medidas terapêuticas específicas sejam adotadas (Abbade, 2014) Entre as três principais úlceras crônicas a neuropatia diabética nos pés representam a causa mais comum de hospitalização de pacientes diabéticos dos países ocidentais (Milman, 2001 et al), Para minimizar custos e preservar a qualidade de vida de seus clientes, Uma Operadora de saúde disponibiliza de um Centro de tratamento de feridas estruturado com um ambiente adequado, produtos de alta qualidade e registros informatizados, com estas ferramentas podemos apresentar o tempo médio de cicatrização em pés diabéticos. **OBJETIVO:** Apresentar o tempo médio de cicatrização de pés diabéticos registrado em um prontuário Eletrônico. **MÉTODO:** O trabalho foi realizado no Centro de Tratamento de Feridas da Unimed Cuiabá MT, os dados foram coletados no RES (Registro Eletrônico em Saúde). A amostra foi de escolha aleatória e os critérios de inclusão foram os pacientes diagnosticado com ulcera neuropática diabética atendidos no ano de 2013. Toda pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado um levantamento descritivo com abordagem quantitativa, sendo as variáveis: Úlcera neuropática diabética, tempo médio de cicatrização, registro eletrônico. Os Curativos utilizados foram escolhidos através de primeira avaliação feita pelo médico Cirurgião Vascular do Ambulatório de acordo com cada patologia e leituras posteriores da ferida; o tempo da cicatrização foi avaliado pela quantidade de vezes que o paciente esteve no ambulatório, data início e fim do tratamento, a soma deste dividida pela quantidade da amostra retirados através de relatórios emitidos pelo Prontuário Eletrônico (apresentação em gráficos). **RESULTADOS:** No ano de 2013 pacientes atendidos aleatoriamente (população amostra) para tratamento pé diabético obteve o primeiro caso SG teve 18 curativos e 76 dias em tratamento, DF teve 41 curativos recebidos e 140 dias em tratamento, AM 27 curativos recebidos e 145 dias em tratamento, EO obteve 19 curativos e 77 dias em tratamento, após cálculo entre as quatro amostras obteve um tempo médio de cicatrização de 109,5 dias (Três meses e meio). **CONCLUSÃO:** Concluímos que o acompanhamento adequado com registros de imagens e todas as informações do tratamento causa um impacto positivo, pois todas as vezes em que este paciente visualiza o antes e o depois (através das imagens) a adesão ao tratamento é eficiente, o paciente sente que mesmo durante um tratamento de ulcera crônica (ulcera neuropática diabética) a qualidade de vida não foi diminuída.

A EVOLUÇÃO DO ALGINATO DE CÁLCIO, SEM SÓDIO, NO PÉ DIABÉTICO

MARIA DA CONCEIÇÃO B. M. SOUZA; ALBA PAULA MENDONÇA LIMA; AMANDA PAULINO OLIVEIRA; MARCOS PAULO MENDONÇA LIMA; NARAYANA FERREIRA BORGES
TECNOCENTER, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Pé Diabético; Isquemia; Alginato de Cálcio.

INTRODUÇÃO: Paciente, 54 anos, com diagnóstico de pé diabético, teve seu hallux do membro inferior direito amputado por motivo de isquemia, sem possibilidade de tratamento, no dia 16/06/15. Logo, deu início ao tratamento da lesão no atendimento de uma instituição privada em Natal. Sua lesão apresentava tecido de granulação vermelho vivo, exsudação moderada serosanguinolenta e sem odor fétido. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do alginato de cálcio (sem sódio) e carboximetilcelulose, promovendo o controle hídrico ideal no leito da lesão, favorecendo uma rápida neoangiogênese e contribuindo para um acelerado processo de cicatrização. **MÉTODO:** Realizado uso da cobertura de alginato de cálcio (sem sódio) e carboximetilcelulose e mantida as trocas por 48 horas. Esse alginato de cálcio é insolúvel em água, e suas fibras têm uma grande capacidade de absorção, de fácil retirada numa peça única e proporciona um ambiente úmido o que favorece o processo de cicatrização. **RESULTADO:** Em apenas 35 dias de tratamento, a ferida apresentou rápido processo de contração e consequentemente cicatrização completa da lesão. **CONCLUSÃO:** Podemos considerar que a patologia do pé diabético representa um custo elevado, tanto em nível pessoal como de saúde pública e social. Dessa forma, concluímos que a eficácia do uso do produto Alginato de cálcio citado anteriormente é uma alternativa plausível para o tratamento desse paciente, reduzindo o tempo de cicatrização e os custos do tratamento.

PO - 096 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CUTÂNEAS

TAYNARA KELLY GUIMARÃES; DÉBORA GONTIJO COELHO; ROSACÉLIA RIBEIRO SOUSA; HÉLIO GALDINO JÚNIOR
FACULDADE DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidador; Feridas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O cuidador informal familiar é aquele que possui algum grau de parentesco e responsabilidade pelos cuidados oferecidos ao dependente e não apresenta formação específica para tal. Esses indivíduos compõem uma parcela que se encontra desassistida pelo sistema de saúde, havendo falta de recursos e estrutura política que permita auxiliá-los. As feridas cutâneas por sua vez, requerem atuação interdisciplinar e participação efetiva dos portadores de feridas e seus familiares. À vista disso, o enfermeiro desenvolve uma grande responsabilidade no sentido de orientar, capacitar, acompanhar e supervisionar tal cuidador quanto a realização de curativos, evitando prejuízos na oferta do cuidado. **OBJETIVO:** caracterizar o cuidador informal de pacientes portadores de feridas cutâneas. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, realizado em um hospital universitário de grande porte em Goiânia com cuidadores de pacientes portadores de feridas agudas e crônicas. A coleta de dados foi realizada, após a apreciação pelo CEP/UFMG (parecer n.º. 081/2014), de janeiro a julho de 2015 por meio de entrevista utilizando um questionário previamente validado. Os dados foram analisados através do software SPSS 20 e apresentados como frequência simples e mediana com máximo e mínimo. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 34 cuidadores informais, sendo que 5,9% eram do sexo masculino e 94,1% do sexo feminino. A maioria dos cuidadores (58,8%) tinham união estável e 50,0% trabalhavam em algum serviço. A mediana da idade foi de 43 anos variando de 18 a 75. Em relação ao grau de escolaridade 5,9% eram analfabetos, 17,6% tinham ensino fundamental incompleto, 5,9% tinham ensino fundamental completo, 8,8% ensino médio incompleto, 44,1% ensino médio completo, 8,8% ensino superior incompleto e 8,8% possuíam ensino superior completo. A mediana do tempo de cuidador, foi de 120 dias variando de 4 a 8760 dias. Todos os cuidadores informais apresentavam grau de parentesco com o portador de lesão. No que se refere a disponibilidade de alternar atividades com outro cuidador identificou-se que 29,4% não alternavam as atividades de cuidar. **CONCLUSÃO:** O conhecimento do perfil dos cuidadores de pacientes portadores de lesões auxilia o enfermeiro no direcionamento das ações educativas e contribui para o envolvimento dos familiares no processo de cuidar. Há ainda o risco do aparecimento do diagnóstico de enfermagem "tensão do papel do cuidador", ampliando assim, a atenção do enfermeiro para essa clientela.

A EVOLUÇÃO DO HIDROGEL, SEM SÓDIO, NA ÚLCERA POR PRESSÃO

MARIA DA CONCEIÇÃO B. M. SOUZA; ALBA PAULA MENDONÇA LIMA; AMANDA PAULINO OLIVEIRA; MARCOS PAULO MENDONÇA LIMA; NARAYANA FERREIRA BORGES
TECNOCENTER, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Hidrogel; Tratamento.

INTRODUÇÃO: Paciente, 70 anos, com diagnóstico de úlcera por pressão, acamada, realizando banho no leito, apresenta lesão na região sacral, com presença necrose de esfacelo, granulação, com pouco exsudato. No dia 16/06/15 deu início ao tratamento da lesão no atendimento de uma instituição privada em Natal. **OBJETIVO:** Avaliar o rápido processo do desbridamento autolítico e neoangiogênese promovido por um hidrogel de alginato de cálcio e carboximetilcelulose, estéril, bastante coeso. **MÉTODO:** Utilizado como curativo primário o hidrogel, foi mantida as trocas a cada 24 horas. Esse curativo por ser coeso, proporcionou um ambiente úmido favorecendo o desbridamento autolítico e acelerando o processo de cicatrização. **RESULTADO:** Em apenas 42 dias de tratamento, a ferida apresentou rápido processo de cicatrização. **CONCLUSÃO:** É definida ulcera por pressão, qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, sendo considerado um problema especialmente em pessoas idosas e nas situações de adoecimento crônico-degenerativo. Concluímos que a eficácia do hidrogel citado anteriormente é uma alternativa para o tratamento desse tipo de lesão, reduzindo o processo de cicatrização.

PO - 098 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: UM RELATO DE CASO SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR

TATIANA MARTINS; BRUNA TELEMBERG SELL; LUCIA NAZARETH AMANTE; MARGARETH LINHARES MARTINS; CILENE FERNANDES SOARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, SAO JOSE - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado Domiciliar; Úlcera por Pressão; Pessoa Idosa.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UP) é considerada um problema de saúde pública, devido ao grande número de pacientes com este tipo de ferida (STANSBY., et al, 2014). A tecnologia de comunicação à distância é essencial, pois permite aos profissionais oferecerem uma assistência remota, pois excede a clássica descrição escrita da UP. No intuito de promover uma maior continuidade, é requisito que o familiar receba orientações quanto ao manejo da UP, como também ao estímulo para participar do planejamento de cuidados de saúde (BATES-JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014). **OBJETIVO:** Relatar a experiência do cuidado domiciliar presencial e a distância, de uma pessoa idosa com úlcera por pressão, por meio da comunicação digital. **MÉTODO:** Qualitativo descritivo, do tipo estudo de caso, sobre J.S, sexo feminino, 100 anos, caucasiana, viúva, sem filhos, procedente de São José, com história prévia de Acidente Vascular Encefálico, sem resposta verbal, sem abertura ocular, inconsciente, acamada, afásica, alimentação através de sonda nasointestinal, apresentando UP em calcâneo esquerdo. A pesquisa foi realizada de três de novembro de 2013 a 14 de abril de 2014. Após os primeiros 15 dias, utilizou-se comunicação a distância e conforme evolução cicatricial e necessidade de mudança da conduta terapêutica, uma nova visita domiciliar era programada. **RESULTADOS:** A UP foi tratada com ácido graxo essencial; hidrogel; papaína 2%. Durante 15 dias de hospitalização, realizou-se desbridamento instrumental. Ao retornar para casa, o tratamento foi feito com hidrofibra com prata; alginato de cálcio; espuma de poliuretano não adesiva; película protetora em spray e placa de hidrocolóide de acordo com a avaliação do processo cicatricial. Houve fechamento total da UP após cinco meses. Destaca-se que o uso do meio digital para a comunicação foi eficaz. A comunicação eficaz entre a enfermeira e o familiar cuidador foi essencial para o sucesso sob o uso de abordagens tecnológicas. Ainda que com estes avanços, os cuidados com a UP no domicílio seguem desafiadores. Esta oferta de cuidado valoriza a natureza interdependente na manipulação da UP e distingue a importância da comunicação, objetivando melhorar os resultados clínicos e propiciar a qualidade no cuidado. **CONCLUSÃO:** A efetivação de uma forma padronizada de comunicação, facilita o seguimento dos cuidados, fornecendo uma troca de informações para a compreensão, apreciação e conscientização de metas prioritárias no cuidado da UP.

INTERCORRÊNCIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO COM TERAPIA COMPRESSIVA EM ULCERAS VENOSAS

CRISTIANE ALVES DOS SANTOS; PATRICIA DE GASPERI; ALINE PICOLOTTO; MARCELA MENGUZZO SANSEVERINO
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera; bandagens; enfermagem.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas de perna são lesões encontradas nas extremidades inferiores e dentre suas causas destaca-se as de etiologia venosa por representarem de 60 a 80% do total de feridas crônicas de perna. Essas feridas são caracterizadas pela perda tegumentar tendo seu início de forma espontânea ou traumática, podendo ser únicas ou múltiplas. Estudos comprovam que para tratamento da úlcera venosa (UV), a terapia compressiva (TC) é o tratamento de primeira escolha. **OBJETIVO:** relatar o uso da TC em um paciente portador de úlcera venosa com um processo infeccioso sistêmico em membro inferior esquerdo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 64 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, com feridas crônicas no terço inferior da perna esquerda há 10 anos. Em 09/01/2015 as dimensões das lesões eram de 3,5 x 1,0 cm e 1,0 x 1,0 cm iniciando o tratamento com a TC. Apresentou cicatrização total das lesões em 03/03/2015. Após alta, paciente retorna em 05/03/2015 apresentando edema, eritema, calor, hiperemia e novamente com uma lesão aberta, caracterizando uma infecção sistêmica. Paciente inicia com antibioticoterapia por 14 dias. Realizada suspensão de TC por sete dias devido queixas algicas e a lesão apresentava-se com dimensões de 5,0 x 2,3 cm. Reinicia TC com ferida apresentando pequena quantidade de secreção serosa, pouco tecido de esfacelo e tecido de granulação com região perilesional apresentando leve hiperemia. Após quatro meses dos sintomas de infecção sistêmica paciente permanece em acompanhamento no serviço fazendo uso da TC e a lesão apresenta melhora significativa com diminuição do tecido de esfacelo e das dimensões 3,8 x 1,6 cm. **CONCLUSÃO:** O uso da TC é comprovadamente indicado para casos de UV, entretanto, as intercorrências que acometem esse perfil de pacientes, são em muitos casos, inevitáveis e independentes do uso da TC. Evidenciamos que mesmo com as fragilidades ocasionadas pela infecção sistêmica, o tratamento com a TC mostrou-se eficaz. O diagnóstico adequado na consulta de enfermagem possibilita um tratamento eficiente, prevenindo agravos e melhorando a qualidade de vida do paciente.

PO - 100 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

POLIHexamETILENO BIGUANIDA (PHMB) NO TRATAMENTO CICATRICIAL DE ERISPELA USADO EM UMA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM FERIDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

WBIRATAN DE LIMA SOUZA¹; ANA MARIA OLIVEIRA BERTOLDO²; ANTONIO LIMA DA SILVA JÚNIOR³; RITA DE CÁSSIA REGUEIRA TEIXEIRA⁴; CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO⁵

^{1,5}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF, MACEIO - AL - BRASIL;

^{2,3,4}CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES - UNIT, MACEIÓ - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Polihexametileno Biguanida; Erisipela; Feridas.

INTRODUÇÃO: Um dos tipos de feridas que acomete grande parte da população é a Erisipela, uma infecção da pele e mucosas, causada pelo *Streptococcus pyogenes*, beta-hemolítico do grupo A (da classificação de Lancefield). O tratamento na atenção básica e em clínicas de feridas, geralmente é feito por meio de antibioticoterapia. Um dos avanços no tratamento de lesões é o Polihexametileno Biguanida (PHMB) um antisséptico de amplo espectro, com excelente tolerância e baixo risco. **OBJETIVO:** Apresentar as experiências e atividades vividas pelos pesquisadores durante o estágio não obrigatório sobre o uso do PHMB no tratamento cicatricial de erisipela, destacando-se a assistência de enfermagem ao portador da lesão cutânea, além da caracterização da clínica e o perfil da clientela assistida. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência de estágio não obrigatório no período de janeiro a abril de 2015 realizado em uma clínica especializada no tratamento de feridas na cidade de Maceió - AL, que utiliza o PHMB no tratamento cicatricial de feridas causadas por erisipela. A ausência de estudos que relatem a utilização da substância no contexto em tese motivou os autores a procederem coma descrição do evento. Os curativos foram realizados diariamente e, ao final de três meses, observou-se a total vitalização dos tecidos. A coleta de dados foi realizada através dos diários de estágio, da observação estruturada (pesquisadores participantes) e da consulta à ficha de atendimento clínico. **RESULTADOS:** Nos resultados foi possível relatar a assistência da enfermagem, o perfil clínico, social e econômico dos pacientes e citar as diferentes formas de tratamento disponíveis na clínica. Não se observaram desconfortos ou complicações decorrentes do uso do produto, concluindo que o mesmo apresentou boa tolerabilidade e eficácia terapêutica para este caso em particular. **CONCLUSÃO:** A experiência foi significativa, sinalizando que o cenário em questão é muito importante para enfermeiros que buscam novas tecnologias para o tratamento de feridas.

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO TRATAMENTO DE FERIDAS EM REABILITAÇÃO FÍSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTIANE ALVES DOS SANTOS; PATRICIA DE GASPERI
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; feridas; reabilitação.

INTRODUÇÃO: A atuação do enfermeiro em reabilitação física é multidimensional, evidenciada através de uma visão holística, na qual o enfermeiro necessita atuar de forma preventiva e educativa, promovendo ações de cuidado em todos os níveis de lesões nos pacientes em reabilitação física. No processo de reabilitação as feridas acompanham grande parte destes pacientes, tendo em vista a presença de lesões prévias e as condições inadequadas do cuidado com as feridas adquiridas no processo pré-reabilitação, bem como, outras feridas podem ser adquiridas durante o tratamento devido ao uso de órteses e/ou próteses, porém com grau de comprometimento tecidual menor pelo uso de tratamento adequado desde o início. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil de pacientes com feridas no processo de reabilitação física inicial. **METODOLOGIA:** Foram coletados dados em prontuários de 157 pacientes atendidos em uma Clínica de Reabilitação Física do interior do Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2013. **RESULTADOS:** A prevalência de pacientes com feridas é do sexo masculino em 83,9% (52), sendo maior na faixa etária entre 50-60 e 61-70 anos 41,9% (26) do total correspondente e dos 19-25 anos de idade 21% (13). Os principais motivos de lesão são por consequências de amputações em 51,6% (32) e lesão medular traumática e atraumática 48,4% (30). Entre as variáveis abordadas no estudo, evidenciou-se que 39,5% (62) dos pacientes na avaliação inicial apresentavam feridas em diferentes graus de comprometimento, sendo este um critério impactante na elaboração do plano de reabilitação devido à complexidade da maioria das lesões. **CONCLUSÃO:** Estes dados apontam para um dos maiores desafios da assistência de enfermagem no processo de reabilitação física – promover uma melhor qualidade de vida ao paciente e viabilizar a melhora das suas necessidades humanas básicas. O papel do enfermeiro enquanto educador em saúde é auxiliar no cuidado dessas feridas e na prevenção de outras para assim viabilizar um adequado processo de reabilitação física. O acompanhamento sistemático e vigio do enfermeiro no tratamento das feridas favorece uma significativa melhora e adesão do paciente e do cuidador ao tratamento. A atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento de feridas é fundamental para o processo de reabilitação física, possibilitando a melhora na qualidade de vida do paciente, o preparo adequado da pele para o uso de dispositivos auxiliares e a motivação para construir um processo de reabilitação exitoso.

PO - 102 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO PARA A PREVENÇÃO DE LESÕES TISSULARES POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS

PRISCILLA SANTOS GAMA FRANCO DA SILVA¹; DEUSA ZAIDEN²; CLAUDEMIR SANTOS DE JESUS³; FLAVIA DUARTE DA SILVA⁴; GRACIENE FERREIRA SILVA⁵

^{1,3,4,5}FACULDADE DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

²UNIVERSIDADE GAMA FILHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Prevenção de Doenças; Cuidados de Enfermagem.

O enfermeiro exerce contribuições fundamentais nos cuidados aos indivíduos internados nas instituições de saúde pública ou privada, para alcançar os objetivos da assistência, os estudos apontaram a necessidade da utilização de instrumentos e ações sistematizadas para a promoção da saúde, bem-estar e minimização das infecções predisponentes, principalmente durante longos períodos de internação. A lesão tissular por pressão é uma complicação que torna-se um problema para o cliente, por causa do distúrbio da auto imagem que pode sofrer, pois em sua concepção, a presença da ferida e do exsudato reflete em medos e ansiedades, principalmente em relação a aparência após cicatrização. O objetivo do estudo foi de identificar as estratégias de avaliação utilizadas pelo enfermeiro para a lesão tissular por pressão no cliente internado. Nesse contexto, a metodologia da pesquisa seguiu os moldes da revisão de literatura analítica, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no período de 2006 a 2011, norteadas pela questão de pesquisa: quais as estratégias de avaliação utilizadas pelo enfermeiro para a lesão tissular por pressão no cliente internado? Ao realizar a pré-leitura do material, em seguida leitura interpretativa e análise dos artigos relacionados à temática. Percebemos como resultado, a identificação de produções, que citaram a relevância da aquisição do conhecimento científico, através da educação continuada, sistematização da assistência e aplicação de formulários e tabelas como instrumento de avaliação das lesões, em especial a Escala de Braden, para assim, contribuir para redução das complicações e morbimortalidade. Concluímos, que prevenir a lesão tissular por pressão requer estratégias e é um trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar, porém é atribuído a enfermagem, em especial o enfermeiro a prevenção e a responsabilidade da cicatrização da lesão, entretanto, se faz necessário a elaboração e aplicação de protocolos de atuação terapêutica baseados em inovações tecnológicas compatíveis, com cada cenário e fundamentação científica atualizada, para assim, garantir a qualidade da assistência de enfermagem, conforme a individualidade do cliente em questão.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA AMPUTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ-RO

**LUCÉLIA FERREIRA XAVIER; ALINNY REZENDE SANTOS; DANIELA CRISTINA GONÇALVES AIDAR; MARIA CICERA FREITAS ANDRADE; SILVIANI BROMATTI MATEUS DA SILVA
CEULJI/ ULBRA, JI-PARANA - RO - BRASIL.**

Palavras-chave: Relato de experiência; consultório de enfermagem; tratamento de feridas.

As feridas são consideradas um problema a saúde pública, pois acometem a população em geral, levando a um alto número de indivíduos com alterações na integridade da pele de forma aguda ou crônica. Os acidentes de trânsito estão diretamente ligados a feridas. Trata-se de um relato de experiência de estágio extracurricular, realizado na clínica cirúrgica de um hospital do município de Ji-Paraná, Rondônia. Este relato tem como objetivo apresentar experiência vivida por uma estudante de enfermagem durante um estágio na clínica cirúrgica em tratamento de feridas. A pesquisa descreve aspectos vivenciados pela autora, com um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. O estágio que resultou na redação deste relato aconteceu no mês de Junho de 2015 na clínica cirúrgica, após a autorização da enfermeira responsável técnica, do hospital. No período do estágio fiquei responsável pela realização dos curativos da clínica. Passava visita nas enfermarias para conhecer os pacientes e verificar a necessidade de curativos. O paciente escolhido a descrever a experiência é vítima de acidente de moto que teve o dedo indicador direito amputado. Na realização do curativo nos dias que antecederam a amputação acompanhei a expectativa do paciente na possibilidade de melhora do dedo e não realização da cirurgia, mas a piora do quadro e a constatação de que iria realizar o procedimento, o paciente antes bem humorado começou a dar sinais de tristeza pela perda do membro. Por mais que tentasse confortá-lo nada o animava e a proximidade da data marcada para amputação o deixava apreensivo e não receptivo aos cuidados diários. Após a cirurgia continuei a realizar os curativos e percebi que os pacientes mesmo cientes da necessidade de determinados procedimentos muitas vezes não estão preparados para aceitá-los. Como acadêmica me senti frustrada por não ajudá-lo, mesmo sabendo que o cuidado com o curativo e a realização correta da técnica já era uma forma de ajudar, a falta de experiência talvez não tenha possibilitado usar as palavras certas para auxiliá-lo da necessidade da amputação. Acredito que a enfermagem deve estar preparada para dar também suporte emocional, já que estas afetam tantas áreas da vida do indivíduo. Este estudo possibilitou melhor compreensão do perfil clínico deste cliente, se desenvolve o plano de cuidados e tratamento adequado, contribuindo para a visibilidade do trabalho que o enfermeiro pode realizar.

PO - 104 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DO INTERESSE DOS CUIDADORES DE PACIENTES PORTADORES DE FERIDA DURANTE A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

ROSACÉLIA RIBEIRO SOUSA; TAYNARA KELLY GUIMARÃES; DÉBORA GONTIJO COELHO; HÉLIO GALDINO JÚNIOR
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, APARECIDA DE GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Interesse; cuidador; curativos.

INTRODUÇÃO: Pessoas portadoras de feridas, principalmente as úlceras crônicas necessitam de cuidados com a lesão no domicílio. Nesse contexto destaca-se o papel dos cuidadores informais que realizarão os curativos após a alta hospitalar. Diante disso o enfermeiro possui grande responsabilidade no sentido de orientar e capacitar o cuidador informal quanto à realização de curativos. **OBJETIVO:** Avaliar o interesse do cuidador na assistência ao paciente portador de ferida durante a realização do curativo no ambiente hospitalar. **MÉTODO:** Estudo prospectivo, observacional, realizado em um hospital universitário de grande porte em Goiânia. A coleta de dados foi realizada, após a apreciação pelo CEP local (parecer nº081/2014), de janeiro a julho de 2015 por meio de observação direta do comportamento dos acompanhantes durante a realização do curativo no hospital. Foram observadas as seguintes variáveis: permanência do cuidador no momento do curativo, proximidade do cuidador, atenção, disposição para ajudar e o conhecimento da evolução da ferida. Os dados foram analisados através do software SSPSS 20 e apresentados em frequência simples. **RESULTADOS:** Foram observados 33 cuidadores, 6,1% se ausentou no momento do curativo, 3% permaneceu até a aplicação de produto na ferida pelo profissional e 90,9% ficaram presentes durante todo o curativo. 96,8% ficaram próximos do paciente, 67,7% observaram atentamente o modo de realização do curativo e 32,3% estavam presentes, porém realizando outras atividades. 51,6% ajudaram o profissional de saúde, sendo que destes 50,0% ajudaram espontaneamente. 58,1% fizeram algum questionamento sobre o procedimento e/ou materiais utilizados no curativo. 51,6% demonstraram conhecimento sobre a evolução da ferida evidenciado por relatos de melhora ou piora no aspecto da mesma. **CONCLUSÃO:** Nota-se que há interesse por parte dos cuidadores no que tange ao curativo e a evolução da ferida do seu familiar. Assim, a equipe de enfermagem pode aproveitar este momento para educar o cuidador e prepará-lo para os cuidados no domicílio, uma vez que neste ambiente será o cuidador informal o prestador de cuidados. Esta estratégia pode resultar em uma evolução mais rápida da ferida e redução de complicações como infecções e retardo no processo de cicatrização.

COMPLICAÇÕES VASCULARES NOS TRAUMAS DE EXTREMIDADES: REVISÃO INTEGRATIVA

WBIRATAN DE LIMA SOUZA; CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF, MACEIO - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Traumas de Extremidades; Complicações; Lesões Vasculares.

INTRODUÇÃO: A lesão vascular são todos os aspectos adversos consequentes às lesões dos vasos, desde a interrupção aguda do fluxo para uma extremidade, ao retardo de consolidação de uma fratura ou necrose óssea resultante de uma da diminuição ou interrupção do suprimento sanguíneo. Em relação aos traumas de extremidades, a violência crescente e os acidentes automobilísticos nos dias de hoje determinam o aumento das lesões incapacitantes. Dentre as complicações, as de origem vascular são consideradas as mais temidas, pelo seu poder de estabelecer se uma estrutura permanecerá ou não com vida.

OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento publicado acerca das Complicações Vasculares nos Traumas de Extremidades. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa que sintetizou o conhecimento publicado acerca das Complicações Vasculares nos Traumas de Extremidades. Para levantamento dos dados, foram utilizados como meio de consulta as bases de dados científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, para elaboração e análise dos resultados e discussão. Foram identificados 27 artigos publicados no período de 2002 a 2012, sendo utilizados 11 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** Os periódicos da Região Sudeste e Nordeste concentram mais produções, com 36,36% (ambos), 72,73% dos artigos são referentes à área de medicina e 27,27 % compreendem a área de enfermagem. O maior número de artigos foi publicado no ano de 2003 com 27,27%, o periódico que mais publicou foi a LAVA (Liga Acadêmica Vascular) com 36,36% e 45,45% demonstraram que os traumas de extremidades têm relação direta com a violência urbana e acidentes automobilísticos e que suas complicações vasculares são causadas, principalmente no pós-trauma. **CONCLUSÃO:** Portanto, existe a necessidade de uma maior atuação dos profissionais, inclusive da enfermagem, quanto à abordagem a vítima de trauma com lesão vascular, favorecendo dessa forma uma assistência de qualidade a vítimas de trauma de extremidades, bem como maior comprometimento do governo em estabelecer políticas públicas de prevenção e controle de acidentes, reduzindo assim a incidência de traumas de extremidades.

PO - 106 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATENDIMENTO DOMICILIAR HUMANIZADO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM PACIENTES COM ÚLCERAS POR PRESSÃO TRATADOS COM CREME CONTENDO ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2%

ROSA ALICE DE FÁTIMA FRANZOLIN¹; MARIA MADALENA SOUZA BENTO²; ROSELI MANGUEIRA DOS SANTOS³; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA⁴; JOÃO CEZAR CASTILHO⁵

^{1,5}FACULDADE DE JAGUARIÚNA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

^{2,3}PROGRAMA MELHOR EM CASA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

⁴UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; feridas; ácido hialurônico.

INTRODUÇÃO: O Programa Melhor em Casa de Jaguariúna-SP atende cerca de 85 pacientes. Mesmo com o emprego de produtos como ácidos graxos essenciais (AGEs), sulfadiazina de prata e soro fisiológico 0,9%, algumas lesões complexas não apresentam melhora. Esse foi o caso de dois pacientes portadores de úlceras por pressão (UPs) persistentes por mais de 3 anos. Com base no exposto, optou-se pelo uso de outros agentes capazes de acelerar o processo de reparação tecidual, como o creme contendo ácido hialurônico (AH) 0,2%. **OBJETIVO:** relatar a experiência no tratamento de UPs crônicas com o uso de creme de AH 0,2% (sal sódico), em dois pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa de Jaguariúna. **MÉTODO:** Relato de casos. Durante três anos, os profissionais do programa acompanharam o paciente A.S., de 18 anos, acamado, totalmente dependente, com diagnóstico de Ataxia de Friedreich e apresentando UP grau II em ísquio direito de difícil fechamento. Durante um ano empregou-se topicamente AGE, sem sucesso no fechamento. Em 28/07/14, foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2%. O tratamento foi finalizado em 05/08/2014. O paciente P.P., de 65 anos, acamado, já sofreu acidente vascular encefálico isquêmico, com diagnóstico de transtorno mental, com UP na região sacral que, durante 3 meses, evoluiu rapidamente para estágio IV e com necrose tecidual, necessitando de desbridamento cirúrgico e, em seguida, enzimático. Após a limpeza da ferida, o processo de cicatrização estagnou, apesar do emprego de AGE. Em 09/01/2015, foi iniciado protocolo com limpeza diária (1x/dia) e aplicação de fina camada de AH 0,2%. As evoluções da reparação das feridas foram acompanhadas e avaliadas diariamente pela enfermeira responsável pelo programa e pela técnica de enfermagem. Os resultados foram registrados em prontuários do programa e por meio de fotos das lesões. **RESULTADOS:** as UPs crônicas persistentes por mais de 3 anos apresentaram excelente cicatrização após tratamento tópico diário com AH 0,2% durante 08 dias, no caso do paciente A.S., e 82 dias, no caso do paciente P.P. **CONCLUSÃO:** O programa contribuiu com a atenção básica, proporcionando atuação domiciliar humana e adaptada à realidade do paciente. Os resultados obtidos reforçam a utilidade terapêutica do creme de AH 0,2% para pacientes portadores de lesões de pele crônicas de difícil resolução, agregando valor e qualidade ao serviço prestado.

REFLEXÃO E CONFLITOS AOS PORTADORES DE LESÃO VASCULAR PERIFÉRICA NO AMBIENTE DOMICILIAR

ELIZABETH FERREIRA DA SILVA; CARMEN LUCIA ADOLPHO MARCHIOTI; RENATA PORTELLI MAGALHÃES; MARIA DE NAZARÉ EFIMA; ADRIANA PATRÍCIA P. FERREIRA
PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR TERAPÊUTICO, MACAÉ - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Conflito; Família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Neuropatia Diabética e a Hipertensão Arterial Sistêmica são causas comuns para decorrência de doenças vasculares. Outros fatores como tabagismo e obesidade potencializam importantes complicações que favorecem e acometem os membros inferiores dos pacientes com este perfil. Indivíduo portador de lesão crônica tem sua autonomia e autoimagem alterada. Sente-se constrangido, angustiado e rejeitado no domicílio. "Os pacientes com úlceras vasculogênicas enfrentam, cotidianamente, experiências de sofrimento, que afetam também sua família e a comunidade".¹

RELATO DE CASO: Paciente V.F.S., 55anos, Tabagista, Portadora de Doença Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, acompanhada pelo SAD desde 2013. Lúcida, orientada, verbalizando, apresentando déficit visual, deambulando com dificuldade, chorosa e depressiva, sentindo-se constrangida e excluída do convívio familiar. Apresentou lesão decorrente de insuficiência vascular periférica, evoluindo para amputação do 3º, 4º e 5º pododáctilos e face lateral externa do pé direito, necessitando de cuidados diários. Residia na casa de seu sobrinho, esposa e filho do casal. Acompanhada pela enfermagem para realização de curativos, orientações e avaliação dos cuidados realizados pela cuidadora. Recebendo suporte da clínica médica e nutrição. Atualmente, mantém lesão em tratamento com sessões de hiperbárica com melhora satisfatória. **OBJETIVO:** Identificar e minimizar os conflitos intrafamiliares, provenientes do desconhecimento no tratamento de lesões por insuficiência venosa periférica no domicílio. Contribuir para um melhor convívio familiar gerando, aceitação, acolhimento e qualidade de vida à paciente. **MÉTODO:** Prática observacional na rotina de trabalho diário, através da sistematização do cuidado. **RESULTADO:** Utilizamos como ferramenta a sensibilização frente à resistência familiar, devido o desconhecimento da patologia, esclarecendo que o convívio com portador de lesão, tratada corretamente, não gera contaminação do ambiente e da família. Mesmo diante dos esforços, não se sentiu acolhida, preferindo continuar o tratamento residindo em casa de terceiros. **CONCLUSÃO:** A construção do cuidado deve ser compartilhada para minimizar a fragilidade diante dos conflitos que poderão surgir. A conduta de negociação para a aceitação nem sempre é acolhida pelos familiares. A interação, o acolhimento e o entendimento devem ser uma constante na tríade do cuidado domiciliar (família-paciente-equipe) com um único objetivo, "CUIDAR".

PO - 108 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

FERIDA: RUPTURA NA PELE, NÃO NA VIDA SOCIAL

PAULA ELIS SOUSA QUEIROZ; EDNAMARE PEREIRA SILVA; MEGUE MARIANE CUNHA SALES
UNIJORGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões; autoimagem; isolamento social.

INTRODUÇÃO: A pele, por ser o maior órgão do corpo humano e constantemente exposta aos olhares, ao sofrer algum tipo de lesão que deixe marcas ou feridas abertas traz para o indivíduo prejuízos na sua autoestima. Entende-se que a lesão de pele é considerada um grande problema de saúde pública, e uma das mais dolorosas experiências da pessoa quanto à alteração de sua aparência, pois acarreta reações negativas no seu estilo de vida e demanda adaptação para uma nova condição que pode trazer consequências físicas e psicológicas. Deste modo, numa sociedade que supervaloriza a beleza, a estética, o corpo saudável e uma pele bonita, a lesão de pele pode afetar a autoestima e a confiança do indivíduo interferindo no seu convívio familiar e social.

OBJETIVO: Descrever as alterações relacionadas às lesões de pele que influenciam no isolamento social do indivíduo. **MÉTODO:** Este estudo trata-se de uma revisão sistemática de literatura de abordagem descritiva e qualitativa, que utilizou as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, a partir de artigos completos em português, publicados entre 2010 a 2015, sendo selecionados 42 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** Foram encontradas como principais alterações que influenciam ao isolamento social as alterações na autoimagem – pele com deformidade, a presença de dor, odor, alterações na autoestima, alterações emocionais como tristeza, ansiedade, depressão, constrangimento, desânimo e alterações nas atividades de vida diária, ou seja, a perda da qualidade de vida em relação às atividades cotidianas e laborativas. **CONCLUSÃO:** Este estudo permitiu compreender que é imprescindível para os profissionais de saúde a percepção das necessidades dos pacientes, e que durante o processo de cuidar ofereçam ferramentas a esses para o adequado enfrentamento da sua enfermidade, visando a qualificação e humanização da assistência prestada.

PIODERMA GANGRENOSO: UM RELATO DE CASO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

BRUNA TELEMBERG SELL¹; TATIANA MARTINS²; CILENE FERNANDES SOARES³; LUCIA NAZARETH AMANTE⁴; MARGARETH LINHARES MARTINS⁵

¹HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS / POLICLÍNICA DE BARREIROS, SAO JOSE - SC - BRASIL;

^{2,3,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Pioderma Gangrenoso; Assistência de enfermagem; Estomoterapia.

INTRODUÇÃO: Pioderma Gangrenoso (PG) é uma doença inflamatória, idiopática, neutrofílica, caracterizada por úlceras dolorosas¹. É uma doença rara, de difícil diagnóstico que confere tratamento desafiador². Acomete em sua maioria mulheres entre 20 e 50 anos³. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da assistência de Enfermagem em uma pessoa com PG. **MÉTODO:** Qualitativo descritivo, do tipo estudo de caso, realizado a uma pessoa com diagnóstico de PG em unidade de internação e ambulatorial de uma instituição hospitalar privada, e no domicílio da paciente, no município de São José no período de 27/04/2012 a 20/01/2013. O acompanhamento foi realizado pela enfermeira assistencial da instituição e enfermeira Estomaterapeuta, sendo os encontros realizados de acordo com o quadro clínico e resposta à terapia tópica. **RESULTADOS:** M.C.M.N., sexo feminino, 34 anos, caucasiana, casada, mãe de 2 filhos, procedente de Florianópolis. Foi submetida a cirurgia plástica de abdominoplastia e reconstrução de incisão cirúrgica de mamoplastia no dia 17/04/2012. Após 10 dias de pós-operatório, paciente reinterna com lesão em mama esquerda (ME) e 2 em mama direita (MD), com bordos da sutura hiperemiados, calor, esfacelo e exsudato serosanguinolento. Foi iniciado tratamento com Colagenase e Papaína 2%. Em 06/06/2012 a ME continha área de destruição tecidual, pontos de granulação, tecido adiposo e descolamento. MD com lesão infra-areolar com tecido adiposo e restos celulares, deiscência na porção inferior com descolamento. Foi utilizado hidrofibra com prata, hidrogel, hidrocolóide e cobertura de baixa aderência. Após o diagnóstico de PG iniciou-se o tratamento com antibiótico e corticóide. Em 14/07/2012 foi feito desbridamento em MD e ME. Em 10/09/2012 MD apresentando exsudato purulento em lesão superior e tecido de epitelização por toda da ferida, apresentando túnel em porção superior com exsudato piosanguinolento. Lesão inferior com exsudato sanguinolento, tecido de granulação e epidérmico. ME com exsudato piosanguinolento, tecido de granulação e descolamento. Foi utilizado hidrofibra com prata, pasta de hidrocolóide, alginato de cálcio, curativo de baixa aderência e película protetora de pele em spray. Em 20/01/2013 paciente recebe alta ambulatorial com epitelização total das lesões. **CONCLUSÃO:** Um diagnóstico eficaz de pioderma gangrenoso associado à correta terapia sistêmica e uso correto das terapias tópicas em cada fase proporcionou a completa cicatrização e finalização do tratamento.

PO - 110 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE EM UM HOSPITAL DO OESTE DE SANTA CATARINA

JACIRA B. DE OLIVEIRA¹; JUSSARA DOS SANTOS VALENTINI²; FERNANDA KARLA METELSKI³; CAMILA MARCON⁴; DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE⁵

^{1,2}HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, CHAPECÓ - SC - BRASIL;

^{3,4,5}UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, CHAPECÓ - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Indicadores; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O atendimento a um número elevado de pacientes no ambiente hospitalar, acompanhado do aumento da complexidade das situações clínicas, e longos períodos de internações podem favorecer o aparecimento de lesões de pele, em especial para aqueles pacientes restritos ao leito e com alto grau de dependência. Nesse contexto, a prevenção constitui-se a principal medida a ser adotada, uma vez que busca evitar o sofrimento do paciente e as complicações decorrentes das lesões de pele. **OBJETIVO:** Identificar a ocorrência de lesões de pele e o resultado das ações de prevenção e tratamento em pacientes submetidos ao internamento em um hospital no Oeste de Santa Catarina. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo do tipo transversal descritivo, onde as informações foram obtidas a partir de dois formulários utilizados pela Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele (CTLP): o de prevenção, e o de tratamento de lesões de pele. O formulário de prevenção revela dados da aplicação da Escala de Braden que classifica o grau de risco de lesão de pele do paciente em baixo, moderado ou elevado. No ano de 2014 foram analisados os formulários dos meses de fevereiro, junho, julho, agosto e outubro, digitados no Excel e tabuladas no EpiInfo7. **RESULTADOS:** Foram realizadas 6.448 avaliações em 2.174 pacientes avaliados pelos enfermeiros para a prevenção de lesões de pele. O percentual da classificação de risco variou entre: 22% e 40% para risco baixo; 27% e 38% para risco moderado; 15% e 34% para risco elevado. Os dados sobre as ações de prevenção evidenciaram que: internaram e permaneceram com a pele íntegra durante todo o período de internação 75% a 80%; apresentavam lesão prévia e foram submetidos a tratamento durante o período de internação 17% a 20%; desenvolveram algum tipo de lesão durante o período de internação 3% a 5% dos pacientes. Em relação ao tratamento das lesões, foram realizados pelos enfermeiros 634 atendimentos em 198 pacientes. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro desempenha um papel decisivo na qualidade do cuidado. O estudo evidenciou que a prescrições de cuidados e o uso de produtos a partir de protocolos embasados em evidências contribui para a segurança do paciente. O uso de instrumentos para avaliar e comprovar a validade do cuidado prestado contribui para o fortalecimento das práticas baseada em evidência pelo enfermeiro.

TERAPIA TÓPICA COM FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO EM LESÕES CUTÂNEAS: REVISÃO DA LITERATURA

GABRIELA DEUTSCH; BEATRIZ GUITTON; SELMA RODRIGUES DE CASTILHO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Fator de crescimento; Curativo; Cicatrização de ferida.

INTRODUÇÃO: Como resposta fundamental à lesão de tecidos, a cicatrização é um processo complexo e neste sentido, fatores de crescimento epidérmico (Epidermal Grow Factor-EGF) auxiliam a reparação destas feridas. Sabe-se que o rhEGF (EGF recombinante humano) pode ser sintetizado em formulações estáveis e concentrações adequadas para uso terapêutico sendo capaz de acelerar a taxa de regeneração epidérmica e reepitelização de feridas crônicas. **OBJETIVOS:** Analisar as produções científicas relacionadas à utilização tópica de EGF, buscando avaliar suas possibilidades de utilização sobre lesões cutâneas. **MÉTODOS:** Foi realizada pesquisa bibliográfica de maio a agosto de 2015 para o levantamento das produções publicadas usando os descritores epidermal growth factor, wound healing, dressing (fator de crescimento epidérmico, cicatrização de feridas, curativo). As bases de dados PubMed, Science Direct e a biblioteca eletrônica SCIELO foram empregadas na busca. Após leitura do título e do abstract foram selecionados os artigos de interesse. **RESULTADOS:** Utilizando os 3 descritores em conjunto, foram localizados no PubMed 40 títulos de interesse dos quais 32 continham relatos relevantes sobre a aplicação tópica de EGF nas patologias de pele e lesões. No Scielo, a mesma busca não evidenciou nenhum artigo. No ScienceDirect foram selecionados 48 títulos dos quais 24 descreviam estudos coerentes com o objetivo. A análise dos resultados demonstrou que 28 (51%) estudos evidenciaram maior poder de cicatrização com a utilização tópica de EGF e que destes, 23 (82%) utilizaram estratégias para melhorar a biodisponibilidade do EGF na lesão através de sistemas de entrega aprimorados como polímeros e folhas esponjosas. Apenas 1 artigo (2%) constata que houve diminuição no tempo de permanência hospitalar e um outro estudo (2%) comprova liberação de outros fatores de crescimento no local tratado. Quanto aos 35 (64%) estudos in vivo, 12 (34%) foram realizados em humanos e 23 (64%) em animais, sendo que do total, 27 (77%) apresentaram melhora na cicatrização. Seis (11%) artigos eram de revisão ou capítulos de livro. Finalmente 4 (7%) trabalhos entendem que a utilização tópica de EGF tem potencial para acelerar o processo de cura das lesões dérmicas, porém recomendam mais estudos para melhor observação dos resultados. **CONCLUSÃO:** Até o momento, os resultados apontam que o EGF é indicado para uso tópico no tratamento de lesões de diversas etiologias evidenciando boa tolerabilidade.

PO - 112 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CONTRIBUIÇÕES DECORRENTES DA INTEGRAÇÃO ENTRE A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE E INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DO OESTE DE SANTA CATARINA

JACIRA B. DE OLIVEIRA¹; TÂNIA ZUNKOWSKI²; FERNANDA KARLA METELSKI³; DANDARLA BOOR⁴; SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE⁵

^{1,2}HOSPITAL REGIONAL DO OESTE, CHAPECO - SC - BRASIL;

^{3,4,5}UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, CHAPECÓ - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Educação Superior; Segurança do Paciente; Protocolos.

INTRODUÇÃO: Prevenir lesões de pele requer conhecimento técnico-científico e habilidade clínica para avaliar o risco de desenvolvimento de uma lesão. Planejar condutas adequadas, prescrever produtos e métodos, implantar e revisar protocolos, desenvolver uma cultura de segurança do paciente, desenvolver ações de educação permanente para os profissionais, integrar o serviço, o ensino e a extensão universitária, é necessário para prevenir lesões de pele. O trabalho deve ser contínuo e a Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele (CPTLP) favorece esse processo. **OBJETIVO:** Apresentar um relato de experiência das ações desencadeadas pelas atividades de integração ensino-serviço, por meio do ensino e extensão de uma universidade pública em um hospital no Oeste de Santa Catarina com CPTLP. **MÉTODO:** Relato de experiência sobre a integração entre ensino e serviço nos anos de 2013 a 2015. **RESULTADOS:** o hospital em questão possui uma CPTLP implantada desde 2009, que atua mediante um protocolo, capaz de fornecer orientações sobre Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele. A atualização deste protocolo bem como a formação em serviço, vem desenvolvendo ações pautadas nos princípios da educação permanente em saúde (EPS), a partir de 2013 quando foi instituída a parceria com o Programa de Extensão de Formação para profissionais da Enfermagem da Atenção Hospitalar em Educação Permanente em Saúde, o que contribuiu para o fortalecimento dos princípios da EPS, por exemplo, foram desencadeadas rodas de conversa, para a elaboração e revisão de protocolos assistenciais. No final de 2014, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), a inserção de docentes e membros da CPTLP qualificou o cuidado e vem fortalecendo o processo para atingirmos as metas de segurança do paciente. Com relação ao ensino, projetos de intervenção desenvolvidos por acadêmicos da última fase do curso de enfermagem tem sido alinhados a essa proposta, contribuindo para a segunda revisão do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele. **CONCLUSÃO:** A integração entre ensino e serviço, na CPTLP fortaleceu as práticas e os movimentos de EPS na atenção hospitalar, especialmente na segurança do paciente. Experiências como esta fortalecem e qualificam o sistema único de saúde, pois atendem às necessidades e demandas tanto dos usuários como as dos serviços.

CUIDADOS BÁSICOS COM A ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

JAQUELINE MAGALHÃES REBOUÇAS
BAHIA HOME CARE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera; Pé diabético; Hiperqueratose.

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, degenerativa, caracterizada pelo aumento da glicose no sangue. Está associada a importantes alterações neurológicas e vasculares que progridem com o passar dos anos. Embora sejam inúmeras as complicações, os maiores índices de problemas estão relacionados aos pés. As úlceras do pé diabético são resultantes de comprometimento neuropático e vascular periférico. Dependendo da origem são classificadas como vasculopáticas (ou isquêmicas), neuropáticas e mistas (AGREDA & TORRA I BOU, 2012). Os cuidados locais apropriados são desbridamento, coberturas adequadas e aparo das calosidades peri-úlceras, conforme necessário, desbastando-as tangencialmente com a ajuda de um bisturi. **OBJETIVO:** Descrever a importância da remoção da hiperqueratose circunjacente nas úlceras do pé diabético para a evolução do processo cicatricial. **METODOLOGIA:** Estudo de caso clínico, único, retrospectivo e qualitativo. A coleta dos dados foi realizada no período de Fevereiro a Abril/13, autorizada mediante a assinatura do TCLE, respeitando os princípios da Resolução n.º 196/96. Foi feita uma análise documental detalhada no prontuário do cliente, buscando registros sobre o início da patologia estudada, diagnóstico(s), comorbidades pregressas, terapêutica tópica adotada, tempo do tratamento em domicílio, procedimentos invasivos realizados para a melhora da lesão bem como suas características (tamanho, tecidos, exsudato, bordas, odor). Paciente 62 anos, sexo masculino, casado, aposentado, portador de DM, HAS, dislipidemia, ex-tabagista, ex-etilista, sedentário, lúcido, orientado, independente e autônomo. **RESULTADO e CONCLUSÃO:** Após o início da remoção da calosidade peri-úlceras diabética durante o atendimento domiciliar, observou-se uma melhora significativa da lesão. O manejo adequado da úlcera em pé diabético, utilizando-se da técnica de desbastamento para remoção da hiperqueratose mostrou-se positivo, com um progresso importante no processo cicatricial da ferida, encurtando o tempo e os custos com o tratamento. A remoção da calosidade circunjacente é uma das diretrizes práticas de tratamento do pé diabético, eficaz, que otimiza e eleva as taxas de cicatrização. Retirar a hiperqueratose que recobre, em geral, estas feridas, mantê-las limpas e protegidas, com o uso de um curativo que proporcione uma barreira bacteriana e retirar o apoio sobre a lesão são práticas básicas e essenciais para um resultado final satisfatório.

PO - 114 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DESAFIOS PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS NO AMBIENTE DOMICILIAR PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE CASO

ELISIENE PEROZINI GOULART¹; RENATA CAROU COSTA²; DENISE SANTOS MORAES³; ANA PAULA NUNES SOUSA⁴

¹CLINICA DA FAMÍLIA DONA ZICA- RIO DE JANEIRO, PARACAMBI - RJ - BRASIL;

²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{3,4}SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Cuidado domiciliar; Tratamento de feridas na Atenção Primária à saúde.

INTRODUÇÃO: O estudo baseou-se na vivência de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família no cuidado domiciliar de uma idosa de 81 anos, portadora de úlcera venosa bilateral em situação de vulnerabilidade. A Estratégia Saúde da Família atua para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (Ministério da Saúde, 2010). **OBJETIVO:** Apresentar as particularidades do atendimento ao paciente portador de ferida crônica no ambiente domiciliar identificando ferramentas para o êxito do cuidado. **OBJETIVOS específicos:** Listar as dificuldades encontradas para a condução do caso; discutir propostas para a melhor qualidade do cuidado prestado mesmo em ambientes com recursos restritos e construir o Projeto terapêutico singular (PTS) de acordo com as dificuldades encontradas, visando a melhor relação eficiência/ eficácia. **METODOLOGIA:** O estudo trata-se de um relato de caso de caráter qualitativo descritivo. Os dados foram coletados em visitas domiciliares, realizadas pela equipe de saúde da família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **RESULTADOS:** Após a análise dos resultados foram identificadas dificuldades no acompanhamento do caso e evidenciados os desafios na assistência domiciliar de enfermagem ao paciente portador de feridas livre de danos. **CONCLUSÃO:** Identificamos a importância de fortalecer a rede de apoio multidisciplinar da unidade de saúde, além da integração aos dispositivos disponíveis no território. Evidencia-se a necessidade da construção de um plano a fim de traçar estratégias que possibilitem contornar as dificuldades e oferecer uma assistência de qualidade, de acordo com os recursos disponíveis reconhecendo os limites e reduzindo possíveis danos. Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família aliada às suas redes de apoio, são de suma importância para o acompanhamento efetivo dos casos complexos em ambiente domiciliar e conseqüentemente para o alcance do cuidado ampliado. Palavras chaves: Estratégia de Saúde da Família, rede de apoio, cuidado domiciliar, tratamento de feridas na Atenção Primária à Saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA COMISSÃO DE FERIDAS COMO MELHORIA NO ATENDIMENTO PRESTADO AOS PORTADORES DE LESÕES: A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

JAQUELINE FORNARI; PRISCILA EMANUELE BRAITENBACH; FABIANA FERNANDES ALMEIDA
CHU JOINVILLE, JOINVILLE - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; comissão; enfermagem.

INTRODUÇÃO: O estudo apresenta a percepção de enfermeiras integrantes de uma Comissão de Feridas (COMIFER) de uma instituição hospitalar, sobre as experiências obtidas com a participação nesta comissão a qual atua na prevenção, tratamento e reabilitação, envolvendo ativamente o paciente e seu cuidador no processo de cuidar. Conforme os protocolos institucionais a conduta depende da lesão, do tipo de tecido encontrado, do controle de exsudato, correlacionando estas características com as comorbidades, onde são definidas as coberturas, a periodicidade das trocas e o controle da dor para o paciente. Toda e qualquer tomada de decisão por parte da COMIFER é orientada para próprio paciente, a equipe que presta cuidado direto a ele, bem como aos seus familiares e ou cuidadores, pois entendemos a importância da participação destes para promover a autonomia e o cuidado. **OBJETIVO:** Este trabalho tem objetivo de promover a reflexão da importância da comissão de feridas em ambiente hospitalar para qualificação do atendimentos aos portadores de lesão. **METODO:** O presente estudo se dá em forma de relato de experiência dos enfermeiros membros da COMIFER. **RESULTADOS:** Os enfermeiros entendem que a COMIFER proporciona um aprendizado constante, onde as ações voltadas ao paciente apresentam um objetivo único, conforme a prioridade que cada caso exige, qualificando a assistência prestada. **CONCLUSÃO:** Com a COMIFER atuando os enfermeiros acreditam que a assistência se torna mais efetiva, permitindo uma melhora na qualidade de vida e aumento da capacidade de autocuidado dos pacientes atendidos.

PO - 116 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS NA TERAPIA DE FERIDAS: TRATAMENTO E COBERTURAS

ALINY BARBOSA BARBOSA¹; ROSA ALICE DE FÁTIMA FRANZOLIN²; JOÃO CEZAR CASTILHO³; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA⁴

^{1,2}FACULDADE JAGUARIUNA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

^{3,4}UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermeiros; feridas; cicatrização.

INTRODUÇÃO: O conhecimento, a avaliação e a percepção do enfermeiro assistencial diante do desafio da escolha da melhor técnica e/ou cobertura para aplicar no manejo de feridas em sua instituição é essencial para o sucesso da cicatrização. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento técnico-científico, a experiência, a conduta e a qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros aos portadores de lesões cutâneas, na rede de Atenção Primária e nas Instituições Hospitalares. **MÉTODO:** A pesquisa foi realizada com 33 enfermeiros, incluídos de forma aleatória, que trabalhavam na rede de Atenção Primária e Instituições Hospitalares dos municípios de Campinas-SP, Jaguariúna-SP e região, em que se realiza o atendimento e o tratamento de portadores de feridas. Todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista com aplicação de questionário. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: aprovado pelo CEP da Faculdade Jaguariúna - Parecer Projeto nº 737.246. **RESULTADOS:** total de 33 enfermeiros entrevistados, 29 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. A maioria atuava em UBS (15), hospital (7) e PSF (7). Quando foi avaliado o tempo de experiência do profissional na assistência aos portadores de feridas, foi verificado que a maior parte dos entrevistados atuava na área "há mais de 3 anos" (16) e "há mais de 10 anos" (12). As úlceras diabéticas (17), úlceras por pressão (15), queimaduras (15), úlceras traumáticas (14), úlceras arteriais (09), mistas (09) e venosas (08) foram os tipos de lesões tratadas com maior frequência nas instituições. As coberturas e/ou os medicamentos mais utilizados para o manejo de feridas, nas unidades de saúde e instituições hospitalares, foram: sulfadiazina de prata (17), ácidos graxos essenciais (16), hidrogel (15), carvão ativado com prata (12), placa de hidrocolóide (11), bota de Unna (09), desbridantes enzimáticos (08), entre outros. O custo efetivo (19), a disponibilidade (17), a eficiência (14) e a possibilidade de uso comum na maioria das feridas (12) foram os critérios mais citados para aquisição e utilização dos produtos. **CONCLUSÃO:** Cada instituição padronizou os tratamentos e coberturas levando em consideração as características da população atendida e os recursos financeiros disponíveis. Os enfermeiros realizaram suas escolhas com base no conhecimento técnico-científico, pautados na etiologia e nos produtos disponíveis. Tratamentos mais recentes foram menos usados.

TRATAMENTO COM CREME DE FUNÇÃO BARREIRA EM GRANULOMA NA GASTROSTOMIA - EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL DA BAHIA

MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA¹; MARILTON BRITO SOARES²; DANIELA DE JESUS GOMES COSTA³; JESSICA OLIVEIRA LOBO⁴; DANIELE DA CRUZ BARROS ESTRELA⁵

¹TECNOVIDA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL;

^{2,3,4,5}HGCA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Granuloma; Ostomia; Função Barreira.

A gastrostomia é uma comunicação do estomago com o meio exterior, realizado cirurgicamente, podendo ocorrer o surgimento de granulomas, que são reações inflamatórias desencadeadas pelas fricções frequentes entre a sonda gástrica e mucosa na manipulação ao paciente. O objetivo desse estudo foi verificar a eficácia do creme com função barreira no tratamento de granuloma na gastrostomia. O estudo trata-se de um relato de caso, do tipo descritivo, de um paciente internado em um hospital público do estado da Bahia, entre os meses de maio a julho de 2015. As fontes de informações foram obtidas a partir de registros no prontuário, observações sistemáticas direta na evolução da lesão após realizações de curativos, mensurações, registros fotográficos e artigos científicos. Para realização da pesquisa foram utilizados os critérios éticos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente autorizado pela Direção do Hospital e colhida assinatura do termo de consentimento. Relato do caso: paciente do sexo masculino, vítima de acidente de moto, que deu entrada no hospital com diagnóstico de traumatismo Craniano Encefálico grave, após 90 dias de internamento e traqueostomizado, apresentava dificuldade de deglutição sendo indicado gastrostomia. Após a cirurgia, observou-se o desenvolvimento de granuloma em gastrostomia, apresentando exsudato produtivo e espessura de bordas de 1cm. Adotada a aplicação de creme com função barreira, um produto repelente à água (hidrofílico) que proporciona maciez e restaura o pH da pele, indicado para prevenir maceração, ressecamento e dermatite decorrente dos efluentes, possui capacidade de absorção e retenção de exsudato, além de evitar vazamento do estoma, e o NaCl a 20% cujo se processa um mecanismo de limpeza e cauterização química. Iniciado o tratamento, com trocas feitas em intervalos de 24hs e avaliação a cada 3 dias. Observado redução de exsudato e redução das medidas na primeira avaliação. Da segunda avaliação em diante a lesão se encontrava plana e com o exsudato diminuído, na terceira avaliação observamos uma redução de bordas de meio centímetro e na quarta avaliação uma redução em totalidade do granuloma nas bordas. Diante das evidências observadas, concluímos que o creme com função barreira apresenta-se como uma alternativa eficaz de tratamento do granuloma, devido ao seu poder de proteção, hidratação, recuperação do pH e restabelecimento das bordas íntegras.

PO - 118 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUSTO BENEFÍCIO DO OXIGÊNIO HIPERBÁRICO EM FERIDAS

FABIANA GOMES SILVA¹; JANAINA NASCIMENTO LASSALA²; PAULIANA CAETANO LIMA³¹UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL;^{2,3}ESTÁCIO DE SÁ, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.**Palavras-chave:** Oxigênio Hiperbárico; Custos; Feridas.

INTRODUÇÃO: As feridas no Brasil tornaram-se um sério problema de saúde pública, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. Dentre as lesões encontradas nos serviços de saúde as úlceras crônicas têm favorecido um alto custo para os cofres públicos, além de interferir na qualidade de vida dos usuários. No Brasil não há dados estático nacional quanto a gastos com curativos, e tratamento adjuvantes como a terapia por oxigênio hiperbárico. Esta terapia consiste na oferta de oxigênio a 100%, através de câmaras monoplacé ou multiplacé. **OBJETIVOS:** Avaliar os custos com tratamento convencional das feridas e a inserção da terapia com oxigênio hiperbárico como terapia adjuvante nas lesões de membros inferiores. Trata-se de uma revisão da literatura, o levantamento de dados foi realizado nas bases: LILACS, MEDLINE, CAPES. As lesões de membros inferiores podem ser causadas por diversos fatores, porém os portadores de Diabetes e Hipertensão. Nos Estados Unidos cerca de 6 milhões de pessoas apresentem feridas crônicas sendo estas responsáveis por 80% das amputações, acarretando em um custo de US\$ 28 mil por internação. Projetando-se esses dados para o futuro, estima-se que em 2050 cerca de 25% da população idosa desenvolverá algum tipo de lesão. No Brasil não há estudos epidemiológicos que nos permitam estabelecer esse percentual, porém, portadores de diabetes no ano de 2008 contabilizaram 169.600 admissões, 80.900 amputações efetuadas, das quais 21.700 evoluíram para morte. Estudos afirmam que cerca de 570 mil brasileiros possam desenvolver novas feridas crônicas a cada ano. Na população acima de 80 anos, essa prevalência é de 20 para cada 1000 indivíduos. Ainda em dados institucionais é a 14ª causa de afastamento temporário das atividades laborais e 32ª causa de afastamento definitivo, em dados de pacientes. O primeiro relato brasileiro, do uso oxigênio hiperbárico para tratar lesões deu-se em 1940, no Hospital das Clínicas (USP). Desde então a terapia tem obtido grandes resultados. O país dispõe de 105 centros que realizam este tratamento. A oxigenioterapia hiperbárica aumenta a pressão parcial do oxigênio no plasma. Em lesões crônicas de membros inferiores cuja vascularização encontra-se deficiente e na grande maioria os portadores apresentam lesões infectadas, o uso associado com antibioticoterapia e coberturas apropriadas. Estudos publicados em bases de dados supracitados, remetem que estudos em sua maioria realizados na Europa e nos Estados Unidos da América, evidenciam a diminuição e de 90% no número de amputações em pacientes que são portadores de lesões crônicas de membros inferiores que submetem a terapia. Conforme publicação da Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica em de outubro de 2014, a sessão é tabelada em R\$ 458,19. Não há um número exato quantas sessões são necessárias em média 20, porém cada patologia deverá ser avaliada em consulta. Conclui-se então que a terapia por oxigênio hiperbárico mesmo sendo pouco conhecida até mesmo no meio clínico, tem sido evidenciada por meios de artigos científicos, todavia os estudos apontam a sua importância, mesmo sendo considerada uma terapia onerosa, convém salientar que um usuário que está em um longo e doloroso tratamento de lesão, na eminência de perder um membro, deverá estar ciente e ter direito a este método coadjuvante.

A INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS

ISABELA ISABELA ROSSETTO; MARIANA DONATHA SOARES; PÂMELA BONETTO TORRES; TATIANA MUNHOZ; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA
FACULDADE DE FARMÁCIA - UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; feridas; tabagismo.

INTRODUÇÃO: A pele é o órgão que faz interface com o meio ambiente e é essencial à proteção do organismo humano. Por ser comumente lesado, o reparo do tecido epitelial é crítico e necessário à manutenção de suas funções. Diversos fatores influenciam na cicatrização, incluindo o ambiente tecidual, a extensão do dano, a intensidade e duração do estímulo e a oferta sanguínea, entre outros. O cigarro é um produto de consumo amplamente utilizado pela população mundial e inúmeros estudos revelam que o uso do tabaco interfere nos processos cicatriciais, tornando esses aspectos relevantes para determinação da melhor conduta terapêutica a seguir nesse tipo de tratamento. **OBJETIVO:** Identificar e descrever a influência do tabagismo no processo de cicatrização cutânea, contribuindo assim com o incremento da qualidade terapêutica. **MÉTODO:** Foram pesquisados trabalhos disponíveis nas bases de dados "PubMed, SciELO e LILACS", abrangendo o período compreendido entre 1963 e 2014. As palavras-chave empregadas foram: "tabaco", "nicotina" e "tabagismo", pesquisadas em associação com "cicatrização" e "pele". Foram selecionados artigos em inglês e português envolvendo a influência do tabaco ou de algum de seus componentes isolados sobre processos cicatriciais. **RESULTADOS:** Esta revisão revelou que o hábito de fumar precipita múltiplos efeitos biológicos que interferem em mecanismos moleculares e celulares da cicatrização de lesões. As vias de ação, embora complexas, parecem afetar mecanismos importantes envolvidos em todas as etapas da cicatrização; ou seja, inflamatória, proliferativa e remodeladora. **CONCLUSÕES:** Orientações relativas à mudança nesse hábito podem ser traduzidas em benefícios importantes para o paciente e para o sistema de saúde, tanto no que se refere ao tratamento de lesões involuntárias, decorrentes, por exemplo, de acidente, quanto daquelas objeto de opção por parte do paciente, como ocorre em caso de intervenções plásticas com fins estéticos.

PO - 120 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ULCERAS VENOSAS TRATADAS COM CICATRIZANTE CONTENDO ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2%

ALINY BARBOSA BARBOSA¹; ROSA ALICE DE FÁTIMA FRANZOLIN²; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA³; JOÃO CEZAR CASTILHO⁴

^{1,2,4}FACULDADE DE JAGUARIÚNA FAJ, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL;

³UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; feridas; ácido hialurônico.

INTRODUÇÃO: As feridas provocadas por insuficiência venosa crônica são muito comuns na população. Sabe-se que dependo da gravidade e evolução deste tipo de ferida, alguns casos podem resultar em afastamento temporário das atividades ocupacionais, gerando impactos sociais e econômicos negativos. Sendo assim, torna-se importantíssimo a sistematização dos cuidados com esses pacientes e a redução do tempo de reparação cutânea deste tipo de ferida. **OBJETIVO:** relatar a experiência no tratamento de úlceras venosas crônicas (UVC) com o uso de creme de AH 0,2% (sal sódico), em dois pacientes que passaram por várias tentativas terapêuticas tópicas sem sucesso. **MÉTODO:** Relato de casos. Paciente VSS, sexo masculino, 47 anos, consciente, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II (DMII), vasculopatia, obesidade grau I e UVC no terço médio dos dois MIs, com início há cerca de 7 anos e inúmeras tentativas terapêuticas sem sucesso. Afastado de suas atividades ocupacionais devido à UVC. Em 19/11/2014, foram iniciados os curativos diários com limpeza usando Solução Fisiológica 0,9% (SF) em jato e posterior aplicação de fina camada de creme de AH 0,2%. O tratamento foi finalizado em 23/03/2015. Paciente JL, sexo masculino, 85 anos, consciente, portador de hipertensão arterial, DMII, vasculopatia, UVC em MI esquerdo, com início há 6 meses e várias tentativas de terapêuticas anteriores fracassadas. Em 06/01/2015, foi iniciado protocolo com limpeza diária (SF 0,9%) e aplicação de pomada de colagenase nos primeiros 5 dias. Após, aplicou-se AH 0,2% 1 x dia. O término do acompanhamento foi em 16/04/2015. As lesões dos pacientes foram fotografadas diariamente com a finalidade de observar e registrar suas evoluções. **RESULTADOS:** a UVC do paciente JL cicatrizou completamente em 100 dias com uso diário do creme de AH 0,2%. No caso do paciente VSS, em quinze dias de uso de AH 0,2%, observou-se melhoras na evolução da ferida, com redução de esfacelos aderidos, realinhamento de bordas e proliferação de tecido de granulação, significativa redução do exsudato serosanguinolento e do edema nos MIs. Após 123 dias de uso diário de AH 0,2%, foi observado diminuição nas áreas das lesões. Contudo, no 123º dia, o paciente desistiu do acompanhamento domiciliar. **CONCLUSÃO:** O emprego de curativo diário a base de creme AH 0,2% melhorou a resposta cicatricial, proporcionando redução no tempo de cicatrização e sugerindo ser uma opção terapêutica eficaz na cicatrização dessas feridas.

A INFLUÊNCIA DE FATORES NUTRICIONAIS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO CUTÂNEA

BALTAZAR MIRANDA; VICTORIA CECCHINI FERNANDES; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA
FACULDADE DE FARMÁCIA UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; cicatrização; fatores nutricionais.

INTRODUÇÃO: A pele é o maior órgão do corpo humano e, em casos de lesões teciduais, inicia-se o processo de cicatrização. Qualquer alteração em suas fases pode aumentar o tempo de resolução e culminar na formação irregular do tecido no local lesado. Muitos fatores estão envolvidos no processo de cicatrização de feridas, destacando-se a influência de fatores nutricionais que podem interferir sobre processos metabólicos e circulatórios e também na formação de novos tecidos no local lesado, afetando diretamente as fases da cicatrização. **OBJETIVO:** Identificar e descrever a influência de fatores nutricionais sobre o processo de cicatrização cutânea. **MÉTODO:** Foram pesquisados trabalhos disponíveis nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, abrangendo o período compreendido entre 1996 e 2014. As palavras-chave empregadas foram: "feridas", "cicatrização" e "nutrição/fatores nutricionais". Uma vez identificados fatores nutricionais específicos e potencialmente interferentes no processo de cicatrização, uma nova busca foi realizada, empregando-se estes descritores em conjunto com os termos "cicatrização" e/ou "feridas". **RESULTADOS:** Esta revisão revelou que os fatores nutricionais principalmente documentados na literatura como interferentes no processo de cicatrização são: cobre, zinco, vitaminas, carboidratos, magnésio, ferro, arginina e glutamina. Eles interferem em processos metabólicos, regulando o tempo de cicatrização e também, em certa medida, os riscos de infecção, pois alguns deles estão envolvidos em processos imunológicos. **CONCLUSÕES:** A aplicação deste conhecimento pode incrementar significativamente a qualidade do tratamento de feridas e, por conseguinte, a recuperação de pacientes acometidos. Ao mesmo tempo, torna-se evidente a importância do assunto para a saúde pública, já que pode tais considerações podem acelerar o processo de cura e prevenir agravos comuns, como, por exemplo, infecções locais e até sistêmicas. Finalmente, é oportuno destacar que tais benefícios somente seriam atingidos de maneira ótima por meio de ações interdisciplinares, envolvendo, no mínimo, nutricionistas, médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

PO - 122 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EMPREENDEDORISMO NO TRATAMENTO FERIDAS CRÔNICAS: RELATOS DE SUCESSO

PAULIANA CAETANO LIMA¹; FABIANA GOMES SILVA²; ÁLFRARES ANDRADE LUSTOSA³; LUCIANA LINS AYRES⁴

^{1,2}HULW, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL;

^{3,4}ESTÁCIO DE SÁ, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Empreendedorismo; Feridas; Sucesso.

O cuidado com feridas é uma atividade do cotidiano do enfermeiro. Prestar um excelente cuidado a clientes portadores de feridas é um desafio enfrentado por toda equipe multiprofissional de saúde, mas sem dúvida, de maior impacto na prática diária da enfermagem. Com o avanço da ciência no tratamento de feridas, este campo de atuação vem sendo cada vez mais descoberto e explorado por enfermeiros, como espaço que permite autonomia, mercado de trabalho e tem despertado a capacidade empreendedora de alguns profissionais. São visíveis os avanços, desafios e práticas empreendedoras na enfermagem, um campo amplo onde o enfermeiro pode atuar em consultórios, atendimento domiciliar, consultorias e auditorias são algumas das modalidades que permitem ao enfermeiro uma atuação autônoma e empreendedora (Gonçalves ET AL, 2015). Entretanto existe a dificuldade de encontrar profissionais empreendedores com conhecimento científico e perfil capazes de inovar, uma vez que é preciso manter-se atualizado quanto às mudanças e avanços de conhecimento para suprir as exigências de um mercado globalizado. Deste modo, este trabalho tem a finalidade de descrever experiências bem sucedidas na enfermagem ligadas ao empreendedorismo no tratamento de feridas crônicas e que deram autonomia profissional ao enfermeiro. A população da pesquisa foi enfermeiros que atuam de forma autônoma no tratamento de feridas crônicas, sendo a amostra constituída por cinco enfermeiros que atendem em ambulatórios, clínicas, em domicílio e realizam consultoria na área. Os resultados indicam que o empreendedor nesta área, é profissional capaz de unir o conhecimento técnico científico e a capacidade de perceber a necessidade do mercado, este não deve ter medo de arriscar, ao contrário, tem que ter sabedoria e inteligência emocional pra planejar e executar o que se propôs a fazer. Oferecer um serviço organizado e com qualidade é fundamental. Os profissionais que atuam de forma autônoma em geral demonstram satisfação por terem acreditado em suas idéias e estarem conseguindo obter resultados satisfatórios.

TRATAMENTO COM TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA PÓS DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL - RELATO DE EXPERIÊNCIA

SULAMITA REBECA FERNANDES SILVA¹; ANDRÉA PACHECO DA SILVA DULTRA²; JUDITH ANDRADE MELO³

¹CENTRO UNIVERSITÁRIO JORGE AMADO, SALVADOR - BA - BRASIL;

²HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL;

³TOP SAÚDE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento com terapia por pressão negativa; Terapia por pressão Negativa; Feridas.

INTRODUÇÃO: Paciente do sexo masculino, 58 anos, portador de doença arterial obstrutiva periférica em membro inferior esquerdo, DM e tabagista, admitido na emergência de unidade hospitalar pública em 22/04/2015, submetido à arteriografia e evidenciada oclusão de artéria ilíaca esquerda e artéria femoral. Evoluiu com piora da lesão sendo realizada em 30/04/2015 desarticulação coxo-femoral à esquerda, apresentando no pós-operatório, tecido desvitalizado apesar do uso de hidrofibras. Realizado desbridamento cirúrgico em 14/05/2015 e iniciado o tratamento com Terapia por Pressão Negativa (TPN) para promoção e cicatrização da ferida de difícil tratamento. **OBJETIVO:** O objetivo deste relato é mostrar a eficiência da TPN para formação de tecido de granulação, melhora do aporte sanguíneo, redução do exsudato e contração da ferida no pós-operatório de desarticulação coxo-femoral. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência iniciado em 14/05/2105 com TPN após desarticulação coxo-femoral, seguindo o protocolo da instituição, realizada limpeza com SF 0,9%, e preenchida a cavidade com espuma de poliuretano fixada com filme transparente estéril, sob pressão negativa de 125 mmHg e troca a cada 72 horas. Em 26/05/2015 a lesão apresentava-se granulada, e os curativos passaram a serem realizadas com colágeno amorfo, trocando a cada 24 horas até 12/06/2015, quando foi reintroduzida a TPN, com troca a cada 72 horas até 18/06/2015, voltando-se ao uso de colágeno amorfo, a fim de preparar o leito para enxertia. Acompanhado o caso através de fotografia, e submetido aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo saúde humana - Resolução de nº 196/96 do Congresso Nacional de Pesquisa. **RESULTADOS:** Os resultados deste estudo constataram a efetividade do uso de Terapia por Pressão Negativa para formação de tecido de granulação e aproximação das bordas, redução da algia, odor e exsudato, Estes resultados foram avaliados entres os dias 14/05/15 a 16/07/2015. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a utilização da Terapia por Pressão Negativa é favorável no controle do exsudato, no tratamento e prevenção de infecção, na formação de tecido de granulação e eliminação de necrose de liquefação. Evidencia - se que o seu uso é de grande eficácia no tratamento pós-operatório de desarticulação coxo-femoral complicado.

PO - 124 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE O USO DE COBERTURAS INTERATIVAS NO HOSPITAL PÚBLICO DE SETE LAGOAS-MG

MERCÊS CORRÊA DE SOUSA ABREU CORRÊA ABREU; BRUNA DE SOUZA CARVALHO; LUIZ OTÁVIO DE SOUZA
HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLÁVIO D'AMATO, SETE LAGOAS - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo especial; coberturas interativas; tratamento de feridas.

INTRODUÇÃO: Trata-se de um relato de caso envolvendo o uso de coberturas interativas e a experiência do enfermeiro no tratamento de feridas em pacientes internados no Hospital Público do Município de Sete Lagoas. O hospital Monsenhor Flávio D'Amato tem 137 leitos. É referência em urgência, emergência e trauma e atende 37 municípios vizinhos. As coberturas especiais foram inseridas no hospital em setembro de 2014 em fase de teste. Todos os Enfermeiros foram capacitados pela comissão de curativos da fundação municipal de saúde para aplicação das coberturas especiais. Começaram a ser contabilizados através da emissão de folhas de sala a partir de março de 2015, totalizando 272 curativos até julho desse mesmo ano. As coberturas utilizadas com maior frequência foram o hidrogel com ácidos graxos essenciais (AGE), alginato de cálcio e malha com petróleo. Os pacientes abordados são portadores de úlceras por pressão (UPP), úlceras isquêmicas, arteriais e mistas, pacientes pós-enxertia, fraturas expostas e gangrenas de Fournier. Dessas, as que tiveram melhor resposta em curto prazo foram as fraturas expostas, enxertos e gangrenas de Fournier. **OBJETIVO:** Demonstrar os resultados positivos sobre o uso de coberturas interativas em hospital da rede pública. **MÉTODO:** Relato de caso sobre o uso de curativos interativos: placa de Hidrofibra com prata, Carvão ativado recortável, fita de alginato de cálcio, placa de hidrocolóide, gaze com petróleo, compressa não aderente, hidrogel com AGE e Hidrogel amorfo. **RESULTADOS:** Durante a primeira troca do curativo observou-se mudança significativa da lesão de todos os clientes, progressiva melhora na quantidade de tecido em fase de granulação, diminuição de trocas da cobertura primária. Notou-se diminuição do odor, quantidade de exsudato e de tecido necrótico. Feridas abordadas inicialmente com 3 a 5 cm de profundidade ou área de solapamento apresentaram tecido em processo de cicatrização com apenas 15 dias. O período entre a internação, preparação da pele para enxertia e a alta hospitalar foi de 30 dias em média. **CONCLUSÃO:** Este estudo contribui para a avaliação do enfermeiro sobre o uso de coberturas especiais no tratamento de lesões. Os resultados sugerem uma rápida cicatrização e diminuição no período de internação. Compreender que mudanças ocorrem nas feridas durante um tratamento específico é importante para os cuidados de saúde, especialmente quando o tratamento se revelar eficiente.

EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA PÓS-ERISPELA DIANTE DA TERAPIA COMPRESSIVA: UM ESTUDO DE CASO

JAQUELINE MAGALHÃES REBOUÇAS
BAHIA HOME CARE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Linfedema; Terapia Compressiva; Úlcera.

A erisipela é uma afecção cutânea que afeta a derme profunda e a hipoderme, geralmente ocasionada pelo estreptococo do grupo A. Caracteriza-se por eritema e edema doloroso, com bordos definidos. A erisipela bolhosa necrotizante é uma complicação comum. O tratamento se dá por meio de ATB sistêmica e curativos convencionais oclusivos. A migração da bactéria para a corrente linfática compromete este sistema, ocasionando um linfedema. A terapia compressiva tem se mostrado eficaz, pois a compressão aplicada no membro afetado eleva a pressão tissular, proporcionando a reabsorção do edema, melhorando consequentemente a drenagem linfática (SILVA et al., 2011). **OBJETIVO:** descrever a evolução da cicatrização da úlcera pós-erisipela após a aplicação da terapia compressiva para controle do linfedema, em domicílio. **METODOLOGIA:** Estudo de caso clínico, único, retrospectivo e qualitativo. Coleta de dados realizada no período de Abril a Junho/2013, autorizada mediante a assinatura do TCLE, respeitando princípios da Resolução n.º 196/96. Feito uma análise documental detalhada no prontuário, buscando registros sobre o início da patologia, diagnóstico, co-morbididades, terapêutica medicamentosa e tópica adotadas, tempo do tratamento e internamento (hospitalar e domiciliar), procedimentos invasivos realizados e características das lesões. Paciente 57 anos, sexo masculino, viúvo, com HAS, obesidade mórbida, ex-tabagista (15 anos), sedentário, LOTE, independente. Deu entrada na emergência hospitalar, com quadro de erisipela bolhosa em MIE, prosseguindo para o internamento hospitalar. Foi introduzido de imediato ATB sistêmica e realizados curativos simples. Utilizou-se de vários antibióticos e coberturas para as feridas no internamento hospitalar e domiciliar. O manejo das lesões foi feito apenas no domicílio. **RESULTADO e CONCLUSÃO:** Após o início da terapia compressiva com atadura elástica (no atendimento domiciliar) observou-se uma melhora significativa no controle do linfedema e consequente melhora das lesões (regressão do tamanho, diminuição do esfacelo e exsudato, viabilização da granulação, aproximação de bordas, nivelamento do leito, favorecimento da epitelização). O manejo do linfedema com a implementação da terapia compressiva mostrou-se muito efetivo, com uma evolução importante no processo cicatricial da ferida. A compressão por meio de ataduras elásticas é um tratamento muito eficaz, que otimiza e eleva as taxas de cicatrização, além de diminuir os custos do tratamento.

PO - 126 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PESSOAS ESTOMIZADAS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL

FABIANE PINHO FURTADO; LENICE DUTRA DE SOUSA
FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Estomia; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As pessoas estomizadas enfrentam conflitos e mudanças corporais e carregam a sensação de mutilação frente à violação involuntária do controle esfinteriano, das regras de higiene, pela adaptação da alimentação e vestuário, pelo risco de impotência e/ou rejeição afetiva, pelos desajustes familiares e pela deteriorização social (SANTOS, 2005). Diante disso, torna-se relevante conhecer os diagnósticos de enfermagem prevalentes entre essas pessoas para subsidiar uma assistência de enfermagem qualificada. **OBJETIVO:** Conhecer os Diagnósticos de Enfermagem prevalentes entre os pacientes estomizados cadastrados em um serviço de atendimento ambulatorial. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, desenvolvido em um serviço de estomaterapia de um Hospital Universitário. A amostra dos dados constitui-se na documentação de 20 Históricos de Enfermagem de pessoas cadastradas no referido serviço e a coleta ocorreu entre junho e agosto de 2013. Foi utilizada a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association para a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. Aprovação do Comitê de ética e Pesquisa, parecer nº 107/2013. **RESULTADOS:** Foram identificados 34 diagnósticos de enfermagem completos que posteriormente foram agrupados por seus títulos. Nesse estudo, os diagnósticos de enfermagem considerados prevalentes foram aqueles com frequência igual ou acima a 20%. O "Risco de integridade da pele prejudicada" foi diagnosticado em 100% dos casos. Já o "Risco de volume de líquidos deficiente" verificou-se 75%. O "Déficit no autocuidado para higiene íntima" diagnosticado em 65% das pessoas com estomias. Por fim, o "Déficit no autocuidado para o banho" e "Padrão de sexualidade ineficaz", foram identificados em 20% das pessoas. **CONCLUSÃO:** Compreende-se que o Processo de Enfermagem configura-se como instrumento adequado para estabelecimento do plano de cuidados. Destaca-se a importância da realização do Histórico de Enfermagem como etapa inicial para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e fonte de dados para sistematizar a assistência. É importante lembrar que a partir do momento em que a enfermagem diagnostica os fenômenos observados na sua prática diária, conseqüentemente, pode prescrever ações para melhorar ou solucionar as necessidades identificadas. Salienta-se ainda que a busca por soluções fundamentadas em conhecimento científico e com adequado registro das ações realizadas torna sua prática mais visível e qualificada.

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE CICATRIZANTE DO EXTRATO DO CALOPHYLLUM BRASILIENSE CAMBESS EM LESÕES INDUZIDAS

TARCISIO VITOR AUGUSTO LORDANI¹; MARIA VALDRINEZ CAMAPAN LONARDONI²; CLAUDIA REGINA FELICETTI LORDANI³; ALEXANDER PARKER⁴; JULYANE FELIPETTE LIMA⁵

^{1,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONEIRAL SUL, CHAPECÓ - SC - BRASIL;

²UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL;

³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas; Calophyllum brasiliense Cambess; Ratos,

INTRODUÇÃO: O sistema tegumentar é uma barreira protetora fundamental para manter a integridade do organismo. A descontinuidade da pele estimula o mecanismo cicatricial para promover a renovação epitelial, este mecanismo pode ser dividido em 3 fases interdependentes e sobrepostas: fase inflamatória ou inicial, fase proliferativa ou de fibroplasia, e a fase de maturação ou remodelação. Calophyllum brasiliense Cambess pertence à família Clusiaceae e é conhecido vulgarmente como guanandi, guarandi ou jacareúba. Algumas espécies do gênero Calophyllum são frequentemente empregadas na medicina popular para o tratamento de diversas patologias. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito cicatrizante do extrato do Calophyllum brasiliense Cambes em lesões cutâneas de ratos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo experimental realizado no município de Cascavel – PR, teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa no Uso de Animais da Faculdade Assis Gurgacz, com parecer nº 032/2012. Foram utilizados 45 ratos Wistar, machos, divididos em três grupos experimentais: grupo Calophyllum (GA), Controle (GB) e Dersani® (GC). Após a indução anestésica foi realizada uma lesão na região dorsal com 4 cm². Os animais foram tratados respectivamente com a pomada do extrato do Calophyllum brasiliense C. (0,32 g), com o excipiente da pomada sem princípio ativo (0,3 g) e com Dersani® (0,2 ml). A análise deu-se através da mensuração das lesões com a utilização de paquímetro digital e cálculo da área da ferida no 7º, 14º e 21º dia de pós-operatório. **RESULTADOS:** A análise demonstrou uma evolução significativa no processo de cicatrização das lesões do grupo GA (2,79 cm²) quando comparado com as do GB (3,58 cm²), no 7º dia, p=0,0379, e com os demais grupos GA (0,55cm²), GB (1,61cm²) e GC (1,11cm²) no 14º dia, p=0,0012. **CONCLUSÃO:** O extrato do Calophyllum brasiliense Cambess acelerou de forma significativa a cicatrização das lesões na pele dos ratos.

PO - 128 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CREME COM FUNÇÃO BARREIRA NO TRATAMENTO DE DERMATITES ASSOCIADAS A INCONTINÊNCIA: UM RELATO DE CASO

MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA¹; GRAZIELA DE OLIVEIRA CALDAS CAMPOS²; IRAILDES PORTELA DE SANTANA SANTOS³; ADELSON HEVERTON ARAÚJO DE SOUZA⁴; MICHELY MACHADO DA PURIFICAÇÃO⁵

¹TECNOVIDA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL;

^{2,3,4,5}HGCA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Dermatite; incontinência; Função Barreira.

Estudos mostram que 42% dos pacientes internados em hospitais são acometidos por dermatites associadas a incontinência (DAIs), e também tem sido um problema constante no tratamento de pacientes acamados que necessitam de cuidados intensivos; essas lesões podem levar a sérios problemas como uma infecção generalizada, prolongamento do internamento, desconforto e dor, caso não seja tratada adequadamente. A enfermagem tem papel fundamental nesse aspecto buscando encontrar uma terapêutica adequada que traga boa resolução para essas lesões. Dentre as terapêuticas utilizadas, o creme com função barreira possui propriedades que tem contribuído para tratamento das DAIs, com formação de uma camada protetora da área lesionada favorecendo o processo de cicatrização. Esta pesquisa tem como objetivo relatar a experiência do uso do creme com função barreira no tratamento da DAI. Trata-se de um relato de caso, com método descritivo, de um paciente acometido por uma dermatite associada a incontinência, internado em uma UTI de um hospital público na cidade de Salvador (BA), no ano de 2015. Foram feitas busca de informações através do prontuário, das anotações de enfermagem, observações diretas e acompanhamento da evolução da lesão após administração desses curativos e registro fotográfico sistematizado pelos autores. Para realização da pesquisa foram utilizados os critérios éticos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo previamente autorizado pela Direção do Hospital e colhida assinatura do termo de consentimento. A evolução do caso foi realizada com um paciente idoso, D.B, 66 anos, internado dia 04/06/2015 para realizar uma embolectomia femoral D, portador de HAS e DM, evoluiu com um AVC, necessitando de internamento para cuidados intensivos na UTI, apresentou vários episódios diarreicos por alguns dias, desenvolvendo uma dermatite associada a incontinência na região interna da coxa e genitália, lesão superficial, hiperimeada, não fungica, apresentando descamação da derme; fez uso do creme com função barreira após higiene íntima com água e sabão em cada troca de fralda, ao final do período do estudo, observou-se uma evolução acentuada com melhora e cicatrização total da lesão. Diante das evidências observadas, conclui-se que o resultado com o uso de creme com função barreira no tratamento de DAIs foi satisfatório e eficaz, sendo a terapêutica escolhida uma importante alternativa.

ÚLCERA DO PÉ DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: IMPLEMENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

MARIANA PICOLLI DA LUZ DA LUZ¹; GECILAINE DA SILVA²; ELIZANDRA DE SOUZA PINHEIRO³; PRISCILA DELBONI MEDINAS⁴; ARMINDA REZENDE DE PÁDUA DEL CORONA⁵

^{1,3,4}SESAU CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL;

²SANTA CASA, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL;

⁵UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Úlcera; Pé Diabético.

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica em franco crescimento nos países desenvolvidos que acarreta elevados custos humanos, sociais e econômicos. Dentre as complicações, as úlceras dos pés representam a maior causa de amputação não traumática das extremidades inferiores. A neuropatia diabética pode estar presente antes da detecção de perda de sensibilidade protetora, resultando em maior risco de desenvolver úlcera. Assim, é fundamental a aplicação de um adequado instrumento de avaliação dos pés das pessoas com DM visando mitigar as complicações neuropáticas periféricas e subsidiar a indicação precoce da palmilha, a fim de ofertar uma melhor redistribuição de carga pressórica plantar. Diante disso, o Colegiado de Enfermagem da Qualidade da Assistência aos Portadores de Feridas da Secretaria Municipal de Campo Grande/MS-SESAU debateu entre outros temas de cuidados com feridas na atenção primária a saúde, a implementação de uma das estratégias de prevenção às complicações com os pés. **OBJETIVO:** Relatar a trajetória de revisão do instrumento de avaliação dos pés de pessoas com DM. Apresentar a necessidade da elaboração do protocolo de indicação precoce da palmilha para prevenção de úlcera nos pés. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada nos Portais: BVS, Saúde Baseada em Evidências e Periódicos da CAPES, selecionados os artigos do período de 2008 a 2015. Após estabelecido um plano de trabalho denominado de Revisão do Instrumento de Avaliação dos Pés de Pessoas com DM. **RESULTADOS:** Os instrumentos de avaliação dos pés facilitam a classificação do grau de risco para úlceras e fundamenta as condutas preventivas a serem orientadas ao paciente. Existem evidências quanto à importância dos dispositivos como palmilhas e calçados na redução dos picos de pressão plantar quanto a formação de lesões e redução de custo. Na SESAU de Campo Grande/MS existe um Comunicado Interno do ano de 2011 quanto à indicação da confecção da palmilha pelo ortesista, o colegiado diante dos benefícios desta identificou a necessidade de revisão do instrumento para sua indicação ser a partir do grau zero e a criação de um protocolo de normatização de assistência aos pés diabéticos. **CONCLUSÃO:** A criação do protocolo com justificativa da indicação precoce da palmilha no formulário de avaliação dos pés da pessoa com DM como estratégia de cuidados da atenção básica beneficiará um maior número destes, tornando a prática clínica qualificada, valorizada e reconhecida.

PO - 130 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTUDO COMPARATIVO DE TRÊS DIFERENTES SCAFFOLDS PARA CRESCIMENTO DE CÉLULA TRONCO MESENQUIMAL, FIBROBLASTOS E QUERATINÓCITOS

ONDINA SILVIA COTRIM; HELGA CAPUTO NUNES; ANA CAROLINA PICOLO PASIAN; ELENICE DEFFUNE; ROSANA ROSSI FERREIRA
LABORATÓRIO DE ENGENHARIA CELULAR/HEMOCENTRO/HC/FMB/UNESP, BOTUCATU - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Engenharia de tecidos; Scaffolds; Curativos biológicos.

INTRODUÇÃO: A Engenharia de Tecidos consiste na regeneração de órgãos e tecidos, obtidos através da coleta de partes de órgãos ou tecidos, que, dissociados em células, são cultivadas sobre suportes biológicos ou sintéticos (scaffolds), tendo como principal premissa o reestabelecimento e recuperação da funcionalidade do tecido lesado ou perdido. Dentro da Engenharia Biomédica e de Biomateriais, o Laboratório de Engenharia Celular do Hemocentro de Botucatu/UNESP possui, desde 2001, pesquisas na área de produção de curativos biológicos, que interagem nas fases do processo cicatricial, nos vários tipos de feridas crônicas (FC). Diante da realidade de que o tratamento das FC englobam altos custos econômicos, sociais e humanos, comprometendo a vida dos indivíduos e da necessidade de se otimizar e minimizar o impacto negativo do descarte de hemocomponentes excedentes da prática transfusional, o desafio é buscar alternativas de scaffolds para Terapia Celular. **OBJETIVOS:** Avaliar o desempenho de diferentes arcabouços biológicos como a cola de fibrina, gel de plaquetas e membrana de quitosana dopada com fatores de crescimento extraídos de plaquetas, para cultura de células. **MÉTODO:** Após a aprovação do CEP, nº151/2013, foi coletado 1 fragmento de pele e 1 de gordura de 5 pacientes. Estes tecidos foram submetidos a protocolos de dissociação mecânica, enzimática e por explante, seguido de isolamento, semeadura e expansão das células obtidas: células-tronco mesenquimais (CTMs), fibroblastos e queratinócitos. As células foram cultivadas até a 4ª passagem, caracterizadas e separadas em 2 grupos: testes pré e pós-scaffold, que consistiu nas análises de imunofenotipagem, imunocitoquímica, dosagem de citocinas inflamatórias no sobrenadante de cultura, teste do cometa e anexinaV/Iodeto de propídeo-apoptose/necrose. **RESULTADOS:** As culturas obtidas foram cultivadas e amplificadas. Os queratinócitos foram de difícil cultivo, inviabilizando a continuidade dos experimentos. Tanto as CTMs de tecido adiposo quanto os fibroblastos, foram amplamente isolados, amplificados e o banco celular estabelecido. Nas análises de imunocitoquímica com os anticorpos específicos houve 100% de expressão, comprovando-se o fenótipo de fibroblasto para essa análise. Os scaffolds foram obtidos com sucesso assim como o cultivo das células sob tais estruturas. **CONCLUSÕES:** os scaffolds apresentaram-se como bons arcabouços para o cultivo de CTM-TA e fibroblastos, tornando-se viável a incorporação de células.

ESTUDO DE FASE CLÍNICA I UTILIZANDO MEMBRANA DE QUITOSANA DOPADA COM HORMÔNIOS DERIVADOS DAS PLAQUETAS

**ONDINA SILVIA COTRIM; SIMONE DA SILVA FERREIRA; MARIA APARECIDA CUSTÓDIO DOMINGUES; ROSANA ROSSI FERREIRA; ELENICE DEFFUNE
HEMOCENTRO DA UNESP DE BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.**

Palavras-chave: Úlcera varicosa; Curativo biológico; Quitosana.

As Feridas Crônicas (FC) constituem desafio constante para laboratórios farmacêuticos. O Hemocentro de Botucatu desenvolve há 13 anos produtos formulados a partir do Concentrado de Plaquetas excedentes da prática clínica. Um destes produtos é o gel laminar de plaquetas (GP). Pesquisas na área de enfermagem identificaram oportunidades de melhorias para o GP: membrana de quitosana dopada com hormônios plaquetários (Quitogel). Após aprovação do CEP nº 4102-211 foi delineado este projeto em pacientes portadores de FC utilizando o Quitogel comparando com o GP. Trata-se de um estudo prospectivo, do tipo ensaio clínico controlado estabelecendo o perfil de pacientes atendidos. Nos últimos 24 meses foram atendidos 135 novos casos de FC, sendo 45 do sexo masculino, com idade média de 49,57 anos e o tempo de ferida aberta foi de 87,57 meses. Do sexo feminino foram 90 casos, com média de idade de 52,91 anos e tempo médio de ferida aberta foi de 114,76 meses. 81% das FC eram venosas em mulheres contra 64% em homens. As FC traumáticas (9%) foram mais prevalentes em homens, contra 2% em mulheres e as feridas diabéticas atingiram mais os homens (11%). Dos produtos comercializados mais usados pelos pacientes, destacam-se a colagenase (16%), sulfadiazina de prata (12%), fibrase® (10%), papaína (6%), Safgel®(5%), hidrogéis 5%. Foi identificado alto índice de automedicação, fato que compromete o resultado do tratamento, onde 33 (44,55%), pacientes informavam ter um produto prescrito, mas usam voluntariamente outros 2 não prescritos. Dos 135 pacientes, 27 deles tinham 31 lesões que foram acompanhadas por 90 dias. Quanto à comparação dos produtos observou-se que o Quitogel é de fácil armazenamento (TA) e a hidratação com SF libera gradativamente os hormônios plaquetários, não favorece o crescimento bacteriano, controla hemorragias, a vida de prateleira é de 2 anos, porém apresenta como desvantagens o fato de que aderem demasiado na área lesada danificando o tecido no momento da troca a cada 4 dias. O GP é totalmente absorvido, não tendo material excedente na hora da troca de curativos, mas é de difícil manipulação (escorregadio), necessita ser estocado em geladeira e sua vida de prateleira é de apenas 15 dias e favorece o crescimento bacteriano. Quanto aos aspectos histopatológicos ambos os produtos promovem a neoangiogênese, porém o Quitogel determinou processo inflamatório intenso. Não houve diferença estatística quanto ao tempo de fechamento das lesões entre o GP e Quitogel.

PO - 132 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PROCEDIMENTOS CURATIVOS EM ÚLCERAS POR PRESSÃO: RELATO DE CASO

JESSICA OLIVEIRA LOBO¹; DANIELA DE JESUS GOMES COSTA²; DANIELE DA CRUZ BARROS ESTRELA³; GABRIELLA COUTINHO RODRIGUES⁴; MARILTON BRITO SOARES⁵

^{1,2,3,5}HGE, SALVADOR - BA - BRASIL;

⁴TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Procedimentos Curativos; Prata.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão é um dos maiores desafios no cuidado aos pacientes internados restritos ao leito. Segundo a NPUAP (2014) a úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e tecidos subjacentes, usualmente sobre uma proeminência óssea, secundárias a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinada com fricção e cisalhamento. O tratamento das feridas tem como objetivo manter um ambiente local fisiológico, para tanto é necessário controle microbiano, limpeza, remoção de tecido não viável, manejo do exsudato, manutenção de ambiente úmido e proteção. O enfermeiro é o profissional responsável por conduzir este processo, desde a avaliação até as condutas de medidas preventivas. **OBJETIVO:** Descrever a evolução de uma úlcera por pressão em tratamento com coberturas especiais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo sob a forma de relato de caso clínico em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, no período de abril à julho de 2015 em paciente com úlcera por pressão em trocâter direito, esquerdo e sacra. **RESULTADOS:** O tratamento das lesões foi iniciado com coberturas disponíveis na instituição, como hidrofibra e gaze antimicrobiana durante 26 dias, porém com o aumento significativo do exsudato purulento e diminuição do intervalo de trocas, optou-se por utilizar espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata e absorção 3d associada ao creme com função barreira em bordas para prevenir maceração. Após esta mudança, o tempo de troca do curativo foi modificado de 02 para 03 dias, com redução progressiva e importante do exsudato nas lesões, associado à retração de bordas e aumento do tecido de granulação, além de excelentes resultados no controle dos sinais infecciosos. Com o creme com função barreira em bordas, houve melhora na sua contração e epiteliação, visto que as bordas foram mantidas íntegras. O término do tratamento se deu devido ao óbito do paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os procedimentos curativos cada vez mais ganham novas tecnologias desde a prevenção ao tratamento das lesões. A espuma de poliuretano com prata associada ao creme dermoprotetor em bordas mostrou-se eficaz no tratamento da ulcera por pressão, com um melhor manejo do exsudato, controle microbiano e preservação da borda, sendo assim a principal terapia de escolha para conclusão deste caso.

TRATAMENTO DE QUEIMADURA COM ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA – RELATO DE CASO

GABRIELLA COUTINHO RODRIGUES¹; ADRIANA SANTOS²; HERISSON ALAN SANTOS MARTINS³; VANI MARIA DA SILVA SANTOS⁴; DENISE DO NASCIMENTO ESQUIVEL⁵

¹TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL;

^{2,3,4,5}HGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Procedimentos Curativos; Prata.

INTRODUÇÃO: As queimaduras se constituem em um dos maiores traumas a que um ser humano pode ser exposto, com uma resposta metabólica e inflamatória intensa que se perpetua e amplifica com o tecido queimado e que possui importante morbidade e mortalidade. As queimaduras podem expor uma grande área do corpo, deixando o paciente susceptível a infecção, portanto o curativo de escolha para estes casos tem sido a prata. **OBJETIVO:** Relatar o caso do tratamento de uma queimadura de espessura parcial com uso de espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata. **MÉTODO:** Trata-se de um caso clínico de um paciente do sexo masculino, dois anos de idade, internado na unidade de pediatria de um hospital público de Salvador, no período de 11/07/2015 à 17/07/2015, apresentando queimadura de espessura parcial em tronco e membro inferior direito secundária à escaladura. Foi utilizado solução com phmb 0,2% e espuma de poliuretano com prata de liberação sustentada e bordas biseladas. A avaliação e evolução foram realizadas a cada troca por meio de câmera e régua para mensuração da área da ferida com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela genitora. **RESULTADO:** Com uma troca de curativo com intervalo de 04 dias, foi possível observar epitelização significativa da área queimada, o que permitiu alta da instituição com orientações para casa. **CONCLUSÃO:** A cobertura de espuma de poliuretano com prata evidenciou resultados significativos na epitelização da lesão com tratamento por 04 dias e alta da instituição com 07 dias, favorecendo um tratamento rápido, reduzindo os riscos intrínsecos à internação e redução de custos no tratamento.

PO - 134 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO CLIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GRACIENE FERREIRA SILVA¹; NÍVEA GIANOTTI CORREIA²; CLAUDEMIR SANTOS DE JESUS³; SUELLEN MUNIZ VIANA MANHÃES⁴; CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA BROCHADO⁵

^{1,3,4,5}UNIESP DUQUE DE CAXIAS, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL;

²UNIVERSIDADE GAMA FILHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Revisão; Cuidados de enfermagem; Pé Diabético.

Uma das causas mais frequentes de amputações é a alta prevalência do pé diabético, por muitas vezes, combinada com a isquemia e infecção, o que acarreta no comprometimento da produtividade e qualidade de sobrevivência da clientela, sendo reconhecido como um importante problema de saúde pública. Desta forma, o enfermeiro nas suas atribuições, realiza o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados necessários aos portadores de pé diabético, para assim, através do controle dessa complicação, oferecer suporte para a cicatrização. O estudo tem o objetivo de analisar a importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro ao cliente portador de Pé Diabético. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, com abordagem qualitativa, cujos critérios de inclusão foram: artigos na íntegra, livros, manuais, que retrataram as produções científicas à temática, no recorte temporal de 2003 a 2013, baseado nas palavras-chave: Revisão; Assistência de Enfermagem; Pé diabético e a questão de pesquisa foi: qual a importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro ao cliente portador de Pé Diabético? Os resultados apontaram 16 produções, divididas em: 12 artigos, dos anos de 2003 (01), 2007 (01), 2008 (01), 2009 (04), 2010 (02), 2011 (02), 2012 (01); 01 dissertação em 2004 (01); 02 manuais publicados nos anos de 2006 (01), 2009 (01); e 01 livro de 2009 (01). Assim, consideramos, que o enfermeiro é importante à promoção e recuperação da saúde, através da sistematização da assistência de enfermagem, voltado para clientela, no intuito de contribuir para a diminuição das complicações e evitar o isolamento social, prevenção de infecções, controle das doenças sistêmicas e cicatrização do pé diabético da clientela e quando a ferida apresenta muito exsudato. Concluímos, que ao realizar a leitura das diversas literaturas à temática, ficou evidente a presença do enfermeiro no cuidado de enfermagem, para assistir a clientela, entendendo quais suas angústias e privações, como também os déficits das informações importantes para adesão ao tratamento após internação, sempre focado na necessidade da intervenção da equipe multidisciplinar, como o psicólogo, médico, nutricionista e o próprio enfermeiro no autocuidado, para que o cliente diminua suas frustrações relacionadas ao tratamento, por ser longo, caro e desgastante.

AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: UMA PROPOSTA EDUCATIVA NA CLÍNICA CIRÚRGICA

LIANA ROSA R. FERNANDES¹; CLEONICE DE LIMA E SILVA²; KAROLINE DUFFRAYER³; YASMIN MENDES VICTOR⁴; ELIZABETH KÖLBLINGER PEREIRA GONÇALVES⁵

¹UNIRIO/HFB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{2,5}HFB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{3,4}UFF/HFB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Pé Diabético; Úlcera Diabética; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica resultante de defeitos da secreção de insulina, e que é responsável pelo controle do nível de glicose no sangue. Os efeitos principais da doença são hiperglicemia crônica, com alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas; e as complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 corresponde, aproximadamente, a 90% dos casos e dentre suas complicações crônicas destacam-se as lesões ulcerativas em membros inferiores. No Brasil, a prevalência de ulceração nos pés de diabéticos tipo 2, vai de 5% a 10%, e 15% destes, terão algum tipo de lesão nos pés ao longo da vida. A projeção é de chegar a 300 milhões de portadores de DM no mundo em 2030. A prevalência de úlceras nos pés atinge 4% a 10% das pessoas portadoras de diabetes. Cerca de 40% a 60% das amputações não traumáticas de membros inferiores ocorrem nesses pacientes sendo que 85% destas são precedidas de úlceras nos pés. **OBJETIVOS:** Descrever assistência de enfermagem com paciente apresentando pé diabético. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência vivenciado com um paciente que foi admitido no setor de Clínica Cirúrgica de um Hospital Federal do Rio de Janeiro, para abordagem de neoplasia de colón ascendente, o mesmo apresentava um mal perfurante em polpa digital do hálux esquerdo. **RESULTADO:** Relato do Caso: Paciente do sexo masculino, 57 anos, Apresentava hematoquezia e queda do estado geral. Diabético em uso de metformina. Presença de mal perfurante em polpa digital de hálux esquerdo. Realizado curativo e orientado quanto aos cuidados com o pé diabético. Discussão do **RESULTADO:** O cuidado e tratamento do pé diabético consiste em orientações ao paciente e família para o autocuidado, como: observar diariamente os pés, atentando para bolhas, fissuras, calosidades e inchaço; lavar diariamente o pé com sabão neutro e secar bem; realizar curativo com soro fisiológico e ocluir com gaze estéril; controlar glicemia; evitar andar descalço; usar sapatos confortáveis para evitar pressão excessiva no pé; cortar as unhas para evitar futuras lesões. **CONCLUSÃO:** Para uma assistência de enfermagem de qualidade devemos assegurar a integralidade do cuidado, em conjunto com a educação em saúde do paciente e família, estimulando o autocuidado e sensibilização sobre as complicações da Diabetes.

PO - 136 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TECNOLOGIA AVANÇADA EM FERIDAS: O USO DE CURATIVOS DE ESPUMA DE POLIURETANO COM ABSORÇÃO SUPERIOR EM MANEJO DE ÚLCERA VENOSA

MILLENA KAROL DOS SANTOS SILVA¹; KARLA SILVA MARQUES²; VIVIANY ALVES SOARES³; LUIZ CARLOS FURINI SALVADOR⁴; RAFAELA SOARES DE ARAUJO AMORIM MOREIRA⁵

^{1,2}MAPE PRODUTOS HOSPITALARES, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL;

³COLOPLAST, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL;

^{4,5}HOSPITAL SÃO MATHEUS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Tratamento; Úlcera.

As úlceras venosas são lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores, com grande repercussão social e econômica devido à natureza recorrente e ao longo tempo decorrido entre sua abertura e cicatrização. A linha de curativos de espumas de poliuretano composta por polímeros 3D possui alta capacidade de absorção e manejo do exsudato permitindo uma rápida cicatrização de feridas exsudativas. O trabalho tem como objetivo relatar experiência na terapêutica da úlcera venosa crônica com uso de curativos de espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata e espuma de poliuretano com camada adesiva de silicone. Trata-se de um relato de caso de paciente admitida em unidade de internamento, em instituição particular na cidade de Feira de Santana, Bahia. As avaliações e intervenções das lesões foram realizadas por enfermeiros e cirurgião vascular. Utilizou-se, após consentimento livre e esclarecido do paciente, registros fotográficos, com mensuração e descrição da evolução da ferida em prontuário. Paciente de sexo feminino, 76 anos portadora de insuficiência venosa crônica em MMII. Apresentava lesão ulcerada em membro inferior esquerdo e dorso do pé esquerdo há dois anos, de início após trauma. Na avaliação inicial, as feridas apresentavam-se exsudativas, leito granulado com presença de pouco esfacelo, bordas encrostadas e com aspecto de colonização crítica por bactérias. Edema importante em membro e pele adjacente desidratada com descamação acentuada. Como tratamento foi utilizado inicialmente a espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata iônica para controle bacteriano e após instituiu-se a cobertura de espuma de poliuretano adesiva com camada de silicone para finalização do processo cicatricial. Os curativos eram realizados com intervalo médio de 04 dias. Como adjuvante utilizou-se o creme barreira à base de glicerina em pele adjacente para hidratação e proteção. Após dezessete dias de tratamento e quatro trocas de curativos, observou-se lesões com contração total de bordas e fase final de epitelização. Dessa forma, constatou-se que a linha de curativos de espumas de poliuretano apresentou excelentes resultados para o tratamento da úlcera venosa crônica, com cicatrização efetiva em 17 dias de tratamento, reduzindo custos, período de internação hospitalar e devolvendo a qualidade de vida à paciente. Além disso os curativos se mostraram de fácil aplicação, eficaz controle microbiano e remoção atraumática.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES: AS CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA

FLAVIA DUARTE DA SILVA¹; CARLOS HENRIQUE MARINHO DA SILVA²; CLAUDEMIR SANTOS DE JESUS³; CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA BROCHADO⁴; VIVIANE MORAES DE OLIVEIRA PORTELA⁵

^{3,4,5}FACULDADE UNIESP DUQUE DE CAXIAS, SAO JOAO DE MERITI - RJ - BRASIL;

²UNIVERSIDADE GAMA FILHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Revisão; Cuidados de enfermagem; Úlcera Varicosa.

As úlceras venosas são relatadas desde os papiros antigos e, atualmente, ainda constituem causas frequentes entre as lesões crônicas, sendo caracterizadas por perda circunscrita ou irregular do tegumento, a qual acomete extremidades dos membros inferiores e a causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular venoso. **OBJETIVO:** analisar a implementação dos cuidados de enfermagem ao cliente portador de úlcera venosa. Pesquisa de revisão de literatura, qualitativa, com critérios de inclusão: artigos na íntegra que retratassem a temática, monografias, dissertações, teses e livros, no recorte temporal de 2005 a 2012, com os descritores baseados em: Enfermagem; Úlcera Varicosa; Cuidados de Enfermagem, cuja questão de pesquisa foi: Como é implementado os cuidados de enfermagem ao cliente portador de úlcera venosa? Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos e/ou em forma de resumo, resenha, produções que não retratassem a temática, e estudos fora do recorte temporal estipulado. Na busca utilizamos a Biblioteca Virtual da Saúde, nas bases de dados BDEF, LILACs e a biblioteca setorial de um Centro Universitário da Zona Centro do Rio de Janeiro. O resultado emergiu 40 produções, excluindo 27, captando 11 artigos, 01 tese, 01 monografia de graduação e na Biblioteca setorial, havia apenas 01 livro relacionado à temática. Os estudos apontaram, à necessidade do enfermeiro na avaliação dos portadores de úlcera venosa, para definir a melhor conduta no tratamento da lesão, pois ao estabelecer comunicação terapêutica visando à valorização das queixas apresentadas e o respeito à particularidade de cada indivíduo, podemos traçar um plano de cuidado eficaz, baseado nos aspectos, que envolve as condições socioeconômicas, atividade laboral, fatores de risco e hábitos de vida, além de tornar o portador e seus familiares sujeitos ativos desse processo, envolve a atenção da equipe de enfermagem nos itens como o estado geral e as necessidades básicas dos pacientes. **CONCLUSÃO,** através do estudo evidenciamos que as úlceras venosas configura um problema de saúde pública com incidência crescente, cujo tratamento é longo, complexo, oneroso e com altos índices de recidiva, que implica em especificidade técnico-científico, prestado por profissionais qualificados, com abordagem terapêutica interdisciplinar, formada por: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, buscando o cuidado eficaz e seguro a clientela.

PO - 138 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

VIVÊNCIAS DA COMISSÃO DE CURATIVOS A UMA ADOLESCENTE ONCOLÓGICA COM DEISCÊNCIA OPERATÓRIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MONIA VIEIRA MARTINS; LIZ MONIQUE DA FONSÊCA MEDEIROS; JULIANA FERREIRA GOMES DE MORAIS; THATYANE GUERRA OLEGÁRIO; SIMONE MARIA DA SILVA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Neoplasia; Deiscência de ferida operatória; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO: O câncer em crianças e adolescentes é considerado raro e com alto potencial de cura quando o tratamento for iniciado precocemente. No entanto, os pacientes oncológicos, frequentemente, apresentam complicações graves após cirurgia abdominal. A deiscência da ferida operatória representa uma grave complicação, sendo definida como a separação dos planos profundos. Fatores diversos podem estar relacionados como a idade do paciente, desnutrição, infecção, anemia e câncer avançado, além do uso de medicamentos citostáticos e corticosteroides. **OBJETIVO:** Relatar o processo de tratamento e cura de uma adolescente oncológica com deiscência de ferida operatória. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo Relato de Caso, durante internação no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal/RN, no período maio de 2014 a junho de 2015, sendo acompanhada pela Comissão de curativos da instituição. A coleta de dados ocorreu através da anamnese e exame físico, pesquisa de prontuário e registro fotográfico da lesão. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 18 anos, gestante no curso de 30 semanas, com recidiva tumoral. Internada para realizar parto cesáreo, ressecção de tumor abdominal pélvico e colectomia direita. Devido a choque refratário, encaminhada a UTI. Sendo submetida posteriormente a cinco procedimentos cirúrgicos abordando a cavidade abdominal, ficando a ferida aberta para cicatrizar por segunda intenção. Além da necessidade do tratamento quimioterápico. Na avaliação, a ferida abdominal apresentava deiscência em toda sua extensão, grande quantidade de exsudato amarelado, sem odor, esfacelo em porção inferior, exposição da aponeurose em terço inferior, granulação rosada, entremeada por fibrina. A cobertura inicial foi hidrofibra para área de maior drenagem e alginato de cálcio, posteriormente optou-se por hidrogel e rayon com petrolatum. **CONCLUSÃO:** A terapêutica instituída com o uso de hidrofibra e alginato de cálcio indicadas por serem adequadas para preenchimento de cavidade e promover o meio úmido, por sua capacidade de absorção, auxiliaram no desbridamento autolítico. Com a evolução da ferida para um leito granuloso e menos exsudativo optou-se pelo uso da gaze de rayon com petrolatum, por ser uma cobertura não aderente e permeável associada ao hidrogel, mantendo o meio úmido, a fim de otimizar a cicatrização por segunda intenção. Por fim, a paciente realizou cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal e cirurgia plástica reparadora.

IDADE, COMORBIDADES E ULCERA POR PRESSÃO: UM RELATO DE CASO DA TRÍADE NA EVOLUÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO EM ÂMBITO HOSPITALAR

HÉRMERSON NATHANAEL LOPES DE ALMEIDA¹; ANA CRISTINA DE OLIVEIRA MONTEIRO MOREIRA²; WILLAN NOGUEIRA LIMA³

¹UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL;

²UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA - CE - BRASIL;

³FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Idade; Úlcera por Pressão; Morbidade.

O cuidado de pacientes com lesões de pele tais como as úlceras por pressão (UPs), manejo e/ou tratamento específico, exige do enfermeiro e da equipe multiprofissional o delineamento de estratégias capazes de atender suas necessidades e principalmente, quando este, está associado a doenças de base. O estudo objetiva descrever a evolução clínica, a partir de um relato de caso, de úlcera infectada e sua relação idade/comorbidades em âmbito hospitalar. Trata-se de um relato de caso, com abordagem qualitativa, realizado durante o período de internação de Julho a Agosto do referente ano, em um hospital, na cidade de Fortaleza – CE. Os dados foram formulados durante os plantões noturnos de um profissional enfermeiro, que a observou durante 12 plantões. Compreendendo, estado geral, motivo da internação, doenças de base, tratamento, gravidades e evolução. Formulou-se termo de compromisso anexado ao prontuário, possibilitando o seguinte caso: Paciente, 87 anos, consciente, com períodos de desorientação, em suporte de oxigênio, emagrecida, aceitando pouca dieta via oral. Admitida em unidade clínica, para tratamento de úlcera sacral infectada, grau III e portadora de Acidente Vascular Cerebral, com sequelas á esquerda. Hipótese diagnóstica além da úlcera infectada, anemia grave e distúrbio hidroeletrólítico. Ao tratamento seguiu em uso de antibióticos, passagem de sonda nasoenteral, reposição de eletrólitos e hemotransfusão, quanto a úlcera a mesma apresentava odor fétido, esfacelos em bordas, fibrina ao centro e desvitalizado com enorme extensão, tratando no domicílio com pomadas e indicações populares. Com o passar dos dias a úlcera foi evoluindo para tecido necrótico e desvitalização plena, adotado várias condutas como utilização de curativo biológico com mudanças para 3 coberturas, realizadas em dias alternados e por conseguinte diários e por fim 2x ao dia, além de possibilidade de intervenção cirúrgica, sem sucesso e não havendo tratamento eficaz para o diagnóstico principal de internação. Conclui-se a relação idade-comorbidades-úlcera, pois estas estão diretamente ligadas para um alcance satisfatório e um eficaz processo de cicatrização, além da ação multiprofissional e interdisciplinar junto ao tratamento. Além de enaltecer que a forma mais eficaz de tratar úlceras por pressão é de fato á prevenção, principalmente, para aqueles pacientes que já possuem um alto grau de fragilidade além da necessidade de transcender esses cuidados preventivos para o domicílio.

PO - 140 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA COMPRESSIVA NO MANEJO DE ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS: A PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS

MARIANA DE SÁ SILVA¹; SONIA REGINA DE SOUZA²; MARA BLANCK³; MARIA FERNANDA PALERMO DA SILVA⁴¹INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/ FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;^{2,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;³SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM FERIDAS E ESTÉTICA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**Palavras-chave:** Enfermagem; Úlcera venosa; Bandagens compressivas.

INTRODUÇÃO: Úlcera venosa é caracterizada como incapacidade ou anormalidade do funcionamento do sistema venoso, entre o fluxo de sangue arterial que chega ao membro inferior e o fluxo venoso que retorna ao átrio direito, devido a uma incompetência valvular que gera hipertensão venosa que poderá afetar o fluxo venoso superficial e/ou profundo. A terapia compressiva (TC) pode ser utilizada para tratamento de lesões causadas por problemas vasculares ou mesmo para evitar maiores complicações, sendo de grande importância a equipe de saúde deter o conhecimento das terapias existentes no mercado e aplicação correta. **OBJETIVOS:** identificar os tipos de TC mais utilizadas pelos enfermeiros; apontar, na perspectiva dos enfermeiros, os recursos necessários para aplicação segura; descrever as etapas do procedimento de aplicação das TC utilizadas pelos enfermeiros. **MÉTODO:** estudo qualitativo do tipo exploratório. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete enfermeiras especialistas. APROVAÇÃO NO CEP: Parecer do CEP-478.386 com CAAE-22930813.0.0000.5285. **RESULTADOS:** As enfermeiras aplicam a TC de forma consensual. A bandagem inelástica de pasta de unha foi a terapia mais abordada entre as entrevistadas, que iniciam o enfaixamento no metatarso, sem comprimir o quinto pododáctilo. Dá-se duas voltas para sustentar e sobe em espiral cobrindo o calcâneo. Faz-se uma circular e, a partir do tornozelo, movimento de 8, com uma sobreposição de 75% entre as camadas, respeitando a lei de Laplace. Termina 2 a 4 dedos abaixo do joelho. Caso sobre bandagem a recomendação é cortar e descartar. Uma entrevistada percebeu em sua prática que pacientes evitavam deambular por incômodo no calcâneo, e aprimorou sua técnica, começando acima do metatarso e não cobrindo o calcâneo, tendo observado melhora na cicatrização das lesões. Outra aplicabilidade da Bota de Unna é a técnica em retalhos para pacientes com anemia falciforme. Em conformidade com os protocolos, foram abordados meios para serem observados para aplicação segura da TC: avaliação de exames (Doppler recente e Índice Tornozelo/Braço-ITB) e avaliação clínica. **CONCLUSÃO:** Apenas uma das entrevistadas obteve abordagem da TC e sua aplicabilidade na universidade, mostrando uma deficiência de abordagem da temática; é relevante lembrar também a importância dos representantes de empresas de coberturas, pois muitos enfermeiros aprendem sobre com estes profissionais; a técnica deve evoluir para melhor cicatrização e bem-estar do paciente.

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE DOS ÍNDICES DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SUANNY OLIVEIRA PORTO¹; RITA PATRIZZI MENDONÇA²; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM³; PAULA TOREZANI DE SOUZA⁴; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO⁵

^{1,4}SALGADO DE OLIVEIRA, SAO GONCALO - RJ - BRASIL;

^{2,3,5}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em Serviço; Educação; Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO: Estudos apontam que nos EUA a incidência de úlceras por pressão (UP) em hospitais é de 15%, no Reino Unido é de 4 a 10% e no Brasil de 2% a 66%. De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, seu desenvolvimento tem a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades da população, conforme os princípios do SUS. Desse modo o treinamento em serviço pode ser entendido como parte integrante da Educação Permanente uma vez que, atua na capacitação técnica do profissional, de acordo com as exigências tecnológicas, organizacionais e de mercado.²

OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na realização de ações de treinamento em serviço, visando o controle dos índices de úlcera por pressão. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo, exploratório, que descreve a experiência de realizar atividades de treinamento em serviço, em um hospital privado do município de São Gonçalo- Rio de Janeiro, como estratégia de redução dos índices de úlcera por pressão. Este estudo é parte de um projeto maior de pesquisa/extensão desenvolvido desde o ano de 2010, intitulado Gerência do Cuidado de Enfermagem a Pacientes Portadores de Lesões Cutâneas. O projeto teve aprovação do CEP sob nº CMM/HUAP nº 149/2010. Foram realizados treinamentos diários em todos os setores do hospital, durante um período de um mês. Os treinamentos foram planejados com base em levantamento anterior das necessidades de capacitação para equipe de enfermagem, operacionalizado através de aula expositiva sobre tipos de cicatrização, características dos tecidos, fatores de risco, prevenção de UP e realização de curativos. Os treinamentos foram ministrados pela enfermeira do Núcleo de Educação Permanente e tinham a duração de aproximadamente 20 minutos. **RESULTADOS:** A análise observacional realizada durante os treinamentos afirmou a necessidade de treinamentos periódicos, uma vez que as equipes de enfermagem demonstraram um conhecimento insuficiente dos temas abordados, principalmente relacionado ao tratamento adequado das úlceras por pressão. **CONCLUSÃO:** A prevenção de úlceras por pressão ultrapassa atitudes meramente administrativas, a educação tem um papel de destaque nos processos preventivos e de tratamento, uma vez que propõe não apenas uma mudança de atitude e o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas a construção de novos conhecimentos.

PO - 142 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DE STRYPHNODEDRON BARBATIMAM NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ESTÁGIO III: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RITA PATRIZZI MENDONÇA¹; PATRICIA ALESSANDRA MOURA²; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM³; BERNADETE DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA ALMEIDA⁴

^{1,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, SAO GONCALO - RJ - BRASIL;

²HOSPITAL DO CORAÇÃO SAMCORDIS, SAO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Curativos; fitoterapia.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão representam uma preocupação para os profissionais de saúde principalmente devido a sua multicausalidade, nas quais as mais enfatizadas são imobilidade física, duração e intensidade da pressão, em que a circulação sanguínea é comprimida e entra em colapso, o que resulta em hipóxia, ocasionando isquemia e necrose tecidual.¹ O Brasil é caracterizado internacionalmente como possuidor da maior reserva florestal diversificada do planeta. O potencial dessa flora para uso na medicina tem sido destacado no meio científico. Contudo, ainda é incipiente o que existe de trabalhos com metodologia cientificamente estruturada. A maior parte das publicações são de ensaios empíricos baseados no dito popular.² **OBJETIVO:** Relatar a experiência de enfermeiras na utilização de pomada a base de Stryphnodendron Barbatiman no tratamento de úlceras por pressão estágio III. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, exploratório, que descreve a experiência na utilização de pomada fitoterápica a base stryphnodendron barbatimam, conhecido popularmente como Barbatimão. A utilização da pomada fitoterápica se deu em um hospital da rede privada do município de São Gonçalo – Rio de Janeiro. Utilizou-se a pomada primeiramente nos pacientes hospitalizados do Centro de Terapia Intensiva, setor onde o índice de úlcera por pressão era de 82%, segundo avaliação estatística realizada através de Escala de Braden. A evolução das lesões era acompanhada diariamente por registro fotográfico e registro escrito no prontuário dos pacientes. **RESULTADOS:** Observou-se que o tempo de cicatrização das úlceras por pressão estágio III, com a utilização do fitoterápico, era bastante inferior se comparada a de outros produtos utilizados em úlceras de mesmo estadiamento. **CONCLUSÃO:** O aumento dos custos do tratamento de úlceras por pressão, decorre da necessidade de prestação de cuidados mais complexos, do aumento no tempo de internação e do risco para o desenvolvimento de complicações adicionais, sendo assim a utilização de produtos que otimizem o tempo de cicatrização destas lesões são de extrema importância para a qualidade da assistência prestada ao paciente e para a minimização dos riscos à que este paciente está exposto quando tem sua integridade cutânea prejudicada.

GRUPO DE APOIO SOCIAL AOS PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARLA SENHORINHA SILVEIRA DE ABREU; JOCIMELI ALINE AMARAL DA SILVA
UNIVERSIDADE REGIONAL DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES-URI, SANTIAGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas Crônicas; Grupos de Apoio.

INTRODUÇÃO: A sociedade atual vivencia a hipervalorização da imagem corporal relacionada à juventude, vigor, integridade e saúde. Para Lara et al (2011), a sensação de transmitir imagem negativa aos outros e a falta de autoconfiança comprometem as relações sociais. Além disso, no Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de usuários com alterações na integridade da pele o que contribui para onerar o gasto público, e interferir na qualidade de vida da população (LARA, et al 2011). Diante do exposto, pode-se transpor essa ideia para pensar nos grupos voltados para a Promoção da Saúde como estratégias para uma escuta qualificada, com o intuito de atender as necessidades das pessoas. Os grupos de apoio social devem configurar-se, como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem. **OBJETIVO:** Relatar a vivência profissional e acadêmica no Grupo de Apoio Social aos portadores de feridas crônicas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados no grupo de apoio social aos portadores de feridas crônicas, realizado quinzenalmente durante o mês de março à Julho de 2015, no Centro de Cuidados de Enfermagem. As atividades desenvolvidas foram agendadas previamente e a escolha do tema de interesse do grupo para a próxima data acontecia ao término de cada encontro. Neste contexto, pode-se pensar na atividade grupal pautada na concepção problematizadora da educação (FREIRE, 2005), no sentido de fazer do diálogo e do compartilhamento de experiências entre os sujeitos envolvidos, o caminho que poderá possibilitar a aprendizagem de novos saberes implicados com a saúde. **RESULTADOS:** Acredita-se que as atividades propostas ao Grupo de apoio social propiciaram aos usuários maneiras de enfrentamento em relação às feridas crônicas além de proporcionar espaços de relações interpessoais e socialização de saberes que contribuíram para o aprendizado mútuo. **CONCLUSÃO:** O espaço do grupo permitiu que as pessoas pudessem falar sobre seus problemas/anseios, buscar soluções entre os pares e com profissionais, de forma que o conhecimento circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que vivenciam a doença crônica. Por esse motivo, o apoio social necessita fazer parte do planejamento do cuidado de enfermagem centrado no usuário e estendido a família.

PO - 144 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PRODUTOS DE MAIOR EFICÁCIA NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RITA PATRIZZI MENDONÇA; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM; BERNADETE DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA ALMEIDA; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO; KELLY BATISTA DOS PASSOS GOMES
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, SAO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Feridas; Curativos.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UP) são lesões cutâneas caracterizadas por áreas localizadas de isquemia e posterior necrose tecidual, com alterações locais tipo calor, eritema, sensibilidade local e, quando infectadas, com secreção purulenta e odor fétido. Sua etiologia é de natureza multifatorial, que incluem fatores extrínsecos, como compressão prolongada, cisalhamento ou fricção dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa; e, fatores intrínsecos relacionados ao estado clínico do paciente, tais como: idade, co-morbidades, condições de mobilidade, estado nutricional, uso de medicamentos, entre outros¹. As UP podem ser consideradas um dano ao paciente que deverá ser notificado como evento adverso². **OBJETIVO:** Analisar as evidências científicas encontradas em bases de dados, sobre quais são os produtos mais eficazes utilizados no tratamento de úlceras por pressão. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada a partir de levantamento bibliográfico eletrônico, de artigos publicados entre 2010 e 2015, nas seguintes bases de dados: Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e Biblioteca Cochrane utilizando os seguintes descritores: cicatrização, úlcera por pressão e curativos. As publicações foram identificadas utilizando-se operador booleano and entre os descritores. Os critérios de inclusão do estudo foram: lesões do tipo úlcera por pressão, pacientes adultos, estudos com seres humanos. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, publicações duplicadas, dissertações, teses, estudos que não abordassem a temática. **RESULTADOS:** Foram encontrados 60 artigos na base Lilacs dos quais 06 atenderam aos critérios do estudo, 299 artigos na base Cinahl dos quais 04 atenderam aos critérios do estudo e 93 na Biblioteca Cochrane dos quais 06 atenderam aos critérios do estudo. **CONCLUSÃO:** Os produtos mais utilizados em âmbito nacional são o ácido graxo essencial e a papaína. Os estudos internacionais mostraram a prevalência da utilização de espuma absorvível como produto de maior eficácia no tratamento de úlceras por pressão.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL TRATADA COM FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA: APRESENTAÇÃO DE CASO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

NEUSA MARIA ALVARENGA¹; ARMELINDA PEDRINI FARIA²; NÚBIA DE PAULA SILVA³

^{1,2}HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL; ³SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, VITÓRIA - ES - BRASIL

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Cicatrização de feridas; Síndromes Compartimentais.

A síndrome compartimental (SC) é definida como o aumento da pressão no espaço compartimental, cuja parede é formada por ossos e por estrutura osteofascial, comprometendo a perfusão tissular e das estruturas adjacentes. O tratamento da SC aguda com a fasciotomia descompressiva visa prevenir a isquemia e necrose neuromusculares. **OBJETIVO:** Relatar a experiência no cuidado de enfermagem e a evolução de um paciente submetido à fasciotomia descompressiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência dos cuidados de enfermagem durante o acompanhamento de um paciente atendido em um Hospital Filantrópico de Vitória, de setembro a dezembro de 2008. Os dados foram coletados retrospectivamente a partir do prontuário e das fotografias de acompanhamento da lesão. Obteve-se o consentimento formal do paciente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** Paciente de 40 anos, cor parda, sexo masculino, admitido no hospital no dia 13/09/80 em caráter de urgência devido a SC secundária à cirurgia de ligamento cruzado posterior realizada dia 11/09/08. Foi submetido à fasciotomia descompressiva de panturrilha e compartimento posterior do membro inferior direito (MID). Apresentava-se estável hemodinamicamente. O MID apresentava sinais flogísticos e limitação de movimento com pulso periférico preservado. Foi solicitada a avaliação da lesão pela comissão de curativos em que foi constatada a presença de exsudato sero-sanguinolento, tecido desvitalizado e bordas irregulares, sendo indicado o uso de papaína a 1%, optou-se por baixa concentração por estar em fase de padronização da papaína. Após 8 dias iniciou-se o uso de carvão ativado com prata, que após 5 dias foi substituído por alginato de cálcio. No dia 1 de outubro, a ferida apresentava média quantidade de exsudato de coloração achocolatada, odor fétido e presença de coágulo. Realizou-se então tratamento com alginato de cálcio e 10 seções de terapia hiperbárica. Em 11/11/08 a ferida apresentava-se com tecido de granulação e bordas aderidas. Foi realizado o curativo com papaína a 3% e avaliado por 2 cirurgias plásticas, sem indicação de enxerto. Apresentou anemia no período de internação e recebeu 10 transfusões. Recebeu alta hospitalar, 08/12/08, com orientação para realização do curativo e acompanhamento pela ESF e retorno a cada 15 dias no hospital para avaliação. **CONCLUSÃO:** O cuidado de enfermagem em pacientes portadores de lesões é essencial para uma boa evolução na cicatrização.

PO - 146 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CENTRO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UM CAMPO DE ESTUDO, PRÁTICA E PESQUISA

CARLA SENHORINHA SILVEIRA DE ABREU; JOCIMELI ALINE AMARAL DA SILVA; RIGIELLI RIBEIRO MANGANELLI
UNIVERSIDADE REGIONAL DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES-URI, SANTIAGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Espaço Acadêmico.

INTRODUÇÃO: A Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município, implantou no ano de 2012 o Centro de Cuidados de Enfermagem (CCE), localizado junto ao Centro de Estágios e Práticas Profissionais. Trata-se de um espaço de práticas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem que presta Cuidados de Enfermagem aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no nível local. Desenvolve atividades de extensão tendo como elemento nuclear o processo saúde-doença e seus determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais e ecológicos (Projeto Pedagógico do Curso, 2013). O estudo de Bacelar (2014), apontam que os usuários do CCE são, em geral, homens (55,39%), adultos (54,65%) que desconhecem doenças prévias (72,86%), que são provenientes de áreas de abrangência de Estratégias de Saúde da Família (57,62%) e buscam o serviço para realização de curativos de diversos tipos (especialmente em feridas crônicas) (80,49%). Dentre as consultas de enfermagem com os usuários, 55,56% são de puericultura, 33,33% de ostomizados e 11,11% de pré-natal de baixo risco. **OBJETIVO:** Relatar as experiências desenvolvidas no Centro de Cuidados de Enfermagem. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados, no período de julho de 2012 a julho de 2015. A coleta de dados foi a partir da abordagem ao paciente, do acolhimento, da escuta, inspeção, avaliação, e mensuração da ferida, realização de curativos diários, consulta e diagnósticos de enfermagem com implementação da sistematização da assistência. **RESULTADOS:** O CCE configura-se como um espaço de formação capaz de oferecer aos discentes a oportunidade de vivenciar o cuidado de enfermagem a partir da visão ampliada do processo saúde-doença o que contribui para qualificar o futuro profissional com visão do cotidiano de vida dos usuários e familiares. Nesse espaço os acadêmicos têm a oportunidade de vivenciar o ser-fazer enfermagem a partir de sua atuação com a comunidade e a rede de serviços de saúde do município. **CONCLUSÃO:** Esta vivência oportunizou conhecer e identificar a importância de um espaço acadêmico, onde é possível compreender as patologias clínicas dos clientes, a aplicabilidade da Sistematização da Assistência e o gerenciamento do serviço, além de prestar uma assistência humanizada e qualificada aos usuários.

ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA O TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PAULA TOREZANI DE SOUZA¹; RITA PATRIZZI MENDONÇA²; SUANNY OLIVEIRA PORTO³; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM⁴; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO⁵

^{1,3}UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, SAO GONCALO - RJ - BRASIL;

^{2,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Educação Continuada; Educação em serviço; Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO: A incidência de úlceras por pressão (UP) é considerado um importante indicador de qualidade assistencial, que possibilita a análise dos casos quanto à sua distribuição, frequência e vulnerabilidade (fatores de risco), além de propiciar orientação de medidas preventivas, implementação de práticas educativas à equipe interdisciplinar, bem como subsidia o planejamento, a gestão e avaliação das ações em saúde¹. A educação permanente é entendida como um processo educativo, porque possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, destacando-se o papel fundamental das instituições de saúde no desenvolvimento permanente das capacidades dos trabalhadores, o qual contribui para o bem-estar social.² **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na realização de ações de educação permanente, visando a capacitação de enfermeiros para o tratamento de úlceras por pressão. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das atividades de Educação Permanente em Saúde realizadas com os profissionais enfermeiros atuantes em um hospital localizado no município São Gonçalo-Rio de Janeiro. As atividades relacionadas ao tratamento de úlceras por pressão foram realizadas no mês de maio de 2015. Foram realizados treinamentos em serviço para todas as equipes do hospital além de palestras com aula expositiva e prática, onde foram discutidos estudos de caso sobre pacientes portadores de úlcera por pressão internados no referido hospital. **RESULTADOS:** Através de análise observacional pode-se constatar o maior comprometimento dos profissionais no tratamento das lesões e seu melhor entendimento sobre a adequação do tratamento mais eficiente e eficaz para as úlceras por pressão resultando em uma assistência de enfermagem de melhor qualidade e eficácia. **CONCLUSÃO:** Os processos educacionais nas instituições de saúde além de capacitar os funcionários para prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade, promove um sentimento de satisfação e valorização. Os profissionais que participam de treinamentos sentem-se assistidos e valorizados pela instituição interferindo de maneira positiva no cuidado prestado ao paciente.

PO - 148 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM FLEGMASIA CELUREA DOLENS SUBMETIDA À FASCIOTOMIA: UM RELATO DE CASO

THATYANE GUERRA OLEGÁRIO; FÁBIA CHEYENNE GOMES DE MORAIS FERNANDES; MONIA VIEIRA MARTINS; JULIANA FERREIRA GOMES DE MORAIS; MACYRA CELLY DE SOUSA ANTUNES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Cicatrização; Tromboflebite.

INTRODUÇÃO: A Flegmasia Celurea Dolens é uma rara complicação proveniente de uma Trombose Venosa Profunda (TVP). Seu acometimento está associado ao início súbito de dor, edema, coloração violácea e/ou cianose e comprometimento arterial do membro afetado. Sem adequado tratamento, pode desenvolver gangrena, choque séptico e morte. Seu diagnóstico depende usualmente da avaliação clínica e sua confirmação pode ser feita por meio de exames ultrassonográficos com doppler. O tratamento é baseado no suporte clínico associado ao tratamento cirúrgico. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem da Comissão de Curativos de um hospital universitário no tratamento de ferida operatória por fasciotomia de uma paciente com diagnóstico de Flegmasia celurea dolens. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de caso. Ocorreu durante a assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico de Flegmasia celurea dolens, acompanhada e tratada em um hospital universitário em Natal/RN. A coleta de dados ocorreu por meio de avaliação da história clínica, bem como registro fotográfico da lesão, no período de janeiro a março de 2014. **RESULTADOS:** Paciente jovem, 40 anos, com diagnóstico de flegmasia cerulea dolens, síndrome compartimental e rhabdomiólise, apresentando ferida operatória extensa e profunda por fasciotomia em coxa e perna esquerda. Além disso, apresentava-se chorosa e demonstrava ansiedade. Na avaliação foi observado sinais flogísticos que se estendiam até articulação coxofemoral do membro afetado. Em lesão localizada em coxa, presença de pontos de necrose, odor fétido e margens cruentas. Em ferida de terço médio da perna, leito com granulação viável, exsudato serosanguinolento e sem odor. A cobertura inicial utilizada foi hidrogel e gaze impregnada com polihexametileno biguanida (PHMB) em lesão da coxa e hidrogel com gaze não aderente em perna. Foi submetida à desbridamentos cirúrgicos e posteriormente, optou-se pela utilização da terapia a VAC como forma de dinamizar o processo de cicatrização, sendo realizada três sessões com boa evolução. **CONCLUSÃO:** O cuidado de enfermagem em feridas ultrapassa os limites da técnica em si, é preciso um olhar sensível e direcionado para as fragilidades do ser cuidado. Em cerca de dois meses, as lesões tratadas encontravam-se 100% granuladas e com margens em epitelização. Paciente recebeu alta hospitalar, sendo acompanhada em nível ambulatorial pela Comissão de Curativos até fechamento total das lesões.

INTERVENÇÃO CIRURGICA COMO MEDIDA DE PROTEÇÃO PARA ÚLCERAS POR PRESSÃO: REINFECÇÕES E MÚLTIPLAS INTERNAÇÕES

NINA ROSA DA SILVA VIEIRA; JESSICA DA SILVA GAMA; ALINE RODRIGUES COSTA; ROSANA GONÇALVES COUGO ALMEIDA; LAURELIZE PEREIRA ROCHA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cicatrização; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão causa uma destruição no tecido, onde em áreas sob pressão ocorre uma falta de fluxo sanguíneo, podendo ocorrer em qualquer localização do corpo, sendo mais frequente abaixo da linha da cintura e sobre proeminências ósseas, tais como a sacra, trocanteriana, tuberosidade isquiática, calcâneo, entre outras.¹ **OBJETIVO:** Aprofundar o conhecimento albergado em sala de aula e acompanhamento da evolução clínica e cicatrização das úlceras de pressão. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso realizado na disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto em Intercorrências Cirúrgicas, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Realizado em uma unidade de clínica cirúrgica em Hospital do extremo sul do Brasil. Foi realizada uma coleta de dados a partir do histórico de enfermagem, exame físico e discussão do caso com a equipe de saúde. A coleta ocorreu no primeiro semestre de 2015. **RESULTADOS:** Paciente do sexo masculino com paraplegia desde 2004, apresenta eliminação urinária por cistostomia. Com histórico de internações em decorrência de reinfecções nas úlceras por pressão. Internou para tratamento de abscesso em coxa esquerda e realização de colostomia preventiva. Apresenta úlceras por pressão de grau três na região do trocanter direito com presença de tecido de granulação no leito da ferida e bordos, com pontos de fibrina e presença de seroma. No trocanter esquerdo, úlcera com bordas irregulares, presença de tecido de granulação com pontos de fibrina e hipergranulação, com deformidade estrutural. No períneo úlcera com bordas irregulares e profunda, de grau 3, com tecido de granulação no leito e pontos de fibrina, odor fétido e secreção purulenta. Realizada irrigação com Soro Fisiológico 0,9% morno e aplicação de hidrogel, gazes e segunda cobertura. A escolha pela colostomia foi com a finalidade de promover a cicatrização das úlceras, evitando contaminação. Após a realização da mesma, notou-se que existiu melhora no processo de cicatrização, havendo presença detectado de granulação, ausência de fibrina e secreção purulenta. **CONCLUSÃO:** O trabalho aprimorou o conhecimento teórico-prático dos estudantes e os procedimentos e cuidados implementados proporcionaram perspectiva de melhor qualidade de vida ao paciente.

PO - 150 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DE CURATIVO DE HIDROFIBRA EXTRA COM PRATA EM PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA EM FACE

DAIANA KOERICH¹; DANIELA FLORIANO²

¹HOSPITALAR, ITUPORANGA - SC - BRASIL;

²FUFA SC, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Hidrofibra; Enfermagem.

A queimadura é uma agressão física para quem sofre danos em sua morfologia e estética, apesar do sofrimento físico, tem o abalo psicológico que é fator preponderante nessa situação. A assistência ao paciente queimado exige uma intervenção delicada por parte da equipe, a fim de contribuir para uma assistência que minimize os sintomas e riscos o qual está acometido. É relatado neste estudo, o caso de um paciente de 48 anos, cor branca, que sofreu queimadura de 2º grau por explosão de fogão a lenha, agente gasolina, em hemiface direita. O trabalho relata o uso do curativo de hidrofibra extra no tratamento de queimaduras, e apresenta a eficácia terapêutica do mesmo. O estudo foi realizado com autorização do paciente através do termo de consentimento livre esclarecido. A experiência foi desenvolvida na Unidade de Pronto Atendimento Hospitalar, cidade de Ituporanga/SC, evidenciando o uso do curativo de hidrofibra extra, constituído por fibras de carboximetilcelulose sódica e prata iônica, sobre a área queimada. Iniciado o tratamento dia 01/07/15 onde foi removido a sulfadiazina de prata e utilizado duas placas de hidrofibra 10 x 10 cm. A troca do curativo secundário foi feita diariamente com gaze e atadura, tendo duração de 10 dias, e neste período observou-se reepitelização total da área queimada. À medida que a hidrofibra desprendia-se, suas bordas foram recortadas e removidas, expondo a pele já epitelizada, tornando o procedimento prático e indolor. Este curativo absorve e retém grande quantidade de exsudato, forma um gel bloqueador que impede a maceração da pele ao redor da lesão, sequestra bactérias, fungos e leveduras, evita complicações e riscos ao paciente, proporciona grande facilidade à equipe. Concluiu-se neste estudo que: a troca diária somente do curativo secundário diminuiu consideravelmente a dor do paciente; a não manipulação e exposição diária da lesão minimizou significativamente o risco de infecção; menor gasto em materiais; otimização do tempo pela equipe; conforto e segurança ao paciente; recuperação da lesão mais rapidamente em comparação ao uso de curativos convencionais; epitelização total da lesão sem deixar marcas aparente de queimadura, e satisfação do paciente e familiar.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA O USO DE STRYPHNODEDRON ADSTRINGENS NO TRATAMENTO DE FERIDAS

RENATA DA SILVA MIRANDA¹; YAGO BESERRA MARINHO MARTINS²; ROSÁRIO DE FÁTIMA ALVES DE ALBUQUERQUE³; WBIRATAN DE LIMA SOUZA⁴; CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO⁵

^{1,4}ENFIMED, ARAPIRACA - AL - BRASIL;

²UFAL, ARAPIRACA - AL - BRASIL;

³HGE, MACEIÓ - AL - BRASIL;

⁵UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Stryphnodendron Adstringens; Tratamento de Feridas.

INTRODUÇÃO: Nota-se cada vez mais o interesse por plantas medicinais. Isso ocorre, principalmente, devido à ineficácia de alguns produtos sintéticos, do alto custo de medicamentos alopáticos e da busca da população por terapias menos agressivas ao organismo humano. Stryphnodendron adstringens, conhecida como barbatimão, é uma planta do cerrado brasileiro encarada como planta medicinal. Esta leguminosa tem sido amplamente utilizada na medicina popular, por possuir ação cicatrizante, anti-inflamatória, hemostática, anti-edematogênica, antisséptica e anti-diarreica. É utilizada no tratamento de úlceras, e outros problemas de saúde (Corrêa, 1994; Camargo, 1985 apud Soares et al., 2008, p.142). **OBJETIVO:** Buscar na literatura científica evidências para o uso de *S. adstringens*, a fim de fornecer respaldo para a prática de tratamento de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando o descritor 'barbatimão' e busca em documentos relacionados ao assunto. **RESULTADOS:** Ao avaliar a utilização de uma pomada contendo extrato de barbatimão em feridas excisionais na pele de ratos, Hernandez et al. (2010, p.433) comprovaram que o uso tópico da referida pomada exerceu um efeito trófico sobre os queratinócitos, de modo a estimular uma resposta proliferativa destas células ao longo da margem da reepitelização. O mecanismo que leva a *S. adstringens* estimular a proliferação celular permanece desconhecido, contudo, acredita-se estar relacionado com o teor de tanino de casca (Lopes et al., 2005 apud Hernandez et al., 2010, p.433): a propriedade adstringente de tanino favorece o fechamento mais rápida de lesões (Favaretto et al., 1985 apud Hernandez et al., 2010, p.433). Sendo os principais responsáveis pelos benefícios cicatrícios do barbatimão, no processo de reparação de algumas lesões, os taninos formam uma camada protetora sobre a mucosa ou tecido lesado. Provavelmente, processo similar ocorre na úlcera gástrica, onde a camada gerada protege a mucosa gástrica (Oliveira; Vanzeler, 2011, p.23). Sobre as propriedades antibacterianas do *S. adstringens*, em estudo sobre a atuação antibacteriana do extrato hidroalcoólico da referida planta sobre cepas de *S. aureus*, Ferreira et al. (2010, p.49) comprovaram que todas as cepas foram sensíveis ao extrato. **CONCLUSÃO:** Percebeu-se ter o *S. adstringens* propriedades que estimulam a cicatrização e que, portanto, é uma importante estratégia no tratamento de feridas.

PO - 152 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA LARVAL NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

SIMONE MARIA DA SILVA; THATYANE GUERRA OLEGÁRIO; MONIA VIEIRA MARTINS; JULIANNY BARRETO FERRAZ; LIZ MONIQUE DA FONSÊCA MEDEIROS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Larva; Biotecnologia; Pé Diabético.

INTRODUÇÃO: As úlceras cutâneas se caracterizam por afecções comuns geralmente com ocorrência de dificuldades de cura, principalmente as associadas ao diabetes. A terapia larval (TL) é a utilização de larvas de moscas necrófagas em feridas, com o intuito de promover a limpeza e otimizar a cicatrização. Esta é uma técnica milenar que com o surgimento do antibiótico, aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e da antisepsia, caiu em desuso. Mas, ao final da década de 80, quando a resistência aos antimicrobianos começou a ser preocupante, os tratamentos tornaram-se caros e não resolutivos e consequências graves como as amputações cresceram, a terapia ressurgiu em vários países. **OBJETIVO:** esse trabalho tem como objetivo descrever a utilização da terapia larval como método de tratamento em lesão de pé diabético. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de caráter qualitativo do tipo relato de caso que ocorreu durante a assistência de enfermagem a uma paciente portadora de úlcera crônica causada pelo diabetes, a qual foi submetida ao tratamento com terapia larval através do projeto intitulado como "Uso da terapia larval no tratamento de úlceras de difícil cicatrização em pacientes no Hospital Universitário Onofre Lopes" desenvolvido desde 2011, por uma equipe do Departamento de Microbiologia e Parasitologia juntamente com a Comissão de Curativos do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). **RESULTADOS:** O relato descreve a situação de uma paciente com 74 anos de idade, portadora de diabetes, que apresentava úlcera infectada em antepé. Foram utilizadas larvas da espécie *Chrysomya megacephala* cujos ovos passam por processo de esterilização com formalina a 10%, para garantir um procedimento seguro para a paciente. O curativo biológico foi aplicado e permaneceu no leito por 48 horas. **CONCLUSÃO:** Observou-se que após a 6ª aplicação não havia tecido necrótico, a ferida encontrava-se totalmente granulada e com bordas em fase de epitelização. Portanto, o uso da terapia larval é de grande relevância no tratamento de feridas necróticas, uma vez que há seletividade das larvas à necrose, com baixo custo e fácil manejo a fim de garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente.

HUMANIZAÇÃO NO TRATAMENTO DE LESÕES NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR

**LILIAN GONZALES DOMINGUES; KATIA CODONHO PERENTEL; JANAINA JESUS SOUZA
COMPLEXO HOSPITALAR EDMUNDO VASCONCELOS, JUNDIAI - SP - BRASIL.**

Palavras-chave: Enfermagem; Humanização; Lesão.

A abordagem de lesões, sejam estas de qualquer etiologia, exigem atenção multidisciplinar e multifatorial. Sob a visão da equipe de enfermagem, é importante acompanhar o tratamento e resposta do paciente a fim de identificar alterações fisiológicas que comprometam a cicatrização de uma lesão, assim como seu estado nutricional e capacidade funcional, não desviando o olhar dos fatores sociais e psicológicos envolvidos, a fim de manter continuidade e resposta significativa no tratamento garantindo que a escolha das coberturas seja adequada. O objetivo do presente estudo é apresentar casos de tratamento de lesões, seus resultados diante das condutas de enfermeiros e a importância da humanização nesta abordagem. Trata-se de um estudo qualitativo envolvendo 4 pacientes internados no 3º andar – clínico do Hospital Professor Edmundo Vasconcelos entre 2014-2015, portadores de lesões advindas do ambiente extra-hospitalar que receberam atendimento humanizado e evidenciaram melhora significativa e/ou cicatrização total destas lesões. Os dados foram obtidos através de arquivos fotográficos, relatos dos pacientes e acompanhantes e evoluções semanais de prontuário eletrônico desenvolvidas pelos enfermeiros da unidade. Os indivíduos envolvidos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e termo de autorização para registro fotográfico. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado em doze de agosto de dois mil e quinze sob o parecer nº 1.181.859. Em conjunto, foram analisados cinco artigos científicos que abordam fisiopatologia e tratamentos para auxiliar na avaliação e manutenção do tratamento de lesões assim como indicações dos produtos utilizados, e o guideline da NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). Dentre os artigos utilizados para levantamento bibliográfico, a maioria foi escrita por enfermeiros entre os anos 2005, 2009 e 2010 e a base de dados mais utilizada foi a Scielo. Em todos os casos descritos, houve evidência de cicatrização parcial ou total da lesão em questão e relato de paciente/familiar referente ao tratamento humanizado prestado. Ao final, conclui-se que a atenção holística ao paciente que apresenta lesões de pele é fundamental para um bom resultado, sendo necessário desenvolvimento teórico-prático e humanização no tratamento.

PO - 154 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÕES OCASIONADAS POR DIABETES MELLITUS REALIZADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM, ESTADO PARÁ, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2010 À DEZEMBRO DE 2013

MARIA TATIANE GONÇALVES SÁ¹; NATHÁLIA EVELIN DINIZ DA SILVA²; FRANCISCA JOSILANE GONÇALVES DE OLIVEIRA³; ALBERTO MARIANO GUSMÃO TOLENTINO⁴; LEIDIANE MARIA MARIA SILVA GONÇALVES⁵
^{1,4,5}UEPA, SANTAREM - PA - BRASIL; ^{2,3}FIT, SANTAREM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Pacientes; Amputação; Pé Diabético.

O Diabetes Mellitus é uma doença que acomete grande parte da população, tornando-se preocupante, onde o escalonamento de pacientes que evoluem para amputações cresce gradativamente. Nesse contexto faz-se necessário um trabalho não só de prevenção, mas, também de um tratamento que favoreça a cicatrização das lesões, sem ser pela amputação. Objetivou-se conhecer a incidência de amputações ocasionadas por Diabetes Mellitus realizadas em um hospital público no Município localizado no Estado Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013. A pesquisa foi realizada no setor de Serviços de Arquivo Médico Estatístico (SAME) do Hospital Público Municipal, teve aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado do Pará com parecer nº 43110615.4.0000.5168, as informações quanto à incidência de registro de amputações foram colhidas no livro de registro de cirurgias do hospital. Foram identificados 09 livros com registros de cirurgias ocorridas no período da pesquisa, onde 218 cirurgias estavam inclusas no objetivo da pesquisa, sendo 54,12% homens e 45,87% mulheres. A faixa etária estudada foi de 40 a 90 anos. Dos 298 pacientes submetidos às amputações em nível geral de atendimento, 218 foram por diagnóstico de agravamento pelo diabetes mellitus. O nível de amputação mais prevalente foi de membros inferiores: perna, representando 31,65% dos casos. Conclui-se então que atitudes primárias prioritárias nos grupos de HIPERDIA devem ser feitas para evitar possíveis complicações com os membros inferiores e gradativamente não evoluírem para um tratamento mais invasivo, que são as amputações.

O USO DE STRYPHNODENDRON ADSTRINGENS (MART) COVILLE NO TRATAMENTO DE FÍSTULA OSTEOMIELÍTICA EM PACIENTE COM OSTEOMIELEITE PÓS TRAUMÁTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RENATA DA SILVA MIRANDA¹; YAGO BESERRA MARINHO MARTINS²; ROSÁRIO DE FÁTIMA ALVES DE ALBUQUERQUE³; WBIRATAN DE LIMA SOUZA⁴; CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO⁵

^{1,4}ENFIMED, ARAPIRACA - AL - BRASIL; ²UFAL, ARAPIRACA - AL - BRASIL; ³HGE, MACEIÓ - AL - BRASIL; ⁵UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Osteomielite; Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: É sabido que as osteomielites pós-traumáticas possuem elevada morbidade, levando o paciente, por vezes, a lesões permanentemente incapacitantes, e até mesmo a tratamentos onerosos e prolongados, com resultados nem sempre animadores. Assim, o controle de fatores como antibioticoterapia, tempo de exposição, resistência ao antimicrobiano usado, grande dano tecidual e localização da fratura é vital para anular o efeito preditivo de infecção em fraturas expostas (Villa et al., 2013, p.28). A *Stryphnodendron adstringens* corresponde a uma espécie com comprovados efeitos medicinais, dentre os quais possui atividade antibacteriana e antifúngica, além de não possuir atividade genotóxica, demonstrando ser segura, e com potencial farmacológico (Ferreira et al., 2013, p. 14). **OBJETIVO:** Apresentar experiência do uso da pomada contendo extrato de *S. adstringens* no tratamento de fístula osteomielítica em paciente com osteomielite pós-traumática. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir do atendimento para curativo domiciliar, de um paciente com diagnóstico de osteomielite pós-traumática. **RESULTADOS:** Paciente vítima de acidente automobilístico há 5 meses, com fratura exposta de tibia. Após diagnóstico médico de osteomielite pós-traumática, procura serviço especializado no tratamento de feridas, para tratar lesão. À avaliação da lesão, percebeu-se ser uma pústula com tamanho de 1 cm², indolor, sem sinais flogísticos. Após 15 dias de acompanhamento, o médico, junto com a enfermagem, decidiu reabordar o paciente em cirurgia, na qual foi removida a placa infectada e a lesão foi suturada com pontos intercalados para drenar exsudato purulento. O curativo foi realizado diariamente, durante 15 dias, no período pós operatório. Após procedimentos básicos para garantir a técnica asséptica, a pomada era aplicada no interior da fístula, com uma seringa de 3ml acoplada ao dispositivo de punção venosa tipo abocath nº18, sem o guia e, em seguida, era coberta com gaze úmida (1ª camada), e as demais secas, e fixadas com atadura de crepom. Por fim, era realizada a limpeza dos fixadores externos com álcool a 70%. A pomada foi utilizada por 15 dias, quando houve o fechamento da lesão. **CONCLUSÃO:** Percebeu-se que as propriedades do *S. adstringens* foram capazes de auxiliar na cicatrização de feridas mais complexas, em tempo relativamente curto, caracterizando o produto, portanto, como grande auxiliar para a prática no tratamento de feridas.

PO - 156 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: TRATAMENTO TÓPICO DE DEISCÊNCIA DE SAFENECTOMIA INFECTADA COM CURATIVO PARA COBERTURA CIRÚRGICA DE HIDROFIBRA COM PRATA

SONIA CRISTIANE BENTO; GLACI FREDERICO
INSTITUTO CARDIOLOGIA SC, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

Palavras-chave: deiscência; safenectomia; curativo cirúrgico.

INTRODUÇÃO: O procedimento de safenectomia como forma de tratamento para a doença isquêmica do miocárdio pode ocasionar em 10% dos casos com deiscência da incisão cirúrgica. **OBJETIVO:** Relatar o estudo de caso de tratamento tópico de uma ferida originada por deiscência incisional de pós-operatório de safenectomia com curativo para cobertura cirúrgica de hidrofibra com prata. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo de um caso clínico acompanhado pelas autoras em um hospital público do estado de Santa Catarina. Caso: E.V., 66 anos, sexo feminino, teve seu reinternamento hospitalar no dia 12 de maio de 2015, devido a uma deiscência de sutura de pós-operatório de safenectomia infectada por *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter sp* e *Escherichia coli* (ESBL). A incisão cirúrgica na região medial da coxa esquerda apresentava deiscência de aproximadamente 22 por 3 cm, com necrose seca escura nas bordas, esfacelo aderido em grande quantidade no leito da ferida, tecido adiposo, exsudação purulenta em grande quantidade e região perilesional hiperemiada com endurecimento. A incisão inferior, na região antero-medial da tíbia esquerda, apresentava deiscência de 18 por 1 cm com bordos necrosados, seco escuro, esfacelo aderido ao leito da ferida e exsudação purulenta em média quantidade. Após tentativas frustradas de utilização de outras coberturas, as autoras escolheram utilizar curativo para cobertura cirúrgica de hidrofibra com prata, realizando o preenchimento da cavidade com hidrofibra com prata com fibra de reforço, utilizando-se de desbridamento instrumental entre a realização das trocas. **RESULTADOS:** A opção de escolha, promoveu uma menor manipulação da ferida, controle do exsudato, otimização do desbridamento e promoção da granulação do leito da ferida. E.V. relatou o conforto proporcionado com esta escolha e melhora da dor, porém, diante de divergência de conduta profissional, E.V. acabou descontinuando do tratamento proposto. **CONCLUSÃO:** O curativo de escolha promoveu o preparo do leito da ferida para a adesão posterior de um tratamento convencional, melhorando a qualidade de vida e aumentando o conforto de E.V., diante disto, temos a obrigatoriedade de divulgar o benefício oferecido pelo tratamento de escolha.

ESTUDO HISTOLÓGICO DA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS CUTÂNEAS UTILIZANDO O EXTRATO DO CALOPHYLLUM BRASILIENSE CAMBESS

TARCISIO VITOR AUGUSTO LORDANI¹; MARIA VALDRINEZ CAMAPANA LONARDONI²; CLAUDIA REGINA FELICETTI LORDANI³; ALEXANDER PARKER⁴; JULYANE FELIPETTE LIMA⁵

^{1,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONEIRAL SUL, CASCAVEL - PR - BRASIL; ²UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL; ³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas; Tratamento tópico; Calophyllum brasiliense.

INTRODUÇÃO: As lesões cutâneas são vistas frequentemente em pacientes no ambiente hospitalar e também no domicílio, podendo ser provocadas por vários fatores, como: pressão aumentada sobre áreas do corpo, principalmente em áreas de proeminências ósseas, traumatismos, desnutrição, desidratação entre outros fatores. A descontinuidade da pele estimula o mecanismo cicatricial para promover a renovação epitelial, este mecanismo pode ser dividido em 3 fases interdependentes e sobrepostas: fase inflamatória ou inicial, fase proliferativa ou de fibroplasia, e a fase de maturação ou remodelação. Calophyllum brasiliense Cambess pertence à família Clusiaceae e é conhecido vulgarmente como guanandi, guarandi ou jacareúba. Algumas espécies do gênero Calophyllum são frequentemente empregadas na medicina popular para o tratamento de diversas patologias.

OBJETIVO: Avaliar o efeito cicatrizante do extrato do Calophyllum brasiliense Cambes em lesões cutâneas de ratos através de análise histológica. **Material e MÉTODOS:** Trata-se de um estudo experimental realizado no município de Cascavel – PR, teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa no Uso de Animais da Faculdade Assis Gurgacz, com parecer nº 032/2012. Foram utilizados 45 ratos Wistar, machos, divididos em três grupos experimentais: grupo Calophyllum (GA), Controle (GB) e Dersani® (GC). Após a indução anestésica foi realizada uma lesão na região dorsal com 4 cm². Os animais foram tratados respectivamente com a pomada do extrato do Calophyllum brasiliense C. (0,32 g), com o excipiente da pomada sem princípio ativo (0,3 g) e com Dersani® (0,2 ml). Para realização da análise histológica, as lâminas foram coradas com Hematoxilina–Eosina (HE) e tricrômico de Masson, onde observou-se a intensidade da neovascularização, inflamação aguda, inflamação crônica, proliferação fibroblástica, fibras colágenas e reepitelização. **RESULTADOS:** A análise histológica não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no 7º e 14º dia após a cirurgia ($p > 0,05$), porém, no 21º dia, os animais do grupo Calophyllum (GA) exibiram um aumento significativo nos fibroblastos em comparação com os outros grupos ($p < 0,05$), e a inflamação crônica foi superior a do grupo Controle (GB) ($p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** O extrato do Calophyllum brasiliense C. apresentou propriedades curativas no tratamento tópico de feridas e acelerou e forma significativa a cicatrização das lesões na pele dos ratos.

PO - 158 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PREPARO DO LEITO DA FERIDA PARA ENXERTIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LIZ MONIQUE DA FONSÊCA MEDEIROS; MONIA VIEIRA MARTINS; SIMONE MARIA DA SILVA; FÁBIA CHEYENNE GOMES DE MORAIS FERNANDES; TATIANE DE SOUZA GUERRA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Transplante de Pele; Cicatrização de Feridas; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Neurofibromatose é uma doença de origem genética autossômica dominante, não existe cura, porém a remoção cirúrgica está indicada nos casos em que há dor, déficit neurológico, desfiguramento, comprometimento de estruturas adjacentes e suspeita de malignidade. O enxerto é uma boa alternativa para o fechamento do defeito cirúrgico, representando uma das mais antigas técnicas realizadas em cirurgia reconstrutiva. Sabe-se que o sucesso da cirurgia dependerá de condições adequadas da área receptora, para evitar os mecanismos de contratura presentes nos enxertos. **OBJETIVO:** Relatar a assistência da enfermagem no preparo do leito da ferida para procedimento de enxertia. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo Relato de Caso, durante internação no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Natal/RN, no período de abril a junho de 2015, sendo acompanhada pela comissão de curativos dessa instituição. A coleta de dados ocorreu através da anamnese e exame físico, como também pela pesquisa de prontuário e registro fotográfico da lesão. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, diagnóstico de neurofibroma em couro cabeludo, internada para ressecção do tumor. Na primeira avaliação pós cirurgia, observava-se boa perfusão do leito, pontos de necrose, área de induração intensa em nuca, dolorosa ao toque e sem flogose. Utilizou-se alginato de cálcio embebido em ácidos graxos essenciais (AGE), como cobertura primária. Em um segundo momento, optou-se pela gaze não aderente umedecida em soro fisiológico a 0,9%, com troca a cada 48 horas e posteriormente, a cada 72 horas. No 15º dia de pós-operatório, o leito da ferida encontrava-se completamente granuloso e com discretos pontos de fibrina, apto a receber o enxerto. Por questões logísticas a enxertia só pode ser realizada no 62º dia de internação. Após o procedimento, utilizou-se cobertura primária com gaze não aderente umedecida em AGE, nas áreas doadora e receptora e no 11º dia de pós-operatório além da boa pega do enxerto evidenciou-se cicatrização da área doadora. **CONCLUSÃO:** o cuidado de enfermagem em feridas requer uma atenção especial por parte dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática. Esse profissional é responsável pelo gerenciamento, atividades assistenciais, administrativas, ensino e pesquisa, as quais são cruciais para o sucesso do processo de enxertia e curativos.

ESTUDO CLÍNICO DA UTILIZAÇÃO DO ÓLEO DE PIQUIÁ NO PROCESSO DE REPARAÇÃO TECIDUAL EM ÚLCERAS DE PRESSÃO

MARIA TATIANE GONÇALVES SÁ¹; CARLOS JOSÉ DE LIMA²; ALBERTO MARIANO GUSMÃO TOLENTINO³; NATHÁLIA EVELIN DINIZ DA SILVA⁴

^{1,3,4}UEPA, SANTAREM - PA - BRASIL; ²UNICASTELO, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Piquiá; Úlcera; Fitoterápico.

Úlceras de pressão são lesões decorrentes da interrupção no fluxo sanguíneo para áreas, onde há uma pressão, intensa, afeta principalmente áreas onde a proeminência óssea é mais evidente, ocorrendo dessa forma a lesão tecidual. Em geral as úlceras de pressão são causadas por uma combinação de fatores externos e internos. O tratamento para as úlceras de pressão estão associados ao uso de curativos específicos, produtos fitoterápicos, desbridamento mecânicos, uso de Laser terapia e outros, dessa forma o paciente ganha maiores chances de melhora no quadro, alívio das dores e aceleração no processo de cicatrização. Dentre as terapias convencionais encontramos produtos de uso fitoterápico, que evidenciam melhoras em quadros similares. Destacamos o Piquiá- *Caryocar Villosum*, fruto típico da região Amazônica, possui em sua composição elementos essenciais ao processo de regeneração tecidual, além da atividade antiinflamatório como característica, o óleo além de possuir várias propriedades nutricionais apresenta efeitos antioxidantes e cardiovasculares protetores, também podendo ser inserido como adjuvante na quimioterapia do câncer, na forma de suplementação alimentar. O óleo de piquiá possui grande fonte de ácidos graxos, apresentando em sua composição vitamina A-C e B, componentes estes já conhecidos nas indústrias medicamentosas e cosméticas. Foi estabelecido um protocolo, de estudo clínico, utilizando o óleo de Piquiá como agente nos curativos em úlceras de pressão, O óleo evidenciou resultados significativos no processo de cicatrização, demonstrando que o produto por ser de origem vegetal, apresentou potencial significativo no processo de cicatrização.

PO - 160 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE RESSECÇÃO DE TUMOR DE COLUNA COM CURATIVO PARA COBERTURA CIRÚRGICA DE HIDROFIBRA COM PRATA

RENATA RODRIGUES DE MEDEIROS CORRÊA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARAO - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Deiscência; Hidrofibra; Curativo cirúrgico.

INTRODUÇÃO: Deiscência é uma descontinuidade parcial ou total de qualquer camada da ferida cirúrgica. Mesmo diante dos avanços científicos, desde os anos 50 a deiscência tem uma variabilidade constatada entre 0,5 a 3%, dentre o qual, seu acometimento compreende-se com mais frequência entre o 5° e 21° dia de pós-operatório, estando relacionado a uma taxa de mortalidade de 15 a 20%. Ocasionalmente ainda um aumento do custo do tratamento, com o prolongamento da internação hospitalar, necessidade de medicamentos e maiores gastos com tecnologias tópicas mais eficazes. **OBJETIVO:** Este relato de caso teve como objetivo descrever a evolução do tratamento de uma deiscência de ressecção de tumor de coluna, com curativo para cobertura cirúrgica de hidrofibra com prata. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo de um caso clínico de deiscência de sutura relacionado à infecção de sítio cirúrgico, vivenciado pela autora em acompanhamento domiciliar, no estado de Santa Catarina, documentado por arquivo fotográfico. Caso Clínico: G. M. C., 18 anos, sexo masculino, branco, solteiro, estudante, submetido à cirurgia de ressecção de tumor em coluna lombar com colocação de prótese, acompanhado no domicílio com o início do primeiro atendimento em 19/06/2015. Inicialmente apresentando deiscência de aproximadamente 0,5 cm, com exsudação serosa em grande quantidade, bordas justapostas com presença de maceração, em região mediana da incisão cirúrgica e hiperemia com endurecimento perilesional. Optou-se por realizar o tratamento tópico com curativo para cobertura cirúrgica de hidrofibra com prata. **RESULTADOS:** A troca do curativo foi realizada inicialmente com 03 dias devido ao grande quantidade de exsudato, logo após, já foi possível espaçar para cada 05 dias. Em 01/07/2015, GMC foi reinternado diante de um quadro algico, no qual foi diagnosticado com infecção por Enterobacter sp. onde permaneceu com o tratamento tópico, resultando na epitelização total da ferida com aproximadamente 06 trocas de curativos, sem a necessidade da utilização de apósito secundário. **CONCLUSÃO:** O curativo para cobertura cirúrgica de hidrofibra com prata promoveu o controle da exsudação, o conforto ao paciente, a redução dos gastos e a epitelização da ferida em um menor prazo, demonstrando eficácia com uma fácil aplicabilidade e manutenção do tratamento, lembrando que antes de se optar por este tratamento, eram realizadas três trocas diárias do curativo, sem expressiva melhora.

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ATRAVÉS DE IMPLEMENTAÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

BERNADETE DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA ALMEIDA; RITA PATRIZZI MENDONÇA; KELLY BATISTA DOS PASSOS GOMES; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM
UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidado de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A maioria das úlceras por pressão podem ser prevenidas, e ainda continuam causando dor e sofrimento desnecessariamente.¹ A identificação precoce de pacientes em risco e o envolvimento de equipe multiprofissional ajudará na (re)organização do seu processo de trabalho para a implementação de medidas preventivas realmente eficazes.² A incidência de UP é fortemente correlacionada aos fatores de risco. Assim, com a identificação de sua taxa é possível saber se esses fatores estão sendo amenizados ou eliminados.² **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na implementação de folder educativo, visando a prevenção de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, exploratório, que descreve a experiência de implementar folder educativo para acompanhantes de pacientes hospitalizados com risco iminente de desenvolvimento de úlceras por pressão. A elaboração de um folder educativo, pela Comissão de Curativos de um hospital municipal de Niterói- Rio de Janeiro, foi uma das ações de profilaxia implementadas com o objetivo de envolver os acompanhantes de pacientes nas medidas preventivas adotadas pelas equipes de enfermagem. Foi adotada uma linguagem simples para pontuar medidas de prevenção como: Necessidade de uma pele limpa e hidratada, medidas de controle da umidade da pele em caso de incontinência urinária, o alívio da pressão em proeminências ósseas e a importância da mudança de decúbito a cada duas horas. A distribuição do folder é realizada durante a visita da Comissão que além de distribuir o impresso explica cada item contido no mesmo. **RESULTADOS:** A análise observacional dos membros da Comissão de Curativos avaliou a distribuição do folder como grande aliada na prevenção de úlceras por pressão uma vez que, a maioria dos acompanhantes aderiu aos procedimentos descritos no folder contribuindo para estabilização dos índices de desenvolvimento de úlceras por pressão. **CONCLUSÃO:** A adoção de práticas educativas como auxílio na prevenção de úlceras por pressão colabora sobremaneira com as medidas já existentes nas instituições de saúde.

Referências:

¹ Newton H. An Introduction to wound healing and dressing. British Journal of Healthcare Management Clinical Care 2013; 19(6) British Journal of Healthcare Management 2013; 19(6).

² Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem 2010 dez; 31(4).

PO - 162 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NO SETOR DE INTERNAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA

SUELLEN MUNIZ VIANA MANHÃES¹; TÍLIA GRANDI FRANCO²; CLAUDEMIR SANTOS DE JESUS³; PRISCILLA SANTOS GAMA FRANCO DA SILVA⁴; GRACIENE FERREIRA SILVA⁵
^{1,3,4,5}FACULDADE DUQUE DE CAXIAS - UNIESP, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL; ²UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção de Doenças; Úlcera por Pressão.

A unidade hospitalar de emergência, tem o perfil voltado para o paciente cirúrgico e/ou de alta complexidade, sendo a úlcera por pressão uma enfermidade, que pode trazer consequências psicológicas, relacionados à aparência e auto estima, pelas complicações acometidas, a ponto do cliente não acreditar na cicatrização, dependendo do tamanho, profundidade e extensão. O objetivo molda-se em: Analisar o papel do enfermeiro em prevenir as úlceras por pressão em uma unidade de emergência.

METODOLOGIA: revisão de literatura, qualitativa, a busca foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde, nas bases de dados LILACs, BDNF, MEDLINE, tendo como critério de inclusão: artigos, dissertações e teses na íntegra, em português, voltados para a prevenção da úlcera por pressão no setor de emergência e com os descritores: Enfermagem; Úlcera por Pressão. Tivemos como limitação a dificuldades em obter estudos que apontassem objetivamente as evidências do enfermeiro na assistência ao cliente à prevenção das úlceras por pressão em uma unidade hospitalar de emergência, pois em sua maioria, eram estudos realizados no setor de internação e na atenção básica, assim realizamos, uma leitura flutuante, na qual captamos três artigos, uma lei e dois livros, que retrataram a temática indiretamente. Nos resultados identificamos, que apesar da grande incidência das úlceras por pressão, existe deficiência de produções científicas, que tratam especificamente o enfermeiro na atuação da prevenção de úlceras no setor de emergência. Observamos, nas produções, que a úlcera é desvalorizada por membros da equipe multidisciplinar, por ter como missão institucional o atendimento emergencial, porém, observamos estudos que relataram o atendimento principalmente do idoso, que na avaliação apresentava a úlcera e outros tão debilitados, que ficavam maior tempo no setor aguardando vaga no setor de internação, que em pouco tempo emergia a úlcera baseada pelos fatores de riscos, condições nutricionais, incontinências, mobilidade reduzida ou ausente, peso corporal, doenças crônicas, uso de medicamentos, entre outros. **CONCLUSÃO:** evidenciamos, que as atribuições do enfermeiro e da equipe consistem na avaliação da pele, procedimentos e produtos preventivos de úlcera no plano de cuidados, de acordo com as características exibidas pela clientela no geral e disponibilidade de material nas instituições, para as intervenções de enfermagem para produzir o cuidado.

LIGA DE FERIDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA CAROLINA CAROLINA AIDAR; FERNANDA BONATO ZUFFI; SUZEL RIBEIRO CHAVAGLIA; TACIANA ALVES MONTEIRO; LETÍCIA MARTINS CARDOSO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Ferimentos; Educação.

INTRODUÇÃO: No cotidiano dos estudantes de universidades é comum a participação nas ligas acadêmicas as quais proporcionam atividades de ensino, pesquisa e extensão, objetivando aprimorar os conhecimentos no aprendizado e na formação dos membros em uma área de interesse. Nesse contexto, considerando que o aparecimento de úlcera de pressão (UP) tem sido um controle da qualidade dos cuidados de enfermagem (NÚCLEO DE APOIO A GESTÃO HOSPITALAR, 2012) nos serviços de saúde destaca-se o papel do enfermeiro e sua responsabilidade no cuidado e resultados no processo assistencial (CARVALHO et al., 2007; NÚCLEO DE APOIO A GESTÃO HOSPITALAR, 2012). Diante disso, considera-se que a inserção do acadêmico em atividades de extensão favorecem a sua formação profissional. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de participar e a importância das atividades desenvolvidas pela Liga de Feridas (LiFe) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). **MÉTODOS:** Trata-se do relato de experiência de uma aluna da LiFe formação 2015. **RESULTADOS:** As atividades são pautadas no tripé que rege a universidade em ensino, pesquisa e extensão sendo realizadas atividades teóricas e práticas. As aulas teóricas são semanais, com temas relacionados à fisiopatologia, sinais e sintomas, tratamento e cuidados a diversas doenças relacionadas a feridas. Além disso, há apresentações de sessões científicas a partir da seleção e leitura de artigos, a fim de promover discussões das evidências e avanços científicos na área. A parte prática é organizada em escalas, onde aprendemos a avaliar, selecionar e assumir a realização diária de curativos dos pacientes com algum tipo de ferida intrahospitalar. Diante disso, aprendemos a escolher o tratamento mais adequado no momento e a conciliar os saberes teóricos e práticos. Ao término da prática, devemos apresentar a evolução do paciente que acompanhamos em forma de estudo de casos e se possível, reproduzir os conhecimentos adquiridos em forma de pesquisa. **CONCLUSÃO:** A liga possibilitou identificar os aspectos do cuidado aos pacientes com feridas, que os acadêmicos e futuros profissionais de enfermagem devem ter baseando-os em evidências. Desta forma, percebe-se que as atividades realizadas proporcionam o crescimento e desenvolvimento do aluno, permitindo aprofundar seus conhecimentos e uma assistência adequada e com qualidade aos pacientes que necessitam de cuidados em suas respectivas lesões.

PO - 164 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES¹; THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA²; ANAIZE VIANA BEZERRA DE MENESES³; ALINE MARIA OLIVEIRA LOUREIRO⁴; THAYANNE ALVES FERREIRA⁵
^{1,2,3,4}UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; ⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Mensuração do Risco; Escalas.

A Úlcera por Pressão (UPP) constitui-se uma das principais lesões de pele que acomete pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sua prevenção é um importante indicador da qualidade da assistência. Certamente, o uso de instrumentos ou escalas de avaliação do risco de UPP favorece o planejamento de medidas preventivas para evitar o surgimento dessas lesões. **OBJETIVO:** analisar a utilização de instrumentos de avaliação de risco para UPP em UTI. **MÉTODO:** Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados LILACS, PUBMED e SciELO. Os critérios de inclusão foram estudos que abordassem o risco de UPP em UTI; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, que explicitassem a utilização de uma escala/instrumento para avaliação do risco da UPP. Foram excluídos estudos de revisão. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): scale, pressure ulcer, nursing, risk measurement, risk factors e intensive care units. Foi utilizado o diagrama PRISMA para a seleção dos estudos. De um total de 161 identificados foram selecionados 18 artigos. **RESULTADOS:** Dos estudos selecionados, 11 utilizaram a escala de Braden, quatro a de Waterlow, dois as escalas de Bradem e Waterlow; e um as escalas de Norton, Bradem e Waterlow. A maioria dos estudos que utilizou a escala de Bradem detectou baixos escores, demonstrando alto risco para UPP e indicando melhor sensibilidade na detecção do risco do que a escala de Waterlow. No entanto, em quatro estudos elas complementaram-se na identificação de risco moderado e alto. Um estudo comprovou que as escalas de Braden e Norton demonstraram boa sensibilidade para a detecção do risco nos primeiros 15 dias de internação. Porém, a escala de Waterlow demonstrou melhor detecção de casos de UPP com o aumento do tempo de internação. A replicação disto em outros serviços de saúde que adotem apenas Norton ou Braden talvez repercuta em uma subestimação do risco para o desenvolvimento de UPP. **CONCLUSÃO:** As escalas são consideradas sujeitas a vieses pela subjetividade da interpretação. Assim, a competência técnica e a habilidade clínica do enfermeiro para avaliar os itens das escalas são indispensáveis para o exercício do cuidado com excelência. Por fim, há indícios de que as escalas de Braden e Norton são indicadas para as primeiras duas semanas de internação e a escala de Waterlow com o aumento dos dias. No entanto faz-se necessário a realização de uma revisão sistemática com metanálise para confirmar este achado.

UTILIZAÇÃO DE CURATIVO DE HIDROFIBRA COM PRATA IÔNICA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

PATRICIA MONTEIRO
HOSPITALAR, CRICIUMA - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Hidrofibra com Prata Iônica; Pediatria.

Queimaduras superficiais de segundo grau são lesões comumente encontradas no departamento ambulatorial. Avanços recentes em produtos para o cuidado de feridas, levaram ao desenvolvimento de curativos que retêm umidade e possuem vantagens de amenizar os sintomas de dor, reduzir a frequência de trocas dos curativos e melhorar o controle do exsudato desse tipo de lesões. Os principais problemas relatados pela equipe de enfermagem nesses locais envolvem recursos humanos escassos, acarretando em sobrecarga de trabalho, tempo dispensado para troca de curativo convencional, maiores riscos de contaminação da lesão e dificuldades para amenizar a intensa dor, após realização de curativos. O presente trabalho relata experiência de estudo de caso, desenvolvido em um Pronto Atendimento de Hospital Privado na cidade de Criciúma /SC, evidenciando a utilização do curativo de hidrofibra, constituído por fibras de carboximetilcelulose sódica e prata iônica, em áreas que apresentam queimadura de segundo grau. O citado curativo absorve e retém grande quantidade de exsudato, formando um gel bloqueador que impede a maceração da pele ao redor da lesão, sequestra bactérias, fungos e leveduras, evitando complicações e riscos ao paciente, proporcionando ainda grande facilidade aos seus cuidadores. Com mecanismo de ação exclusiva, que incorpora a prata em sua estrutura, a qual é ativada imediata e controladamente, conforme absorção e retenção do exsudato, oferece amplo espectro bactericida. Este estudo envolveu paciente do sexo masculino, 3 anos, cor branca, vítima de acidente doméstico com fogo. Apresentou queimadura de 2º grau em face, membros superiores, hemitórax esquerdo totalizando 23% de Superfície Corporal Queimada. Foram utilizadas vinte placas de hidrofibra no tamanho de 10x10cm e as trocas dos curativos secundários foram diárias. No quinto e décimo segundo dia observou-se reepitelização das áreas evidenciadas a medida que o curativo desprendia-se da lesão. Constatou-se com este estudo: diminuição da dor, pois procedimento restringe-se as trocas dos curativos secundários; redução dos riscos de infecção, pela não exposição e manipulação da lesão, menor gasto em materiais, uma vez que são necessárias somente compressa e atadura para troca de curativos secundários; otimização de tempo dispensado pela equipe de enfermagem; conforto e segurança ao paciente e recuperação da lesão de forma mais rápida em comparação a utilização de curativos convencionais.

PO - 166 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DERIVAÇÃO INTESTINAL: SUBSÍDIOS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

LIANA ROSA R FERNANDES¹; VINICIUS FARIA CARUZO²; ELIZABETH KÖLBLINGER PEREIRA GONÇALVES³; SUELI DE ARAUJO NOGUEIRA⁴

¹UNIRIO/HFB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²UNIRIO/HFA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³HFB/IEDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Derivação Intestinal; Ostomia; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A colostomia ou a ileostomia são derivações intestinais onde se exterioriza o cólon ou o íleo (intestino fino) na parede abdominal, formando um novo trajeto e local para a saída das fezes (que é chamado de estoma). Esse procedimento pode ser realizado de forma definitiva ou de forma provisória, dependendo do tipo de tratamento e da severidade do tumor. Após a colostomia ou ileostomia, o paciente utiliza uma bolsa especial para que suas fezes sejam coletadas. Segundo a Declaração Internacional dos Direitos dos Ostomizados, o paciente tem direito de receber cuidados de enfermagem especializados no período pré e pós-operatório, tanto no hospital como em sua própria comunidade. A enfermagem tem um papel de extrema relevância na promoção da qualidade de vida a qual tanto se busca para o paciente ostomizados. **OBJETIVO:** Descrever a assistência de enfermagem ao paciente com derivação intestinal e contribuir na qualidade dos cuidados e segurança do paciente. **METODOLOGIA:** Análise documental descritiva em prontuário, de natureza qualitativa, na modalidade de estudo de caso clínico. **RESULTADO:** Cliente com diagnóstico de adenocarcinoma de reto em 2013. Abandonou a quimioterapia no mesmo ano. Internado no dia 20/04/15 em um Hospital Federal do Rio de Janeiro para realização de Ressecção perineal (abdominoperineal). Submetido à cirurgia de ressecção abdomino perineal com confecção de colostomia em flanco esquerdo no dia 07/05/2015. Discussão **RESULTADOS:** As ostomias recebem nomes diferenciados: no intestino grosso = cólon = colostomia, no intestino delgado = íleo = ileostomia. As causas que levam à realização de uma ostomia no intestino são variadas. Entre as mais frequentes estão os traumatismos, as doenças congênitas, as doenças inflamatórias, os tumores e o câncer do intestino. A demarcação prévia do local para confecção, gera um estoma bem localizado na parede abdominal facilita as atividades de autocuidado referentes à colocação e à remoção da bolsa, higiene do estoma e pele periestoma, bem como a manutenção do sistema coletor, contribuindo para prevenir complicações, possibilitando a reintegração social precoce, constituindo, ainda, um direito do paciente. **CONCLUSÃO:** O presente estudo de caso é relevante em contribuir cientificamente para a melhora na qualidade da assistência de enfermagem e segurança dos pacientes submetidos à derivação intestinal.

PROTEÇÃO DE CALCÂNEO COM ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL COMO ESTRATÉGIA DE PROFILAXIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PATRICIA ALESSANDRA MOURA¹; RITA PATRIZZI MENDONÇA²; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM³; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO⁴; BERNADETE DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA ALMEIDA⁵

¹HOSPITAL DO CORAÇÃO SAMCORDS, SAO GONCALO - RJ - BRASIL; ^{2,3,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Feridas; Curativos.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UP) são lesões cutâneas caracterizadas por áreas localizadas de isquemia e posterior necrose tecidual, com alterações locais tipo calor, eritema, sensibilidade local e, quando infectadas, com secreção purulenta e odor fétido. Sua etiologia é de natureza multifatorial, que incluem fatores extrínsecos, como compressão prolongada, cisalhamento ou fricção dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa; e, fatores intrínsecos relacionados ao estado clínico do paciente, tais como: idade, co-morbidades, condições de mobilidade, estado nutricional, uso de medicamentos, entre outros¹ As ações de prevenção dos profissionais de enfermagem visam impedir que o estímulo desencadeante de úlcera por pressão venha a ocorrer. O custo-efetividade de medidas preventivas é imensurável, considerando que estas ações são aplicadas como meio de reduzir as taxas de morbidades e mortalidade². **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por enfermeiras na realização de proteção de calcâneos com ácido graxo essencial visando a profilaxia de úlcera por pressão. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras de um hospital privado do município de São Gonçalo- Rio de Janeiro na realização de proteção de calcâneos de pacientes hospitalizados em Centro de Terapia Intensiva. Através de estatísticas realizadas através de Escala de Braden no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2013, constatou-se alto índice de úlceras por pressão em calcâneo (em média 76%), sendo assim adotou-se a rotina de proteção de calcâneos com ácido graxo essencial, gaze e atadura no momento da internação do paciente e durante sua estada no setor. **RESULTADOS:** Após realização de novas estatísticas, do período de janeiro de 2014 a julho de 2014 constatou-se que a adoção da rotina de proteção de calcâneo reduziu o índice de lesões para 30%, demonstrando a efetividade e eficácia da medida profilática. Estatísticas mais atuais do período de outubro de 2014 a julho 2015 demonstram que não há mais ocorrência de úlcera por pressão no Centro de Terapia Intensiva. **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento de ações para prevenção de úlceras por pressão ultrapassa atitudes meramente administrativas, medidas que previnam o aparecimento de lesões, principalmente em locais de difícil manipulação para realização de curativos são essenciais para uma assistência de enfermagem de qualidade e uma exposição cada vez menor do paciente aos agravos provocados por integridade cutânea prejudicada.

PO - 168 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA TERAPIA LARVAL EM PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

JULIANNY BARRETO FERRAZ; LIZ MONIQUE DA FONSÊCA MEDEIROS; FÁBIA CHEYENNE GOMES DE MORAIS FERNANDES; JULIANA FERREIRA GOMES DE MORAIS; TATIANE DE SOUZA GUERRA
HOSPITAL UNIVERSITARIO ONOFRE LOPES, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Larvas; Cicatrização de Feridas; Úlcera Varicosa.

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa provoca um grande impacto na vida das pessoas, em decorrência de dificuldade de locomoção, dor, exsudato e odor. Essas alterações têm como consequência mudança do humor, alterações no relacionamento familiar e em sua participação no convívio social. Sendo o tratamento duradouro e complexo. A Terapia Larval teve o intuito de promover a limpeza e otimizar a cicatrização, apresentando como ações benéficas o desbridamento do tecido necrosado, descontaminação microbiana, estímulo ao tecido de granulação e ação anti-inflamatória. Além de apresentar uma restauração rápida dos tecidos e baixo custo. **OBJETIVO:** Relatar a utilização das larvas da espécie *Chrysomya megacephala* como alternativa de desbridamento e comparar com o uso de fibras hidro-desbridantes no tratamento de úlceras de difícil cicatrização. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo Relato de Caso com uma paciente submetida à Terapia larval através do projeto intitulado "Uso da terapia larval no tratamento de úlceras de difícil cicatrização em pacientes no Hospital Universitário Onofre Lopes" no ambulatório da Comissão de Curativos, Natal/RN, no período junho de 2015, por profissionais de enfermagem. A coleta de dados ocorreu através da pesquisa de prontuário, bem como registro fotográfico da lesão. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, idosa, com insuficiência venosa e úlcera aberta em ambos os membros inferiores há cerca de 2 anos. Nas úlceras observou-se extensa área de necrose de liquefação, granulação pálida, odor fétido, exsudação exuberante e maceração de margens. Após a primeira sessão de Terapia Larval no MID, após 48 horas, a degradação do tecido necrótico ficou evidenciada, não houve relato de dor, apenas sensação de incômodo relatado pela movimentação das larvas sobre o leito. Na segunda aplicação, a necrose foi totalmente removida evidenciou-se granulação exuberante, contudo referiu dor. No MIE, utilizou-se fibras hidro-desbridantes, com matriz cicatrizante de Tecnologia Lípido Coloide que apresentou uma resposta satisfatória em 72h, mas com baixa efetividade comparada a Terapia Larval. **CONCLUSÃO:** Observa-se que após a segunda aplicação da Terapia Larval, o processo de digestão da necrose ocorreu efetivamente, sendo seletivo, de baixo custo e fácil manejo.

AÇÃO CICATRIZANTE DE UM FORMULADO A BASE DE DROGAS VEGETAL

ALINE BARROS COELHO¹; ANDRÉIA PACHECO FRANÇA²; LEONARDO RAMOS PAES LIMA³

¹PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, IPATINGA - MG - BRASIL; ^{2,3}CENTRO UNIVERSITÁRIO LESTE MINAS GERAIS, IPATINGA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas Medicinais; Cicatrização.

A cicatrização é o processo fisiológico pelo qual um tecido lesado é substituído por tecido conjuntivo vascularizado. Algumas plantas como o confrei *Symphitum officinale* L e o barbatimão *Stryphnedendron barbadetiman* (Vellozo) apresentam propriedade cicatrizante e outras, como a calêndula *Calêndula Officinalis*, possui atividade antiinflamatória. Não se sabe, portanto a ação do uso tópico da associação dos extratos na cicatrização de lesões cutâneas. O objetivo desse estudo foi avaliar o uso desta associação no processo de cicatrização de feridas cutâneas em ratos. Foram sintetizadas três pomadas, sendo uma contendo somente a base da formulação (30g de lanolina e 70g de vaselina), 10% e 20% de extratos das plantas em estudo. Foram utilizados 28 ratos Wistar. Os animais foram divididos em quatro grupos: grupo controle (G1), grupo base (G2), grupo tratado com pomada com concentração de 10% (G3) e grupo tratado com pomada com concentração de 20% (G4). As feridas dos animais do grupo G1 não receberam nenhum tratamento; o do grupo G2 foi tratado com 1g de base nas feridas; o do grupo G3 com 1g de pomada a 10% de extrato nas feridas e o do grupo G4 com 1g de pomada a 20% de extratos nas feridas. As feridas foram medidas e tratadas nos dias 0 (após a cirurgia), 2°, 4°, 6°, 8° e 10°, e avaliadas morfometricamente e fotografadas no 2°, 6° e 10° dia. Houve diferença significativa entre os animais no início do experimento e após o décimo dia do grupo G4 em relação aos outros grupos, demonstrando que a formulação preparada na concentração de 20% não foi eficiente no processo de cicatrização. A pomada de 10% não apresentou efeito cicatrizante ao comparar com o grupo controle, sugerindo sinergismo ocorrido entre a associação dos extratos de calêndula, confrei e barbatimão. Morfometricamente não houve diferença significativa no leito das feridas entre os ratos do grupo G1 com dos grupos G2 e G3. No grupo dos animais tratados com pomada a 20% foi observada diferença morfométrica significativa, com apresentação do leito da ferida elevado, fibrinoso, sem presença de tecido de granulado. Outro fato relevante é que a formulação a 20% ficou menos viscosa, formando pontos de maceração tecidual em decorrência da umidade excessiva, que possivelmente dificultou o processo cicatricial. Com isso, a pomada contendo 20% de extrato de calêndula, confrei e barbatimão, não foi eficiente para o processo de cicatrização tecidual de feridas em ratos Wistar.

PO - 170 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDA OPERATÓRIA EM UM HOSPITAL DE CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ

DANNIELLE S DA SILVA; RAQUEL LIRA PINHEIRO; LETHICIA BARRETO BRANDÃO; JOSÉ PEDRO GOMES MOURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPA - AP - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento de Feridas; Enfermagem; Ferida operatória.

INTRODUÇÃO: A ferida operatória é considerada uma complicação biológica, mas que tem tendência a regressão espontânea completa, dentro de um prazo mais ou menos preestabelecido e com poucas variações individuais. Contudo, quando evidenciam-se fatores estranhos ao seu desenvolvimento normal, e que podem estar relacionados ao tipo de patologia, ao estado geral do paciente ou ao procedimento cirúrgico adotado, surgem complicações sistêmicas ou locais que merecem cuidados específicos.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo de um curativo realizado durante o estágio no hospital de referência, na ala cirúrgica, realizada no mês de maio de 2015, como atividade obrigatória. Teve como instrumentos a observação e realização de procedimentos inerentes à disciplina. **RESULTADOS:** O estágio foi mediado por um dos professores responsáveis pela disciplina que nos apresentou a estrutura física, rotinas e procedimentos da ala cirúrgica. Para a realização dos curativos, contávamos com o material básico, devido à falta de insumos para a realização dos procedimentos. Os curativos eram apenas lavados com soro fisiológico 0,9% e se realizava a colocação de gazes (quando necessário), os estudantes faziam a aplicação de outras pomadas ou cremes, quando a família possuía condições de efetuar a compra do material necessário. A ala cirúrgica proporcionou aos acadêmicos diferentes experiências, mesmo com o ambiente inóspito para a realização da prática aliada ao conhecimento teórico, os acadêmicos foram capazes de aprender técnicas e adquirir novos saberes. **CONCLUSÃO:** O estágio é de suma importância no cenário do ensino/aprendizagem, já que os acadêmicos puderam obter uma maior compreensão acerca dos cuidados com a ferida operatória e rotina dentro da clínica cirúrgica. Foi possível perceber também a capacidade dos acadêmicos de enfermagem de aliar o conhecimento teórico com o vivenciado na prática, adquirindo experiências nunca vividas na academia, sendo esta relação teoria/prática essencial para sua formação.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO ACOMETIDOS PELA SÍNDROME DE FOURNIER: REVISÃO INTEGRATIVA

SANDRA CRISTINA SOUZA CARVALHO¹; ELIANA LESSA CORDEIRO²

¹FACULDADE ESTÁCIO DO RECIFE, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE - BRASIL; ²FACULDADE ESTACIO DE RECIFE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Fournier; Síndrome; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A síndrome de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada por bactérias gram negativas e gram positivas, aeróbias e anaeróbias, atuam de maneira sinérgica causando uma fasciíte necrotizante. Acomete as regiões perianal, perineal e genital, estando relacionado ou não a lesão, pode ser idiopática ou estar associada a fatores predisponentes como: Diabetes Mellitus, alcoolismo, trauma mecânico, infecções do trato urinária ou perianais, imunossuprimidos entre outros. **OBJETIVO:** Estudar a doença e relatar sobre a assistência de enfermagem prestada a pacientes do sexo masculino com a síndrome de Fournier descritos pela literatura científica brasileira. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa do tipo bibliográfico, descritivo, comparativo, exploratório, com abordagem quantitativa. Com ênfase na assistência de enfermagem aos pacientes acometidos pela síndrome de Fournier. **CONCLUSÃO:** Observa-se que a Síndrome de Fournier ameaça a vida do indivíduo do sexo, masculino, devido à sintomatologia e agravos da doença, necessitando assim de avaliação, cuidados, intervenções e assistência de enfermagem de forma criteriosa e imediata.

PO - 172 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

APLICAÇÃO DE TERAPIA COM PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

RITA MARIA SANTOS SPONTAO; APARECIDA MARIA DE JESUS; CARLOS ALBERTO TONASSO; ROBERTO MARINO; VILMA ALVES DO PRADO
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. CRISTÓVÃO DA GAMA, SANTO ANDRÉ - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia de pressão negativa; Ferida crônica; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Feridas crônicas em membros inferiores representam um importante problema de Saúde por sua prevalência, pelos custos econômicos e sociais, da incapacidade e da dependência a elas associadas. A cicatrização com brevidade destas feridas pode resultar em menor tempo de hospitalização e retorno mais rápido às funções habituais do paciente, resultando em diminuição dos custos diretos e indiretos. Com isso, nos últimos anos, vários curativos industrializados têm surgido no mercado médico mundial, com diversos dispositivos e diferentes tecnologias para o tratamento de lesões de pele. A terapia com pressão negativa, consiste na colocação de uma espuma na cavidade da ferida, recoberto com um plástico selante e aplicação de pressão negativa controlada e localizada, com objetivo de estimular a granulação e cicatrização da ferida, através da vasodilatação arterial, aumentando o fluxo sanguíneo e o aporte de oxigênio ao tecido, aliada a constante remoção dos fluidos da ferida, proporcionando diminuição do edema, da pressão intersticial e a colonização bacteriana. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia do uso de terapia com pressão negativa no preparo do leito de uma ferida crônica. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, desenvolvido em Hospital Privado de grande porte, na cidade de Santo André – SP. A avaliação e evolução foram realizadas através de exame clínico e registro fotográfico, utilizando o termo de consentimento livre e esclarecido, com autorização para a realização e publicação do estudo. **CASO CLÍNICO:** L.B.M. 75 anos, diabético, hipertenso, portador de úlcera venosa em membro inferior esquerdo, aberta há 18 anos, em acompanhamento na clínica de tratamento de ferida, por um longo período, sendo utilizado várias coberturas, sem sucesso. Discutido com as equipes cirúrgicas a inserção da terapia com pressão negativa para preparação de enxertia. Realizado desbridamento cirúrgico com instalação da terapia com pressão negativa. Após 10 trocas, com intervalo de 72h, lesão apresentou condições clínicas de enxertia. **RESULTADOS:** A escolha da terapia negativa como conduta proporcionou em tempo diminuto a enxertia da ferida crônica. **CONCLUSÃO:** Com o uso da terapia com pressão negativa, observa-se a formação mais precoce do tecido de granulação, redução da colonização bacteriana, o que possibilitou enxertia o mais precoce, com pega excepcional do enxerto de pele em 99%, proporcionando ao paciente melhor qualidade de vida.

A IMPORTÂNCIA DO EXAME DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA NO TRATAMENTO E CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: REVISÃO DE LITERATURA

DANNIELLE S DA SILVA; LETHICIA BARRETO BRANDÃO; RAQUEL LIRA PINHEIRO; JOSÉ PEDRO GOMES MOURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPÁ - AP - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento de Feridas; Enfermagem; Cultura e Antibiograma.

INTRODUÇÃO: A cicatrização é um processo fisiológico cujo objetivo é reparar os tecidos agredidos. Por ser um processo complexo, exige do profissional de saúde conhecimentos básicos sobre fisiologia da pele, fatores que interferem na cicatrização e avaliações sistematizadas, com prescrições distintas de frequência e tipo de curativo necessário para reconstituição do tecido. (TIMBY, 2007).

OBJETIVO: Identificar a importância do exame de cultura e antibiograma para o tratamento e cicatrização de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão narrativa, de caráter descritivo, a qual apresenta e reflete sobre a importância do tema. Para elaboração deste trabalho, optou-se pelo seu desenvolvimento em etapas. ETAPA 1- Consiste no levantamento bibliográfico, sendo realizado por meio de artigos científicos, livros, dissertação e documentos publicados em meio eletrônico, tais como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), tendo como limites de publicação o período de 2009 a 2014. ETAPA 2- Escolha das literaturas utilizadas para a realização dessa pesquisa. ETAPA 3- Elaboração do trabalho fundamentadas nas literaturas escolhidas. **RESULTADOS:** De acordo com a literatura encontrada, os exames de cultura e antibiograma exercem função fundamental para o acompanhamento do processo de cicatrização e colonização da ferida, sendo estes instrumentos importantes para tomada de decisões quando ao tipo de cobertura e terapia medicamentosa adequada para cada ferida. Estes exames são instrumentos pouco utilizados ainda como método auxiliar no tratamento de feridas, devido aos custos mais altos, muitos profissionais desconhecem sua importância e a técnica adequada para coleta do material interferindo assim no resultado e diagnóstico. **CONCLUSÃO:** A coleta de material microbiológico de feridas constitui um cuidado de enfermagem que contribui para diagnosticar e conduzir a terapêutica no tratamento de clientes com feridas infectadas, ter o conhecimento da importância e técnica desse exame.

PO - 174 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ANÁLISE DOS EFEITOS DO ÁCIDO HIALURÔNICO DE BAIXO PESO MOLECULAR SOBRE A TAXA DE PROLIFERAÇÃO CELULAR EMPREGANDO MODELO DE CICATRIZAÇÃO *IN VITRO*

PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA¹; JOÃO CEZAR CASTILHO²; DANIEL SPINDOLA GONSALES³; CARLOS ROCHA OLIVEIRA⁴; CLAUDIA BINCOLETTO TRINDADE⁵

¹UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL; ²FACULDADE JAGUARIÚNA, CAMPINAS - SP - BRASIL;

^{3,4,5}DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA, EPM / UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas; Ácido hialurônico; Modelo in vitro.

INTRODUÇÃO: O ácido hialurônico é usado em muitas áreas terapêuticas e tem demonstrado a sua eficácia na cicatrização de feridas em modelos animais e seres humanos. O modelo de cicatrização in vitro é simples, barato e um dos métodos mais antigos desenvolvidos para estudar a migração direcional de células in vitro. Os passos básicos envolvem a criação de uma "ferida" na monocamada de células, capturando as imagens no início e em intervalos regulares durante a migração celular, até o fechamento da "ferida". As imagens são comparadas visando quantificar a taxa de migração das células. É particularmente adequado para estudos sobre os efeitos de interações célula-matriz e célula-célula sobre a migração celular. **OBJETIVOS:** O presente estudo experimental objetivou investigar a capacidade do ácido hialurônico (HA) de baixo peso molecular em promover a cicatrização de feridas em linhagens de fibroblastos humanos e de células epiteliais gástricas. **MÉTODO:** Os fibroblastos e células epiteliais gástricas foram semeadas em microplacas de 6 poços e cultivadas em meio completo para uma monocamada confluenta. As monocamadas de células foram cuidadosamente "riscadas" com a ponta de uma pipeta estéril, lavadas com solução salina e tampão fosfato e incubadas a 37°C com meio de cultura sem soro fetal bovino e com 0,2 e 0,3% de HA. Os pontos de referência perto da fenda foram marcados para garantir a mesma área de aquisição de imagem. Estas foram obtidas em diferentes períodos de tempo por uma câmara digital acoplada ao microscópio e a percentagem de fechamento foi calculada com IMAGEJ (NIH, EUA). O ensaio foi realizado em triplicata. **RESULTADOS:** O HA promoveu redução significativa da distância entre as bordas das fendas após 24h em relação ao controle. Este efeito foi mais significativo em fibroblastos do que na linhagem de células epiteliais gástricas ($p < 0,05$). As taxas de migração celular foram de 35% e 51% para células epiteliais gástricas nas concentrações de 0,2% e 0,3% de HA, respectivamente; e de 53% e 74% para fibroblastos expostos a AH nas mesmas concentrações. **CONCLUSÕES:** Os resultados apresentados indicam que o HA promove a migração celular em diferentes linhagens celulares, com taxa superior ao controle tanto quando aplicado sobre a linhagem de células epiteliais gástricas, quanto sobre linhagem de fibroblastos humanos. Esses achados sugerem que o HA apresenta atividade seletiva sobre os fibroblastos, quando comparado com células epiteliais gástricas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDA POR DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

JOYCE VILA VERDE NOBRE¹; CYANÉA FERREIRA LIMA GEBRIM²; VICTOR HUGO FERREIRA JARDINI³; LAURIANNA ALEXANDRINA NEVES DE SOUZA VIEIRA⁴; REGIANE APARECIDA DOS SANTOS SOARES BARRETO⁵
^{1,3,4,5}FACULDADE DE ENFERMAGEM, INHUMAS - GO - BRASIL; ²HOSPITAL DAS CLÍNICAS, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial de Enfermagem; Cicatrização de Feridas; Doenças Vasculares.

INTRODUÇÃO: Doença arterial obstrutiva periférica dos membros inferiores é uma síndrome aterosclerótica altamente prevalente. Compromete a funcionalidade dos membros inferiores, causa prejuízo na capacidade de deambulação, claudicação, dor em repouso, gangrena e amputação do membro. A amputação é necessária em virtude da progressão da doença; para melhorar a função, aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e salvar a vida. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem no tratamento de ferida de amputação, causada pela doença arterial obstrutiva periférica. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre a sistematização da assistência de enfermagem ambulatorial no tratamento de ferida vascular em um hospital do Centro-Oeste brasileiro. Assistência consistiu de consultas e diagnósticos de enfermagem; avaliação e tratamento da ferida; orientações do paciente e seu acompanhante. Ferida era avaliada semanalmente, utilizando instrumento específico, registro fotográfico e palpação dos pulsos pedioso e tibial. Estudo aprovado no comitê de ética Protocolo Nº 018/2011. **RESULTADOS:** O.P.S, masculino, 57 anos, casado, hipertenso, diabético. Pós operatório tardio (11/12/14) de amputação de pé esquerdo. Dia 07/04/15 teve sua primeira consulta, foram priorizados dois diagnósticos de enfermagem: deambulação prejudicada e recuperação cirúrgica retardada. Na avaliação da ferida observou-se 90% de esfacelo, 10% de granulação, exsudato seroso moderado, odor forte, exposição óssea e ausência de pulsos. Foi solicitado avaliação médica, encaminhado para cirurgia de desarticulação tarso-metatarso e desbridamento cirúrgico. Semanalmente era atendido no ambulatório, totalizando 20 consultas. Em todas elas, a lesão era higienizada com solução salina em temperatura ambiente, seguido de antisepsia perilesional com clorexidina degermante, cobertura primária hidrogel e ácidos graxos essenciais nos tecidos de granulação; e desbridamento não cirúrgico nos tecidos desvitalizados. Dia 11/08/2015, a lesão apresentava 100% de tecido de granulação, retração de bordas e ausência de odor e exsudato. **CONCLUSÃO:** A sistematização da assistência de enfermagem ambulatorial para o tratamento da ferida vascular, acelerou o processo cicatricial e proporcionou o conforto do paciente e auxílio no desenvolvimento das atividades diárias. Além disso, propiciou aos acadêmicos e profissionais de enfermagem uma aproximação e aprimoramento do conhecimento quanto às ações sistematizadas da enfermagem.

PO - 176 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DE FERIDAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ADRIANA FELICIANO MELO; LUCIANA DE OLIVEIRA SILVA; MARIA HELENA BARBOSA; SUZEL RIBEIRO CHAVAGLIA;
ELIZABETH BARICHELLO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM, UBERABA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Ferimentos e lesões; Registro de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O profissional de saúde deve apresentar habilidade para realizar uma avaliação fidedigna da ferida crônica, visto que vários fatores interferem no processo de cicatrização. **OBJETIVOS:** elaborar um instrumento de avaliação e evolução de feridas crônicas. **MÉTODOS:** Foi realizada revisão de literatura do tipo integrativa, com busca nas bases de dados no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), no Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), o Cochrane Library e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) utilizando os seguintes descritores "nursing evaluation", "wound healing", "assessment, nursing", "measurement assessment". O operador lógico booleano utilizado foi "and", e a busca controlada se fez por cruzamentos dos descritores em todas as bases de dados citados de artigos publicados entre 2009 a 2014 nos idiomas inglês, português e espanhol, artigos disponíveis gratuitamente na íntegra eletronicamente e abordagem da avaliação de feridas crônicas. Foram identificados 133 artigos que atenderam aos critérios. **RESULTADOS:** Após análise dos estudos, foram estabelecidas 11 categorias temáticas sendo elas: área e/ou profundidade, métodos objetivos não invasivos de investigação clínica e/ou microbiológica, instrumentos de avaliação e evolução de feridas, dados e características importantes para acompanhar a evolução da ferida, uso da fotografia para avaliação e documentação, sistemas de avaliação e documentação de feridas eletrônico, avaliação do tecido de granulação, dos sinais de infecção, do exsudato, da dor e do tecido necrosado. Os artigos selecionados foram classificados em relação ao nível de evidência, sendo considerado o delineamento de pesquisa utilizado para o desenvolvimento do estudo. A construção dos itens do instrumento foi embasada na fundamentação científica da pertinência de conteúdos, para qualificar as práticas de avaliação e a evolução de feridas, bem como para medir o que se propõem medir, e por instrumentos existentes de acordo com revisão integrativa realizada. **CONCLUSÃO:** A utilização de instrumentos válidos e confiáveis, que proporcionam a capacidade de avaliação do processo de cicatrização para gerenciamento do paciente com ferida, é uma alternativa para melhoria da qualidade da assistência em nível ambulatorial e hospitalar pode ser apoiada com uma documentação adequada, que permita a orientação para o tratamento e a continuidade do cuidado.

CUIDADO DA FERIDA COM FASCEÍTE NECROTIZANTE: ESTUDO DE CASO

IRANEIDE NASCIMENTO DOS SANTOS; MONIQUE WANDERLEY DA SILVA
HC/UFPE, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Fasceíte Necrotizante; Curativos; Feridas.

INTRODUÇÃO: A fasceíte necrotizante caracteriza-se por uma infecção primária da fáscia superficial que se estende ao tecido celular subcutâneo, mediada por necrotoxinas, principalmente a enzima hialuronidase. As infecções cutâneas em geral são semelhantes e, geralmente confundidas em estágios iniciais, a fasceíte é frequentemente confundida com a celulite no início do desenvolvimento. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de uma paciente diabética com fasceíte necrotizante, tratada com coberturas convencionais utilizadas em diferentes momentos da cicatrização, à base colágeno, hidrogel, collagenase, compressa não aderente e com Polihexametileno Biguanida (PHMB). **MÉTODO:** O presente estudo de caso foi desenvolvido no Ambulatório de Egressos e Enfermaria de um Hospital Público Universitário de Recife – PE. A coleta de dados foi efetuada através da anamnese e exame físico do paciente, utilizando-se um instrumento com dados relativos às condições do paciente e da lesão, bem como através do registro fotográfico da lesão. Os curativos foram realizados diariamente no período de 25.05 (admissão da paciente) a 21.07.15 na enfermaria da unidade hospitalar e, após a alta, continuou o acompanhamento no ambulatório de egressos do referido hospital. O relato de caso foi redigido no mês de agosto de 2015 e autorizado pela paciente através de termo de consentimento livre e esclarecido. **RESULTADOS:** Paciente diabética e idosa, deu entrada no serviço com abscesso em grandes lábios, região suprapúbica e glútea anterior esquerda, tratado com desbridamento cirúrgico agressivo de toda área necrótica até sangramento ativo, antibioticoterapia venosa, curativos, suporte clínico, psicológico e nutricional. Inicialmente, foram utilizadas como cobertura primária o hidrogel e compressa embebida de PHMB. Num segundo momento, trocou-se o hidrogel pela collagenase que desbridou quimicamente todo o tecido desvitalizado remanescente. No momento da alta, estava em uso da compressa não aderente embebida de AGE, e da compressa com PHMB. Atualmente está em uso de colágeno em gel e compressa não-aderente. Após o desbridamento, a ferida tinha dimensão de 646 cm³ reduzida à 22 cm³ em 14/08, com menos de três meses de tratamento. **CONCLUSÃO:** O estudo constata que o uso das coberturas citadas foram eficazes para o progresso da cicatrização da ferida, sem necessidade de terapias mais dispendiosas, reduziu o tempo de internação hospitalar, fator relevante para melhoria da qualidade de vida da paciente.

PO - 178 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À MUCOSITE ORAL DURANTE TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS

JULIANA OLIVEIRA XIMENES
UFCSA, NOVA BRESCIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Mucosite oral; Equipe interdisciplinar; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A mucosite oral (MO) é um dos efeitos colaterais do tratamento com quimioterápicos e/ou radioterápico devido a sua incidência elevada, a equipe de enfermagem deve orientar, estimular uma boa higiene bucal e auxiliar no tratamento MO. **OBJETIVO:** Cuidados de enfermagem relacionados a MO em pacientes durante o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. **METODOLOGIA:** Este estudo consiste em uma revisão integrativa em artigos, do período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. A busca no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde resultou em 9 artigos. Posteriormente os estudos foram submetidos ao método Análise de Conteúdo de Bardin (2012). **RESULTADOS:** A mucosite oral é frequentemente encontrada nos pacientes em tratamento oncológico. As feridas na mucosa oral proporcionam à dificuldade de deglutição e redução da qualidade de vida do paciente, dura em média de 4 e o 15 dias até surgir uma nova epitelização. Alguns autores enfatizam, a abordagem interdisciplinar para fornecer orientações ao paciente que reduzam os efeitos colaterais durante o seu tratamento. Um plano alimentar deve ser delineado e ajustado as condições individuais do paciente. A MO pode acarretar a interrupção do tratamento e possibilitar infecções secundárias. Em pacientes portadores de Diabetes Mellitos ocorre desenvolvimento de uma forma mais grave a mucosite, sendo necessário orientação e cuidados específicos. Destaca-se também a importância do tratamento de laserterapia de baixa potência (LBP), atua como anti-inflamatório, analgésico e indutor da reparação tecidual, seguido pelo tratamento de gluconato de clorexidina 0,12%. **CONCLUSÃO:** A atuação da equipe de enfermagem se faz junto ao demais profissionais, proporcionando ao paciente um atendimento interdisciplinar, pois quando a comunicação entre os profissionais é realizada, a recuperação é rápida e efetiva beneficiando o paciente.

O QUADRILÁTERO EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), USUÁRIO, GESTÃO E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

PAULIANA PIMENTEL COELHO GARCIA; DANIELA MARIA COMUNIAM; JANAINA VIEIRA SILVA BOMTEMPO; EUNICE NATÀLIA LELIS; VIVIANE RAMALHO APOLINARIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA, VICOSA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Equipe de Saúde da Família (ESF); Feridas; Úlceras de Pressão.

INTRODUÇÃO: Define-se por ferida a ruptura de tecido corpóreo, de maior ou menor extensão, causado por fatores físico, químicos, mecânicos ou desencadeado por incisões cirúrgicas. O tratamento de feridas vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de curativo. Deste modo, o profissional de enfermagem deve observar além dos aspectos do cuidado da ferida, a inserção da família e da equipe multiprofissional, visando a cura ou cicatrização, a melhoria da condição clínica e social do cliente, a racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento de lesões, com a otimização do atendimento. Em uma perspectiva mais objetiva temos a nossa frente um ser humano especificamente fragilizado com odores e secreções, com dores tanto no corpo quanto na "alma", são fantasmas que geralmente acompanham o tratamento desse tipo de doente.

OBJETIVO: Apresentar uma experiência positiva com tratamento de feridas onde a eficácia está atrelada ao quadrilátero família, equipe multiprofissional, gestão e usuário. **METODOLOGIA:** Relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos profissionais de uma ESF do município de Viçosa, MG. **RESULTADOS:** A parceria entre profissionais da saúde, família e gestão culminaram para o sucesso no tratamento de um paciente de 17 anos, paraplégico, vítima de acidente de trânsito, reside com 7 pessoas, em condições precárias, sem adaptações para deficiente físico. Após alta, apresentou quadro infeccioso devido às 14 úlceras por pressão (UPP). A equipe de frente desse caso realizou acompanhamento de visitas regulares da agente comunitária de saúde, pela equipe de enfermagem com orientações sobre o curativo acompanhamento das lesões semanalmente, utilizando coberturas, mensurando as feridas e avaliando a eficácia dos produtos usados. Além disto, foram realizadas avaliação médica, nutricional, avaliação da assistente social. As orientações foram rigorosamente seguidas pelos familiares contribuindo muito para a evolução do seu quadro. Durante quatro meses foi notório o avanço da cicatrização das feridas e diminuição das lesões de quatorze para três. **CONCLUSÃO:** O processo de avaliação e tratamento das feridas sugere uma abordagem ao paciente, enquanto ser complexo e integral, e não apenas à sua ferida. Vale destacar que o sucesso no processo de cicatrização depende, dentre outros fatores, dos profissionais envolvidos, da inserção e presença da família no cuidado, além do apoio da gestão.

PO - 180 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDA TRAUMÁTICA EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DE GOIÂNIA

VIVIANE DE QUEIROZ CLEMENTINO; PRISCILA MARTINS PEREIRA; MURILO TAVARES DAHER; TATIANE BARBOSA MENDES FREITAS LEMES; SORREYLA PAULA SILVA VASCONCELOS
CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR HENRIQUE SANTILLO - CRER, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa; Técnicas de Fechamento de Ferimentos.

INTRODUÇÃO: Paciente, 6 anos, portadora de mielomeningocele, admitida em um centro de referência em reabilitação de Goiânia-GO para realização de artrodese posterior em nível torácico. Após 14 dias de curativo convencional a paciente evoluiu com infecção de sítio cirúrgico e deiscência de ferida operatória, sendo iniciado antibioticoterapia e, realizado intervenção cirúrgica para debridamento e reaproximação de bordas. No 22º dia de internação, foi realizado um novo debridamento cirúrgico da lesão. Após 2 dias desta intervenção, a paciente apresentou piora clínica, necessitando de cuidados intensivos e, a lesão apresentava-se com hiperemia em bordas, exsudato serosanguinolento e cultura positiva. Foi realizado curativos convencionais e 15 sessões de terapia hiperbárica no período de 53 dias que se sucederam. Optou-se então, pela terapia por pressão negativa uma vez que a ferida não apresentava boa evolução até o momento. **OBJETIVO:** Relatar a experiência com a utilização de terapia por pressão negativa no tratamento de complicação em ferida cirúrgica na instituição citada. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso, onde as informações foram obtidas através de busca ativa, revisão do prontuário e revisão da literatura. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** A terapia por pressão negativa é um método não invasivo que utiliza pressão controlada, contínua ou intermitente, na superfície da ferida para promover a cicatrização, favorecendo a formação de tecido de granulação e redução da colonização. A terapêutica referida foi instalada na lesão da paciente no 75º dia posterior da 1ª intervenção cirúrgica. O número de trocas do curativo foi determinado pela equipe multidisciplinar, de acordo com a avaliação das condições locais, sendo realizada 1 troca no intervalo de 4 dias, totalizando 8 dias de tratamento com pressão negativa. Após a terapia de pressão negativa, a ferida esteve apta a receber de forma bem-sucedida o enxerto cutâneo. Neste relato de caso, constatou-se que a terapia por pressão negativa constitui uma opção com resposta rápida e eficaz no tratamento de ferida traumática. Outrossim, por se tratar de um sistema fechado e estéril favoreceu a redução do risco de infecção. Embora os custos do curativo com pressão negativa ainda sejam mais expressivos que o dos curativos convencionais, observa-se uma redução do tempo de internação, o que leva a uma redução dos custos totais do tratamento, para o recurso público, e o retorno precoce da paciente às atividades diárias.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM LESÕES TUMORAIS EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

MANOELA GARCIA DIAS; ELIZA MAFFIOLETTI FURTUNATO LEOCÁDIO ESTEVES; ANALICE LIMA DE ALBUQUERQUE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Câncer de Cabeça e Pescoço; Lesão Tumoral.

INTRODUÇÃO: Este estudo trata-se sobre os cuidados de enfermagem com lesões oncológicas na região de cabeça e pescoço. De acordo com INCA é estimado a ocorrência 19.300 casos de câncer oral, sendo 11.280 em homens e 4.010 em mulheres, para 2014, logo um número importante de pessoas irão ou poderão a vir precisar de cuidados de enfermagem ao longo do seu tratamento, em especial para cuidados com lesões. Porém há escassez de trabalhos sobre essa temática, em especial na área de enfermagem, o que mais encontramos são trabalhos relacionados a lesões tumorais em geral, mas não em área específica, porém muito embora a assistência tenha o mesmo princípio, existem algumas peculiaridades para esses pacientes. **OBJETIVO:** Identificar na literatura os conteúdos abordados sobre feridas tumorais em região de cabeça e pescoço. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, utilizando as bases de dados virtuais da Biblioteca Virtual de Saúde, em janeiro de 2015, sendo encontrados 44 artigos, sendo excluídos os artigos não disponíveis na íntegra, e incluídos os artigos nos idiomas em inglês, espanhol e português, a apenas os que tratavam sobre cuidados de enfermagem, sendo incluídos apenas 5 artigos na amostra. **RESULTADOS:** Os artigos tratavam sobre o cuidado de enfermagem com diferentes intercorrências relacionadas as lesões tumorais, sendo o profissional enfermeiro o responsável central pelo cuidado desses pacientes, e tem como responsabilidades: avaliar a ferida quanto ao tamanho e configuração; área de envolvimento; cor da lesão; extensão da ferida; odor; exsudato; sangramento; dor; prurido; descamação; acometimento ou invasão de órgãos e sistemas; avaliar a progressão ou mudanças na ferida; obter os produtos necessários e apropriados para a ferida; ensinar o cuidado ao paciente e ao familiar; encaminhar à psicologia, assistente social, de maneira apropriada, se necessário. Também é importante a avaliação global do paciente, incluindo as escalas de avaliação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Lesões malignas em região de cabeça e pescoço são de grande relevância tendo em vista suas peculiaridades. Tendo como uma das características mais relevantes o odor, e trazem o uso de gel de metronidazol a 0,8%, como principal cobertura para o controle desse sintoma. Esse estudo teve como limitação a restrição por inclusão apenas de artigos disponíveis da íntegra.

PO - 182 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

GESTÃO DE PELE EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - RELATO DE EXPERIÊNCIA

GEISA CRISTINA CARVALHO

ASSISTE VIDA ATENÇÃO DOMICILIAR, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Gestão; Feridas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A importância do cuidado com a pele do paciente em internação, vem sendo descrita com vasta experiência no âmbito hospitalar e tem sido cada vez mais, indicador de qualidade da assistência de enfermagem. A Internação Domiciliar vem crescendo no âmbito nacional e com isso crescendo o interesse em melhorar a qualidade da assistência também neste segmento. Com este intuito, a Assiste Vida Atenção Domiciliar, observou a necessidade de organizar-se para melhor atender a seus clientes.

OBJETIVO: Relatar o desenvolvimento da gestão de pele para melhoria da qualidade da assistência ao paciente em Internação Domiciliar. **MÉTODO:** Relato descritivo dos fatos. Experiência: Em 2012 foi designado a Enfermeira de Controladoria, o acompanhamento dos pacientes portadores de lesão de pele. A primeira ação foi a padronização de coberturas com a criação do Protocolo de Feridas da instituição. Iniciamos treinamentos mensais para capacitação da equipe. Em Setembro de 2014 instituímos a comissão de pele. Todas as Enfermeiras visitadoras participam de reuniões mensais, para discussão de um "cases" de pacientes com lesão de pele. Realizamos o primeiro Intensivo de Feridas onde exploramos, desde a anatomia e fisiologia da lesão de pele, até como devem ser realizados os registros de enfermagem. Padronizamos o registro fotográfico com régua própria. Em 2015 iniciamos a Educação Continuada na empresa, onde um cronograma de treinamentos anual foi elaborado para atender a equipe de Enfermeiros e Técnicos, no sentido de aumentar o conhecimento teórico prático com as atualizações pertinentes a Enfermagem Dermatológica e outros assuntos relacionados a Internação Domiciliar. O Intensivo foi incorporado nas ações anuais e repetido em outro formato em 2015. Criamos folder explicativo que foi anexado ao prontuário, com informações de prevenção e cuidados com a pele. Estas ações, visam atualizar e motivar a equipe e reduzir custos e recursos. **RESULTADOS:** O índice atual de abertura de lesão é de 10 a 12% do total de pacientes internados. Do total de pacientes com lesão de pele, o índice de cicatrização é em média de 8%. **CONCLUSÃO:** Este relato de experiência comprova que quando temos o interesse em aperfeiçoarmos nossos conhecimentos e unificarmos o conhecimento da equipe, a qualidade do profissional melhora individualmente, a qualidade da equipe melhora num todo e a qualidade da assistência é refletida na satisfação do cliente interno e externo.

AVALIAÇÃO DE JUÍZES PARA VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL

JOÃO CARLOS SANTOS; CAROLINE SOUZA MATTOS; FRANCISCA ALEXANDRA ARAÚJO; JOSELANY ÁFIO CAETANO; MARIA FATIMA SOUZA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Validação de Instrumento; Consulta de Enfermagem; Estomia Intestinal.

INTRODUÇÃO: A validação de conteúdo de instrumentos é um processo no qual um instrumento, previamente elaborado segundo aspectos teóricos específicos para um determinado assunto, passa por uma avaliação minuciosa por parte de pessoas consideradas expertises no referido assunto. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, avalia se ele mede com precisão o fenômeno a ser estudado e pode-se considerar um instrumento válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo. A análise dos itens que compõe o instrumento pode ser realizada através da análise teórica e análise empírica. **OBJETIVO:** validar por meio de expertises um instrumento para consulta de enfermagem à pacientes com estomia intestinal. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de desenvolvimento para validação de um instrumento para consulta de enfermagem a ser utilizado em pacientes com estomia intestinal, a partir das respostas ao questionário por parte dos juízes (5 especialistas em estomaterapia e 1 doutor), utilizando-se do referencial teórico de Pasquali, que apresenta o modelo teórico de elaboração e validação de instrumentos que inicia com o Polo teórico, que é a definição do constructo e a análise teórica dos itens do instrumento e o Polo analítico ou estatístico, que são as análises estatísticas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 661.677. **RESULTADO:** Foram realizadas duas etapas de avaliação pelos juízes. Na avaliação inicial do instrumento os seguintes itens foram alterados: renda familiar, exame físico (sono e repouso, alimentação e hidratação) e sexualidade. Na segunda etapa de avaliação os itens foram considerados adequados e com relevância significativa para aplicação na prática. Verificou-se que a totalidade dos juízes consideraram adequada a divisão proposta pelo instrumento e os itens considerados relevantes e muito relevantes totalizaram o percentual de 100%. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que estudos metodológicos são relevantes para a construção e validação de instrumentos por meio de expertises.

PO - 184 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM ESTOMIA INTESTINAL: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

JOÃO CARLOS SANTOS; CAROLINE SOUZA MATTOS; FRANCISCA ALEXANDRA ARAÚJO; JOSELANY ÁFIO CAETANO;
MARIA FATIMA SOUZA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Validação de Instrumento; Consulta de Enfermagem; Estomia Intestinal.

INTRODUÇÃO: A consulta de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal é fundamental, pois possibilita melhor aceitação da estomia e do seu tratamento; orientação sobre o procedimento; estimula o autocuidado e preveni complicações comuns no local de inserção da estomia. Diante do exposto, refletiu-se sobre a importância de um serviço sistematizado de enfermagem em nível ambulatorial, e para efetivar uma consulta de enfermagem direcionada às necessidades do indivíduo é preciso de um instrumento de coleta de dados validado. **OBJETIVO:** Construir e validar um instrumento de coleta de dados direcionados para avaliação de saúde de pacientes com estomia intestinal. **MÉTODO:** Estudo metodológico realizado durante os meses de maio a julho de 2015. Este foi organizado em duas fases: levantamento bibliográfico para subsidiar a construção do instrumento e avaliação da adequação do conteúdo por seis especialistas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 661.677. **RESULTADO:** O instrumento seguiu o referencial teórico da Orem e foi composto: dados de identificação, exame físico, requisitos universais (ano diagnóstico da doença, tratamento, sono/ repouso, ingesta hídrica, eliminações, e história de etilismo, tabagismo); requisitos desenvolvimentais (sentimentos em relação ao problema de saúde, mudanças no estilo de vida após estomia, etc) e desvio de saúde (tratamento, cuidado com pele, troca da bolsa e outros cuidados). Ao final existe uma avaliação da demanda de autocuidado. Todas as seções foram consideradas adequadas e as modificações foram renda familiar, exame físico (sono e repouso, alimentação e hidratação) e sexualidade. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que este instrumento poderá contribuir para que enfermeiros direcionar a assistência de enfermagem com a identificação de indicadores que refletirão possíveis diagnósticos de enfermagem.

A IMPORTÂNCIA DO NÚCLEO FAMILIAR NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA

PAULIANA PIMENTEL COELHO GARCIA¹; ANA PAULA MENDES DOS SANTOS²; AMANDA DE PAIVA SANTOS TORRES³; SABRINA MONTEIRO BASSI⁴; MARCIA LUZIA DA SILVA⁵

¹SMS DE VIÇOSA, VICOSA - MG - BRASIL; ^{2,3}GRADUANDA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL; ^{4,5}SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Núcleo Familiar; Úlcera de Pressão; Reabilitação.

INTRODUÇÃO: Em um mundo onde existe a promessa de proximidade, a distância toma lugar. Nesse contexto, a família se apresenta de formas muito distintas, porém em uma sociedade onde o ser humano é apenas um corpo biológico, o aspecto emocional do núcleo família se faz necessário. Família é descrita no dicionário como um grupo de pessoas que vivem sobre o mesmo teto e apresentam laços sanguíneos, porém o vínculo familiar vai além do que é percebido pelo homem. **OBJETIVO:** Discorrer acerca do envolvimento da família no processo recuperação de um paciente do município de Viçosa – Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso, cujo paciente é J.F.M, 84 anos, viúvo, residente no município de Viçosa – Minas Gerais. Paciente portador de enfisema pulmonar, vitiligo, hipertensão arterial sistêmica, ex-tabagista, atualmente em oxigenoterapia no domicílio. Segundo relatado paciente apresentou feridas em região sacral, após 40 dias de internação. Segundo relato da família, apresenta inapetência e alta ingestão hídrica. Eliminações presentes, em uso de fralda geriátrica. Ao exame físico: paciente acamado, apresenta episódios que oscilam entre lucidez e confusão, normohidratado, normocorado, eupneico. Tônus muscular diminuído. Paciente apresenta feridas em região sacral, membros inferiores e calcâneo direito. Em uso de hidrogel, alginato de cálcio, óleo de girassol e soro fisiológico. Paciente acompanhado pela equipe da unidade básica de saúde do bairro em que reside. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Segundo observado pela equipe os familiares adotaram uma estrutura organizacional bem formada, através de escalas de atuação e registro, a fim de otimizar o cuidado prestado. Muito além dos aspectos técnicos envolvidos no cuidado pela família, as características emocionais se apresentam de forma intensa, pois o cuidado genuíno prestado pelos filhos em relação ao pai, perpassa os âmbitos da técnica, assim como a relação interpessoal de grande harmonia presente entre os irmãos. Demonstra a solidez do núcleo familiar, o que facilita o processo de cura. De forma imperceptível, os filhos criaram uma rede de atenção singular e dessa forma promovem um cuidado de grande qualidade, além de promoverem o bem-estar biopsicossocial ao paciente. **CONCLUSÃO:** O caso acima descrito apresenta características particulares no que diz respeito ao núcleo familiar no processo de cuidado, tendo em vista que são perceptíveis a interação e o envolvimento na promoção, prevenção e recuperação do paciente.

PO - 186 - PÔSTER I - TARDE 25/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DE PERIÓDICOS NACIONAIS SOBRE PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO (UPP)

CAROLINE DA COSTA TAMAYO SANCHES; VIVIANI CAMBOIN MEIRELES; ELIANE APARECIDA SANCHES TONOLLI; CELY CRISTINA MARTINS GONÇALVES; IARA VIEIRA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Prevenção; Tratamento.

INTRODUÇÃO: O Protocolo é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem e reduz a incidência de UPP. O objetivo dessa pesquisa foi analisar artigos de avaliação de protocolos de prevenção de UPP. **MÉTODO:** Trata-se de revisão bibliográfica de artigos científicos nacionais na base de dados Bireme, Scielo e Google Acadêmico, com os seguintes descritores: Úlcera por pressão, protocolo, prevenção e tratamento. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos originais e completos; publicados em periódicos nacionais; em Português; pertinentes ao tema, datados de 2007 a 2015. **RESULTADOS:** Dos 54 artigos selecionou-se 4 **RESULTADOS:** 2(50%) publicados na revista Brasileira de Terapia Intensiva, 1 (25%) na revista Cuidarte Enfermagem e 1 (25%) na revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A Escala de Braden foi utilizada 75% dos estudos e 25% a escala de Norton. Dos artigos que trataram da Escala de Braden comparou-se a incidência e a prevalência de UPP em duas UTI's geral num espaço de tempo de doze meses. O segundo relatou a implantação do protocolo de prevenção de UPP desenvolvido por grupos de profissionais, foi implantado gradualmente em unidade de internação, em etapas para a aplicação da escala de Braden. O terceiro utilizou a escala de Braden para fazer a avaliação dos pacientes em cada subescala, foi identificado a necessidade de treinamento, para que a equipe não apresentasse condutas desnecessárias aprimorando a competência técnica e habilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem. Os artigos supra-citados avaliaram diferentes dimensões respectivamente: incidência/prevalência, implantação do protocolo e avaliação da Escala de Braden em sub-escalas. O quarto artigo, avaliou: classificação de UPP (EPUAP); quanto as diretrizes do Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria em Úlceras de Pressão - Espanha (GNEAUPP) e a escala de Norton. O protocolo de prevenção consistiu em avaliar os pacientes nas primeiras 24 horas de internação, o que permitiu uma classificação por graus de risco. A frequência de aparecimento de UPP em média, no 7º dia de internação. **CONCLUSÃO:** Percebeu-se que a escala de Braden apresentou um maior número de avaliação. Faz-se necessário mais estudos que avaliem habilidade e segurança técnica e científica dos enfermeiros para o planejamento da assistência de enfermagem na prevenção de UPP.

INOVAÇÕES NO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM EM LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM: REPRODUÇÃO DAS TÉCNICAS DE CURATIVO EM CENÁRIO MAIS PRÓXIMO DE SITUAÇÕES REAIS

ROSELI INÊS RESENDE¹; MAYARA APARECIDA PASSAURA DA LUZ²; DENISE COSTA DIAS³; LORENA MORAES GOETEM GEMELLI⁴

¹UNIOESTE- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL; ^{2,3,4}UNIOESTE-UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Ensino Aprendizagem; Laboratório de Enfermagem; Técnicas de Curativo.

INTRODUÇÃO: O ensino de habilidades clínicas e o desenvolvimento de destreza manual para a execução de técnicas de Enfermagem nas simulações em laboratório podem contribuir para aprofundamento do processo ensino aprendizagem relativos ao raciocínio lógico e gerenciamento dos recursos disponíveis. **OBJETIVO:** Desenvolver estratégias para introdução de elementos no processo de ensino aprendizagem de técnicas de curativo em laboratório de Enfermagem para criar um cenário mais próximo do real. **MÉTODOS:** As simulações das técnicas de curativo foram realizadas como parte das atividades desenvolvidas em projeto de ensino e monitoria voluntária da disciplina de Enfermagem Fundamental I e II da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Através do uso de fotos de feridas reais, impressas e aderidas á manequins com filme transparente. A simulação do exsudato foi realizada com a utilização de substância pastosa associada ao Polivinilpirrolidona iodo-PVPI tópico para empregar maior veracidade e compreensão dos alunos. Neste sentido, fez-se necessário executar as referidas técnicas nas diferentes regiões do corpo do manequim, com a utilização de materiais e instrumentos apropriados para higienização, tratamento e proteção da ferida. Para desenvolver as técnicas foram utilizados os Equipamentos de Proteção Individual-EPIs necessários, ressaltando a importância da técnica asséptica e da proteção do profissional de saúde. O cenário foi preparado pela orientadora e por três alunas, enquanto as demais ficaram aguardando para realizar a técnica do lado de fora do laboratório e deste modo posteriormente descrever as impressões sobre o emprego desse método de ensino. **RESULTADOS:** As docentes e monitoras consideram que a introdução destes elementos permite ao aluno identificar os diferentes estágio e tecidos encontrados como fibrina, necrose e tecido de granulação. No entanto, é importante considerar que mesmo que visualmente a fotografia auxilie no aprendizado, essa não permite o treino de técnicas como o desbridamento dos tecidos desvitalizados, e cogitou-se a possibilidade de reproduzir esses tecidos com materiais disponíveis em laboratório. **CONCLUSÃO:** A utilização de imagens de feridas reais aderidas aos manequins foi considerada um recurso que pode auxiliar a incrementar o ambiente de aprendizagem tornando-o mais desafiador ajudando inovar o ensino e aprendizagem de laboratório. Recomendamos como trabalho futuro a avaliação deste recurso didático por grupo de peritos e alunos.

PO - 188 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DA HIDROFIBRA COM PRATA PARA TRATAMENTO DE HIPERGRANULAÇÃO EM FERIDA - RELATO DE CASO

ADRIANA DUTRA THOLL; ANA MARIA PETTERS; FLÁVIA COSTA BRITTO
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Hidrofibra com Prata; Amputação; Reabilitação.

INTRODUÇÃO: O tecido de hipergranulação caracteriza-se por um excesso de tecido de granulação, que se forma para além do nível do leito da ferida, gerando tensão nos bordos, impedindo a migração das células epiteliais basais e consequentemente a cicatrização. **OBJETIVO:** Relatar o tratamento tópico instituído com maior sucesso para a redução da hipergranulação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso, realizado nos meses de abril/2014 a março/2015, no Centro Catarinense de Reabilitação, uma Instituição pública na cidade de Florianópolis. Desenvolvido em um paciente do sexo masculino, com 57 anos de idade, transplantado renal há cinco anos (em uso imunossupressores), que foi submetido à amputação transtibial à D., por complicação vascular em out./2014, e que progrediu com hipergranulação de 2,0 cm de altura e 24 cm de diâmetro). Foram realizados 25 atendimentos. Os dados foram obtidos por meio de registros escritos no prontuário e avaliação fotográfica periódica da ferida, respeitando-se os preceitos éticos. **RESULTADOS:** No 17º curativo, observou-se redução significativa da lesão com epitelização em 75% da lesão, restando apenas 2,8 cm x 3,0 cm (comprimento x largura) para completar o processo. No entanto, o processo de cicatrização foi lento, possivelmente pelas comorbidades associadas (obesidade mórbida, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica) de difícil controle, além do edema constante e processos alérgicos pelo contato da cobertura secundária com a pele. Durante o tratamento houve a necessidade de associar ao tratamento tópico, antibiótico sistêmico em dois momentos. Foram utilizados diferentes produtos (hidrogel, Ácido Graxo Essencial – AGE, Sulfadiazina de Prata e Prata nanocristalina), conforme a necessidade no momento do curativo, entretanto, a cobertura primária de maior resposta à redução e epitelização da hipergranulação foi a hidrofibra com prata, que culminou com o maior tempo de uso, combinado à espuma hidrocélular com adesivo de silicone, como cobertura secundária, considerando o alto nível exsudativo da lesão e a pele perilesional frágil. A troca era realizada a cada dois dias no período de maior exsudação e de três a quatro dias na fase final do processo. Durante o tratamento, o paciente foi acompanhado por uma equipe interdisciplinar. **CONCLUSÃO:** Dos tratamentos tópicos instituídos observou-se que a hidrofibra com prata apresentou maior eficácia na redução da hipergranulação.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA: ESTUDO DE CASO

**GISELE DE PAULA MEDEIROS SELMER; MARCIA CRISTINE SILVA PRESTES
PREFEITURA MUNICIPAL DE CASTRO, CASTRO - PR - BRASIL.**

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera Venosa; Bota de Unna.

Úlcera venosa é uma lesão cutânea que acomete o terço inferior das pernas. Está associada à insuficiência venosa crônica, sendo esta a principal causa de úlcera de membros inferiores. Pode interferir na qualidade de vida, pois gera repercussões negativas na esfera social e econômica. O cuidado em feridas refere atenção especial por parte dos profissionais da saúde, destacando-se o papel do enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática. O enfermeiro precisa estar preparado para tratar pacientes que necessitem de uso de curativos inteligentes que se usado corretamente, com o comprometimento profissional e do paciente, associado ao tratamento clínico e controle de doenças de base serão de grande eficiência e resolutividade. O objetivo deste trabalho é relatar a evolução e o tratamento da usuária O. S., sexo feminino, com 79 anos de idade, solteira, aposentada, com ensino fundamental incompleto, branca, mora acompanhada da irmã, com história de hipertensão arterial. Trata-se de um relato de caso, ocorrido em uma unidade de saúde da Família Bom Jesus no município de Castro/PR, entre junho a agosto de 2015. Paciente apresenta úlcera venosa em MIE de grande extensão, lesão com 516 cm² na região anterior do membro inferior esquerdo e úlcera com 144 cm² em região de tornozelo lateral ao dorso do pé esquerdo com início em junho de 1995. Em junho de 2015 foi iniciado o tratamento com curativos inteligentes. A Bota de Unna foi o tratamento indicado associado a outras coberturas quando se fez necessário. Após oito semanas de tratamento a úlcera apresenta tecido de granulação viável com 254 cm² de extensão na região anterior do membro inferior esquerdo e 24 cm² em região de tornozelo lateral ao dorso do pé esquerdo de extensão. A paciente refere não sentir dor e nega uso de analgésico há mais de um mês. Pôde-se perceber nesse relato de caso que o tratamento com a Bota de Unna se mostrou efetivo, pois atuou na redução do edema, da dor existente no membro afetado, além de promover a granulação e epitelização em 50% da úlcera.

PO - 190 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

IARA VIEIRA; VIVIANI CAMBOIN MEIRELES; ELIANE APARECIDA SANCHES TONOLLI; JORSELI ANGELA HENRIQUES COIMBRA; CAROLINE DA COSTA TAMAYO SANCHES
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Dermatite Associada a Incontinência; Enfermagem; Prevenção.

INTRODUÇÃO: Dermatite Associada à Incontinência (DAI) é uma manifestação clínica de lesões de pele associada à umidade, comum em pacientes com incontinência fecal e/ou urinária. **OBJETIVO:** identificar na literatura intervenções curativas e preventivas de Enfermagem em pacientes com Dermatite Associada à Incontinência (DAI). **MÉTODO:** Foi realizada busca nas bases de dados indexadas: BIREME, SciELO e LILACS, entre outros da área entre os anos de 2005 a 2015, em língua portuguesa, com os descritores: DAI, enfermagem, incontinência urinária, prevenção, tratamento, protocolos. Foram identificadas 23 publicações sendo que 3 publicações atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** Verificou-se que as publicações tiveram como temática: fatores causais de DAÍ, métodos de prevenção da lesão da pele provocada por DAÍ, manuseio e tempo de exposição da pele a urina e fezes. Em relação à prevenção, orientações sobre higiene, isolamento e proteção contra irritantes da pele, prevenção de DAÍ com o uso de tecnologia. **CONCLUSÃO:** os estudos salientam a avaliação do paciente, o planejamento do cuidado para alcançar melhor nível de qualidade na assistência prestada. É necessários mais estudos sobre a utilização de protocolo institucional como norteador de tais medidas, assim como a adoção de programas de educação permanente, para DAI, garantindo assim a manutenção das boas práticas assistenciais.

Referências:

- AQUINO A. L., CHIANCA T. C. M., BRITO R. C. S. Integridade da pele prejudicada, evidenciada por dermatite da área das fraldas: revisão integrativa, 2012.
- DEALEY C. Cuidando de Feridas - Um guia prático para as Enfermeiras. Atheneu Editora 3ª Ed.2008. São Paulo- SP- Brasil.
- DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual de Prevenção de Lesão de Pele: Recomendações baseadas em evidências. Editora Rubio – 2ªEdição- Rio de Janeiro. 2014.
- GRAY, M.; BEECKMAN, D.; BLISS, D., Z.; FADER, M.; LOGAN, S.; JUNKIN, J.; SELEKOF; DOUGHTY, D; KURZ, P. Consensus International Dermatitis Associated with incontinence, 2012.
- RIBEIRO, J.U.; BORGES, E.L. Revisão Integrativa do tratamento de Dermatite Associada a Incontinência. Revista Estima 2010; p.30-39

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO II NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE UMA ÚLCERA POR PRESSÃO EM UM PACIENTE PARAPLÉGICO DA CIDADE DE VIÇOSA - MG.

VIVIANE PICHIELLE¹; PAULIANA PIMENTEL COELHO GARCIA²; THALITA SARAIVA SANT`ANNA³; LUCAS GIL ALCON⁴
^{1,2}PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA, VICOSA - MG - BRASIL; ^{3,4}UNIVIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Assistência Domiciliar; Feridas.

INTRODUÇÃO: a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, estabelece princípios e orienta a implantação de um modelo de atenção à saúde pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização e no controle social.¹ Neste contexto se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF), cenário em que as equipes multiprofissionais atuam como corresponsáveis pela saúde da população adstrita a uma determinada área de abrangência. O cuidado domiciliar é uma estratégia assistencial que enfatiza a autonomia do paciente, bem como o auto cuidado no espaço domiciliar em que a ESF oferta cuidados aos portadores de feridas. As úlceras de pressão são feridas causadas pela diminuição da irrigação sanguínea devido à compressão e cisalhamento da pele, ossos e tecidos adjacentes do paciente com o leito¹.

OBJETIVO: Relatar um caso clínico da assistência de enfermagem da ESF na execução, orientação e avaliação das feridas por úlcera de pressão em um paciente no domicílio. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso clínico a cerca da assistência dos profissionais de enfermagem ofertada á S. S, 40 anos, lucido, acamado, paraplégico, o qual desenvolveu uma úlcera por pressão de intensa profundidade e extensão. Através de visitas domiciliares são realizadas as trocas de curativo, ofertado orientações, acompanhamento da ferida por mensuração e avaliação da eficácia da cobertura. Inicialmente foi usado Sulfadiazina de Prata, por 2 meses; depois carvão de prata ativado por 2 meses com evolução positiva. Posteriormente Sulfadiazina de Prata por falta de opção e a ferida piorou drasticamente. Em março de 2015 sob nova gestão, a secretaria municipal de saúde disponibilizou coberturas e foi indicado Biatain AG, momento em que observou-se grande melhora da ferida. Em obediência aos princípios éticos o presente relato foi autorizado pelo paciente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O estabelecimento de vínculo entre família e ESF foi fundamental no processo de evolução cicatricial da ferida, a qual vem evoluindo positivamente. Na profundidade, a evolução é bastante significável, não há mais exsudado, odor fétido e sinais de infecção, apenas tecido de granulação. **CONCLUSÃO:** Um dos principais fatores para a evolução da melhora da úlcera foi a interação entre a ESF, família e as coberturas utilizadas.

PO - 192 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A BOTA DE UNNA COMO UMA DAS ALTERNATIVAS PARA A CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**PRISCILA LOPES NOGUEIRA; MARCIA EIKO KARINO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.**

Palavras-chave: Bota de Unna; Úlcera Venosa; Enfermagem.

A insuficiência venosa crônica é causada pela hipertensão arterial de longa duração nos membros inferiores e revelam que nos países ocidentais, cerca de 15 a 20% das úlceras são de origem venosa. Esta patologia quando não tratada pode evoluir para uma ulceração epitelial. As úlceras venosas representam um elevado ônus para os cofres públicos e têm despertado um grande interesse nos serviços. Estudos revelam que o uso do curativo compressivo (Bota de Unna) minimiza os efeitos da hipertensão e contribui para o processo de cicatrização. O principal objetivo foi descrever um estudo de caso em um paciente com úlcera flebopática que realizou o tratamento com Bota de Unna no ambulatório do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Londrina, por um tempo estimado de três meses, com aplicações semanais da bota de Unna por um profissional capacitado para tal atendimento, usando um questionário específico como instrumento de avaliação do paciente, este estudo ocorreu entre novembro de 2013 a fevereiro de 2014. A metodologia escolhida foi o estudo de caso em que foi avaliado um paciente de 65 anos, sexo masculino, mulato, aposentado e com ensino médio incompleto, portador de Hipertensão Arterial e nega Diabetes Mellitus, apresentava uma úlcera venosa no terço distal de membro inferior direito com 4,5 cm² de área, bordas altas e irregulares, leito da ferida com 100% de tecido de granulação, sem odor fétido, com média quantidade de exsudato serosanguinolento, possuindo edema 4+/4+ em MMII. Ao final de oito semanas, a úlcera encontrou-se cicatrizada, havendo a redução do edema em 1+/4+ e uma aceleração no processo de cicatrização. O uso da Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas não infectadas, aliado ao acompanhamento ambulatorial adequado, resultou na melhora clínica do estado de saúde do paciente, com a redução significativa da dor e do edema presente dos membros inferiores e com cicatrização total da úlcera venosa. Diante do resultado apresentado, recomenda-se o uso da terapia compressiva inelástica (Bota de Unna) no tratamento de úlceras venosas crônicas, associado ao acompanhamento regular ambulatorial do pacientes pelos profissionais da saúde. E assim, para que haja mais empenho na adesão ao tratamento com Bota de Unna pelos profissionais da saúde para que utilizem com mais frequência esta forma de curativo.

UTILIZAÇÃO DA PRATA NANOCRISTALINA NO TRATAMENTO DE LESÕES TRAUMÁTICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIANA OLIVEIRA ALMEIDA; MARIANA DE CARVALHO SOUZA MAGALHÃES; POLIANE OLIVEIRA CARVALHO; JOÃO VICTOR BRITO DO VALE
HOSPITAL EMEC, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Trauma; Prata.

O trauma representa um agravo responsável por altas taxas de mortalidade e potencial incapacitante. A ocorrência de lesões associadas ao trauma são frequentes e complicam ainda mais o processo de recuperação dos indivíduos, haja vista a influência direta na sua autoestima e autonomia diante do processo de adoecimento. **MÉTODO:** esse estudo foi realizado em um hospital privado do município de Feira de Santana, Bahia, com o objetivo de apresentar a eficácia da substância no tratamento de feridas com risco ou infecção ativa. A paciente caso, E.M.L.O, 53 anos, portadora de HAS, foi admitida no dia 05 de novembro de 2014, vítima de politrauma (capotamento), apresentando lesão principal em MSD extensa com desenlramento, associada a hematomas e sinais flogísticos. Foi submetida à drenagem e rafia no dia 06 de novembro do referido ano. Essa lesão evoluiu com necrose de tecido, sendo necessária abordagem cirúrgica para limpeza e desbridamento no dia 15 de novembro do mesmo ano. Posterior ao desbridamento, as bordas da lesão ainda apresentavam sinais flogísticos, com importante hiperemia e edema. Nesse momento, iniciamos a utilização da malha de polietileno com prata nanocrystalina, realizando troca a cada 3 dias, seguidos até o dia 25 de dezembro no mesmo ano. Os dados foram obtidos através de registros escritos sistematizados e documentação fotográfica. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo paciente e aprovado pelo diretor do serviço. **RESULTADOS:** Após o início do já referido tratamento observou-se significativa redução do exsudato, aumento do tecido de granulação, presença de ilhas de epitelização em bordas, e segundo a paciente, melhora importante da dor. Ao final do primeiro mês de tratamento a reparação tecidual chegou a 50% e a hiperemia perilesional desapareceu por completo. A paciente saiu de alta no dia 06 de janeiro de 2015, retornando no dia 09 de março do mesmo ano para realização de enxerto, com cicatrização completa atualmente. **CONCLUSÃO:** Observamos o controle do exsudato, da infecção e da dor enquanto gradativamente, se dava a cicatrização da lesão, o que melhorou significativamente as atividades de vida diária da paciente e redução do tempo de internação.

PO - 194 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PARTICULAR- NOVA FRIBURGO-RJ

MARCIA WALDHELM CARVALHO
UNIMED NOVA FRIBURGO, NOVA FRIBURGO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Prevalência; Unidade Intensiva; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UP) são consideradas um evento adverso que ocorre em pacientes hospitalizados, institucionalizados ou domiciliados. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de úlceras por pressão na unidade de terapia intensiva do Hospital Unimed – Nova Friburgo-RJ. Constatou-se durante a pesquisa, que os fatores externos e internos, foram direta ou indiretamente, determinantes para a multiplicidade de UP. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de úlceras por pressão na unidade de terapia intensiva do Hospital Unimed - Nova Friburgo-RJ. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de corte transversal, documental, e analítico quantitativo, considerando idade, sexo, manifestações clínicas e tempo de internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com capacidade de 07 (sete) leitos, de respeitada unidade Hospitalar, de caráter privado, localizado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. A Pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do hospital em estudo sob o parecer de número: 00001/11. Foi realizada a coleta de dados em prontuários de 300 (trezentos) pacientes internados na terapia intensiva, compreendendo os meses de junho de 2011 a junho de 2012. **RESULTADOS:** Das variáveis analisadas, apenas o tempo de internação foi estatisticamente significativa para a ocorrência de UP, apontando que os pacientes com mais de 02(dois) dias internação, apresentam um risco de 2,1x maior de desenvolver úlceras por pressão, ($p=0,27$) (IC= 1,10 – 4,18). **CONCLUSÃO:** Observou-se uma baixa prevalência de UP dentro da unidade de terapia intensiva no Hospital Unimed Nova Friburgo-RJ, com maior risco para pacientes internados por mais de dois dias, sugerindo-se intensificar para a equipe multiprofissional a importância da assistência adequada, e sugerindo maiores estudos para posterior avaliação.

AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES COM ÚLCERAS DE PERNA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

ISABELLE ANDRADE SILVEIRA; MAGALI REZENDE DE CARVALHO; BEATRIZ GUITTON
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, SAO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera da Perna; Dor; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A dor crônica geralmente é uma experiência comum em indivíduos com úlceras de perna ocorrendo em 28% a 65% dos indivíduos e sendo algumas vezes descrita como intensa. **OBJETIVO:** Avaliar o padrão da dor apresentada por pacientes com úlceras de perna por meio do Questionário de McGill. **MÉTODO:** Estudo observacional, transversal, descritivo, realizado com 40 pacientes com úlceras de perna em um hospital universitário do município de Niterói. A avaliação da dor foi realizada pelo questionário de McGill. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa atendendo aos princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com o número 196/98; CAAE nº 0154.0.258.000-08. **RESULTADOS:** Com relação às características sociodemográficas e clínicas dos voluntários, 62,5% eram do sexo feminino; com média de idade de 63,9 anos; 70% das feridas localizavam-se em região maleolar e 77,5% eram de etiologia venosa. Nos descritores sensoriais do questionário McGill, as palavras mais escolhidas para descrever a dor foram: fisgada (87,5%), pontada (77,5%), latejante (72,5%), agulhada (65%), queimação (52,5%). Nos descritores afetivos, os destaques foram: enjoada (65%), cansativa (42,5%) e castigante (42,5%). No descritor avaliativo, juntos os descritores chata e "que incomoda" somaram 65% desse grupo. Nos descritores Miscelânea destacaram-se: aborrecida (45%), adormece (30%) e repuxa (30%). No grupo sensorial, as palavras mais escolhidas representaram características da dor crônica neuropática, a qual é independente de qualquer estímulo. A justificativa de escolha das palavras para os descritores afetivos deste estudo pode advir do frequente retardo no processo de cicatrização. No grupo avaliativo a caracterização da dor como chata revela o quanto esta situação pode incomodar e acarretar prejuízos à saúde emocional. No descritor Miscelânea com relação às palavras adormece e repuxa, ambas são sintomas associados à insuficiência venosa crônica. **CONCLUSÃO:** Os descritores escolhidos mostraram que a dor além de nociceptiva tem caráter neuropático. O questionário de McGill mostrou-se uma ferramenta útil na caracterização qualitativa da dor dada sua dimensão subjetiva e multifatorial. Ressalta-se a importância de compreender as características e forma de apresentação da dor associada a lesões a fim de orientar o planejamento das intervenções de enfermagem visando seu controle efetivo e a melhora da qualidade de vida.

PO - 196 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A PLANIMETRIA MANUAL E A FOTOGRAFIA COMO TÉCNICAS DE AFERIÇÃO DE FERIDAS

ISABELLE ANDRADE SILVEIRA; ANA PAULA CARDOSO TAVARES; BEATRIZ GUITTON
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, SAO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Fotografia; Planimetria.

INTRODUÇÃO: A utilização de medidas auxiliares no acompanhamento de feridas é fundamental para a adoção de uma terapêutica adequada. Entre as medidas utilizadas para avaliar a evolução de lesões, encontram-se a planimetria manual e a fotografia. A planimetria manual é uma técnica de mensuração que consiste em calcular a superfície da área da ferida a partir do traçado da lesão. A técnica fotográfica compreende a captação da imagem a partir da câmera fotográfica e a aferição da área da lesão com auxílio de softwares de análise de imagem. **OBJETIVO:** Identificar qual a técnica apresenta maior precisão na mensuração de lesões. **MÉTODO:** Estudo exploratório com 10 pacientes portadores de feridas atendidos em um hospital universitário. A coleta de dados consistiu na mensuração de feridas pelas técnicas de planimetria manual e fotografia por quatro especialistas no tratamento de lesões. Foi realizada a análise estatística com cálculo de média, desvio-padrão e coeficiente de variação para avaliar a variabilidade dos dados obtidos por cada técnica durante a mensuração das lesões. O estudo foi aprovado com o número 196/98, CAAE nº 0154.0.258.000-08. **RESULTADOS:** Após a comparação entre os coeficientes de variação obtidos através das técnicas para cada paciente, o somatório das médias dos coeficientes de variação encontrados pela planimetria e pela fotografia foram 14,1% e 12,4%, respectivamente. Essa diferença permitiu identificar que a técnica fotográfica apresentou 1,7% mais precisão do que a técnica planimétrica na mensuração das lesões. **CONCLUSÃO:** A técnica fotográfica apresentou maior precisão quando comparada à técnica planimétrica, porém a diferença percentual obtida não foi significativa para a determinação da técnica mais adequada no acompanhamento de feridas.

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE PICHIELLE¹; PRISCILA ARAÚJO ROCHA²; GISELE ROBERTA NASCIMENTO³; SANDRA CRISTINA DE ARAÚJO⁴; EDENÍLSON GONZAGA⁵

^{1,2}PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA, VICOSA - MG - BRASIL; ³ACADÊMICA DO 10º PERÍODO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL; ⁴TÉCNICA DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA-MG., VIÇOSA - MG - BRASIL; ⁵ACADÊMICO DO 8º PERÍODO DE ENFERMAGEM DA UNIVIÇOSA, VIÇOSA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Atenção Primária.

INTRODUÇÃO: Na Estratégia de Saúde da Família são realizadas várias ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação no domicílio que permite conhecer as reais condições sociais, econômicas, culturais, o processo de saúde-doença, além da criação de vínculo entre usuários, profissionais e comunidade. Dentre os profissionais das equipes de saúde, a enfermagem, dentro das suas atribuições, se destaca pelo cuidado, acompanhamento e avaliação de feridas dos pacientes debilitados com impossibilidade/ dificuldade de locomoção. **OBJETIVO:** relatar a importância da assistência da enfermagem no domicílio na avaliação da ferida e no cuidado do curativo. **METODOLOGIA:** Trata-se de em um relato de caso desenvolvido a partir do atendimento domiciliar em uma paciente assistida por uma equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, da cidade de Viçosa-MG. Os atendimentos iniciaram em Junho de 2015 e continuam a ser realizados. **RESULTADOS:** O acompanhamento e a execução do curativo diariamente são realizados pela enfermeira, a técnica de enfermagem juntamente com acadêmicos de enfermagem a uma paciente, do sexo feminino, casada, 33 anos, com diagnóstico de câncer de reto, submetida a um procedimento cirúrgico com ferida na região perineal extensa e profunda, em uso de sonda vesical de demora e bolsa de colostomia. A paciente tem o auxílio da mãe e dos filhos para atividades de vida diária e para os cuidados com a ferida. Esse contato diário no domicílio para o tratamento de feridas com a paciente está permitindo notórios avanços para que a equipe de enfermagem planeje e coordene os cuidados, avalie o uso e a efetividade das coberturas, a melhora da evolução da ferida, a execução do curativo e também ponderar sobre as condições gerais da paciente. **CONCLUSÃO:** Através do cuidado continuado pela equipe de enfermagem da atenção primária prestada por meio da visita e assistência domiciliar, foi possível avaliar uma melhora significativa nas condições de saúde e no processo de cicatrização da ferida e, tendo em vista o envolvimento e, também a co-responsabilização da família e da paciente ao tratamento e cuidados estipulados. Assim, é possível perceber um cuidado individualizado, humanizado e de acordo com os princípios do SUS sendo efetivos na prática.

PO - 198 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O COTIDIANO DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

BIANCA CAMPOS OLIVEIRA¹; ROSEANE DA SILVA VIEIRA²; JOSÉ VICTOR CAMPOS OLIVEIRA³; GRAZIELA SILVA TAVARES⁴; ANA CAROLINA DE OLIVEIRA JERÔNIMO⁵

^{1,2,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; ^{3,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO: A presença da úlcera venosa é percebida como algo capaz de alterar o cotidiano da pessoa com UVC, provocando interferências na sua vida pessoal, relacional e profissional. **OBJETIVO:** Compreender as implicações da úlcera venosa no cotidiano de pessoas que convivem com essa afecção. **MÉTODO:** Pesquisa de caráter descritivo e de abordagem qualitativa, realizada com usuários do serviço de Atenção Primária à Saúde de um município da zona da Mata Mineira. A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2012, a partir da entrevista semiestruturada com sete mulheres e oito homens, por meio das seguintes questões abertas: como é para você conviver com uma ferida na perna? Conte-me as suas expectativas em relação a sua vida, considerando que possui uma úlcera de perna. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, com Parecer favorável nº 226/2009. **RESULTADOS:** Os conteúdos significativos dos depoimentos permitiram compor categorias referentes às implicações no cotidiano das pessoas que convivem com UVC: "Limitações na vida diária"; "Dificuldades no autocuidado"; "Recuperar a integralidade da pele e retomar as atividades". A maior expectativa da pessoa em relação ao cuidado com a ferida é traduzida pela cicatrização da mesma. Tal expectativa é percebida como um meio de retomar plenamente as suas atividades diárias, incluindo a possibilidade de ter mais saúde para conduzir suas relações sociais, em especial as de ordem familiar. **CONCLUSÃO:** A compreensão do cotidiano do usuário, que convive com a UVC, representa uma contribuição importante para a construção do conhecimento sobre o tema no cenário científico.

USO DO REGENERADOR CUTÂNEO (ÁCIDO HIALURÔNICO) NO TRATAMENTO DE PACIENTE ACOMETIDO POR LINFANGITE NECROTIZANTE: UMA EXPERIÊNCIA EFICAZ

SARA MARIA CRUZ DA COSTA; HISTALFIA BARBOSA BATISTA NEVES; JEFERSON PEREIRA DA SILVA; JÉSSYKA CHAVES DA SILVA; TATIANA MENDONÇA PORTO
CICATRIZA, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Infecção; Feridas; Ácido Hialurônico.

INTRODUÇÃO: Definida por um processo inflamatório que acomete o sistema linfático profundo, a linfangite necrotizante pode provocar sintomas tais quais: febre, mal estar, dores musculares e nas articulações. Os fatores etiológicos podem ser de origem traumática, química e biológica, sendo este último o principal causador desta patologia. O ácido hialurônico apresenta indicação singular quando utilizado em creme no seu uso tópico em cicatrização de feridas, visto que atua principalmente na deficiência da regeneração cutânea. **OBJETIVO:** Descrever a eficácia da utilização de creme contendo 0,2% de ácido hialurônico (Hyaludermin®) no tratamento de linfangite necrotizante. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso envolvendo uma paciente acometida por linfangite necrotizante, submetida ao tratamento com creme de ácido hialurônico 0,2% em uma clínica de enfermagem especializada em curativos, no período de janeiro a março de 2014. As informações aqui contidas foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico e evolução das lesões através do arquivo institucional. **RESULTADOS:** M.J.L, 71 anos, sexo feminino, natural de Barra de São Miguel-PB, aposentada, hipertensa. Segundo histórico médico apresentava ferimento infectado de grande extensão na região da face medial do Membro Inferior Esquerdo (MIE), decorrente de linfangite necrotizante, sendo encaminhada para debridamento cirúrgico, sob cuidados médicos. Logo após o procedimento, foi admitida em janeiro de 2014, numa clínica de enfermagem especializada em curativos, portando lesão de aproximadamente 60 cm de comprimento, 15 cm de largura e 3 cm de profundidade, com exposição de músculos, bordas hiperemiadas e ausência de necrose ou fibrina. Obteve indicação de tratamento especializado com frequência mínima de três vezes semanais utilizando técnica asséptica, limpeza com soro fisiológico a 0,9% e clorexidina a 2% associado a utilização de substância com finalidade de estimular a formação de tecido de granulação e acelerar a cicatrização (ácido hialurônico a 0,2%). Utilizou-se técnica de enfaixamento compressivo por multicamadas como curativo secundário, e meia elástica. Em seguida foi documentada evolução favorável, com fechamento da lesão em março de 2014. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho demonstrou a eficiência do uso de Hyaludermin® (ácido hialurônico 0,2%) no tratamento de linfangite necrotizante, mediante, principalmente, a otimização e a aceleração do processo cicatricial e de cura da lesão.

PO - 200 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INTERVENÇÃO E APRENDIZADO EM FERIDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

BIANCA CAMPOS OLIVEIRA; GRAZIELA SILVA TAVARES; KARINE LOPES DE SOUZA
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Enfermagem; Integralidade.

INTRODUÇÃO: No Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pacientes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. **OBJETIVO:** Descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal Fluminense, no período de estágio teórico prático realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário e compreender a importância para a sua formação como enfermeiro. **MÉTODO:** Este estudo consiste em um relato de experiência de discentes envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, comprometidos com a construção de conhecimento. O estudo teve como cenário o Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), criado em 1993, para realização da consulta de enfermagem a pacientes externos portadores de lesões tissulares. Os discentes realizavam consultas de Enfermagem aos usuários portadores de lesões, com a preceptoria direta de um docente. **RESULTADOS:** As consultas de Enfermagem não se destinavam apenas a avaliação da lesão e a realização do curativo, mas também a utilização de novas terapêuticas como, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial. **CONCLUSÃO:** A compreensão do cotidiano do usuário, que convive com uma lesão, a integralidade da ação e a humanização da assistência são premissas que devem ser trabalhadas e desenvolvidas durante todo o processo de formação do enfermeiro. Assim nota-se a importância na formação dos discentes, à vivência no Ambulatório de Reparo de Feridas, visto que, possibilita que os mesmos aprofundem seus conhecimentos acerca do tratamento de lesões e trabalhem conceitos acerca do vínculo e das relações interpessoais.

QUEIMADURA PELA PLACA DE ELETRO CAUTÉRIO E SUAS REPERCUSSÕES - RELATO DE CASO

ADRIANA DUTRA THOLL; ANA MARIA PETTERS; FLÁVIA COSTA BRITTO
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Placa eletro cautério; Segurança do Paciente; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Trata-se de um relato de caso, entre Julho/2014 e Janeiro/2015, no Centro Catarinense de Reabilitação, Instituição pública em Florianópolis. Desenvolvido em um paciente do sexo masculino, com 40 anos de idade, diagnóstico de Paraplegia Espástica, sequela de lesão medular (T7/T8), por acidente automobilístico. Durante a fixação da coluna vertebral, houve queimadura nos MMII, no local de fixação da placa do eletro cautério. **OBJETIVO:** Relatar os riscos de queimadura pela placa de eletro cautério, bem como o tratamento instituído para cicatrização da lesão. **METODOLOGIA:** Foram realizados 20 atendimentos. Os dados foram obtidos por meio de registros no prontuário e avaliação fotográfica da ferida, respeitando-se os preceitos éticos. **RESULTADOS:** A lesão na face externa da perna E., com característica não estadiável, necrose seca em dois pontos, medindo 1,0 x 1,5cm (comprimento x largura). Após o desbridamento autolítico com hidrogel, combinado à espuma hidrocélular com adesivo de silicone, no quarto curativo, a lesão apresentava as dimensões de: 3,0 cm x 3,0 cm e 0,5 cm de profundidade, com borda aderida. Com o uso de cobertura com espuma de poliuretano com prata (AG) iônica e alginato de cálcio, sendo a troca a cada três dias. A lesão cicatrizou em dois meses, no oitavo curativo e foi mantida com placa de hidrocolóide. A lesão na face externa da perna D., apresentava-se não estadiável, com necrose seca, medindo 6,0 cm x 3,5 cm. Realizado desbridamento autolítico com hidrogel, combinado à espuma de poliuretano com prata iônica e alginato de cálcio, como cobertura secundária. Evoluiu no terceiro curativo com aumento das dimensões e profundidade, caracterizando uma ferida de estágio IV, exsudado abundante serosanguinolento, sendo necessário auxílio de desbridamento mecânico. Em 12/08/2014, iniciou o processo de granulação na região superior da lesão. Dois meses após houve exposição do tendão no centro da lesão, exsudação abundante, mantido espuma de poliuretano com prata, com troca a cada dois dias, evitando a maceração da borda. O tendão foi coberto por tecido de granulação dois meses depois e sua cicatrização em três meses (21/10/2014). Entretanto, após um trauma de transferência, o paciente precisou ser acompanhado por mais três meses, tendo o processo de cicatrização finalizado com laserterapia. **CONCLUSÃO:** Compreende-se que a segurança do paciente é o primeiro domínio da qualidade na assistência à saúde e que urge uma conscientização sobre a temática.

PO - 202 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

APLICAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DO SISTEMA TERAPIA POR PRESSÃO SUB-ATMOSFÉRICA (NEGATIVA) E OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA AO PORTADOR DE SÍNDROME DE FOURNIER

DAYANE DIAS DINIZ MENEZES; FÁBIA DE NAZARÉ MADEIRA RAMOS DOS SANTOS; NATHALIA DE MELO AUAD DA SILVEIRA; ANA CRISTINA DE CARVALHO CUNHA DE AMORIM
HOSPITAL PORTO DIAS, BELEM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier; Oxigenoterapia Hiperbárica; Terapia por pressão sub-atmosférica.

INTRODUÇÃO: A fascite necrótica perineal, também conhecida como Síndrome de Fournier é uma infecção grave, polibacteriana sinérgica, necrotizante, que envolve os planos fasciais superficial e profundo da genitália, muitas vezes, poupando as estruturas musculares profundas e, em graus variáveis, a pele sobrejacente. Em se tratando de oxigenoterapia hiperbárica (OHB), a mesma consiste na oferta de oxigênio puro ($FiO_2 = 100\%$) em um ambiente pressurizado a um nível acima da pressão atmosférica, que auxilia na ativação das células responsáveis pelo processo de cicatrização. No âmbito curativo, o Sistema de Terapia por pressão negativa foi utilizado o modelo vac da empresa KCI a mesma constitui de uma abordagem comprovada, não invasiva e avançada de cicatrização de feridas. O Sistema usa uma unidade de terapia inteligente para aplicar pressão negativa controlada (sub-atmosférica) no local da ferida. O mesmo é provido de atividade para redução de exsudato e infecção, promove o estímulo para formação de tecido de granulação, reduz edema e prepara o leito da lesão para o fechamento. **OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da associação do sistema de Terapia por Pressão Negativa e Oxigenoterapia Hiperbárica para tratamento ao portador da Síndrome de Fournier. **METODOLOGIA:** Estudo de Caso de caráter retrospectivo, realizado com um paciente portador da síndrome de Fournier, o qual fora submetido ao tratamento de 50 dias, envolvendo 04 trocas de sistema por pressão negativa, bem como 30 sessões de oxigenoterapia hiperbárica. **RESULTADOS:** evidenciou-se que a associação da tecnologia de Terapia por Pressão Negativa e Oxigenoterapia Hiperbárica foram eficazes no tratamento da lesão por Síndrome de Fournier, sendo notório a redução da carga bacteriana, tecido desvitalizado e exsudação, além de estimular o tecido de granulação e reduzir as áreas de solapamento de borda, portanto possibilitando que ocorresse a contração das bordas da lesão e redução da profundidade. **CONCLUSÃO:** A perspicácia do enfermeiro deve ser destacada em relação aos cuidados elaborados e prestados ao paciente portador de síndrome de Fournier. Em síntese observou-se que o estudo desencadeado, conseguiu atingir o objetivo proposto, visto que evidenciou-se a eficácia da associação do Sistema de Terapia por pressão negativa associado à oxigenoterapia hiperbárica, e que posteriormente o leito da lesão estaria apto para uma enxertia.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO CICATRIZANTE DE FORMULADOS À BASE DO EXTRATO DA PRÓPOLIS

ALINE BARROS COELHO¹; LEONARDO RAMOS PAES LIMA²

¹PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, IPATINGA - MG - BRASIL; ²CENTRO UNIVERSITÁRIO LESTE MINAS GERAIS, IPATINGA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Própolis; Lesões; Cicatrização.

Algumas substâncias extraídas de plantas medicinais possuem ação cicatrizante tais como a própolis. Sua atividade farmacológica tem sido atribuída aos compostos fenólicos, entre eles flavonóides e ácidos fenólicos, cujos teores têm sido propostos como parâmetros para o controle da qualidade. A própolis promove uma evolução gradativa de sinais e sintomas de feridas crônicas, desde a fase inflamatória até a fase de epitelização. Este trabalho teve como objetivo a produção e o teste farmacológico de preparações farmacêuticas a base de extratos da própolis, sob o processo antiinflamatório e de cicatrização em feridas cutâneas em ratos da raça Wistar. Foram utilizados 35 ratos machos da linhagem Wistar, separados aleatoriamente em 5 grupos: controle (G1); tratados com a pomada de própolis a 5% (G2), 10% (G3), 20% (G4) e animais tratados apenas com o extrato de própolis (G5). Após a realização das feridas, as mesmas foram fotografadas de 48 em 48 horas durante um período de 10 dias. Para a avaliação do efeito cicatrizante dos formulados, a partir do diâmetro da ferida, foram feitas a análise de variância (ANOVA) e o teste de Scheffe. O teor de flavonóides encontrados na própolis foi de 2,43%, sendo este um dos principais constituintes. Foram realizadas análises macroscópicas das lesões durante o procedimento experimental, não se observando aparentemente sinais de infecção tecidual e exsudação excessiva. Observou-se ainda que as formulações, nas diferentes concentrações utilizadas, não foram eficazes na cicatrização tecidual dos animais. O único grupo que apresentou diferenças significativas nos parâmetros analisados, em relação aos demais foi o da pomada a 5% de extrato de própolis que teve um efeito contrário, dificultando o processo de cicatrização. A base utilizada no preparo das pomadas pode ter interferido negativamente na evolução da ferida. As pomadas de 10 e 20% tiveram as menores reduções dos diâmetros das feridas e no peso úmido e seco, quando comparado ao grupo controle. Era esperado um resultado satisfatório para o grupo tratado com o extrato de própolis puro (G5), mas o uso de produtos com elevados teores de solvente causaram maceração no tecido lesionado, com conseqüente interferência no processo de cicatrização, dificultando a formação de novas camadas teciduais. Assim, a utilização de própolis, incorporada às formulações citadas, não exerceu ação cicatrizante em lesões cutâneas.

PO - 204 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERA VENOSA EM PACIENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: A IMPORTÂNCIA DO OLHAR HOLÍSTICO OTIMIZANDO A CICATRIZAÇÃO DA FERIDA CRÔNICA

RAIMUNDA PEREIRA DA SILVA; ILMARA MACIEL RIBEIRO
CMS NICOLA ALBANO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa; Olhar holístico; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Úlcera venosa tem um impacto considerável na autoestima do paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 pela repercussões sociais e econômicas e em decorrência de sua natureza recorrente. Necessitando a avaliação do paciente em sua integralidade, nesse sentido ressalta-se que o tratamento de úlceras deixou de ser apenas uma prática curativa e incorporando uma assistência de enfermagem holística com avaliação dos aspectos sociais, emocionais, exame físico e laboratorial. **OBJETIVO:** Realizar a coordenação do cuidado para viabilizar a cicatrização da ulcera venosa e resgatar a autonomia do portador de doença crônica junto à sociedade. **METODOLOGIA:** Está em acompanhamento paciente portador de DM2 com úlcera crônica, durante um mês, com avaliação diária pela ESF. Neste período foi avaliada a cobertura adequada, conscientização do paciente para o autocuidado. Estudo de Caso: M.P.C.S 71 anos, viúva, portadora de DM2 desde 2001 hipertensa desde 2003, dislipidemia, reside em uma comunidade com familiares, faz uso de hipoglicemiantes orais, alimentação irregular, portadora de ferida de grande extensão no terço médio distal do membro inferior Esquerdo em estágio 3, infectada, apresentando 70 % de necrose de liquefação e 30% de tecido de granulação com odor fétido, exsudativa e apresenta linfedema no membro acometido. Acompanhada pela ESF do Alto da Boa, foi solicitado exames laboratoriais e encaminhada para avaliação nutricional. Realizado curativo diário com membrana polimérica com adição de prata nas primeiras duas semana que permite o desbridamento autolítico, absorção do exsudato e ação bactericida e controle do odor, secreção e tecido desvitalizado, nas semanas seguinte em uso de membrana polimérica sem adição de prata. **RESULTADOS:** com mudança no estilo de vida aliado ao uso da cobertura, proporcionou a redução do tecido desvitalizado, exsudato, odor, limpou o leito da ferida, possibilitando o início da terapia compressiva. A conscientização da paciente em relação ao seu próprio cuidado está sendo fundamental para evolução da cicatrização. **CONCLUSÃO:** avaliação positiva ao processo de cicatrização, melhor aceitação na sociedade sem odor ou exsudato A atuação do profissional mostrou se importante na coordenação do cuidado e com a prática do curativo diário, avaliação da cobertura, avaliação nutricional, laboratorial e adequação das terapias medicamentosas associada ao auto cuidado. Uma vez que o paciente cumpre o papel principal no controle da doença crônica.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES TIPO II COM ÚLCERAS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE AUTO MONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR (PAMGC) - UNESC

BRUNO MINOTTO BOM¹; ROBSON PACHECO²; PAULO CEZAR LOCK SILVEIRA³; LISIANE TUON⁴; ELISA BOBSIN⁵
^{1,5}UNESFISIOTERAPEUTAS RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA, URUSSANGA - SC - BRASIL; ^{2,4}CO-ORIENTADORES DOCENTES DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE, URUSSANGA - SC - BRASIL; ³ORIENTADOR E DOCENTE DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE., URUSSANGA - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Fisioterapia; Ferida; Laser.

INTRODUÇÃO: Entre as doenças crônicas não transmissíveis, uma que merece grande destaque é o Diabetes Mellitus. A sua prevalência estimada para todas as faixas etárias no ano de 2000 era em torno de 2,8% da população mundial, com 171 milhões de casos, com previsão de atingir 4,4% em 2030, com 366 milhões de casos. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015). O envelhecimento e a mudança dos hábitos de vida da população favorecem o aparecimento do Diabetes Mellitus e se destaca as úlceras cutâneas crônicas. Adicionalmente à gravidade da lesão, os pacientes manifestam um quadro secundário de depressão (BORGES, 2005). **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes com Diabetes tipo II com úlceras atendidos no Programa de Auto Monitoramento Glicêmico Capilar (PAMGC) – UNESC. **METODOLOGIA:** O questionário de qualidade de vida WHOQOL - Bref foi aplicado, de 03 à 07 de agosto de 2015, com os pacientes com úlceras cutâneas atendidos no PAMGC, nas Clínicas Integradas da UNESC. Teve-se como objetivo, identificar o impacto causado pelas feridas em pacientes diabéticos, em sua qualidade de vida e em suas relações pessoais e sociais. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref foi aplicado em 16 pacientes atendidos no PAMGC – UNESC. No questionário WHOQOL-Bref destacamos que no domínio físico obtivemos um total de 54,59, no psicológico 68,15, nas relações sociais 66,07% e ambiental 69,20. Observa-se que o domínio ambiental não se mostra tão significativo para alterar a qualidade de vida. O domínio físico apresentou escore de 54,59, mostrando que esse domínio é o mais significativo quanto ao impacto das feridas na qualidade de vida dos pacientes. Pois, as úlceras cutâneas são limitadoras de diversas atividades, como afirma Borges (2005) pode levar os pacientes a quadros de depressão, isolamento social e inatividade física, ocasionando um declínio da qualidade de vida. Verificamos um escore de 63,39, o que não comprova um declínio da qualidade de vida desses pacientes, porém, o domínio físico nos mostra um escore menor (54,59), sendo este o fator que mais afeta a qualidade de vida dos pesquisados. **CONCLUSÃO:** Nesse estudo comprovamos que as úlceras cutâneas, em decorrência da Diabetes Mellitus, são fator determinante para o declínio da qualidade de vida. Nesse contexto verificamos a necessidade e importância de recursos fisioterapêuticos, como o Laser, para reabilitação desses pacientes.

PO - 206 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SENSIBILIZAÇÃO DE DISCENTES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E APOIO ÀS FAMÍLIAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TAIANE ROCHA LIMA; LARISSA PAIM TELLES; LORRANE PEREIRA DA SILVA; MAIARA VITOR GOMES; MIRIAN TEREZA MACIEL
UEFS, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Úlceras por Pressão; Familiares.

INTRODUÇÃO: No Brasil, as úlceras por pressão constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas com alterações da capacidade de mobilização, a exemplo de politraumatizados, pessoas em condições neurológicas, demenciais e dependências geradas pelo próprio envelhecimento, embora sejam escassos os registros dessas lesões. **OBJETIVO:** Descrever as etapas da sensibilização dos discentes de enfermagem no Projeto Pele Sã para prevenção de úlceras por pressão. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência com objetivo de descrever as etapas da sensibilização de discentes para a prevenção de úlceras por pressão e apoio às famílias de pessoas com vulnerabilidade para desenvolvê-las. **RESULTADOS:** Participaram 8 discentes, na primeira etapa a metade do grupo se posicionou no lugar do paciente, deitado e imóvel por 15 minutos, enquanto o outro grupo realizava a mudança de decúbito e aplicação de aliviadores de pressão. Em seguida houve revezamento da posição dos grupos visando oportunizar experiências de ser paciente e de ser cuidador a todos os discentes; após essa atividade formou-se uma roda de conversa e os discentes expressaram suas percepções, sentimentos e aprendizados obtidos com a atividade. Na segunda etapa os docentes indicaram textos para leituras sobre o tema da prevenção de úlceras e sobre trabalho com famílias. Na terceira etapa os discentes desenvolveram atividades práticas diretamente com os pacientes atendidos no ambulatório do Núcleo de atenção a pessoas com feridas do Hospital Geral Cleriston Andrade, além de realizar educação em saúde para os pacientes e famílias, estes discentes registravam os cuidados nos prontuários, e realizavam plano para o autocuidado em domicílio. Na quarta e última etapa realizou-se a avaliação da experiência pelos discentes e docentes. **CONCLUSÃO:** Todos os envolvidos consideraram a oficina positivamente por permitir conhecer o desconforto da imobilização e a necessidade de mudança de posição para aliviar áreas de pressão. E que o acompanhamento durante as consultas trouxe segurança para os discentes na realização das técnicas, expansão do conhecimento científico e aproximação com a realidade do trabalho em saúde. Esses consideraram ainda que a integração com docentes e trabalhadores da unidade de saúde favoreceu o processo ensino-aprendizagem, manifestada pela coerência de postura durante as discussões teóricas e teóricas práticas.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE FERIDAS DE ARAPIRACA/AL

JOSINEIDE SOARES DA SILVA¹; LISIANE VITAL DE OLIVEIRA²; PHILLIPE ROCHA DE LIMA³; LUCAS BARROS DOS SANTOS⁴; JOELMA ALVES DA SILVA ARAÚJO⁵

^{1,5}PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA, ARAPIRACA - AL - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, ARAPIRACA - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Cicatrização de feridas; Curativos.

INTRODUÇÃO: A prática do cuidado a feridas cutâneas, ao longo do tempo e notou-se que são inegáveis os avanços tecnológicos na área de saúde, trazendo maiores perspectivas para o cuidado a essas pessoas. Muito embora esses avanços em conjunto com a transição epidemiológica tenham possibilitado o aumento da expectativa de vida da população, mesmo em pleno século XXI, ainda são inúmeros os problemas que continuam a afetar a saúde das pessoas no mundo. No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente do sexo, idade ou etnia e para e são consideradas uma epidemia escondida, que afetam milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se com um elevado impacto tanto a nível individual como econômico o que tornam esta problemática de grande relevância para a comunidade científica. **OBJETIVO:** Identificar as características sociodemográficas dos pacientes atendidos no Ambulatório de Feridas de Arapiraca/AL. **MÉTODO:** Trata-se de um recorte de um estudo de caráter quantitativo, transversal, cuja amostra foi constituída por 189 prontuários dos 100% dos pacientes com feridas atendidos no Ambulatório de Feridas de Arapiraca/AL (A.F.A), elegíveis para o estudo, considerando que nenhum sujeito se recusou a participar do estudo. Os dados coletados foram do período de 27 de fevereiro de 2012 a 26 de março de 2014. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil com o seguinte parecer: 770.597 em 03/08/2014. **RESULTADOS:** O perfil sociodemográfico dos 189 pacientes atendidos no A.F.A. aponta para o predomínio do sexo masculino, com relação de 1,19 homens para cada mulher. A média geral de idade foi de 52,4 anos, com maior frequência de pacientes na faixa etária de 60 a 79 anos. A maior parte dos pacientes quanto à situação conjugal era casada ou em união estável (51,9%), seguido dos solteiros (25,9%), com predomínio de analfabetismo (28,6%) e de nível fundamental completo (27%). Quanto à ocupação, verificou-se que, aposentados (36 %), autônomos (10,1%) e estudantes (8,5%) foram os pacientes em maior frequência nos atendimentos. **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos neste estudo permitem estabelecer um panorama de como está o índice de feridas, principalmente no município de Arapiraca, por meio do Ambulatório de Feridas, em se tratando de características sociodemográficas, e confirma a necessidade de reflexões envolvendo esta temática, para subsidiar novas estratégias de assistência.

PO - 208 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM ERITEMA NECROSANTE: UM RELATO DE CASO À LUZ DO FENÔMENO DE LÚCIO

JOELMA ALVES DA SILVA ARAÚJO¹; PHILLIPE ROCHA DE LIMA²; LISIANE VITAL DE OLIVEIRA³; LUCAS BARROS DOS SANTOS⁴; JOSINEIDE SOARES DA SILVA⁵

^{1,5}PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA, ARAPIRACA - AL - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, ARAPIRACA - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Hanseníase; Cuidados de Enfermagem; Curativos.

O paciente estudado é portador de uma vasculite aguda necrosante, que é característica principal do Fenômeno de Lúcio, sendo uma variante da reação hansênica tipo 2, os quais envolvem imunocomplexos e produção de citocinas, como o fator de necrose tumoral alfa. Apesar de descrito o quadro clínico e histopatológico desse fenômeno, a patogênese desta reação ainda permanece obscura sabendo que é apresentado principalmente na forma lepromatosa pura e primitiva da hanseníase. A etiopatogenia desta manifestação clínica necessita de um substancial investimento de pesquisa. Sendo assim, Ribeiro e Col. (2007) alertam para o múltiplo espectro de apresentação clínica da hanseníase, destacando as lesões cutâneas necrosantes e manifestações articulares simulando doenças reumáticas, confundindo o diagnóstico e o tratamento correto. **OBJETIVO:** Relatar a história da lesão do paciente e as medidas de intervenção que foram tomadas para sanar o agravo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso referente ao paciente (S.S.A.) atendido no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca, através do projeto "Feridas Têm Alma", acompanhado pela enfermeira e por três acadêmicos do 6º e 10º período do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Para a elaboração deste relato foram analisados os dados do paciente, adquiridos por meio da consulta ao prontuário, desde sua admissão no dia 23 de abril de 2015 até a alta, 11 de junho do mesmo ano. **RESULTADOS:** O estudo compreende um paciente do sexo masculino, 14 anos, pardo, em tratamento para hanseníase, admitido no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca. Apresenta múltiplas lesões em ambos os membros, crostas em todas as feridas, exsudato purulento e odor fétido, realizado desbridamento mecânico e utilizado Ácidos Graxos Essenciais (AGE) por todo o período de tratamento. Em pouco mais de um mês notou-se o avanço da lesão onde já não existia alteração tecidual, assim como odor e exsudado, sinalizando assim para a alta do paciente. **CONCLUSÃO:** Mediante os dados aqui apresentados, evidencia a necessidade do enfermeiro, enquanto profissional responsável pela avaliação da lesão e membro de uma equipe multidisciplinar, buscar conhecimento sobre as patologias que podem ser base para o aparecimento de lesões, e assim poder notar aspectos maiores que estão por trás de uma ferida, e dessa forma dar direcionamento e implementar ação necessárias para promover o bem-estar do usuário.

A INSERÇÃO DE DISCENTES NO CUIDADO ESPECIALIZADO A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS ATRAVÉS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MAIARA VITOR GOMES; LARISSA PAIM TELLES; TAIANE ROCHA LIMA; LORRANE PEREIRA DA SILVA; MIRIAN TEREZA MACIEL
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas crônicas; Cuidados; Extensão universitária.

INTRODUÇÃO: O cuidado à pessoa com ferida crônica é um processo que exige atenção do profissional pois devido a duração prolongada, permanente e/ou recorrente causa desgaste necessita do uso contínuo de medicamentos, mudanças físicas, sociais e psicológicas. Dessa forma, o cuidado de enfermagem é essencial para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, visando não apenas o tratamento da ferida, mas englobando ao máximo suas necessidades, incluindo também seus familiares nesse processo. **OBJETIVO:** Descrever a inserção de discentes de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas crônicas em um serviço ambulatorial através da extensão universitária. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência. Participaram quatro discentes e dois docentes vinculados à Universidade Estadual de Feira de Santana, duas enfermeiras e dois técnicos de enfermagem no ambulatório de um hospital de Feira de Santana-BA, pelo Núcleo de Atenção às Pessoas com Feridas, no período de fevereiro a agosto de 2015, por quatro horas semanais. A inserção dos discentes ocorreu em 2 etapas: observação e prestação de cuidados. Na etapa de observação as discentes conheceram o Núcleo de atenção às pessoas com feridas, sua estrutura física e organizacional, o fluxograma de atendimento às consultas, agenda de treinamentos, os recursos disponíveis para o tratamento tópico das feridas, o processo de distribuição de coberturas, os instrumentos de registro de consultas e censo mensal/anual de atendidos. Na etapa de prestação de cuidados, as discentes realizaram consultas de enfermagem, identificação de diagnósticos centrados na pessoa adoecida e na família com vistas ao autocuidado, e realizaram encaminhamento para especialistas. **RESULTADOS:** As discentes vivenciaram o planejamento e a prestação do cuidado integral às pessoas com feridas crônicas, puderam inserir-se na dinâmica de trabalho da unidade de saúde, desenvolver relações interpessoais e interdisciplinares com as equipes e com os usuários e seus familiares. **CONCLUSÃO:** A inserção dos discentes de enfermagem em atividades de extensão voltadas para o atendimento de pessoas com feridas crônicas contribui para articular os conhecimentos teóricos com a prática, tornando-se os discentes mais seguros e aptos para realização de procedimentos, além de ampliar seus olhares para a complexidade do cuidado às pessoas com feridas crônicas e seu papel nesse contexto visando fornecer aos usuários uma atenção integral e de qualidade.

PO - 210 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

MÓDULO DE ENSINO À DISTÂNCIA SOBRE FERIDAS CRÔNICAS PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

SORAIA ASSAD NASBINE RABEH¹; MÁRCIA BEATRIZ BERZOTI GONÇALVES²; PAULA CRISTINA NOGUEIRA³

^{1,2}ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP (EERP-USP), RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; ³ESCOLA DE ENFERMAGEM - USP (EE-USP), SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Educação a Distância; Educação em Enfermagem; Úlcera.

INTRODUÇÃO: A assistência as pessoas com feridas crônicas está diretamente relacionada aos profissionais de enfermagem. Nas últimas décadas, isto tem sido um desafio, diante dos avanços tecnológicos e científicos na temática, que demandam constante atualização, para uma prática segura e efetiva. A fim de contemplar as necessidades deste novo perfil profissional, diversas Instituições de Ensino Superior (IES) tem adotado métodos ativos de ensino e aprendizagem, ao incluir a Internet como uma ferramenta para o acesso à informação e compartilhamento de recursos, com ênfase para a educação à distância. **OBJETIVOS:** Avaliar o desempenho dos estudantes de enfermagem em um teste de conhecimento, antes e após a participação em um módulo de ensino à distância sobre "Terapia tópica de feridas crônicas", avaliando as questões sobre "anatomia da pele" e "processo de cicatrização" através de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA Moodle). **MÉTODO:** Tratou-se de estudo quasi-experimental (pré e pós-teste) com uma análise quantitativa dos dados. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da IES. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos participantes. **RESULTADOS:** Participaram do estudo 37 alunos, do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem de uma IES pública, localizada no interior do estado de São Paulo. Do total de alunos, 95% eram do sexo feminino com idade média de 23,16 anos. A porcentagem total de acertos relativos às questões sobre "a anatomia da pele" do curso "Terapia tópica de feridas crônicas" foi de 61,6%, no pré-teste, e 70,3%, no pós-teste. A porcentagem total de respostas corretas em "processo de cicatrização" no pré e pós-teste aumentaram, respectivamente, de 58,9% para 64,6%. Houve um aumento estatisticamente significativo no número médio de acertos obtidos no teste de conhecimento após a intervenção. Os alunos tiveram desempenho inferior em questões específicas relacionadas ao processo de cicatrização de feridas crônicas. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicaram lacunas no conhecimento dos estudantes sobre os itens avaliados "anatomia da pele" e "processo de cicatrização" de feridas crônicas. A utilização do AVA Moodle pode constituir uma estratégia de apoio para fortalecer e ampliar o acesso de alunos de enfermagem para o conhecimento sobre temas relevantes para o cuidado de enfermagem.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO INTERNA DE CURATIVOS DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NOROESTE DO RIO GRANDE DO SUL NO TRATAMENTO DE FERIDAS

DANIELE RAMBO LAUXEN DA ROSA¹; HAIDE GUSE BRISSOW²; MARISTANE BECHORNER ALMEIDA³

¹HOSPITAL SANTO ÂNGELO, SANTO ANGELO - RS - BRASIL; ^{2,3}HOSPITAL SANTO ANGELO, SANTO ANGELO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento; Feridas; Cuidado.

INTRODUÇÃO: A assistência aos pacientes com feridas requer cuidados criteriosos e a cicatrização dependerá da escolha do tratamento adequado, maximizando a qualidade do tratamento e minimizando o dano ao paciente. Fatores relevantes do processo de cicatrização estão relacionados ao conhecimento e a técnica dos profissionais na realização dos curativos. **OBJETIVO:** Demonstrar a evolução da ferida de um paciente atendido pela Comissão Interna de Curativos (CIC) do Hospital Santo Ângelo/RS (HSA), mediante a utilização das coberturas "Aquacel Ag extra" e "Saf-Gel". **MÉTODO:** Relato de experiência sobre o tratamento da ferida de um paciente atendido pela equipe da CIC do HSA. Os dados foram coletados durante a realização dos curativos semanais, no período de janeiro a agosto de 2015. **RESULTADOS:** O paciente J.S. 69 anos, agricultor, com histórico de tabagismo a 53 anos, depressão, acidente vascular cerebral prévio, internou no HSA para atendimento com médico vascular com diagnóstico de fascíte necrosante. Apresentando lesão ulcerativa do dorso lateral direito até o dorso lateral esquerdo do pé esquerdo, presença de necrose extensa, exposição de tendões, drenando secreção purulenta, com odor fétido. Em uso de antibioticoterapia endovenosa mantendo curativos simples 2 vezes ao dia. Aos 7 dias de internação, os curativos foram realizados com gel hidratante com Alginato de Cálcio e Sódio Saf-Gel, com uma troca diária e outra noturna de curativo secundário. Após 19 dias de internação, o paciente recebeu alta hospitalar e manteve curativos ambulatoriais. Na segunda semana destes, iniciou-se uso de 4 placas de Aquacel Ag extra. Espaçamento de curativos 2 vezes na semana, mantendo-se troca diária de curativo secundário. Atualmente o paciente retorna para troca de curativo 2 vezes por semana, é utilizado 1 placa de Aquacel Ag extra, sem dor, leve edema, presença de tecido de granulação, pouca secreção serosa, restando 3 lesões menores. **CONCLUSÃO:** A CIC constitui-se em uma estratégia na qualificação do cuidado aos pacientes portadores de feridas. A utilização dos curativos Aquacel Ag extra e Saf-gel, têm se mostrado eficazes para o tratamento proposto. Cada vez mais a CIC está aderindo seu uso no ambiente hospitalar. O cuidado de enfermagem ao paciente com feridas consiste na articulação entre saberes e técnicas científicas atrelados à ética, objetivando cura, melhora da qualidade de vida e o conforto do paciente em todas as circunstâncias (Malagutti, 2014).

PO - 212 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EPIDERMÓLISE BOLHOSA (EB): UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CRISTINA COSTA HOLANDA
SES-DF, BRASILIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Epidermólise Bolhosa; Assistência de Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: A epidermólise bolhosa é uma doença cutaneomucosa caracterizada pela formação de bolhas em todo o corpo, que surgem espontaneamente ou sob trauma insignificante. A doença pode ser genética ou adquirida, sendo classificada em simples, juncional e distrófica. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo revisar os aspectos relevantes sobre a epidermólise bolhosa enfatizando a sistematização da assistência de enfermagem relacionando os principais diagnósticos de enfermagem e suas intervenções, de modo a oferecer uma assistência individualizada e holística para os pacientes portadores dessa patologia, evitando assim possíveis complicações. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de literatura especializada, relatos de casos e artigos científicos. **RESULTADOS:** A assistência de enfermagem às pessoas com EB é um desafio e exige um plano de cuidados de enfermagem sistematizado e individualizado, um programa educativo efetivo e que considere a pessoa acometida, de forma integral e humanizada. Dentre os diagnósticos de enfermagem encontrados, destacam-se: integridade tissular prejudicada; risco de infecção; baixa autoestima; distúrbio da imagem corporal; risco de isolamento social; risco de crescimento alterado. **CONCLUSÃO:** A epidermólise bolhosa é uma doença rara, que ainda não dispõe de cura, sendo de grande impacto na vida do paciente e de sua família. O desenvolvimento de bolhas na pele e mucosas e as deformidades decorrentes de tais lesões interferem sobremaneira na atenção à saúde e na qualidade de vida do paciente. O tratamento da EB deverá ser focado para a prevenção de formação de novas bolhas, prevenção e tratamento das infecções, suporte nutricional, suporte psicológico não só ao paciente como também aos demais membros da família. Sendo, o enfermeiro, o profissional responsável direto pelos cuidados, este deve propiciar aos portadores de EB e familiares uma compreensão precisa da doença e dos cuidados necessários no domicílio oferecendo uma assistência de forma sistematizada e qualificada alcançando assim a maioria dos resultados esperados.

EFETIVIDADE DA ESPONJA ESTÉRIL EM ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO

NATHALIA REIS AYRES DOS SANTOS; NELSON CARVALHO DE ANDRADE; BRUNA MAIARA FERREIRA BARRETO; RAFAELA ALVES BARBOSA; STEPHANIE MACIEL DE GOIS COSTA HOMEM
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Enfermagem; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas são aquelas que possuem o processo de reparo tissular prolongado, podendo ocorrer reincidências. A esponja estéril apresenta propriedades que favorecem a cicatrização, como: a absorção líquida, ventilação, aplicação de pressão e método de barreira contra contaminantes. Assim, torna-se importante a procura e avaliação de novas tecnologias como forma de aumentar as possibilidades terapêuticas para o tratamento de lesões. **OBJETIVO:** Relatar um caso clínico da utilização de esponja de poliuretano estéril em úlcera venosa. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso da paciente C.P.S, sexo feminino, 74 anos, hipertensa, possui úlcera venosa no MID em dorso do pé e maléolo medial. A consulta de enfermagem foi realizada no ambulatório de reparo de feridas do HUAP localizado em Niterói-RJ através da coleta de dados da paciente, avaliação da úlcera e registros fotográficos da lesão em 3 momentos, com intervalo de 7 dias entre as consultas realizadas em julho de 2015. A conduta terapêutica da ferida era a aplicação como cobertura primária hidrogel a 2% e cobertura secundária com gaze estéril (há 1 ano); foi iniciado o tratamento com cobertura primária hidrogel a 2% e cobertura secundária de esponja estéril há 3 semanas. **RESULTADOS:** Ambas as lesões quando tratadas somente com o hidrogel a 2%, apresentavam predominância de tecido desvitalizado, pouca quantidade tecido de granulação e pouco exsudato seropurulento. Bordas levemente maceradas e pele adjacente descamativa. Após as 3 semanas de utilização do hidrogel a 2% com a esponja estéril, notou-se a ausência da maceração das bordas e redução significativa de tecido desvitalizado e de exsudato na lesão da região maleolar do MID. Observou-se que a oclusão com esponja estéril foi mantido um ambiente úmido necessário para a cicatrização da lesão e impediu a reincidência da maceração das bordas da ferida, por manter as áreas periféricas protegidas e secas através de uma maior absorção do exsudato, melhor distribuição da pressão sobre a superfície da ferida, além de oferecer fácil técnica de realização, ser moldável, não aderente a ferida, possuir retirada fácil e favoreceu maior conforto ao paciente em sua rotina. **CONCLUSÃO:** Portanto, o uso da esponja estéril com o hidrogel a 2%, proporcionou no tratamento da paciente a redução de complicações e a aceleração do processo cicatricial, com menor custo e maior efetividade não adquirida com técnicas terapêuticas anteriores.

PO - 214 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ESTOMIZADO: UMA ABORDAGEM NO CONTEXTO DA SEXUALIDADE

KAREN GISELA MORAES ZEPEDA
UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Estomia; Sexualidade.

A sexualidade é parte integral da personalidade de cada ser; é uma necessidade básica do ser humano que não pode ser separada de outros aspectos da vida. No entanto, após a confecção de um estoma, o indivíduo perpassa por um processo de reabilitação para adaptar-se à nova condição. Este estudo objetivou descrever os cuidados de enfermagem com enfoque na sexualidade do estomizado a partir da identificação, caracterização e discussão da produção científica levantada acerca deste tema. Para tal, realizou-se busca eletrônica de publicações científicas nas bases de dados nacionais e internacionais utilizando como critérios: idiomas em português, espanhol e inglês, período de 2004 a 2014 e temática voltada para atenção à saúde sexual de pacientes estomizados. A metodologia empregada foi a revisão integrativa da literatura com o levantamento total de dez publicações. Verificou-se que em todos os estudos foi abordada a sexualidade, destacando que a discussão sobre a sexualidade de pessoas estomizadas é ainda elencada de uma maneira restrita. Conclui-se que a sexualidade de cada ser é única, e a adaptação do indivíduo estomizado à nova condição é variável.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA EM MEMBROS INFERIORES

TAYNARA CAMILLE GUILHERME LIMA¹; ATOS RODRIGUES CAMPOS²; CAROLINA ALMEIDA DE OLIVEIRA³; JOSÉ PEDRO GOMES MOURA⁴; EVELINE PINHEIRO BESERRA⁵

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ-UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, MACAPÁ - AP - BRASIL; ⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, CEARÁ - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Venosa; Diagnósticos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As Úlceras Venosas (UV) acarretam impactos negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que causam dor em diferentes níveis, além de afetar a mobilidade. Dessa forma, torna-se necessário a sistematização do cuidado a esse paciente para a implantação de uma terapêutica adequada. **OBJETIVO:** Sistematizar a assistência de enfermagem a um paciente com úlcera venosa nos membros inferiores, no Município de Macapá-AP. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso construído no período de estágio voluntário ocorrido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no período de 23 de Junho a 03 de Julho de 2015, vivenciado por acadêmicos do 7º semestre do curso de Enfermagem. **RESULTADOS:** Paciente C. A. P., 50 anos, pardo, sexo masculino, união estável, natural da Macapá-AP, mora em residência própria, onde convive com sua parceira e 6 filhos. Apresenta UV em ambos os membros inferiores há 9 anos. Realiza terapia tópica com sulfadiazina de prata e tratamento farmacológico com Cimefloxícina e Tentral, via oral. Frequenta a UBS há cerca de 2 anos para cuidados e troca do curativo. Após análise, diagnósticos foram traçados e intervenções elencadas para a resolução dos problemas clínicos encontrados. Para a realização da SAE, foi utilizado o NANDA 2009-2011, para eleger os diagnósticos prováveis do paciente portador de UV, e o NIC Internacional na construção das intervenções de enfermagem. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados, e as respectivas intervenções implementadas foram: 1 - Deambulação prejudicada - Assistência no autocuidado (Atividades de Vida Diária) e Prevenção contra quedas; 2 - Risco de baixa autoestima situacional - Escuta ativa e Melhora da autoestima; 3 - Dor crônica - Imobilização e Posicionamento; 4 - Integridade da pele prejudicada - Controle de infecção e Supervisão da pele; 5 - Risco de Infecção - Educação em saúde e Higiene corporal. **CONCLUSÃO:** A sistematização de enfermagem beneficia o paciente ao considerar o indivíduo como um ser distinto e único, construindo o processo curativo das UV juntamente a resolução de outras demandas oriundas desse diagnóstico (presentes em aspectos sociais e psicológicos), garantindo sucesso no processo do cuidar, tornando-o seguro, qualificado e uniforme. Além disso, a elaboração de uma SAE requer dos acadêmicos de enfermagem o pensar crítico e científico, sendo estas habilidades preponderantes na formação de profissionais qualificados para assistência.

PO - 216 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATENDIMENTO DOMICILIAR A UMA PACIENTE COM COTO DE AMPUTAÇÃO: RELATO DE CASO

ALLANA ROBERTA SOUZA; ANA BÁRBARA SIMÕES DE JESUS LUZ; IRÍDIO LIMA MOURA; LETÍCIA MARIA SANTOS BONFIM; HUGO BERNARDINO FERREIRA DA SILVA
FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA, CACHOEIRA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Atendimento Domiciliar; Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO: O membro residual de amputação é denominado coto. Ele pode ocorrer por diversas causas, como doenças vasculares, neuropáticas, tumorais, traumas, infecções e má formação das extremidades. Entre as doenças neuropáticas, o diabetes mellitus ainda é o responsável pelo maior número de amputação dos membros inferiores no mundo. **OBJETIVO:** Relatar a vivência acadêmica desenvolvida em um atendimento domiciliar acerca das condutas utilizadas na avaliação e tratamento de ferida a uma paciente com coto de amputação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com uma paciente pertencente a uma Unidade Básica de Saúde da região do Recôncavo Baiano, como atividade prática do Projeto de Feridas das disciplinas de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II e Patologia Geral, do 4º período do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA). A paciente diagnosticada com Diabetes Mellitus foi submetida à amputação de membro superior esquerdo, apresentando retardo no processo de cicatrização, portanto, necessitava de cuidados de enfermagem no domicílio. O projeto teve por objetivo promover a cicatrização da ferida, utilizando Soro Fisiológico 0,9%, Ácidos Graxos Essenciais (AGE), Alginato de Cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica e curativo oclusivo com esparadrapo e gaze para limpeza da ferida, teve duração de 2 meses, sob a supervisão de enfermeiros. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Após os meses de acompanhamento foi observada a cicatrização da ferida com 100% de tecido epitelização e melhora no quadro geral de saúde da paciente. O presente trabalho revela uma vivência enriquecedora, em que os estudantes, por aproximadamente 60 dias, realizaram visitas domiciliares e prestaram cuidados de enfermagem. Melhoraram as condições de saúde da paciente e a família também usufruiu os benefícios decorrentes do atendimento, assim houve reorganização do contexto domiciliar.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS EM SALAS DE CURATIVOS: CONSENSO DE PROFISSIONAIS SOBRE O QUÊ É IMPORTANTE DOCUMENTAR

MARIA MÁRCIA BACHION¹; TRACY HEATHER HERDMAN²; SUELEN GOMES MALAQUIAS³; RAYANA GOMES LORETO⁴; ALBA LUCIA BOTTURA LEITE DE BARROS⁵

^{1,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA - GO - BRASIL; ²UNIVERSITY OF WISCONSIN, GREEN BAY - ESTADOS UNIDOS; ⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas crônicas; Documentação; Atendimento de enfermagem.

INTRODUÇÃO: Pesquisas indicam que o registro de enfermagem é inadequado em diversos aspectos. Por outro lado, estudos apontam itens importantes no registro da avaliação e tratamento da pessoa com ferida. **OBJETIVO:** identificar o consenso de profissionais de enfermagem sobre itens considerados importantes no registro do atendimento a pessoas com feridas crônicas, em salas de curativos. **MÉTODO:** Pesquisa desenvolvida em duas etapas. Primeiro realizou-se revisão da literatura e a seguir, pesquisa descritiva transversal. O cenário da pesquisa de campo foi constituído de salas de curativos de unidades básicas de saúde, em uma cidade de grande porte, no Brasil. Participaram oito enfermeiros e duas técnicas de enfermagem com experiência de mais de dois anos de atendimento nessa área. Na revisão da literatura, foram identificados 302 itens de registro relacionados a avaliação e tratamento de pessoas com feridas crônicas. Utilizou-se técnica Delphi para obtenção da opinião dos profissionais sobre a importância da aplicabilidade dos itens no registro do atendimento de enfermagem. Para cada item o participante indicou a resposta considerando escala de 0 a 7 (0 = nenhuma importância e 7 = extremamente importante). Calculou-se a concordância em relação aos escores 6 e 7, tomados como referência para itens "altamente importantes". Considerou-se satisfatória a concordância $\geq 70\%$. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: a pesquisa está aninhada no projeto "Aplicabilidade de instrumentos para registro das ações de enfermagem na prática assistencial", financiado pelo CNPq, e que obteve aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo 025/12). **RESULTADOS:** 169 (56%) itens obtiveram consenso $\geq 70\%$ como altamente importantes no registro do atendimento de enfermagem a pessoas com feridas crônicas e eram relacionados a todas as etapas do processo de enfermagem, destacando-se dados de admissão na unidade, histórico de saúde atual e pregressa; avaliação e manejo de dor; avaliação da circulação, condição das bordas das lesões e descrição da ferida. **CONCLUSÃO:** os profissionais de enfermagem apresentam consenso em relação a um conjunto de dados considerados altamente importantes para aplicabilidade no registro do atendimento à pessoa com ferida crônica em salas de curativos. Esse conjunto pode orientar (mas não limitar) a elaboração de tecnologias de registros do atendimento de enfermagem e implica na revisão dos padrões de qualidade do atendimento.

PO - 218 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ENFERMAGEM EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM ÚLCERAS POR PRESSÃO DECORRENTES DA HIDRANENCEFALIA

SIMONIA BRIGIDO CRUZ DE SIQUEIRA¹; MARCOS PEREIRA COSTA²; MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA³; CLÁUDIA DE SOUZA OZORES CALDAS⁴; LÍLIAN ANDREIA FLECK REINATO⁵
^{1,2,4}HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO, CUIABÁ - MT - BRASIL; ³UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ - MT - BRASIL; ⁵UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Hidranencefalia; Úlceras por pressão.

A equipe multiprofissional é uma realidade ao cuidado integral, especialmente à criança com hidranencefalia que é uma alteração patológica caracterizada por transiluminação anormal do crânio com presença de líquido, evolui com retardo psicomotor, dificuldade de deglutição, desnutrição e úlceras por pressão, dentre outros. As úlceras por pressão guardam estreita relação com o estado nutricional, perfusão tecidual deficiente, doenças crônicas, pressão local, cisalhamento, fricção e umidade local da pele. O objetivo é relatar a experiência do cuidado de enfermagem em equipe multiprofissional na assistência à criança com úlceras por pressão decorrentes de hidranencefalia internada num hospital universitário em Cuiabá-MT. Foi desenvolvido um estudo de caso no período de Abril a Junho/2014. Realizamos discussões clínicas ampliadas; elaboração, implementação e avaliação do plano terapêutico; documentação das úlceras por meio de registros iconográficos e descritivos. Semanalmente fizemos evolução global da criança por 53 dias, e a capacitação do pai para o cuidado, visando a alta hospitalar. O protocolo de aprovação do CEP da Universidade de Cuiabá - 069343/2014. No diagnóstico inicial de internação da criança, identificamos 10 úlceras por pressão em região cefálica, Categoria I e III. Foi realizada visita multiprofissional com discussão ampliada do caso seguido da elaboração do plano terapêutico, onde a Enfermagem realizou curativo diário das lesões, com uso de ácidos graxos essenciais, hidrogel e placas de hidrocolóide. Houve avaliação das úlceras por pressão por meio de instrumentos específicos e validados, além de registros fotográficos, o que auxiliou na caracterização das lesões, na condução das medidas preventivas e curativas e no acompanhamento da evolução do caso. Após 53 dias houve a cicatrização total de todas as lesões, recuperação nutricional e discreta melhora na mobilidade motora. Além da capacitação do cuidador para a execução dos cuidados após a alta hospitalar. Concluímos que o plano terapêutico aplicado foi importante para a cicatrização das lesões. A prática multiprofissional aprimorou a promoção da autonomia da família garantindo direitos sociais, e contribuindo, ao movimento de desinstitucionalização do cuidado por meio de psicoeducação dos cuidadores tornando-os co-terapeutas. A participação da Enfermagem em equipe multiprofissional atuando de modo interdisciplinar, mostrou-se eficaz para o atendimento da necessidade afetada da criança.

PESQUISA DOS GENES LUKS-PV, LUKF-PV E MECA EM STAPHYLOCOCCUS AUREUS ISOLADOS DE FERIDAS CRÔNICAS

BRUNA MAIARA FERREIRA BARRETO¹; FERNANDA PESSANHA DE OLIVEIRA²; BEATRIZ GUITTON³; LENISE ARNEIRO TEIXEIRA⁴; BERNADETE TEIXEIRA FERREIRA CARVALHO⁵

^{1,2,3,4}UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL; ⁵UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Staphylococcus aureus; Cicatrização de feridas; Microbiologia.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas são colonizadas por diversos microrganismos, dentre os mais prevalentes está o *S. aureus*. Este microrganismo possui diversos fatores de virulência e resistência carregados em seu genoma. Os genes *lukS-PV* e *lukF-PV* são responsáveis pela produção da leucocidina Panton-Valentine que causa morte celular por necrose ou apoptose, enquanto o gene *mecA* determina a resistência à meticilina. **OBJETIVO:** analisar a presença do gene *lukS-PV*, *lukF-PV* e *mecA* dos *S. aureus* obtidos em feridas crônicas. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa realizada no ambulatório de reparo de feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro Niterói, RJ. A coleta do espécime clínico da ferida foi realizada em pacientes em uso de Hidrogel a 2%, através de swab, em duas consultas de enfermagem, com intervalos quinzenais. Os swabs coletados foram inoculados em TSB e em seguida semeados em ágar manitol salgado. As colônias obtidas, após incubação, foram submetidas à espectrometria de massas (MALDI-TOF). A pesquisa dos genes foi realizada através da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) e posterior eletroforese para visualização dos amplicons. Este projeto foi aprovado pelo CEP sob o nº CAAE: 33740214.2.0000.5243. **RESULTADOS:** Um total de 30 amostras foram identificadas como *S. aureus*. A partir de então, foi realizado o PCR destas amostras (quinze *S. aureus* encontrados na 1ª e 2ª coleta - 30 amostras). Destas 30 amostras, 10 (33,3%) amostras foram positivas para o gene *mecA*, o que determina a presença de *S. aureus* resistente a meticilina (CA-MRSA); todavia, nenhum deles foi positivo para o gene *lukS-PV* e *lukF-PV*, sendo um resultado importante para o paciente, uma vez que estes genes codificam a leucocidina que causa morte celular e conseqüentemente necrose. **CONCLUSÃO:** É preocupante a detecção de MRSA em amostras comunitárias, principalmente em feridas crônicas; o tempo de permanência dessas cepas nas feridas precisa ser verificado uma vez que tais cepas resistentes podem se disseminar para comunidade, além de retardar o processo de reparo tecidual. Os genes *lukS-PV* e *lukF-PV*, que codificam para a leucocidina Panton-Valentine não foram detectados nessas amostras, o que está em concordância com os achados da literatura.

PO - 220 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OPERACIONALIZAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, ÚLCERA POR PRESSÃO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS

ELAINE CRISTINA CARVALHO MOURA; MAYARA VASCONCELOS SANTOS; PHAMELA VIEIRA CIRQUEIRA; VANESSA CAMINHA AGUIAR LOPES; JESSICA PEREIRA COSTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Protocolo; Educação Permanente; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: A modalidade de educação permanente se constitui em política pública brasileira com foco no ensino-aprendizagem durante o trabalho e para o trabalho nas organizações. A utilização de protocolos baseados em evidências representa indicador de qualidade dos serviços e ferramenta para redução de agravos no cotidiano de práticas. O objetivo desse estudo foi analisar o nível de satisfação dos enfermeiros durante curso no trabalho para operacionalização de protocolo sobre úlceras por pressão. **MÉTODO:** Estudo descritivo exploratório, desenvolvido em um hospital filantrópico do Piauí, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (parecer n.880.594). A amostra incluiu 21 enfermeiros participantes de cursos de extensão para operacionalização de protocolo clínico sobre Úlceras por Pressão. Foi respondido instrumento de 17 itens após o curso. **RESULTADOS:** Participaram 21 enfermeiros com média de idade média de 26,9 anos, 18 (85,7%) eram do sexo feminino, 18 (85,7%) tinham até 5 anos de experiência na profissão e 12 (57,1%) tinham pós-graduação. Os percentuais de insatisfação predominaram em três itens: local do curso 1 (4,8%), a confiança na divulgação de recomendações sobre tratamento 1 (4,8%) e a motivação para utilizar algoritmos 2 (9,5%). De 2 (11,7%) a 5 (29,4%) itens concentraram participantes que marcaram estarem nem satisfeitos, nem insatisfeitos exprimindo tendência à insatisfação. Todos os itens, no entanto, apresentaram índices significativos para a satisfação ($p < 0,01$ t-Student) e o nível de satisfação global da ação foi de 84,3%. **CONCLUSÕES:** Os elevados níveis de satisfação se relacionam a prevalência de jovens enfermeiros que normalmente apresentam forte motivação de aprender e adquirir novas experiências. Pode ser preocupante insatisfações relacionadas à compreensão de algoritmos, pois estes representam a segurança para a implementação das recomendações de prevenção e tratamento presentes no protocolo em foco. Essa insatisfação pode medir se os enfermeiros se apercebem da importância de trabalhar com evidências clínicas. A elevada satisfação global da ação no local de trabalho e para o trabalho foi promissora para a efetiva operacionalização do protocolo desde que fortalecida as bases conceituais da prática baseada em evidência para o real favorecimento da práxis de qualidade e segurança aos pacientes com ou em risco de úlceras por pressão.

PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS NA ALTA COMPLEXIDADE: EVIDÊNCIA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

ALBA PAULA MENDONÇA LIMA¹; DANIELE VIEIRA DANTAS DANTAS²; RODRIGO A. NEVES DANTAS³; ANA ELZA OLIVEIRA MENDONÇA⁴; GILSON VASCONCELOS TORRES⁵

^{1,2}TECNOCENTER, NATAL - RN - BRASIL; ^{3,4,5}UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Protocolos; Estudos de Validação.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são lesões resultantes da insuficiência venosa crônica, anomalias valvulares venosas e trombose venosa. Sua ocorrência vem crescendo com o aumento da expectativa de vida da população mundial. Consideram-se aspectos fundamentais na abordagem à pessoa com úlcera venosa a assistência com atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde e participação ativa dos pacientes e seus familiares, em uma perspectiva holística. A construção de um protocolo assistencial para pessoas com úlcera venosa pode auxiliar os profissionais dos serviços de alta complexidade na avaliação do paciente e no estabelecimento de uma assistência de qualidade, de forma sistematizada e focada nos fatores que interferem na cicatrização da lesão. **OBJETIVO:** Verificar a evidência de conteúdo de protocolo assistencial para pessoas com úlceras venosas na alta complexidade. **MÉTODO:** Estudo metodológico, quantitativo, realizado com 53 juízes (especialistas) selecionados por meio da plataforma Lattes para avaliar os itens do protocolo. Os juízes opinaram sobre concordância/discordância da permanência dos itens do protocolo e propuseram sugestões. A análise foi realizada por meio do Índice Kappa (K) e Índice de Validade do Conteúdo (IVC), considerando $K \geq 0,61$ e $IVC \geq 0,80$. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE: 07556312.0.0000.5537). **RESULTADOS:** Os juízes foram enfermeiros (83,0%), médicos (15,1%) e fisioterapeutas (1,9%). O protocolo foi validado com as seguintes categorias: dados sociodemográficos; anamnese; exames; verificação de dor, pulsos, edema, sinais de infecção, índice de massa corpórea, sinais vitais e localização da lesão; características da úlcera, cuidados com lesão; medicamentos; tratamento da dor; tratamento cirúrgico; terapia compressiva; prevenção de recidiva (estratégias clínicas e educativas); referência; contrarreferência e qualidade de vida. Sendo os itens K entre 0,75 e 0,96 e IVC entre 0,80 e 0,98. **CONCLUSÃO:** Os juízes propuseram modificações para melhorar/otimizar o protocolo proposto, sendo este validado em seu conteúdo. Destaca-se que a proposta poderá contribuir para a sistematização da assistência, permitindo adequar condutas e promover maior resolutividade no tratamento da pessoa com úlcera venosa em serviços de saúde de alta complexidade.

PO - 222 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

WEBCONFERÊNCIAS: INOVANDO NA INFORMAÇÃO EM FERIDAS CRÔNICAS

SANDRA JOSEANE FERNANDES GARCIA

INSTITUTO FEDERAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA, JOINVILLE - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas Crônicas; Webconferência; Atenção Primária à Saúde.

Segundo a Organização mundial de saúde a expectativa de vida nas diferentes regiões do planeta aumentou e o envelhecimento da população promoveu o aparecimento de patologias como as úlceras crônicas. Estima-se que 1 a 2% da população desenvolverá uma úlcera de perna ao longo da vida, sendo um sério problema de saúde pública. O desenvolvimento e acesso as novas ferramentas educacionais para atenção primária à saúde para o tema feridas, tem sido um grande desafio em Santa Catarina. Nas metodologias de ensino à distância podemos utilizar a webconferência. O termo deriva do inglês web conferencing, que é a realização de apresentações e/ou encontros remotamente através da internet. O objetivo da proposta foi levar a informação atualizada, trocar experiências entre as equipes, manter uma rede de comunicação direta com os profissionais das unidades básicas e produzir material didático disponível na web. Para tal, foi realizada duas webconferências geradas de um sistema estadual de reprodução para unidades básicas de saúde. Posteriormente as apresentações são editadas e ficam disponíveis no acervo como vídeo-aulas. A aplicação dessa metodologia a distância possibilitou aproximação de conhecimentos e saberes nas unidades de saúde mais longínquas, desenvolveu o conhecimento técnico-científico sobre Feridas Crônicas, promovendo informações ao tema especializado, que anteriormente era restrito a grandes centros de informação em saúde.

Referências:

¹ MAFFEI, F.H.A.; MAGALDI, C.; PINHO, S.Z.; LASTORIA, S.; PINHO, W.; YOSHIDA, W.B. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: Prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *International Journal of Epidemiology*, v. 15, n. 2, p. 210 - 217, 1986.

² SECO, M.C.; PUIG, M.N. Qualidade de vida e cicatrização são possíveis. São Paulo: Cuidado Clínico, v. 4, 2004.

³ KEAR, K; FRANCES, C; WILLIAMS, J; Donelan. Web conferencing for synchronous online tutorials: Perspectives of tutors using a new medium. *Computers & Education*. V.58 n.3, p. 953–963, 2012.

CUIDADOS COM LESÕES CUTÂNEAS DESENVOLVIDO DE ACORDO COM PLANO DE CUIDADOS E DESCONTINUIDADE DE ABASTECIMENTO DE PRODUTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MACYRA CELLY DE SOUSA ANTUNES¹; MONIA VIEIRA MARTINS²; SIMONE MARIA DA SILVA³; THATYANE GUERRA OLEGÁRIO⁴

¹ESTÁCIO-PONTA NEGRA, PARNAMIRIM - RN - BRASIL; ²FACEX, NATAL - RN - BRASIL; ³UNI-RN, NATAL - RN - BRASIL;

⁴UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Plano de Cuidados; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: a denominação Ferida se refere a qualquer tipo de lesão tecidual que atinja a pele independente da camada. Esses tratamentos variam de acordo com as crenças de cada povo e com o tempo vem se aperfeiçoando. **OBJETIVO:** analisar conhecimentos científicos do enfermeiro ao utilizar coberturas no tratamento das lesões de acordo com quadro clínico do paciente lesionado e o material disponível. **MÉTODOS:** trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, que visou evidenciar a importância de o enfermeiro ter conhecimento científico sobre o uso de coberturas relacionadas a lesões cutâneas e a implantação destas no plano de cuidado. **RESULTADOS:** a pesquisa foi realizada em um hospital no Estado do Rio Grande do Norte, em um paciente do sexo masculino com 51 anos de idade, que ficou paraplégico após acidente de trabalho e que passou a ser acompanhado pelo Programa de Internação Domiciliar (PID). O paciente era portador de uma úlcera por pressão (UP) em região sacral e devido quadro agudo de anemia, cardiopatia e diabetes mellitus necessitou passar por sua segunda internação. Após sete dias de hospitalização foi identificado com uma grande lesão em região trocantérica esquerda com a hipótese diagnóstica de síndrome de Fournier, a qual foi descartada e teve diagnóstico final de UP infectada com bactérias anaeróbicas. Com a escassez de recursos, houve falha na continuidade do uso das coberturas, as quais deveriam ser para lesões muito exsudativas e associada com Íons de prata (no primeiro momento). Devido a isso, o enfermeiro a cada troca precisou avaliar e adaptar o plano de cuidado e utilizar os recursos existentes, mesmo que não fossem adequados, como outras coberturas e as vezes sem nenhuma cobertura, e que por algumas vezes aumentou o número de trocas. Como ponto positivo da intervenção, teve a adequação do tratamento pelo Enfermeiro com a realidade vivenciada na unidade hospitalar, visto que ficou claro que o ele deve se manter atualizado quando as coberturas, para poder realizar avaliações e dar continuidade ao tratamento da melhor forma possível mesmo na adversidade. **CONCLUSÃO:** conclui-se, portanto, que o Enfermeiro é integrante do processo de cicatrização e essencial na elaboração do plano de cuidado. Tudo isso deve ser realizado levando em consideração a relação custo-benefício, bem como de acordo com os materiais disponíveis na unidade, a fim de não deixar o paciente ser prejudicado pela falta desse material.

PO - 224 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE PHMB 0,3%: EFICÁCIA E SEGURANÇA EM TRAUMA TISSULAR

CLAUDIA RENATA PÉRICO
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Poli Hexa Metileno Biguanida; Trauma tissular; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A necrose tissular ocorre raramente após procedimentos cirúrgicos pela ausência de suprimento sanguíneo causado por motivos iatrogênicos, condições clínicas do paciente e propriamente do procedimento, como edemas, hematomas, infecções entre outras. A ampla ação antimicrobiana do PHMB deve-se ao caráter hidrofílico e catiônico destas moléculas por meio de mecanismos de agregação e regulação dos núcleos de biguanida sem comprometer as células das camadas inferiores desencadeando o processo de regeneração celular levando à cicatrização. Seu amplo espectro de ação na presença de matéria orgânica aliado a baixa toxicidade em humanos, garantem ao PHMB 0,3% um melhor custo benefício quando comparado aos tradicionais hidrogéis. **OBJETIVO:** Avaliar o custo benefício e a eficácia no tratamento com PHMB 0,3% em trauma tissular. **MÉTODO:** o estudo de caso foi realizado em caráter exploratório e descritivo, envolvendo análise completa e evolução da paciente internada em hospital público da cidade de Santos (SP). A paciente aos 29 anos de idade, encontrava-se internada na maternidade em 10º PO de parto cesárea com necrose em incisão supra- púbica que se estende pela região inguinal, presença de necrose de espessura total da pele, em tratamento sistêmico e tópico de antibiótico por 10 dias e anemia sem suplemento. Utilizado solução de PHMB a 0,2% para limpeza e aplicação PHMB gel 0,3% com trocas a cada três dias, registro fotográfico e evolução sistematizada. Às trocas em atendimento ambulatorial foi necessário desbridamento para retirar a necrose já em descolamento, viabilizado pela ação do gel. Obteve-se resultados satisfatório sem relação ao desbridamento químico durante toda evolução e a partir do 3º curativo o tecido granulado estava presente em 50% da lesão. Não houve queixa de dor na aplicação e manutenção do PHMB 0,3% e percebeu-se que a paciente antes deprimida, apresentou-se mais participativa e confiante no tratamento. **CONCLUSÃO:** O gel de PHMB 0,3% constitui uma boa opção terapêutica sem absorção sistêmica, viabilizando desbridamentos, protegendo contra patógenos, aumentando o ritmo da cicatrização. Os resultados demonstraram eficácia como cobertura antimicrobiana e indolor, diminuindo do tempo de hospitalização. O profissional deve ter habilidade na utilização de novas coberturas, em busca de terapias modernas, e que também favoreça estudos aprofundados sobre a aplicação do PHMB 0,3%, amparados na prática baseada em evidências.

O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NO AUTOCUIDADO AO PACIENTE COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA A LUZ DE DOROTHEA OREM

VANESSA ROSA MARTINS¹; DEJANILTON MELO SILVA²

¹UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermeiro; Fístula Arteriovenosa (FAV); Autocuidado.

A insuficiência renal crônica é uma doença que vem crescendo significativamente. O paciente com IRC passa por graves mudanças na vida social. Nesse sentido, a doença renal traz impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. A fístula é conhecida como o acesso permanente, criado por meio cirúrgico ao unir a artéria a uma veia. As agulhas são inseridas no vaso com finalidade de obter o fluxo sanguíneo adequado para passar através do dialisador. O objetivo deste estudo visa contribuir com pacientes que não possuem as condições necessárias de autocuidado, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro, no sentido de orientar quanto aos cuidados necessários, com o papel de educador dos cuidados à saúde individual.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática, no qual sintetizamos os cuidados de enfermagem mais importantes com a fístula arteriovenosa baseado na Teoria de Dorothea Orem. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Para a realização da hemodiálise é necessário um sistema composto por circulação extracorpórea, líquido de diálise e sangue através de um filtro onde ocorram trocas entre este e a solução dialisadora. Um enxerto tubular é implantado entre uma artéria e uma veia, por meio da inserção de um tubo sintético. A FAV é realizada com anestesia local, que faz a ligação de uma veia a uma artéria, permitindo um fluxo venoso arterializado. Após a maturação, é realizada a primeira punção, pela enfermeira, sendo importante a observação do frêmito e a arterialização da veia, os quais indicam o funcionamento da fístula. A importância do autocuidado iniciou com os enfoques de Dorothea Orem, no qual desenvolveu a teoria do autocuidado, os indivíduos quando capacitados, cuidam adequadamente de sua saúde. Enfatizou, também, que com pacientes que não possuem as condições necessárias de autocuidado, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro, no sentido de orientar quanto ao cuidados necessários.

CONCLUSÃO: As pessoas portadoras de IRC e que realizam hemodiálise precisam de apoio dos profissionais de saúde para adaptar-se a um novo estilo de vida. A divulgação deste trabalho visa contribuir com a equipe de enfermagem, na construção responsável de ações para autocuidado deste paciente, O enfermeiro exerce papel destacado no tratamento deste cliente, tendo em vista que é o membro da equipe de saúde, que pode estar mais próximo ao cliente e à família, exercendo práticas educativas, de cuidados e administrativas.

PO - 226 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM CONDILOMA ACUMINADO PERIANAL GIGANTE OU TUMOR BUSCHKE-LOWENSTEIN (TBL): UM RELATO DE CASO

ISIS DA SILVA GALINDO¹; PATRÍCIA SILVEIRA CORREA²; PRISCILA ISABELA ARAUJO³; SUELLEM CANERO SILVEIRA⁴; RONALDO RIBEIRO SAMPAIO⁵

^{1,3}HOSPITAL AMPARO FEMININO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ^{2,4,5}HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Condiloma acuminado; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O condiloma acuminado gigante ou tumor Buschke-Lowenstein (TBL) é uma condição rara, e por essa razão precisa ser estudada com mais atenção, sendo necessário saber qual a melhor conduta na terapêutica para cuidar da lesão. Seu aspecto é verrucoso e de tamanho extenso, podendo se apresentar com lesões múltiplas, ou como uma grande e volumosa lesão na região ano-genital. Pode haver também secreção de odor fétido, impedindo uma convivência social saudável. **OBJETIVO:** Realizar um relato de caso com ênfase nos cuidados da equipe de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso de um paciente internado durante 30 dias no setor de Doenças Infecciosas e parasitárias (DIP) de um hospital Universitário do Rio de Janeiro. RMS, branco, 44 anos, portador de Imunodeficiência Adquirida desde 2003, cujo surgimento da lesão se deu no ano de 2009. A lesão está localizada na região perineal, com aproximadamente 20 centímetros, apresenta compartimentos que secretam um líquido seroso e fétido. **RESULTADOS:** Paciente relata ter abandonado o tratamento várias vezes, referindo sentimento de vergonha por conta do odor e, por esse motivo, menciona dificuldade em exercer suas atividades rotineiras. A área é higienizada diversas vezes ao dia devido ao forte odor, sendo utilizado solução salina 0,9% em jato para remoção de todo o tecido desvitalizado e secreção serosa presente nos compartimentos. Também utilizou-se solução de Polihexametileno Biguanida (PHMB) que atua em lesões infectadas e colonizadas, removendo o biofilme e diminuindo o odor. A morfologia da lesão dificultou a utilização de algumas coberturas, sendo utilizado então a hidrofibra com prata nas cavidades. Devido a grande probabilidade de hemorragia intensa durante a cirurgia, a conduta terapêutica médica foi realizar uma colostomia e radioterapia a fim de diminuir a lesão. Durante os primeiros 15 dias de tratamento no setor obtivemos resultados na redução da secreção e do odor, em decorrência da manutenção rigorosa da higiene. Foi possível observar melhora significativa com a radioterapia. **CONCLUSÃO:** Resultados satisfatórios foram obtidos com o controle rigoroso da higiene, a utilização de Polihexametileno Biguanida (PHMB) e hidrofibra com prata nas cavidades, reduzindo assim a produção de secreção e odor. Destaca-se o apoio emocional oferecido pela equipe de enfermagem como um dos grandes responsáveis para que houvesse adesão ao tratamento e participação no auto cuidado.

JOGOS DA MEMÓRIA: ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM ÚLCERAS CUTÂNEAS E CURATIVOS

LIVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS¹; GRAZIELA SILVA TAVARES²; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHA CAMACHO³; GLYCIA DE ALMEIDA NOGUEIRA⁴; ALINE DE SOUZA MENEZES BERTANHA⁵
¹FACULDADE ARHUR SÁ EARP NETO - FASE, PETROPOLIS - RJ - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL; ⁵FACULDADE ARTHUR SÁ EARP NETO, PETROPOLIS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Materiais de ensino; Enfermagem; Curativos.

O profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de lesões, seja em serviços de atenção primária, secundária ou terciária, por tanto deve resgatar a responsabilidade de manter a observação constante com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização¹. O cuidado ao paciente com feridas, quaisquer que sejam suas etiologias, é um ramo de atuação específica da Enfermagem e demanda intervenções baseadas em evidências científicas². **OBJETIVO:** Descrever o uso de jogos da memória como estratégia de ensino aprendido na monitoria de Fundamentos de um curso de Enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado no mês de agosto de 2014, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense. Na 1ª etapa foi explicado aos 40 discentes que o jogo era referente ao projeto de monitoria da disciplina de Fundamentos de Enfermagem I, no qual foi denominado "Memorização de curativos". **RESULTADOS:** Ao final dessa experiência foi possível identificar o quanto a elaboração de um jogo educativo pode influenciar no ensino-aprendizagem, através de uma maneira lúdica e descontraída, os discentes conseguiram realizar essa atividade sem perder o foco no objetivo do jogo que foi fazer com que eles compreendessem a matéria de maneira e agissem de forma crítica, fazendo com que o conhecimento fosse adquirido não somente no momento da atividade, mas para o decorrer de toda sua vida profissional. **CONCLUSÃO:** A utilização do jogo da memória como estratégia de ensino-aprendizagem, foi positiva, pois percebemos que os alunos ficaram mais acessíveis e à vontade para expor suas dúvidas, eles se mostraram motivados, o que é imprescindível para que se construa o conhecimento acerca de qualquer temática. O jogo é uma estratégia de baixo custo, que pode ser replicada por inúmeras vezes, não exige técnicas sofisticadas ou uso de equipamentos, e se mostrou eficiente pelo fato de os participantes terem referido que a sua realização melhorou a compreensão do conhecimento.

PO - 228 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

APLICABILIDADE CLÍNICA DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA

GLYCIA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHA CAMACHO; BEATRIZ GUITTON; LIVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS; ISABELA MARTINS DE MORAES
UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Protocolos de enfermagem; Úlcera; Cicatrização de feridas.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas representam um problema de saúde pública, exigindo assistência diferenciada por meio da adoção de Protocolo pautado no Processo de Enfermagem e nos Sistemas de Classificação que possibilitam a padronização da linguagem e a descrição da enfermagem clínica. **OBJETIVO:** Verificar a aplicabilidade clínica e adequação do protocolo submetidos à pacientes com úlcera venosa. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo metodológico que foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 826.043. A coleta de dados foi realizada em abril no Ambulatório de Reparo de Feridas com amostra não probabilística de 20 pacientes. A análise dos dados foi realizada pela estatística descritiva. **RESULTADOS:** Após operacionalizar o instrumento a pesquisadora chegou ao seguinte **RESULTADO:** em relação ao tempo de preenchimento, a pesquisadora demorou 1 hora, visto que o protocolo proposto não avalia somente a lesão, e sim, o paciente, e este requer atenção individualizada e escuta ativa para que se possa levantar os problemas relatados pelo indivíduo; a forma de apresentação do instrumento é objetiva e organizada, não havendo nenhuma sugestão; o conteúdo do instrumento está claro, ressalta-se, porém, a Parte II do protocolo referente à NOC que não apresenta uma linguagem de fácil compreensão e por fim, a dificuldade foi encontrada durante as primeiras consultas devido à falta de familiaridade com o protocolo, porém ao realizar o preenchimento do mesmo instrumento com diversos participantes facilitou a operacionalização. **CONCLUSÃO:** Desta maneira, o protocolo de enfermagem pode embasar a organização e o planejamento da assistência, com padronização das ações e a continuidade do cuidado a pessoas com úlcera venosa atendidas em ambulatório.

COBERTURAS DE SEGUNDA GERAÇÃO EM AMPUTAÇÃO POR DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO DE CASO

JOSIELI CANO FERNANDES; ANA LUCIA SANTOS ALVES

NÚCLEO DE TRATAMENTO DE FERIDAS E ESTOMAS DE ANGRA DOS REIS, ANGRA DOS REIS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Amputação; Diabetes Mellitus; Cicatrização.

Trata-se de um estudo de caso desenvolvido no município de Angra dos Reis pelo Núcleo de Tratamento Especializado em Feridas e Estomas (NUTEFE) que pretendeu discutir e analisar economicamente a utilização de coberturas de segunda geração no tratamento de feridas cirúrgicas, apresentar os resultados de sua utilização em um caso de amputação de IV e V pododáctilos de membro esquerdo de paciente portadora de Diabetes Mellitus e estimular a atualização em tratamentos de feridas. Justificamos o estudo pela alta prevalência de amputações por Diabetes Mellitus nos municípios do Estado do Rio de Janeiro cursando para complicações como infecção, necrose e reamputação. Com o tratamento prescrito alcançou-se diminuição do tempo de cicatrização em 80% e redução de gastos em 56% aproximadamente comparado a tratamento já realizados com coberturas tradicionais. Conclui-se que a utilização de coberturas de segunda geração diminui consideravelmente a convalescença do paciente amputado melhorando sua qualidade de vida. Que existe pouca informação sobre o tratamento tópico nestes casos, acarretando atraso na cicatrização e agravo da lesão por prescrições indevidas, bem como gastos desnecessários. Notou-se ainda a importância da enfermagem especializada no tratamento de feridas para padronização e prescrição de coberturas de segunda geração.

PO - 230 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA COMPRESSIVA NO MANEJO DE ÚLCERAS VENOSAS: BANDAGEM DE 4 CAMADAS VERSUS BANDAGEM DE BAIXA ELASTICIDADE - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

MAGALI REZENDE DE CARVALHO; ISABELLE ANDRADE SILVEIRA; BRUNO UTZERI PEIXOTO; BEATRIZ GUITTON UFF, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia Compressiva; Úlcera Varicosa; Cuidado de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O tratamento ouro para úlceras venosas é a terapia compressiva. **OBJETIVO:** analisar as evidências existentes sobre o uso da terapia compressiva de multicamadas (4 camadas) comparada ao uso de bandagens de baixa elasticidade no tratamento de úlceras venosas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada em julho de 2015 nas bases de dados Medline/Pubmed; Cinahl e Scopus. A estratégia de busca seguiu os parâmetros da Cochrane Highly Sensitive Search Strategy para identificar ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR). Descritores e palavras-chave utilizados: varicose ulcer, leg ulcer; venous leg ulcer; venous ulceration; compression bandage; elastic bandage; compressive therapy; short stretch bandage; short stretch system. Não houve restrição de tempo ou linguagem. Critérios de inclusão: ECCR que compararam bandagens de 4 camadas bandagem de baixa elasticidade. Exclusão: estudos que comparavam bandagem inelástica. Desfechos avaliados: taxa e tempo de cicatrização. A qualidade dos estudos foi avaliada a partir da escala de Jadad. **RESULTADOS:** A busca resultou em 119 artigos na Medline/Pubmed; 139 no CINAHL e 220 no SCOPUS. Após eliminar os duplicados e avaliar os títulos e resumos, sete estudos foram selecionados para análise completa do texto. Dois foram excluídos, pois não informavam dados suficientes em relação aos desfechos avaliados. **RESULTADOS:** Dois estudos receberam pontuação 2 na escala de Jadad, representando alto risco de vieses de pesquisa e outros três receberam pontuação 3, indicando baixo risco. Compilando os estudos, temos 958 pacientes avaliados, 473 randomizados para bandagem de 4 camadas e 485 para bandagem de baixa elasticidade. Média de idade foi 70 anos e todos os pacientes possuíam diagnóstico de doença venosa e Índice Tornozelo Braço > 0,8 mmHg. O grupo tratado com bandagem de 4 camadas teve 302 (67,84%) das úlceras cicatrizadas e o grupo da bandagem de baixa elasticidade 297 (61,23%), OR: 1,11; IC: 0,86-1,45. O tempo médio para cicatrização ficou em 85,5 dias para úlceras tratadas com bandagem de 4 camadas e 94,5 dias para baixa elasticidade. **CONCLUSÃO:** As duas bandagens avaliadas se mostraram similares em sua efetividade, não houve diferença significativa entre os tratamentos; portanto, não se pode apontar uma ou outra como padrão de tratamento para úlceras venosas. A escolha da terapia compressiva permanece a cargo da avaliação e destreza do profissional, além da tolerabilidade e preferência do paciente.

CIRURGIAS DE OSTOMIZAÇÃO INTESTINAL: ORIENTAÇÕES PERIOPERATÓRIAS E DÚVIDAS FREQUENTES

**BÁRBARA TAROUCO SILVA; JAQUELINE LOUZADA SIQUEIRA; LENICE DUTRA DE SOUSA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RIO GRANDE - RS - BRASIL.**

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Estomas Cirúrgicos; Cuidados de Enfermagem.

Ostomia consiste na abertura de uma comunicação entre um órgão interno e o exterior desviando o trânsito intestinal, com a finalidade de suprir a função do órgão afetado¹. Sua presença determina alterações físicas, psicoemocionais e sociais². A falta de informação durante o perioperatório acarreta na dificuldade do paciente em seu processo de recuperação e autocuidado³. Objetivou-se identificar junto aos pacientes submetidos à ostomização, as orientações recebidas durante o período perioperatório. Estudo exploratório, qualitativo, realizado em um Hospital Universitário, com três pacientes submetidos à cirurgia de ostomização intestinal. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada, no mês de junho de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (nº 090/2013). Utilizou-se a análise de conteúdo. Verificou-se que, quando questionados acerca das informações recebidas sobre a cirurgia, os pacientes recordam das informações relacionadas à mudança anatômica decorrente do procedimento cirúrgico e uso da bolsa coletora. Nesse sentido, os pacientes referem o médico como o profissional que realiza esse tipo de orientações. Contrariamente, o enfermeiro foi, por vezes, visualizado como aquele responsável por executar as orientações prescritas pelo médico. As orientações realizadas no pré-operatório foram àquelas relativas aos cuidados que poderiam comprometer a execução do procedimento cirúrgico como realização de enema para o preparo intestinal e restrição alimentar. No entanto, as orientações realizadas pela enfermagem deveriam contemplar outros cuidados, como por exemplo, a necessidade de exercícios respiratórios, a deambulação precoce, os exercícios com membros inferiores, entre outras orientações que priorizem a recuperação e bem-estar do paciente. Os pacientes referiram receber orientações acerca dos cuidados com uso da bolsa coletora durante o pós-operatório e reconhecem o enfermeiro como o profissional que realiza as orientações quanto aos cuidados com o ostoma. A complexidade deste tipo de cirurgia requer a realização de orientações específicas que envolvam o período perioperatório, para que o paciente possa conhecer o procedimento ao qual será submetido e as mudanças decorrentes. Torna-se necessário que o enfermeiro assuma o seu papel como educador, fortalecendo sua autonomia nos espaços de trabalho e valorizando a visibilidade de seu fazer.

PO - 232 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA TECNOLOGIA HIDROFIBER NO TRATAMENTO DE LESÃO ULCERATIVA DE PACIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO: RELATO DE CASO

ALYNE NOELY GOUVEIRA VIEIRA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM, PARNAMIRIM - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Pé diabético; Diabetes Mellitus; Curativos.

INTRODUÇÃO: Pé Diabético é o termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. Caracteriza-se como uma complicação patológica de evolução crônica do diabetes mellitus, são causas mais frequentes de internações hospitalares prolongadas evoluindo em 85% dos casos para amputação. **OBJETIVO:** Verificar os efeitos cicatrizantes do curativo com a tecnologia hidrofiber no tratamento de úlcera em pé diabético. **MÉTODO:** Neste estudo relata-se o caso de um paciente com infecção de pé diabético, na qual descreve-se a terapêutica utilizada no tratamento da lesão, bem como sua evolução. **RESULTADOS:** C.V.S, 53 anos, diabético há 15 anos, insulínica, com diagnóstico de neuropatia diabética e doença arterial coronariana. Sofreu perfuração por prego em região plantar do pé esquerdo. A lesão evoluiu com isquemia do segundo dedo, com hiperemia estendida até a planta do pé, dorso hiperemiado e edemaciado, fibrina entre o primeiro e segundo dedos. Cirurgião vascular indicou tratamento por desbridamento cirúrgico e provável amputação do segundo dedo. Após o 13º dia de internamento, realizou um desbridamento mecânico ao leito, entre o primeiro e segundo dedo, fazendo a remoção parcial do tecido de fibrina, afastando a possibilidade de desbridamento cirúrgico e amputação. A ferida evoluiu com esfacelos, cavidade profunda e exposição óssea, a partir de então foi iniciado uso da placa com tecnologia hidrofiber, dentro da cavidade. Essa tecnologia cria um ambiente úmido adequado para ferida, ajuda a prevenir a maceração da pele circundante e reduz a dor, podendo permanecer por até sete dias. Após 40 dias de introdução da placa de tecnologia hidrofiber no tratamento da lesão diabética, observou-se a redução de esfacelo, edema, odor, profundidade e dimensão da cavidade, contração das bordas em relação ao leito da ferida, além da formação exuberante de tecido de granulação. Comprovou-se o maior conforto do paciente, a diminuição da dor devido a redução da manipulação da úlcera e fácil remoção das placas durante as trocas do curativo. **CONCLUSÃO:** O uso do curativo com tecnologia hidrofiber mostrou-se uma técnica simples, estéril, de fácil manipulação, e facilitadora para o desbridamento e ativação da formação de tecido de granulação em pacientes com lesões do tipo pé diabético, em pouco tempo de uso, podendo ser recomendada para tratamento desta especificidade como também de outras.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS SOBRE A TERAPÊUTICA TÓPICA UTILIZADA

PATRICIA REIS DE SOUZA¹; ANDREZA TESK SCHLEICHER²; ANA ROSA PERAZZOLI³

^{1,2}UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO, SINOP - MT - BRASIL; ³PREFEITURA MUNICIPAL DE SINOP, SINOP - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas Crônicas; Enfermagem; Grau de Conhecimento.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO: O tratamento de feridas requer da enfermagem conhecimento teórico e prático para que os profissionais sejam capazes de orientar o paciente ou cuidador de forma simples com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, estimular o autocuidado e prevenir o uso de terapias empíricas. Deste modo, nosso objetivo foi avaliar o conhecimento dos pacientes portadores de feridas crônicas em relação à terapêutica tópica utilizada em seu tratamento.

MÉTODO: Constitui-se de uma investigação descritiva com análise quantitativa de dados, aprovada pelo CEP com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Muller/UFMT-CAAE: 37967314.9.0000.5541. Foram realizadas entrevistas no domicílio dos pacientes das Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município de Sinop. Foram incluídos no estudo 12 pacientes portadores de feridas crônicas que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. **RESULTADOS:** Foi observado que 66,7% dos entrevistados eram do sexo masculino, 41,66% eram maiores de 60 anos, 50% tinham o ensino primário incompleto e 66,66% possuem renda acima de um salário mínimo. As comorbidades mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica e paraplegia, 41,7% e 33,4%, respectivamente. Observamos que 50% dos pacientes apresentaram tempo de surgimento da ferida superior a 2 anos e 50% destes eram tabagistas há mais de 20 anos. O grau de conhecimento dos pacientes em relação à terapia tópica foi categorizado de acordo com o número de questões acertadas na entrevista, como: nenhum conhecimento (nenhuma questão correta), muito pouco (1 questão correta), pouco (2 questões corretas), regular (3 ou 4 questões corretas), bom (5 questões corretas) e excelente (6 questões corretas). Assim, 8,33% dos pacientes não possuíam nenhum conhecimento relacionado à terapia tópica utilizada no tratamento da ferida; 66,67% dos entrevistados possuíam conhecimento regular e 25% possuíam conhecimento bom. Observamos que 100% dos entrevistados realizavam técnica asséptica correta, 25% sabiam a função do produto utilizado e 50% utilizavam produtos inadequados.

CONCLUSÃO: Juntos nossos resultados indicam que é fundamental que o enfermeiro promova atividades educativas que visem informar e orientar o paciente portador de ferida crônica e seus cuidadores possibilitando melhorara no grau de conhecimento, prevenindo agravos da doença e promovendo uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

PO - 234 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM FERIDAS DECORRENTES DO TRAUMA EM PRONTO SOCORRO

CAROLINE BORGES; JÉSSICA COLOMBO; NANCI DA SILVA TEIXEIRA; CLEONICE INES GIEHL
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Trauma; Pronto-socorro; Fratura exposta.

INTRODUÇÃO: O trauma musculoesquelético são lesões em extremidade que apesar de muito comuns raramente apresentam risco de vida, exceto em situações de hemorragia intensa. No atendimento deste trauma é muito importante manter a prioridade de avaliação, reconhecer as lesões com risco de vida e entender a biomecânica do trauma para possivelmente identificar outras lesões (PHTLS, 2007). Nos Prontos socorros as fraturas e lesões musculoesqueléticas são os que mais ocorrem, elas são classificadas como expostas ou fechadas. As fraturas expostas geralmente são causadas por extremidades ósseas que perfuram a pele ou pelo esmagamento e/ou laceração da pele no local da fratura por isso a enfermagem deve ter atenção no tratamento inicial. **OBJETIVO:** Aplicar o processo de enfermagem em vítimas decorrentes do trauma no Pronto-Socorro a fim de diminuir os danos lesivos. **METODOLOGIA:** Relato de caso de um paciente com trauma atendido durante a disciplina de Intensivismo e Urgência e Emergência em agosto de 2015. Foram levados em consideração para o desenvolvimento do trabalho informações, exame físico, imagens e laboratoriais. A instituição é referência em trauma. **RESULTADOS:** R.D.R, paciente masculino, 10 anos, chega ao serviço por demanda espontânea, acompanhado do pai, com lesões profundas em membros inferiores. A criança se queixa de dor intensa. Lúcido, orientado comunicativo. Apresentando força motora. Os cortes eram de grandes dimensões, medindo aproximadamente 10 cm em ambos membros inferiores. No MIE apresentava-se na região medial da perna lesão muscular e óssea (tíbia). No MSD o corte apresentava-se na região do tornozelo. Após dar entrada na emergência foram prestados primeiros atendimentos. Rapidamente realizado RX para detectar presença de fraturas e solicitada avaliação do traumatologista. Sinais vitais estáveis. Após retorno do RX confirma-se fratura exposta em MIE sendo necessária intervenção cirúrgica e uso de fixadores externos. Elencado como Diagnósticos de Enfermagem (DE): Dor aguda relacionada à agente lesivo; Risco de infecção relacionados à pele e demais tecidos rompidos entre outros aplicados; e NIC e NOC respectivamente aos diagnósticos de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Percebe-se a fundamental importância da enfermeira e equipe no setor de urgência em todo o processo de atendimento para desenvolver um trabalho consciente com rapidez e cuidado. Atentar também para o acompanhamento do grupo de pele da instituição a fim de diminuir danos ao paciente.

A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PACIENTE COM ALTERAÇÕES VASCULARES E OSTEOMIELETTE

KARINE DANTAS GRESSLER; GUSTAVO LONGHI; CRISTINE HORN; NANJI DA SILVA TEIXEIRA; REGINA HELENA MEDEIROS
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Osteomielite; Consulta de Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

INTRODUÇÃO: As infecções ósseas e articulares são problemas comuns que atingem crianças e adultos. São decorrentes de lesões prévias e nos idosos dificulta a mobilidade provocando alterações na circulação. **OBJETIVO:** Descrever os Diagnóstico de Enfermagem (DE) principal (NANDA-I), em um paciente com osteomielite e alterações vasculares. **METODOLOGIA:** Estudo de Caso, realizado em um Hospital Escola (HE) da Serra Gaúcha. Os dados foram coletados através de consulta de enfermagem, análise de prontuário e exame físico em junho /2015, acompanhado por sete dias. Aprovado sob o protocolo 02/2015. **RESULTADOS:** Masculino, 70 anos, residente em clínica de repouso, hipertenso, sequela de acidente vascular encefálico (AVE) há 6 anos, fratura de fêmur com prótese de quadril à direita, devido queda há três anos. Após a fratura, paciente tornou-se acamado. Encaminhado ao HE devido lesão em membro inferior direito (MID) há seis meses com osteomielite. Exame físico: Restrito ao leito, em decúbito lateral esquerdo devido a dor (gemente) em MID, confuso e pouco comunicativo. Membros inferiores frios, hiperemia em trocanter direito. MID: cianótico, descamação da pele em todo o pé, necrose de liquefação na ferida, pulso pedioso não palpável. No Rx manifestações degenerativas difusas com osteoartrose degenerativa em fase avançada, força motora diminuída e culturais da lesão com *Stafilococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. DE: Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado à hipertensão e estilo de vida sedentário (acamado), evidenciado por descamação da pele, cicatrização de ferida periférica retardada, dor em extremidade, pulso ausente, tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos. Integridade da pele prejudicada relacionado à imobilização física, evidenciado por hiperemia no trocanter em MID. Na ferida aplicou-se Alginato de Cálcio e creme de barreira na região perilesional e em todo o pé (descamação). Aquecimento do MID com algodão laminado, troca de decúbito a cada duas horas e reposicionamento a cada 30 minutos, hidratação na região com hiperemia e película nas demais regiões de risco para ulcera por pressão. Controle dos sinais vitais e dos pulsos periféricos. **CONCLUSÃO:** Proporcionado orientação de alta aos cuidadores da casa de repouso. O raciocínio clínico na elaboração do DE proporciona um cuidado diferenciado e o enfermeiro pode trabalhar com prioridades assistenciais.

PO - 236 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM FERIDAS CRÔNICAS

FERNANDA PESSANHA DE OLIVEIRA; BRUNA MAIARA FERREIRA BARRETO; BEATRIZ GUITTON; LENISE ARNEIRO TEIXEIRA; GERALDO RENATO DE PAULA
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera; Infecção dos ferimentos; Pseudomonas aeruginosa.

INTRODUÇÃO: As feridas infectadas apresentam como principais características o retardo no processo de cicatrização, presença de grande quantidade de tecido desvitalizado, grande quantidade de exsudato purulento e odor fétido. **OBJETIVOS:** Avaliar clinicamente as feridas crônicas de pacientes ambulatoriais; Pesquisar a presença de Pseudomonas aeruginosa nas feridas; Verificar o perfil de susceptibilidade aos antimicrobianos das cepas identificadas, bem como, a presença do gene *exoS*, determinante da produção da exotoxina S. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva. Os dados foram coletados em um ambulatório, entre 2014 e 2015. Foram incluídos 35 pacientes com feridas crônicas, em uso de gel de carboximetilcelulose a 2%. Realizaram-se duas consultas com cada paciente, nas quais se procedia a avaliação dos sinais clínicos de infecção das feridas e a coleta das amostras por swab, os quais foram semeados em ágar cetrimida. As colônias compatíveis com *P. aeruginosa* tiveram sua identificação confirmada por MALDI-TOF. As cepas de *P. aeruginosa* foram avaliadas quanto ao seu perfil de susceptibilidade a antimicrobianos, por testes de disco-difusão; e reações em cadeia da polimerase (PCR) foram realizadas para identificação do gene *exoS*. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE 33740214.2.0000.5243. **RESULTADOS:** Cinquenta por cento dos pacientes relatou dor em ambas as consultas. A presença de grande quantidade de tecido desvitalizado foi verificada em 42% das feridas. A maioria das lesões (97%) não apresentava odor fétido e o exsudato era, prioritariamente, seroso (84%). Foram isoladas 36 (54%) cepas de *P. aeruginosa* a partir dos 67 swabs. Destas, 47% apresentaram resistência intermediária ao aztreonam, ciprofloxacino (8%), gentamicina (5%) e imipenem (3%). Observou-se que 60% das cepas avaliadas apresentavam o gene *exoS*. **CONCLUSÃO:** A maioria das feridas encontra-se colonizada com *P. aeruginosa*, uma vez que, não apresentavam sinais clínicos de infecção, que são os parâmetros prioritariamente utilizados no diagnóstico de infecção. Contudo, cabe destacar que algumas cepas apresentavam resistência a antibióticos de terceira geração o que é muito preocupante, principalmente pela presença do gene *exoS* que favorece os processos de disseminação bacteriana podendo resultar em risco de infecção.

INTERDISCIPLINARIDADE COMO ALIADO A ENFERMAGEM PARA UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA EM FERIDAS

CAMILA POLA PETERS; NANJI DA SILVA TEIXEIRA; ISABEL DE MELO
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em enfermagem; Feridas; Equipe multidisciplinar.

INTRODUÇÃO: Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, saberes, práticas e necessidades (RIBEIRO; BLACK, 2011). Os autores Amorin e Gattás (2007) falam que interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade das trocas tanto no ensino, pesquisa e assistência, mas não pode ser confundida com simples troca de dados. Portanto reforça-se a importância de constituir grupos de pessoas com conhecimentos, com formação sólida e com capacidade de se inter-relacionar com todos os atores do processo de cuidar. Em todos os setores hospitalares a enfermagem lidera os serviços, administra e gerencia equipe e na assistência têm que atentar para as fragilidades e educar os demais atores desse processo. Na área Materno infantil não é diferente, há necessidade de cuidados especiais nas práticas diárias como simplesmente cuidar de feridas incisionais. Logo após o parto, a mulher tenta resolver as ansiedades e dificuldades vividas durante o parto e nascimento, por meio de mecanismos psicológicos que buscam soluções nas atitudes das pessoas que estão próximas à ela. É importante que nos primeiros dias em que a puérpera esteja na maternidade receba atenção, carinho e cuidados especiais (PINELLI; ABRÃO, 2002). Portanto, os cuidados realizados pela equipe de enfermagem e médica, são essenciais para a recuperação do paciente. Diante da dificuldade observada de Residentes e Doutorandos da UIO (Unidade de Internação Obstétrica), na realização de curativos de cesariana observou-se a necessidade de aperfeiçoar o conhecimento de cuidado com feridas. **OBJETIVO:** Qualificar os doutorandos e residentes médicos quanto à importância e a realização dos curativos na Unidade de Internação Obstétrica. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma capacitação com equipes de doutorandos e residentes do curso de medicina em relação à importância, observação de características de sinais flogísticos e da cicatrização assim como cuidados em relação à técnica de curativos. Relato de caso realizado em um hospital de ensino da Serra Gaúcha. **RESULTADOS:** Foi observado, pela enfermagem, uma significativa melhora nos processos assistenciais da equipe médica em relação ao desenvolvimento dos curativos desse setor. **CONCLUSÃO:** Reforça-se que atualmente para atingirmos uma assistência qualificada é de fundamental importância o trabalho interdisciplinar, respeitando a singularidade do ser humano.

PO - 238 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA VARICOSA COM ASSOCIAÇÃO DE BOTA DE UNNA E MEMBRANA DE CELULOSE BACTERIANA

POLIANA DE BARROS; GUILHERME BENJAMIM BRANDÃO PITTA; ROSANE PEREIRA DOS REIS; DANIELE GONÇALVES BEZERRA
CESMAC, MACEIO - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo biológico; Bota de unna; Feridas crônicas.

INTRODUÇÃO: As úlceras varicosas são relativamente comuns na população adulta e podem estar relacionadas a diversas doenças. É uma lesão tissular necrótica provocada pelo acúmulo de sangue venoso nos tecidos, pela ausência de oxigenação tissular, pelo acúmulo de produtos tóxicos derivados do metabolismo tissular e pelo aumento de pressão venosa distal. A bota de Unna é um tratamento padrão para este tipo de ferimento e a associação da Membrana de celulose bacteriana (MEMBRACEL®) pode trazer melhor efetividade. **OBJETIVO:** avaliar o tempo de cicatrização da úlcera varicosa com uso da bota de Unna associado à membrana de Celulose bacteriana. **MÉTODO:** relato de caso com abordagem qualitativa, paciente J. C. M., 64 anos, do gênero masculino, residente da Jatiúca, no município de Maceió-AL, nega hipertensão e diabetes. Na primeira avaliação, o paciente relatou que apresentava o ferimento aberto há 43 anos em ambas as pernas com celulite, edema, hiperemia e dermatite de estase. A úlcera na perna direita apresentava-se com extensão de 10 cm x 8 cm e a na perna esquerda com 12 cm x 10 cm, com bordas planas e irregulares. Após a avaliação física e detecção de sinais clínicos específicos e com a confirmação da origem venosa, facilitou-se assim a escolha do tratamento adequado. Inicialmente orientou-se o paciente repouso e elevação dos membros inferiores, em seguida foi realizado curativo respeitando os seguintes passos: limpeza da ferida com SF 0,9% e colocação apenas da bota de Unna. Vale ressaltar que a bota de Unna era trocada duas vezes por semana, devido a grande quantidade de secreção. Com 105 dias após a colocação do curativo, foi aplicado pela primeira vez a bota de Unna associada à membrana de celulose bacteriana, com a troca a cada 7 dias. **RESULTADOS:** A perna direita cicatrizou com 171 dias e a esquerda com 177 dias, as mesmas encontravam-se com ausência de edema, exsudato e dor. **CONCLUSÃO:** A associação da bota de Unna com a membrana de celulose bacteriana demonstrou ser efetiva, pois propiciou melhora significativa das úlceras em todas suas características; ou seja, obteve-se redução do tamanho da lesão, controle do exsudato, alívio da dor, redução do edema e melhora da autoestima referida pelo paciente.

PACIENTE DIABÉTICO, PÓS-DESBRIDAMENTO E FASCIOTOMIA EM CASO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR

POLIANA DE BARROS¹; GUILHERME BENJAMIM BRANDÃO PITTA²; ROSANE PEREIRA DOS REIS³; DANIELE GONÇALVES BEZERRA⁴

¹CESMAC, MACEIO - AL - BRASIL; ²UNCISAL, MACEIO - AL - BRASIL; ³ESTÁCIO, MACEIO - AL - BRASIL; ⁴UFAL, MACEIO - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo biológico; Doença arterial obstrutiva crônica; Cicatrização de feridas.

INTRODUÇÃO: A doença arterial obstrutiva crônica é uma doença vascular degenerativa, que se abriga em decorrência de uma deposição de material amorfo na parede das artérias, levando a estreitamento da luz arterial, determinado isquemia tecidual, ou seja, é uma doença crônica, na maioria das vezes progressiva. Sua incidência é maior em homens, com prevalência após 50 anos, porém pode ocorrer em idade menor quando houver hipercolesterolemias/hipertrigliceridemias, em fumantes, diabéticos, hipertensos, obesos, sedentários, estressados. O tratamento precisa ser efetivo e criterioso para evitar o agravamento evolutivo. **OBJETIVO:** avaliar a cicatrização de ferimento pós-desbridamento e fasciotomia ânteromedial da perna esquerda com uso da Membrana de celulose bacteriana (MEMBRACEL®). **MÉTODO:** trata-se de um relato de caso, onde a coleta de dados foi realizada por meio de registro fotográfico em máquina digital, tendo as fotos sido realizadas antes do início e no decorrer do tratamento. Paciente 74 anos, do gênero feminino, diabética mellitus tipo II, hipertensa, portadora de oclusão arterial distal de membros inferiores, apresentou necrose de pele e infecção, com ferida em torno de 4 cm x 2 cm, sendo submetida a desbridamento do tecido necrótico de pele, tecido celular subcutâneo e fasciotomia parcial de compartimento anterior. Inicialmente curativo foi realizado com papaína a 6% durante 34 dias, e não foi apresentando melhora da dor e cicatrização do ferimento. A mudança do cuidado se deu com 35 dias onde iniciou o uso da membrana porosa com curativo secundário diário, com SF 0,9%, Rifamicina, gaze estéril e atadura crepom. A troca da membrana de celulose bacteriana ocorria a cada 5 dias em domicílio. **RESULTADOS:** Foi evidenciada a diminuição da fibrina, exsudato e ausência da dor, havendo reepitelização e granulação simultânea. A paciente obteve alívio imediato da dor e reepitelização total sem formação de cicatriz em 118 dias. **CONCLUSÃO:** A aplicação da membrana de celulose bacteriana mostrou ser eficiente, uma vez que a mesma substituiu temporariamente a pele humana, promovendo rápida regeneração e melhora na qualidade de vida do paciente. Cabe ressaltar que a escolha apropriada da terapia é de suma importância para facilitar e acelerar o processo cicatricial, minimizando o desconforto pela presença da ferida.

PO - 240 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE LESÃO CIRURGICA EM UM CASO DE UMA PERITONITE AGUDA- RELATO DE CASO

TATIANE DE SOUZA GUERRA¹; HANNAH LAURA SILVA ROSADO DE OLIVEIRA²; MONIA VIEIRA MARTINS³; SIMONE MARIA DA SILVA⁴; JULIANNY BARRETO FERRAZ⁵

¹HOSPITAL UNIMED, NATAL - RN - BRASIL; ²UNP, NATAL - RN - BRASIL; ^{3,4,5}HUOL, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Assistência de Enfermagem; Peritonite.

INTRODUÇÃO: O processo inflamatório ou infeccioso que acomete, de forma localizada ou generalizada, a membrana-peritoneal é denominada peritonite. Os elementos causais são multifatoriais e a evolução do tratamento depende principalmente, da intensidade e da persistência da agressão e do tipo de reação local. Quando esta afecção torna-se generalizada, supurativa ou não, desencadeia um processo complexo de reações inflamatórias locais e sistêmicas cuja gravidade depende mais de fatores relacionados ao hospedeiro do que ao agente agressor. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem da equipe de curativos, de um hospital privado, no tratamento de ferida incisional infectada após cirurgia de laparotomia exploratória, como abordagem de peritonite aguda. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de caráter qualitativo do tipo relato de caso. Ocorreu durante a assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico de Peritonite Aguda, atendida em um Hospital Particular na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. A coleta de dados ocorreu através da pesquisa de prontuário, bem como registro fotográfico da lesão, no período de fevereiro a abril de 2015. **RESULTADOS:** Na primeira avaliação da equipe de curativos, a ferida operatória apresentava sinais clínicos de infecção, deiscência das bordas; deiscência de sutura da aponeurose, exsudato purulento, fétido, em grande quantidade e extensa área de descolamento. Neste momento, foram retirados alguns pontos, para drenagem de exsudato, realizada lavagem exaustiva com soro fisiológico a 0,9% morno e indicada cobertura com prata nanocristalina, preenchendo totalmente as áreas de descolamento, com trocas da cobertura primária a cada 24h/48h, conforme avaliação da saturação pela equipe. Após 22 dias de tratamento a ferida encontrava-se 100% granulada, com exsudato seroso em moderada quantidade, sem odor e com contração das bordas. Posteriormente foi reabordada pela cirurgia plástica que realizou o fechamento dela aproximando as bordas. O paciente apresentou boa evolução cicatricial e recebeu alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** Os avanços no conhecimento sobre o tratamento de feridas têm permitido à enfermagem a integralidade do cuidado, com ênfase na qualidade da assistência para favorecer uma assistência adequada, a escolha correta da cobertura, uma boa evolução da cicatrização e a cura do paciente.

TRATAMENTO DE SINÉQUIAS DE EXTREMIDADES EM PACIENTE COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA - RELATO DE CASO

JEANINE MAGNO FRANTZ; VANESSA GOLFETTO ULIANO; GUILHERME ANTONIO SIEMENTCOSKI
DEBRA BRASIL, BLUMENAU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Epidermólise bolhosa; Curativos; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A Epidermólise Bolhosa (EB) é uma doença multissistêmica, genética, não contagiosa, caracterizada pela fragilidade do tecido epitelial que leva a formação de bolhas de forma espontânea ou após o menor trauma. A EB é causada por mutações que envolvem pelo menos 18 genes que codificam proteínas estruturais de filamentos intermediários de queratina, moléculas de adesão, junções celulares de desmossomos, entre outros. Classifica-se a doença em quatro grupos: simples, juncional e distrófica e Síndrome de Kindler. **OBJETIVOS:** relatar o caso de um paciente, masculino, com EB distrófica recessiva que apresentou como complicação sinéquias de extremidades. Realizou a cirurgia de liberação de sinéquias dos dedos da mão. Fez trocas de curativos seriados de hidrofibra com prata, Compressa de viscose e poliéster absorvente e espuma de poliuretano e silicone, semanalmente desde a cirurgia. Apresentava boa evolução, porém desenvolveu infecção na ferida cirúrgica, com crescimento bacteriano de *Pseudomonas aeruginosa*. Evoluiu com proliferação de tecido de granulomatoso crônico altamente sangrante, intensamente doloroso e de difícil cicatrização, mantendo grande quantidade de secreção purulenta, pouca resposta aos antibióticos e curativos com prata, durante vários meses. Houve diminuição da função da mão, com imobilidade articular devido à intensa dor à movimentação. Iniciou-se troca de curativos com Polymen Fingers, uma membrana polimérica hidrofílica com surfactante que absorve os fluídos bacterianos e ao mesmo tempo mantém a umidade adequada no leito da ferida. O uso deste último facilitou a cicatrização e proporcionou conforto ao paciente que apresentou diminuição da dor. Usou-se durante 30 dias com excelente resultado. Houve regressão da infecção, o sangramento cessou. Progrediu com cicatrização completa das lesões e recuperação dos movimentos das mãos e da sensibilidade. **MATERIAIS E MÉTODOS:** revisão de prontuário em clínica de dermatologia pediátrica no município de Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **RESULTADOS:** regressão da infecção e do sangramento após uso de curativos com Polymen Fingers no pós-operatório de sinéquias com excelente evolução das lesões e completa recuperação de sensibilidade e movimentos das mãos do paciente. **CONCLUSÃO:** Curativos a base de surfactante, não aderentes, podem ser uma boa opção nos tratamentos de feridas crônicas, dolorosas e de longa duração, como na Epidermólise bolhosa.

PO - 242 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CADASTRO NACIONAL DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA NO BRASIL

JEANINE MAGNO FRANTZ¹; GUILHERME ANTONIO SIEMENTCOSKI²; VANESSA GOLFETTO ULIANO³

¹DEBRA BRASIL, BLUMENAU - SC - BRASIL; ^{2,3}FURB, BLUMENAU - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Epidermólise bolhosa; Cadastro; Estatística.

INTRODUÇÃO: A Epidermólise Bolhosa (EB) é uma doença rara, multissistêmica, genética, não contagiosa, caracterizada por fragilidade do tecido epitelial que leva a formação de bolhas espontaneamente ou após um trauma. Geralmente os pacientes portadores de formas mais graves de EB buscam assistência e apoio junto às Associações de EB desde o início da vida. Nas formas menos graves, a procura por apoio é menor. Muitos estão sem diagnóstico preciso, o que dificulta o manejo e o planejamento do prognóstico. Não há um levantamento estatístico em nível nacional da doença no Brasil. **OBJETIVOS:** criar um banco de dados on-line no site da DEBRA (Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association) Brasil sobre os casos de EB no país e utilizá-lo como fonte de dados estatísticos sobre essa enfermidade. Também objetiva-se ampliar o cadastro para os hospitais universitários e centros de referência de doenças raras e assim, chegarmos ao número aproximado de pacientes portadores de EB no Brasil. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizou-se um levantamento dos casos de EB no Brasil junto às Associações de EB nacionais e também nos grupos de EB existentes nas redes sociais entre janeiro de 2014 e março de 2015. A partir disso, foi criado um link no site da DEBRA Brasil onde o próprio paciente, um familiar ou o profissional de saúde responsável podem realizar um cadastro para alimentar o banco de dados de EB. **RESULTADOS:** Até o momento, temos 387 cadastros, com idades que variam de 0 a 61 anos, sendo que grande parte dos pacientes possui EB distrófica. A distribuição dos casos ocorre em todos os estados, mas concentra-se mais na região sudeste. **CONCLUSÃO:** A partir do cadastro no site da DEBRA, será possível organizar a estatística nacional sobre EB para o planejamento de uma política de atendimento específica para essa doença.

REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE PARA ESTOMATERAPIA: DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA PARA ACOMPANHAMENTO DE LESÕES TRAUMÁTICAS

SIDNEY DANILO FIRMINO BEZERRA¹; NEYLIANE CONCEIÇÃO GONÇALVES MORENO²; SARA TARCIANA FIRMINO BEZERRA³

^{1,2}UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO UFERSA, MOSSORÓ - RN - BRASIL;

³UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Estomaterapia; Implantação; Implementação.

INTRODUÇÃO: Cada vez mais a tecnologia da informação vem favorecendo o ser humano, facilitando o trabalho e o cotidiano das pessoas. Na área da saúde, várias instituições têm aderido à utilização de softwares com o objetivo de aprimorar o atendimento ao paciente. Neste relato, busca-se descrever o processo de desenvolvimento de um sistema que tem como objetivo acompanhar e documentar a evolução dos pacientes no tratamento de lesões traumáticas. O sistema surgiu a partir da necessidade do setor de Estomaterapia do Instituto Doutor José Frota (IJF). **OBJETIVOS:** Relatar a importância de um registro eletrônico de saúde para área de estomaterapia, bem como descrever os principais desafios encontrados durante o processo de desenvolvimento de um sistema de acompanhamento de pacientes com lesões traumáticas de acordo com as necessidades requisitadas pelos enfermeiros do setor de estomaterapia do IJF. **MÉTODO:** Trata-se de relato de experiência da idealização, construção e implementação de software para registro de enfermagem no setor de Estomaterapia. O IJF é um hospital público de grande porte da cidade de Fortaleza tido como referência para situações de urgência e emergência em traumatologia. Visando atender as necessidades levantadas pelos enfermeiros do hospital, o desenvolvimento do sistema seguiu as seguintes etapas: identificar a importância do registro eletrônico de saúde para área de Estomaterapia; levantar os requisitos do sistema juntamente com os enfermeiros do setor de Estomaterapia; definir a arquitetura do sistema; definir e adotar padrões de desenvolvimento; desenvolver o sistema prezando pela eficiência e usabilidade e manter a comunicação com os enfermeiros durante todo o processo de desenvolvimento. **RESULTADOS:** O sistema desenvolvido possui as seguintes funcionalidades: cadastro de usuários; cadastro de paciente; agendamento de atendimentos; gerenciamento da fila de atendimentos; ficha e histórico do paciente com possibilidade de armazenamento de vídeos, imagens e outros documentos; exames clínicos e físicos; avaliação e evolução do paciente; avaliação de incontinências; localização anatômicas das feridas; úlceras por pressão e relatório de alta. **CONCLUSÕES:** Acredita-se que após a implantação do sistema, os enfermeiros sejam capazes de agilizar os atendimentos e acompanhar a evolução dos pacientes com lesões traumáticas por meio do sistema, bem diminuir os custos com impressão de formulários.

PO - 244 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE QUEIMADURA DE 2º GRAU EM PACIENTE DE 01 ANO COM USO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA

GABRIELLA COUTINHO RODRIGUES¹; SANDI LIMA²; ADRIANA CASTRO³; NAIARA ROCHA⁴; ANGELA MOURA⁵
¹TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL; ^{2,3,4,5}HOSPITAL GERAL DO ESTADO, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Procedimentos Curativos; Prata.

INTRODUÇÃO: Queimaduras são feridas traumáticas causadas na maioria das vezes por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos e atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano. As queimaduras constituem um grave problema de saúde pública e de acordo com a Sociedade Brasileira de Queimadura são a segunda principal causa de mortes em crianças de um a quatro anos de idade, só perdendo para os acidentes de trânsito. A instituição estima ainda que anualmente cerca de um milhão de pessoas sofram queimaduras no país, sendo as crianças as principais vítimas, representando 2/3 do total, tendo líquidos quentes o principal agente causador. **OBJETIVO:** Evidenciar o resultado do tratamento de queimadura em paciente pediátrico com utilização de espuma de poliuretano com prata e absorção 3D em um hospital público na cidade de Salvador/Ba. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso de um paciente de um ano, vítima de queimadura de 1º e 2º grau por escaldadura em região de hemitórax direito, supra e infra hióide, internado no setor de queimados de um hospital público de Salvador, o qual foi tratado com espuma de poliuretano com liberação sustentada de prata e estrutura de absorção 3D. **RESULTADO:** O tratamento da lesão ocorreu no período de 10/07/2015 à 15/07/2015 no qual foi realizada uma única aplicação da espuma de poliuretano com prata com absorção 3D. Após este período houve epitelização do ferimento e o paciente recebeu alta hospitalar, ficando um total de cinco dias internado. **CONCLUSÃO:** A rápida evolução da cicatrização permitiu concluir que a espuma de poliuretano com prata foi eficaz no tratamento, evidenciando pouco tempo de internação hospitalar e consequentemente os custos inerentes ao mesmo. Foi possível observar que as trocas foram atraumáticas, com diminuição da dor, fator importantíssimo no cuidado ao paciente queimado, sobretudo em crianças.

O USO DO URGOCLEAN PARA DESBRIDAMENTO E SUA EFICÁCIA EM FERIDA TRAMAUMÁTICA

ADRIANA CORREA DOS ANJOS¹; ISABEL CRISTINA PEREIRA FERREIRA²; LARISSA DE SOUZA PENHA³

¹HOSPITAL FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAI, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³LM FARMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Desbridamento; Fibras Hidro-Desbridantes.

INTRODUÇÃO: A cicatrização de lesões possui fatores que interferem em sua evolução, um destes fatores é a presença de esfacelo, sendo importante a sua remoção para prosseguir no processo cicatricial. Relato de caso, paciente R.O.V., sexo masculino, 40 anos, profissão pedreiro. Vítima de queda de laje, em 12 de dezembro de 2014, sofrendo politraumatismos e no dorso do pé esquerdo uma fratura com significativa perda de tecido com exposição óssea e tendão. Após realização de procedimentos das equipes médicas: ortopedia e vascular, R.O.V. foi transferido para clínica médica em 29/01/2015 e em avaliação da comissão de prevenção e tratamento de feridas, observou-se no dorso do pé esquerdo presença de aproximadamente 70% de esfacelo. Elegido para o tratamento inicial hidrogel e compressa não aderente. Em 12/02/15, observado lenta evolução e sugerido a utilização de uma nova tecnologia que propicia o desbridamento e auxilia a cicatrização concomitantemente. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia da ação das fibras hidro-desbridantes e da matriz cicatrizante TLC (tecnologia lípido colóide), proporcionando desbridamento autolítico e auxiliando no processo cicatricial de uma ferida traumática. **MÉTODO:** descritivo, desenvolvido em um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a março de 2015. **RESULTADO:** Em 17/02/15, iniciou-se o uso do urgoclean com periodicidade de troca de 72 horas, em 20/02/15 foi possível observar uma evolução satisfatória. Em 26/02/15, apresentou um desempenho muito bom, pois a lesão apresentava 90% de tecido de granulação e 10% de esfacelo. Em 02/03/15, o resultado foi surpreendente, a lesão estava contraída, com epitelização nas bordas, 95% de tecido de granulação e 5% de esfacelo, sendo suspenso a utilização do urgoclean e solicitado a avaliação da equipe da cirurgia plástica para programar a enxertia. **CONCLUSÃO:** Com a utilização do urgoclean, obtivemos em 17 dias de tratamento e apenas 5 trocas, o leito da lesão preparado para realização de uma enxertia. Desta forma, constatou-se a eficácia das fibras hidro-desbridantes em sua atração seletiva ao esfacelo, concomitantemente a matriz cicatrizante TLC proporcionou conforto ao paciente devido a fácil aplicação e remoção de forma atraumática, não havendo maceração de bordas e possuindo absorção vertical preservando a vitalidade da pele perilesional.

PO - 246 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO INFECTADA E COM NECROSE UTILIZANDO POMADA A BASE DE IODO

**EDUARDA NASCIMENTO CARNEIRO LEÃO; ELBA ULDYME BARBOSA DA SILVA; JESSIKA VITORIA ORDÔNIO PINHEIRO; PATRÍCIA CORDEIRO DO NASCIMENTO
REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.**

Palavras-chave: Iodo; Úlcera por pressão; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO: O iodo, descoberto em 1812, tem sua propriedade antisséptica utilizada há mais de um século, nas práticas curativas de lesões de pele o seu uso tem sido indicado em lesões crônicas e/ou infectadas.¹ O uso do cadexômero iodo permite desbridamento osmótico autolítico, gerenciamento de exsudato e controle de infecção.² **OBJETIVO:** O objetivo deste relato de caso foi avaliar a ação da pomada a base de iodo na proposta de remover esfacelos e redução da carga bacteriana em úlcera por pressão. **MÉTODO:** O relato de caso apresentado refere-se a um paciente internado em um hospital privado da cidade de Recife-PE. O paciente encontrava-se no setor de clínica geriátrica e permanecia hospitalizado apenas para o tratamento da ferida. O acompanhamento pela Comissão de Curativos do referido hospital foi feito do dia 10 de fevereiro de 2015 a 21 de maio de 2015, através de avaliações da lesão, realização de curativos e registros fotográficos. **RESULTADOS:** O paciente possuía uma UPP em região sacra com placa de necrose enegrecida bem aderida, medindo aproximadamente 7cm em seu maior diâmetro, de difícil evolução. Em uso de hidrogel e desbridamento mecânico no leito por mais de 30 dias sem resultado efetivo, foi então submetida a um desbridamento em bloco cirúrgico no dia 12/03, após o procedimento a lesão evoluiu ainda com esfacelos, aproximadamente 70% da extensão e exsudato seropurulento em moderada quantidade, iniciado então o uso da pomada a base de iodo no dia 13/03. No dia 25/03 foi possível observar redução de esfacelos para aproximadamente 40%, tecido de granulação mais corado e diminuição do exsudato com odor não mais evidenciado. Foi mantido o uso do iodo até o dia 06/04, onde foi possível observar 90% de tecido de granulação, redução da profundidade da lesão de 2 cm para aproximadamente 0,5 cm e escasso exsudato seroso sem mais odor, foi mantido o curativo utilizando como cobertura primária a placa de colágeno e secundária a espuma de poliuretano. **CONCLUSÃO:** A avaliação atenta da enfermagem para identificação e classificação correta das lesões são essenciais para a indicação adequada da cobertura e alcançar o objetivo proposto, reduzindo o tempo de internamento e melhora da qualidade de vida do paciente. O uso da pomada de iodo em 24 dias proporcionou o desbridamento efetivo e eliminação dos sinais de infecção, proporcionando assim, viabilidade para cicatrização endógena.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTE PARAPLÉGICO

CAROLINE SILVESTRO SILVESTRO DA SILVA; VALQUIRIA MATEUS GONÇALVES; FERNANDA DORIGON; TATIANE MARQUES DE CASTRO; NANJI DA SILVA TEIXEIRA
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera de pressão; Cuidado; Paraplégico.

INTRODUÇÃO: A Lesão da Medula Espinhal é reconhecida como uma das condições mais difíceis para o ser humano, pois produz alterações fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas na vida dos indivíduos, as quais persistem para sempre, afetando não somente a pessoa, mas toda a família. Indivíduos com este tipo de lesão têm chance de desenvolver úlcera por pressão devido à diminuição da mobilidade e da sensibilidade (Brunner & Suddarth, 2011). **OBJETIVO:** Descrever o acompanhamento de um paciente e familiares sobre a importância do cuidado nas úlceras por pressão. **METODOLOGIA:** Relato de caso de um paciente apresentando úlcera por pressão decorrente da paraplegia. Realizado esse acompanhamento através de visita domiciliar durante a disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Família e da Comunidade durante o primeiro semestre de 2015. **RESULTADOS:** L.R., 37 anos, viúva; paraplégica por lesão lombar (L2) há 4 anos devido acidente automobilístico. No seu domicílio faz uso de cadeira de rodas, ficando muito tempo na posição sentada, depende dos familiares para auxiliá-la. Apresenta ansiedade percebida pela equipe de enfermagem durante a visita domiciliar. Têm 5 filhos, a família é resistente no cuidado da paciente e não contribuem com as atividades e solicitações da enfermagem muitas vezes deixando de auxiliar nos cuidados essenciais agravando a situação. Possui três úlceras por pressão em região sacral e glúteas de tamanho diversas e difícil cicatrização. Acompanhado os curativos nas lesões uma vez por semana e orientado familiar a realizar os curativos diariamente. Foi utilizado cloreto de sódio a 20% nas lesões e hidrogel nas áreas de necrose. Houve evolução na cicatrização da ferida do cóccix, mas piora nas lesões do glúteo, principalmente o da direita. Elencado como Diagnósticos de Enfermagem (DE): Integridade tissular prejudicada relacionado à mobilidade física prejudicada evidenciada por tecido destruído; Ansiedade relacionada pelo estado de saúde evidenciada por preocupações devido à mudança de vida relacionada ao estado de saúde. **CONCLUSÃO:** Nota-se que o envolvimento dos familiares no cuidado ao paciente é indispensável assim como a necessidade da enfermagem enquanto educadora no atendimento domiciliar para cicatrização das feridas e no cuidado individual ao paciente.

PO - 248 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERFIL DOS PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

RULIO GLÉCIAS MARÇAL DA SILVA¹; CÉSAR ISAAC²; ANDRE OLIVEIRA PAGGIARO³; VIVIANE FERNANDES CARVALHO⁴
¹FACULDADE SEQUENCIAL, SAO PAULO - SP - BRASIL; ^{2,3}HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE GUARULHOS, GUARULHOS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa; Insuficiência venosa; Aspectos clínicos.

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa é uma complicação secundária da insuficiência venosa crônica que se caracteriza pela destruição das camadas da pele, epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos, a qual geralmente, acomete o terço distal dos membros inferiores. São consideradas lesões crônicas por serem de longa duração e com recorrência frequente, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, ocasionado assim incômodo para o cliente além de custos elevados com o tratamento, nas esferas individual e dos sistemas de saúde. **OBJETIVO:** Descrever o perfil sócio-demográfico, clínico, algico e do padrão de sono de pacientes com úlcera venosa crônica acompanhados em um ambulatório de um serviço de saúde pública de alta complexidade. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa transversal, descritivo e exploratório realizada entre os meses abril a julho de 2015 mediante aprovação pelo CEP, parecer substanciado CAAE n. 21868413.5.0000.0068. **RESULTADOS:** Numa amostra n. 74, os dados sócio-demográficos revelaram que 67,7% (50) eram só sexo feminino, média de idade de 61 anos, 31 pessoas se denominaram solteiras, 43,77% delas moram só, 65,4% não concluíram o ensino fundamental, 60,35% relataram não se e/ou nunca foram tabagistas, 57% nunca terem bebido, 72,9% estarem aposentadas e 61,3 serem os próprios responsáveis pela realização do curativo no ambiente domiciliar. Os dados clínicos, por sua vez, evidenciou que 61,95% tinham apenas uma lesão ativa, membro mais acometido foi o membro direito (53%), 68,1% apresentavam feridas cicatrizadas, 49,81% convivem com lesões nos membros inferiores há mais de 20 anos. Segundo a Escala Analógica de Dor, 48,2% se queixavam de dor moderada, 30% de dor intensa e 21,8% de dor leve e quando analisado o Índice de Manejo da Dor (IMD), 66,25% apresentavam analgesia inadequada e o Inventário Breve da Dor (IBD) mostrou que mais de 50% têm inferência significativa da dor no dia-dia. Refente ao padrão de sono (PSQI-BR) 59, 1% se caracterizaram com qualidade do sono ruim. Identificou-se por meio PUSH que 43 pacientes apresentavam exsudato intenso, 30 pacientes leve e 27 moderado, 80% tecido de granulação e 81,33% escore \geq 10 na relação comprimento x largura. **CONCLUSÃO:** pode-se concluir que a maioria dos pacientes acometidos por úlcera venosa convivem há mais de duas décadas com a lesão, apresentando queixas de dor e dificuldade para dormir, caracterizando um distúrbio bio-psíquico-social.

UTILIZAÇÃO DE ESPUMA DE POLIURETANO COM CAMADA DE SILICONE E ABSORÇÃO 3D EM ÁREA DOADORA DE ENXERTO

VIVIANY ALVES SOARES¹; FERNANDA MATHEUS ESTRELA²; RENATA PRATA³; MOEMA SANTANA⁴; LUCIANO PIMENTEL BRESSY⁵

¹COLOPLAST, SALVADOR - BA - BRASIL; ²UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL; ³SENUT, ARACAJU - SE - BRASIL; ⁴HOSPITAL PRIMAVERA, ARACAJU - SE - BRASIL; ⁵HOSPITAL ALIANÇA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Enxertia de Pele; Cicatrização de Feridas; Curativo.

Atualmente, existe um debate contínuo e uma busca para identificar quais coberturas especiais propiciam os melhores resultados e menores custos no tratamento de áreas doadoras de enxertos de pele parcial. Busca-se com novas tecnologias não apenas a aceleração da restauração das áreas doadoras, bem como o conforto do paciente e diminuição da dor durante o período de tratamento. Esse estudo teve o **OBJETIVO:** avaliar a eficácia da cobertura de espuma de poliuretano com camada de silicone na cicatrização de área doadora de enxerto de pele parcial. Estudo descritivo tipo relato de caso realizado em um hospital privado na cidade de Aracaju-SE. Paciente de 78 anos, sexo feminino, portadora de DM e HAS, apresentava lesão em joelho esquerdo secundária à deiscência de uma cirurgia ortopédica. Realizado tratamento da lesão com coberturas especiais por 40 dias até preparo do leito da ferida para enxertia. Como alternativa de tratamento na área doadora optou-se pela aplicação da espuma de poliuretano de silicone com absorção 3D, que tem como característica absorção vertical do exsudato e manutenção da umidade ideal no leito da ferida, associado à camada adesiva de silicone que permite excelente fixação e remoção atraumática. A primeira aplicação do curativo foi feita ainda no centro cirúrgico, sendo realizadas três trocas posteriores em um período de 13 dias, com média de troca a cada quatro dias, até cicatrização completa da lesão. Concluí-se que o uso da espuma de poliuretano de silicone com absorção 3D mostrou-se efetiva para o tratamento de área doadora de enxerto. Constatou-se que a cobertura cria um ambiente fisiológico, favorecendo cicatrização. Para a paciente a cobertura demonstrou proporcionar maior conforto devido à frequência reduzida de trocas e mínima dor à retirada, impactando na aceitação e adesão ao tratamento. O curativo manteve-se impermeável à água e sujidades mesmo sendo utilizado durante o banho. Dessa forma, evidenciamos que a espuma de poliuretano com camada de silicone e absorção 3D pode ser uma solução efetiva no tratamento de áreas doadoras de pele para enxerto.

PO - 250 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM ÚLCERA CATEGORIA IV EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR- RELATO DE EXPERIÊNCIA

GEISA CRISTINA CARVALHO¹; ELIANA PATRICIA RUFINO²; MONIKY ARAUJO DA CRUZ³; ALANA BORGES DOS SANTOS⁴; VIVIANY ALVES SOARES⁵

^{1,2}ASSISTE VIDA ATENÇÃO DOMICILIAR, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL; ^{3,4}UFBA, SALVADOR - BA - BRASIL;

⁵COLOPLAST, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Enfermagem; Tratamento.

O tratamento de feridas com terapia por pressão negativa vem utilizando-se cada vez mais a nível hospitalar com diversas indicações, favorecendo a rápida cicatrização de feridas, diminuindo custos hospitalares e melhorando a qualidade de vida do paciente. A terapia se caracteriza como uma tecnologia não invasiva que favorece a cicatrização em feridas agudas e crônicas por meio do uso de pressão negativa, a qual melhora o fluxo sanguíneo, realiza a sucção do exsudato e reduz o edema. **OBJETIVO:** Descrever a efetividade da terapia de pressão negativa no tratamento de uma úlcera por pressão e analisar o custo-benefício em comparação à terapia convencional. Paciente, sexo masculino, 51 anos, diagnóstico de paraplegia por trauma raquimedular há 14 anos, acompanhado em ambiente domiciliar, há um ano. Histórico de reinternação hospitalar, por um período de dois meses, com surgimento de lesão sacral de dimensões 8,5 x 6 cm com 5 cm de profundidade. Em uso de alginato de cálcio fita (02/curativo) trocadas a cada 4 dias, poli-hexametileno biguanida solução, com troca diária da gaze comum e algodoadada. O uso das coberturas especiais, no período de um ano, houve uma redução de 3,5 x 1,5 cm nas dimensões e um aumento de 01 cm de profundidade. Na busca de uma alternativa para melhor cicatrização da lesão, optou-se por terapia por pressão negativa, modo intermitente ajustada a 140 mmHg. Na primeira instalação as dimensões eram de: 5 x 4, 5 cm, 6 cm de deslocamento em quadrante superior direito, realizou-se nove trocas de curativos no período de 51 dias, sendo a média de troca a cada cinco dias. Na última troca verificou-se que a lesão tinha proporções de 4 x 4,3 cm de dimensão e 2 cm de descolamento. Nota-se uma redução de 3 x 3 cm e 3 cm de descolamento. Quando comparamos os custos de ambos os tratamentos temos que: em um ano de terapia convencional gasto foi R\$ 60.582,96, e em 51 dias de tratamento com a terapia por pressão negativa foi gasto R\$ 34.205,38. O tratamento da lesão com a terapia por pressão negativa houve uma eficácia comprovada pela diminuição das dimensões da ferida em 3 x 3 cm e 3 cm de deslocamento do quadrante superior em apenas 51 dias, obteve-se uma redução do custo de quase 50% com essa tecnologia quando comparada com a terapia convencional. Evidenciou-se que a terapia por pressão negativa é um método eficaz com uma rápida cicatrização da ferida, o que proporciona ao paciente maior conforto e bem-estar.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ERISIPELA BOLHOSA NECROTIZANTE: RELATO DE CASO

RENATA JOSE DA SILVA COSTA
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Erisipela; Enfermagem; Cuidado.

INTRODUÇÃO: A erisipela bolhosa necrotizante é processo infeccioso cutâneo, que pode atingir a gordura do tecido celular subcutâneo, causado por uma bactéria (Estreptococo) que se propaga pelos vasos linfáticos, sendo mais comuns em diabéticos, obesos e pessoas portadoras de deficiência de circulação venosa nos membros. Ocorre em qualquer faixa etária, acomete membros inferiores, face e membros superiores. É mais frequente em pacientes do sexo feminino. A patologia pode acontecer através de porta de entrada bem definida, como úlceras, traumas, micoses superficiais, picadas de inseto e feridas mal tratadas. Alcantara. C (2009) & Alcantara. VCS (2009). As complicações mais frequentes são: erisipela bolhosa necrotizante, abscesso, tromboflebite superficial e profunda. O diagnóstico é clínico associado à febre, linfagite, adenopatia e leucocitose. O tratamento de escolha é o antibiótico. As principais manifestações: dor no membro afetado, aumento da temperatura local e lesões bolhosas com líquido. **OBJETIVO:** O estudo visa relatar cuidado de enfermagem ao paciente prestado com erisipela bolhosa necrotizante.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de caso. Ocorreu numa instituição militar, setor de clínica cirúrgica, acompanhado pela residente de enfermagem e a enfermeira responsável pelo setor. O prontuário foi a fonte de dados e entrevista. **RESULTADO:** M.C.L. C, 72 anos, sexo feminino, negra, obesa, hipertensa e diabética. No dia 21/05/14, compareceu a um hospital na Vila Militar com lesões bolhosas em membro inferior direito e ficou internada por nove dias para antibioticoterapia. Não houve melhora do quadro clínico. Transferência para o hospital central com a finalidade de ter avaliação cirúrgica. No dia 04/06/14, realização do desbrimento e em seguida transferida para enfermaria. O curativo era diário, a lesão ocupava o terço médio do membro inferior direito, com áreas de fibrina. O soro fisiológico 0,9% era usado para assepsia do local. A colagenase foi empregada como cobertura de escolha nas áreas onde a fibrina se mostrava presente. **CONCLUSÃO:** Paciente teve alta hospitalar após melhora significativa da lesão e recebeu orientações sobre o cuidado com o curativo no domicílio.

Referências Bibliográficas:

Alcantara, C e Alcantara, VCS. Cicatrização de lesões causadas por erisipela em um paciente diabético. Com Ciências Saúde. 2009; 20 (2): 173 - 184. Disponível em: bvms.saude.gov.br/bvs/artigos/cicatrizacao_lesoes.pdf. Acesso em Junho de 2015.

PO - 252 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA COM TERAPIA DE CONTENÇÃO E HIDROFIBRA: UM RELATO DE CASO

MARINA BAVARESCO; HELLEN TAIVONA SANTOS; DREICIENE MOREIRA SILVA; JESSICA CAROLINA CAMPOS PINHEIRO
CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Úlcera Venosa; Tratamento.

INTRODUÇÃO: Um dos grandes problemas de saúde no mundo é o Diabetes Mellitus (DM). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, cerca de 382 milhões de pessoas no mundo são acometidas por essa enfermidade. Taxas elevadas também são observadas na região de Ribeirão Preto/SP, onde a prevalência de DM chega a 15%. A doença pode ocorrer de duas formas, por uma falha na utilização de insulina ou falta de produção desse hormônio. Frequentemente os pacientes diabéticos apresentam lesões vasculares, sendo que o pé diabético constitui a causa mais comum de internações prolongadas, implicando em custos elevados. Nesse sentido, o tratamento tópico adequado da ferida torna-se fator importante para reduzir o número de hospitalizações e amputações. **OBJETIVO:** Descrever um caso de paciente com lesão decorrente do DM tratado com hidrofibra (Aquacel® Ag Extra). **MÉTODO:** trata-se de um estudo do tipo relato de caso, desenvolvido em um município da região de Ribeirão Preto/SP. Foi utilizado recurso fotográfico, conforme autorização do paciente, para acompanhar a evolução da ferida no decorrer do tempo. **RESULTADOS:** Diante do prognóstico inicial da lesão desfavorável, presença de exsudato purulento e manifestações sistêmicas indicativas de infecção, optou-se pela utilização do curativo de hidrofibra (Aquacel® Ag Extra). Este curativo reduz a carga microbiana, ação exercida pela prata presente no produto, além de absorver e reter o exsudato, mantendo a umidade ideal no leito da lesão para que o processo de cicatrização aconteça. O resultado obtido foi a cicatrização total da lesão em apenas 2 meses e 8 dias. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, percebe-se a importância de um tratamento tópico de qualidade, e que a utilização de produto de alta tecnologia como a hidrofibra diminui o tempo de cicatrização e traz qualidade de vida ao paciente.

UTILIZAÇÃO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM UM PACIENTE COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM MEMBRO INFERIOR: RELATO DE CASO

RAFAELA BERTOGLIO ESCHER
SESDF, BRASILIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia por pressão negativa; Feridas; Relato de caso.

OBJETIVO: Descrever os cuidados de enfermagem a um cliente em pós-operatório de amputação traumática em membro inferior direito (MID), utilizando a terapia por pressão negativa no tratamento da lesão. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de caso, realizado na Unidade de Cirurgia Vascular do Hospital de Base do Distrito Federal, no mês de março a abril de 2015. **RESULTADOS:** Foram realizadas oito trocas da terapia por pressão negativa, com uma frequência de 72 horas, nesse período necessitou-se de dois desbridamentos mecânicos da borda da lesão, realizados pelo residente médico da unidade entre a quarta e a quinta troca, e a sétima e a oitava. Apresentando redução do edema local, granulação sobre o tecido muscular, redução da dor local. No 37º PO, o cliente recebeu alta da Unidade de Cirurgia Vascular para seguir tratamento na Unidade de Cirurgia Plástica de outro Hospital da rede (HRAN), onde foi realizado rotação de retalho para total cicatrização do coto. **CONCLUSÃO:** O uso da terapia por pressão negativa vem desenvolvendo-se ao longo dos últimos anos, ganhando novas aplicações, sendo uma das principais opções como ponte dentro do tratamento cirúrgico das feridas traumáticas agudas, facilitando o diagnóstico de áreas isquêmicas e assegurando melhor integração do enxerto de pele.

PO - 254 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CUIDADO AS FERIDAS UMA ATRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

ARIANE MARTELET DELLA- FLÓRA MARTELET DELLA-FLÓRA¹; ELENICE SPAGNOLO MARTINS²; EDITH ALMEIDA PINTO³; AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER⁴; FRANCIELLE DA COSTA VIEIRA⁵

^{1,2,3}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁴CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁵CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Educação Permanete; Feridas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: No Brasil as feridas acometem a população de uma forma ampliada tornando-se um problema de saúde pública. Estas definem-se como rompimento da integralidade normal da pele, resultante de um processo patológico que inicia nos órgãos acometidos, podendo ser ocasionadas por: processos inflamatórios, má nutrição, circulação, traumas, distúrbios do metabolismo, mau fechamento da ferida operatória, defeitos na formação do tecido epitelial (CUNHA, 2006). No cenário de prevenção e cuidado, a equipe de enfermagem tem grande destaque, estando diretamente relacionada e capacitada para enfrentar a demanda nos serviços, prestando assistência qualificada e atualizada em seu trabalho (MORAIS et al 2008). A educação é um processo contínuo de aprendizado, livre, crítico e reflexivo. Para que a educação permanente ocorra é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento científico atualizado e que a equipe esteja disposta a troca de saberes para um melhor resultado final, no cuidado (RICALDONI; SENA, 2006). **OBJETIVO:** Estudar a Educação permanente em saúde como meio de atualização profissional no cuidado as feridas. **METODOLOGIA:** O estudo aborda uma pesquisa bibliográfica baseada em livros, bancos de dados de publicações científicas nacionais (BVS, SCIELO, LILACS, BIREME). Na busca foram digitadas as palavras “feridas e educação permanente”, a seleção dos artigos caracterizou-se por abordar estudos que estivessem de acordo com o objetivo do trabalho. **RESULTADOS:** Observa-se que a Enfermagem busca embasamento científico partir dos artigos, evidenciou-se que os serviços de educação permanente tem atuado junto aos profissionais de enfermagem na atualização de produtos empregados em curativos, desta forma, busca resolver problemas atuais na prática assistencial. Anualmente são lançados muitos produtos para cobertura e tratamento das feridas, é por este motivo que a educação permanente deve acontecer no âmbito hospitalar para o conhecimento não ficar deficitário, o profissional deve estar atualizado quanto os mecanismos de ação e aos resultados esperados no uso de produtos para a melhor recuperação das lesões (DEALEY, 2008). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Evidenciou-se através deste estudo que a educação permanente é uma estratégia de atualização e comprometimento da equipe gerando conhecimento oportuno, e uma melhor qualidade de vida aos clientes, e, além disso, resultando na autonomia para o enfermeiro exercer sua atividades de forma segura e independente.

CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM A IDOSO PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: ESTUDO DE CASO

HIRLANA MÜLLER GONÇALVES; THALES DE ALVARENGA DE SOUZA; MICHELI VIEIRA DELLA GIUSTINA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; CLAUDIA ZAMBERLAN
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Visita Domiciliar; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UPP) são consideradas como um problema de saúde pública devido aos altos índices de casos com a problemática. As UPPs ocasionam uma piora significativa na qualidade de vida dos indivíduos, além de interferir nas atividades cotidianas e no bem-estar físico e psicológico, necessitando, portanto, de um atendimento multiprofissional (FAUSTINO et al, 2010). **OBJETIVO:** Relatar a importância da educação em saúde como aspecto inerente ao cuidado domiciliar do portador de UPP. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo. O estudo foi realizado frente ao projeto de iniciação científica (PROBIC) Cuidado Domiciliar de Enfermagem a Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Ênfase na Úlceras por Pressão vinculado ao projeto de extensão "Acadêmico de enfermagem no cuidado domiciliar: perspectiva ecossistêmica" existente no laboratório de práticas de enfermagem do Centro Universitário Franciscano. O PROBIC teve aprovação do Comitê de Ética institucional pelo parecer CAAE: 30556514.2.0000.5306. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** C.V.G.R, sexo masculino, 43 anos, solteiro, aposentado. Relata ter uma boa aceitação da ingesta alimentar. Na história pregressa relata ter sofrido um trauma raquimedular em T4 e T5, determinando paralisia de membros inferiores e por esse motivo se encontra acamado. Apresenta-se orientado, pele ressecada com presença de UPPs na região das nádegas bilateral de categoria III. Por meio das visitas realizadas, pode-se notar significativa melhora no aspecto das úlceras, que antes se encontravam com tecido macerado em grande quantidade, com presença de secreção e escavação. Segundo informações colhidas, o paciente fez uso de papaína e utilizou ácidos graxos contornando a lesão, diminuindo a hiperemia e o possível aumento da úlcera. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que a atuação da equipe multidisciplinar no contexto domiciliar resulta em aspectos significativos do cuidado, proporcionando uma melhora na qualidade de vida e atuando na prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Pode-se notar a satisfação do usuário ao receber a equipe de enfermagem no âmbito domiciliar, cuja visita o fez sentir-se cuidado.

PO - 256 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM A PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THALES DE ALVARENGA DE SOUZA; HIRLANA MÜLLER GONÇALVES; MICHELI VIEIRA DELLA GIUSTINA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; CLAUDIA ZAMBERLAN
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Visita Domiciliar; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UPP) são consideradas como um problema de saúde pública devido aos altos índices de casos com a problemática. As UPPs ocasionam uma piora significativa na qualidade de vida dos indivíduos, além de interferir nas atividades cotidianas e no bem-estar físico e psicológico, necessitando, portanto, de um atendimento multiprofissional (FAUSTINO et al, 2010). **OBJETIVO:** Relatar a importância da educação em saúde como aspecto inerente ao cuidado domiciliar do portador de UPP. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo. O estudo foi realizado frente ao projeto de iniciação científica (PROBIC) Cuidado Domiciliar de Enfermagem a Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Ênfase na Úlceras por Pressão vinculado ao projeto de extensão "Acadêmico de enfermagem no cuidado domiciliar: perspectiva ecossistêmica" existente no laboratório de práticas de enfermagem do Centro Universitário Franciscano. O PROBIC teve aprovação do Comitê de Ética institucional pelo parecer CAAE: 30556514.2.0000.5306. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** C.V.G.R, sexo masculino, 43 anos, solteiro, aposentado. Relata ter uma boa aceitação da ingesta alimentar. Na história pregressa relata ter sofrido um trauma raquimedular em T4 e T5, determinando paralisia de membros inferiores e por esse motivo se encontra acamado. Apresenta-se orientado, pele ressecada com presença de UPPs na região das nádegas bilateral de categoria III. Por meio das visitas realizadas, pode-se notar significativa melhora no aspecto das úlceras, que antes se encontravam com tecido macerado em grande quantidade, com presença de secreção e escavação. Segundo informações colhidas, o paciente fez uso de papaína e utilizou ácidos graxos contornando a lesão, diminuindo a hiperemia e o possível aumento da úlcera. **CONCLUSÃO:** Acredita-se que a atuação da equipe multidisciplinar no contexto domiciliar resulta em aspectos significativos do cuidado, proporcionando uma melhora na qualidade de vida e atuando na prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Pode-se notar a satisfação do usuário ao receber a equipe de enfermagem no âmbito domiciliar, cuja visita o fez sentir-se cuidado.

PADRONIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

SUZI SILVA FARIA¹; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM²; MARIA LOURDES FERNANDES³; HELENILDE SOARES FORTES⁴; RAQUEL GRANJA BALTAR⁵

¹SES RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²U, NITERÓI - RJ - BRASIL; ^{3,4,5}SES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas; Compras; Enfermagem.

A área de tratamento de feridas, atualmente, dispõe de diversas tecnologias inovadoras para a prática do cuidado de forma preventiva ou não. Diante de tantas opções de coberturas, verificou-se a necessidade de escolha de alguns produtos para contemplar a grade destes insumos por meio de licitação em compras pública. Como escolher a tecnologia mais apropriada para compor a grade de curativos? A justificativa para o estudo consiste na preocupação em democratizar e em tornar transparente o processo de compras destes materiais que são adquiridos via licitação. E, desta forma, destacar a importância da participação dos enfermeiros responsáveis pela realização de curativos quanto à avaliação de pareceres dando a opinião sobre o produto para compor a grade. Trata-se de um estudo de caso baseado em vivências teórico-práticas. Os dados foram coletados em documentos e registros avaliativos realizados pelos autores ao final de cada colegiado. Nestas reuniões mensais, ao longo de um ano, foram discutidos: descritivos, documentação para a qualificação técnica do produto, técnica de utilização e queixas técnicas. Destes dados, viu-se a necessidade de ter na grade quatorze tipos distintos de coberturas que foram decididas em colegiados por representantes das doze unidades de saúde abastecidas pela secretaria. E, desses colegiados, surgiu uma tabela com a padronização das coberturas enfatizando: substância, apresentação/composição, ação, indicação e sugestão de troca de cada produto elaborada mediante revisão de literatura e consolidada pelos representantes enfermeiros. E esta demanda surgiu por se tratar de um número grande de unidades com especificações diferenciadas. Com a criação do colegiado como um espaço de democratização do processo de compra para contemplar todas as unidades, melhorar a eficiência dos custos e a qualidade dos materiais a secretaria. Com isso, otimizou-se o processo de aquisição. E, assim, possibilitou a consolidação de uma estratégia para proporcionar a participação do profissional como poder decisório na aquisição e como responsável pela melhoria na qualidade da assistência garantindo ao paciente um cuidado de enfermagem mais seguro e um bálsamo para aliviar, inclusive, a "ferida da alma".

PO - 258 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PADRONIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

SUZI SILVA FARIA¹; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM²; MARIA LOURDES FERNANDES³; JAQUELINE CANTO BASTOS⁴; RAQUEL GRANJA BALTAR⁵

¹SES RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL; ^{3,4,5}SES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Compras; Cicatrização de feridas.

A área de tratamento de feridas, atualmente, dispõe de diversas tecnologias inovadoras para a prática do cuidado de forma preventiva ou não. Diante de tantas opções de coberturas, verificou-se a necessidade de escolha de alguns produtos para contemplar a grade destes insumos por meio de licitação em compras pública. Como escolher a tecnologia mais apropriada para compor a grade de curativos? A justificativa para o estudo consiste na preocupação em democratizar e em tornar transparente o processo de compras destes materiais que são adquiridos via licitação. E, desta forma, destacar a importância da participação dos enfermeiros responsáveis pela realização de curativos quanto à avaliação de pareceres dando a opinião sobre o produto para compor a grade. Trata-se de um estudo de caso baseado em vivências teórico-práticas. Os dados foram coletados em documentos e registros avaliativos realizados pelos autores ao final de cada colegiado. Nestas reuniões mensais, ao longo de um ano, foram discutidos: descritivos, documentação para a qualificação técnica do produto, técnica de utilização e queixas técnicas. Destes dados, viu-se a necessidade de ter na grade quatorze tipos distintos de coberturas que foram decididas em colegiados por representantes das doze unidades de saúde abastecidas pela secretaria. E, desses colegiados, surgiu uma tabela com a padronização das coberturas enfatizando: substância, apresentação/composição, ação, indicação e sugestão de troca de cada produto elaborada mediante revisão de literatura e consolidada pelos representantes enfermeiros. E esta demanda surgiu por se tratar de um número grande de unidades com especificações diferenciadas. Com a criação do colegiado como um espaço de democratização do processo de compra para contemplar todas as unidades, melhorar a eficiência dos custos e a qualidade dos materiais a secretaria. Com isso, otimizou-se o processo de aquisição. E, assim, possibilitou a consolidação de uma estratégia para proporcionar a participação do profissional como poder decisório na aquisição e como responsável pela melhoria na qualidade da assistência garantindo ao paciente um cuidado de enfermagem mais seguro e um bálsamo para aliviar, inclusive, a "ferida da alma".

LESÕES POR ADESIVOS: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA A PREVENÇÃO

DENISE DA HORA FERREIRA¹; MARIA LUIZA DE OLIVEIRA TEIXEIRA²; ELEN MARTINS DA SILVA CASTELO BRANCO³; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO⁴

^{1,2,3}UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO- UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Prevenção; Lesão por Adesivo; Evidências.

INTRODUÇÃO: Segundo estudos realizados nos Estados Unidos, as lesões por adesivo se configuram como um evento adverso prevenível que correspondem a 15,5% das lesões por fricção. Ainda são restritas as literaturas que orientem a escolha e o uso adequado dos adesivos médicos. Soma-se também o fato que trabalhos sobre adesivos utilizados para cobertura de feridas crônicas são mais frequentes que para feridas agudas. Esta característica requer levantamento adequado e específico dos dados por se tratar de pacientes em condições singulares. **OBJETIVOS:** Identificar os aspectos relacionados à prevenção de lesão por adesivo em feridas agudas; Oferecer subsídios para os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por adesivo. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, seguindo as orientações propostas pela Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Pergunta de pesquisa: "Quais aspectos estão relacionados à prevenção de lesão por adesivo em feridas agudas?" e a estratégia de busca foi elaborada a partir da combinação dos descritores padronizados (MeSH): "skin/adverse effects", "skin/injuries", "adhesives/adverse effects" e "adhesives/therapeutic use". O levantamento bibliográfico foi efetuado entre abril e agosto de 2015 com o material indexado nas bases de dados Scopus, MedLine/PubMed, Cinahl, Lilacs e Bdenf sem limite do período de publicação. Foram incluídos estudos que abordavam pacientes de todas as faixas etárias, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos estudos sobre uso crônico de adesivos. **RESULTADOS:** Nas bases SCOPUS, BDENF e LILACS não foram encontrados estudos com a estratégia proposta. Em contrapartida, as bases MEDLINE e CINAHL selecionaram 24 e 278 artigos respectivamente. Foi realizada a leitura dos resumos e posteriormente foram retirados os que vinham ao encontro dos critérios de exclusão. No MEDLINE restaram para a leitura completa apenas 15 artigos e no CINAHL 6. As evidências levantadas relacionavam-se a: terapia intravenosa (2), recomendações para prevenção (3), trauma e dor na remoção (3), fatores de risco (1), propriedades adesivas e suas recomendações (6), infecção (1), nutrição (1), força de remoção (1) e barreira de proteção (2). **CONCLUSÃO:** No que cerne as lesões de pele, a prevenção configura-se como uma ferramenta crucial no cuidado às populações de risco. A divulgação e aplicação desses preceitos devem estar pautadas em recomendações baseadas nas melhores evidências científicas.

PO - 260 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: REVISÃO DE LITERATURA

HELLEN TAIVONA SANTOS¹; LILIAN ALBREGARD PERIPATO²; DREICIENE MOREIRA SILVA³; MARINA BAVARESCO⁴; JESSICA CAROLINA CAMPOS PINHEIRO⁵

^{1,3,4,5}CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA, CAMPINAS - SP - BRASIL; ²UNIARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Todos os pacientes internados em hospitais sejam de grande ou pequeno porte, ou acamados no conforto de sua casa, podem vir a desenvolver lesões cutâneas de várias etiologias. A Úlcera por Pressão (UPP) também conhecida como úlcera de decúbito, ferida de pressão e ferida do leito, de acordo com o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, como um resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento. Este tipo de lesão é um dano que causa sofrimento para o paciente e seus cuidadores. Além de gerar alto custo financeiro para a instituição, acarreta sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde e ainda é um importante indicador de qualidade da assistência. Dentre muitos profissionais da saúde, o enfermeiro tem a responsabilidade pela avaliação das UPP, fatores de riscos e prescrição dos cuidados.

OBJETIVO: Identificar os cuidados de enfermagem aplicáveis ao paciente portador de úlcera por pressão, favorecendo assim o conforto e a cicatrização. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório baseado em revisão de literatura com busca ativa em livros, periódicos, revistas e artigos indexados na LILACS, Scielo e BDNF. Os artigos encontrados compreendem o período de 2005 a 2015 e estão diretamente relacionados com os descritores: úlcera por pressão, terapêutica e cuidados de enfermagem.

RESULTADOS: Por mais que este assunto seja de grande discussão em congressos, seminários, eventos no geral, ainda há o déficit do entendimento da equipe de enfermagem, sobretudo quanto ao profissional enfermeiro que em sua maioria não usa das ferramentas necessárias e disponíveis a seu favor. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a equipe de enfermagem e principalmente o enfermeiro, como ator principal do cuidado, em relação ao que ocorre na prática, está muito aquém do domínio quanto à prevenção aos pacientes que têm o risco de desenvolver as UPP, e especialmente aos cuidados aplicáveis no aparecimento dessas lesões. Os pontos trabalhados, infelizmente não são colocados em prática, seja por deficiência na formação do enfermeiro, ou por falha na supervisão da instituição.

O USO DA HIDROFIBRA COM PRATA EM QUEIMADURAS: REVISÃO DE LITERATURA

HELLEN TAIVONA SANTOS¹; GABRIELA OLIVEIRA²; ANTONIO PERIPATO FILHO³; DREICIENE MOREIRA SILVA⁴; MARINA BAVARESCO⁵

^{1,2,4,5}CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA, CAMPINAS - SP - BRASIL; ³UNIARARAS, ARARAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Cicatrização; Feridas.

INTRODUÇÃO: Os avanços no tratamento de queimados têm reduzido as taxas de letalidade e melhorado a qualidade de vida das vítimas de queimadura. Entretanto as complicações infecciosas continuam sendo um desafio e uma das principais causas de óbito do queimado. **OBJETIVO:** A finalidade desse estudo foi identificar benefícios que favorecem a cicatrização da queimadura e o bem-estar aos pacientes em curativos realizados com a hidrofibra com prata, reduzindo o risco de infecção decorrente da queimadura. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório baseado em revisão de literatura com busca ativa em livros, periódicos, revistas e artigos indexados na LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde e do Caribe) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). Os artigos encontrados compreendem o período de 2005 a 2015 e estão diretamente relacionados com as **palavras-chave:** queimadura, cicatrização e feridas. **RESULTADOS:** Sulfatiazina de prata por muitos anos em sua forma de creme possui liberação de prata por apenas 12 horas. A dor associada as trocas de curativo é um problema comum em feridas por queimadura de espessura parcial. No entanto foi notificado que a Hidrofibra Ag, um curativo de hidrofibra impregnado com prata iônica, reduz a infecção e a dor em feridas por queimaduras ao promover atividades antimicrobiana, na qual foi desenvolvido a partir de uma fibra de carboximetilcelulose sódica com a adição de prata na concentração de 1,2% sendo a prata iônica impregnada por todo material. A disponibilidade da prata se dá por 14 dias de forma controlada, tem o aspecto de um feltro e serve como curativo primário aplicado diretamente na lesão, com a evolução o material se adere a lesão formando uma placa seca que se mantém até a cicatrização da ferida com o seu descolamento espontâneo em torno do 14º dia, proporcionando conforto ao paciente. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o tratamento de queimaduras com esse tipo de cobertura é ideal para a otimização da cicatrização, pois não há necessidade de troca do produto, tão pouco a manipulação da lesão do paciente, evitando assim trauma sobre a queimadura, perda de temperatura, elevação da dor sem contar que este tipo de cobertura tem resultados rápidos e sem riscos, favorecendo assim o aumento da qualidade de vida do paciente e menor dificuldade da equipe de enfermagem no tratamento.

PO - 262 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE LESÃO POR ADESIVO: PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO

DENISE DA HORA FERREIRA¹; MARIA LUIZA DE OLIVEIRA TEIXEIRA²; ELEN MARTINS DA SILVA CASTELO BRANCO³; CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO⁴

^{1,2,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO- UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Lesões por Adesivo; Prevenção; Protocolo.

INTRODUÇÃO: As lesões por adesivo são caracterizadas por qualquer alteração cutânea que persista por no mínimo de 30 minutos após sua remoção. Tais lesões são consideradas como um evento corriqueiro da prática clínica de diversos profissionais de saúde e seu impacto sobre o usuário é banalizado. Os programas de prevenção devem estar pautados em protocolos institucionais e envolver todos os profissionais durante sua construção. **OBJETIVOS:** Descrever os saberes e práticas dos enfermeiros sobre os cuidados relacionados à prevenção de lesão por adesivo, analisar a propriedade/ aplicabilidade de tais saberes e práticas na prevenção de lesões por adesivos com base no Medical Adhesives & Patient Safety Consensus e elaborar um protocolo sobre o cuidado de enfermagem relacionado à prevenção de lesão por adesivo. **MÉTODO:** Abordagem qualitativa baseada na Pesquisa convergente-assistencial desenvolvida com enfermeiros de Terapia intensiva pediátrica pública, no Rio de Janeiro. A produção de dados foi realizada através da problematização dos saberes e prática dos participantes e norteada por roteiro de discussão com perguntas abertas. **ASPECTOS ÉTICOS:** Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa através da Plataforma Brasil com nº CAA 44141715800005238. Em todas as fases da pesquisa foram atendidas as recomendações da Resolução nº 466/2012. **RESULTADOS:** Foi construída e validada pelos participantes uma proposta de protocolo assistencial para a prevenção de lesão por adesivo com enfoque na definição, segurança do paciente, aplicação, remoção e escolha do material adesivo, caracterização dos produtos, documentação das informações, envolvimento do paciente e família e fluxograma. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro deve estar atento às situações de risco para a integridade da pele, instituir as medidas preventivas o mais precocemente possível e assim evitar maiores complicações teciduais advindas da lesão por adesivo. Uma estratégia que pode instrumentalizar a equipe de enfermagem é a construção de protocolos com rigor metodológico, consistência e confiabilidade, orientados para a prevenção e tratamento das lesões por adesivo.

POLÍTICA NACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: O DESAFIO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS COM OSTOMIA

MARCELA VESTENA RAGAGNIN; LENISE DUTRA; THAIS JAINE RORATO; CAMILA TRINDADE; ELENICE SPAGNOLO MARTINS

CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO/UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ostomia; Deficiência; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Atualmente há aumento da expectativa de vida da população, uma crescente urbanização e a inadequada assistência às mulheres na fase reprodutiva e no pré-natal que auxilia no surgimento de algumas deficiências. Os fatores que contribuem para o aparecimento dessas insuficiências são: desnutrição, doenças psicossomáticas, o uso de drogas, acidentes de trânsito, violência urbana (BRASIL, 2010). A ostomia é um tipo de deficiência que é ocasionada por uma alteração prévia do sistema digestivo ou urinário. O portador deve-se submeter a uma cirurgia do aparelho digestivo ou urinário a qual poderá ser feita no intestino grosso (colostomia), intestino delgado (ileostomia) ou nas vias urinárias (urostomia), para a saída de fezes ou urina (BRASIL, 2008). **OBJETIVO:** Buscar na literatura publicações que mostrem o cotidiano de pessoas com deficiências do tipo ostomizadas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva de caráter qualitativa. A busca foi realizada por meio de bancos de dados de publicações científicas nacionais (BVS, SCIELO, LILACS, BIREME). Nestes, foram digitadas as palavras “deficiência e ostomizados”, sem delimitação temporal, e a seleção dos artigos caracterizou-se por selecionar estudos que estivessem de acordo com o objetivo do trabalho. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Conforme a Declaração dos Direitos do Ostomizado, este paciente precisa receber informações e capacitação para viver de forma autônoma e independente promovendo uma melhor qualidade de vida. Esta deficiência não afeta somente a parte física, mas também psicológica, pois altera a imagem do corpo, há diminuição da autoestima, como também da vida sexual, resultando na redução ou perda da libido e impotência (NASCIMENTO et al., 2011). O portador deve se preocupar com a integridade da pele e ter conhecimento do uso adequado dos equipamentos e adjuvantes que protegem de lesões. A pessoa com esta deficiência deve ser atendida por uma equipe multidisciplinar que se dispõe a tratar da sua integralidade. Durante a consulta de enfermagem devem ser abordadas medidas preventivas e curativas relacionadas ao cuidado com o ostoma, salientando sempre a importância da participação na Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO) ou grupos de autoajuda e apoio social. **CONCLUSÃO:** O indivíduo após a realização do ostoma depara-se com diversas alterações no seu cotidiano é importante o apoio da família, das pessoas de seu convívio e dos profissionais que lhe prestam assistência.

PO - 264 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA NO TRATAMENTO DE LESÃO PROVOCADA POR FRATURA ÓSSEA: RELATO DE CASO

VIVIANY ALVES SOARES¹; TAMARA ANGÉLICA DA ROCHA²; DANIELA DOS SANTOS PEREIRA³; ROSANGELA ALVES DOS SANTOS⁴

¹COLOPLAST, SALVADOR - BA - BRASIL; ²TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL; ³TERAPIA INTENSIVA, SALVADOR - BA - BRASIL; ⁴ENFERMAGEM ONCOLÓGICA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Fratura exposta; Enfermagem; Ferida.

O uso de coberturas especiais que possibilitem uma cicatrização rápida, o conforto do paciente assim como a diminuição da dor no período do tratamento com intuito de prevenir complicações é objeto de investigação de pesquisas de cunho nacionais e internacionais. Nesse contexto, estão inseridos as lesões de fraturas expostas que tem dificuldade de cicatrização e altos custos para o Sistema Único de Saúde. O objetivo deste estudo é descrever o uso da cobertura de poliuretano com prata no tratamento de uma lesão de partes moles, provocada por fratura exposta. Trata-se de um relato de caso, com uma paciente do sexo feminino, 52 anos, vítima de acidente motociclístico, diagnosticada com fratura exposta em terço distal da tíbia E, apresentando lesão de partes moles, sendo atendida em um Hospital Público de Salvador/Bahia, especializado em Urgência e Emergência. Os dados foram obtidos a partir do prontuário, exame físico, observação direta da ferida, além dos registros fotográficos, com consentimento livre e esclarecido pelo paciente, sendo obedecida a resolução 466/2012. A cobertura utilizada foi definida através da avaliação de enfermeiras da comissão de feridas. A lesão inicial na região anteroposterior do tornozelo E, apresentava 13 x 8 cm, com presença de 90% de esfacelo, 5% de necrose seca e 5% de tecido de granulação no leito da ferida, exsudato serosanguinolento e bordas íntegras. Utilizou-se cobertura de espuma de poliuretano com prata por vinte e cinco dias, durante o mês de julho de 2015, com troca a cada 3 dias. O uso da cobertura propiciou controle do exsudato, tratamento de infecção e manutenção de umidade na ferida. O uso da cobertura resultou em redução de dois centímetros da lesão em comprimento e largura, bem como redução do esfacelo para cerca de 10%, aumento do tecido de granulação em 80%, contração das bordas e redução do exsudato. Conclui-se que o uso da cobertura de poliuretano com prata no tratamento tópico de lesão infectada em partes moles mostrou excelente resultado no processo de cicatrização da lesão, favorecendo a epitelização da pele, evitando maiores complicações, maior tempo de internação e reduzindo de custos.

O SENTIMENTO DE MEDO DA AMPUTAÇÃO EM INDIVÍDUO COM DIABETES

MARCELA VESTENA RAGAGNIN; LENISE DUTRA; THAIS JAINE RORATO; CLAUDIA ZAMBERLAN; ELENICE SPAGNOLO MARTINS

CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO/UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Amputação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que acomete uma grande parte da população, tendo alto índice de comorbidades e mortalidade. Acometem algumas partes do organismo humano, uma delas é o membro inferior, caracterizando o pé diabético, onde por alteração da vascularização periférica pode desenvolver úlceras que quando não tratadas podem levar a amputação de parte ou totalidade do membro (MACEDO; PEDROSA; RIBEIRO, 2001). Objetiva-se refletir sobre o sentimento de medo de amputação em um paciente com DM. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa com discussões em analogia com autores que relatem a temática. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e IBICS, em maio de 2015. A seleção dos artigos ocorreu da leitura prévia do título e resumo, onde: na LILACS foram encontrados 5 artigos e todos selecionados e na IBICS 37 e selecionado apenas um. A amostra final foi de seis artigos. **RESULTADOS:** O sentimento de medo vivenciado por aqueles que possuem o DM, vem em decorrência da amputação, a qual irá alterar a rotina, dificultando algumas vezes na realização das atividades diárias. A retirada de algum membro trará marcas não somente físicas, mas também psicológicas e sociais. A consulta de enfermagem é fator relevante na prevenção destas complicações, no intuito de promover a saúde dos pacientes com DM a partir de estratégias educativas. É importante que o cuidado prescrito pela enfermagem deva atentar para as condições socioeconômicas dos mesmos. **CONCLUSÃO:** O paciente com DM precisa cuidar da alimentação, fazer exames regularmente, cuidar das unhas e pele dos pés e manter a glicose controlada, para que não tenha complicações. A enfermagem tem papel importante tanto auxiliando no controle da doença quanto no cuidado ao paciente pré, trans e pós-amputação. Nesse período de adaptação o cliente tem angústias, ansiedades e preocupações. Entre outras emoções que permeiam esse momento é a equipe de enfermagem junto com a família que dará apoio e suporte emocional a ele. A assistência também precisa ser prestada por equipe multidisciplinar atendendo integralmente a pessoa juntamente com seus familiares.

PO - 266 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O GRANDE QUEIMADO NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER¹; ARIANE MARTELET DELLA- FLÓRA MARTELET DELLA-FLÓRA²; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH³; VAGNER COSTA PEREIRA⁴; ELENICE SPAGNOLO MARTINS⁵
^{1,2,3,5}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁴UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -UPA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Queimaduras; Enfermagem; Emergências.

INTRODUÇÃO: Queimaduras são as lesões mais devastadoras que o corpo humano pode sofrer. Assim, a assistência de enfermagem ao grande queimado é complexa, visando diminuir a taxa de mortalidade, o período de internação, as complicações e sequelas físico psicológicas, bem como promover o retorno e a reintegração do acidentado à família e à comunidade (MENEZES ELM, SILVA MJ, 2003). Em especial, nas unidades de urgência e emergência, cujos profissionais devem ter conhecimentos específicos para atender à vítima queimada, uma vez que os primeiros cuidados se constituem determinantes no êxito final do tratamento, contribuindo decisivamente para redução da morbi-mortalidade (VALE ECS, 2005). **OBJETIVO:** Refletir acerca do cuidado de enfermagem às vítimas de queimaduras, nas unidades de urgência e emergência. **MÉTODO:** Revisão narrativa, realizada em julho de 2015 a partir das bases de dados MEDLINE, BDNF e SciELO. **RESULTADOS:** A queimadura é uma lesão complexa que compromete a integridade da pele, prejudica o equilíbrio corporal normal de fluidos/eletrólitos, a temperatura, o equilíbrio térmico, a função articular, a habilidade manual e aparência pessoal. (HOFEN ET, 2002). Assim, a equipe de enfermagem deve prestar assistência na fase de emergência, monitorando a estabilização física e psicológica do paciente. (SILVA RMA, CASTILHOS APL, 2010). A forma de cuidado e o tratamento ao queimado serão estabelecidos de acordo com a gravidade das lesões decorrentes da exposição, tipo e grau de comprometimento, levando em conta a real necessidade do paciente, com a finalidade da estabilização, melhora e, por fim, diminuir seu tempo de internação (ROSSI LA., ET AL, 2010). Há casos em que o paciente deve ser encaminhado ao centro cirúrgico, para realização de curativos ou, até mesmo, procedimentos cirúrgicos. Para isso a importância da ação da enfermagem em avaliar e classificar as queimaduras nas unidades de urgência e emergência, efetivando atendimento de excelência a esse paciente. **CONCLUSÃO:** As queimaduras são lesões capaz de gerar grande desgaste físico, mental e psicossocial ao paciente queimado. Para tanto, a assistência de enfermagem visa diminuir taxa de mortalidade, período de internação, complicações e sequelas físico-psicológicas. Nas unidades de urgência e emergência o enfermeiro participa da previsão de necessidades da vítima, definindo prioridades, iniciando intervenções, fazendo a estabilização, reavaliando o estado geral para efetivação do tratamento.

FERIDA NO CORPO X FERIDA NA "ALMA": RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRANDE QUEIMADO

AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER; CAROLINE SCHNEIDER XAVIER; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH;
VAGNER COSTA PEREIRA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Queimaduras; Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: Aquele que sofre um tipo de queimadura, independentemente de sua extensão, torna-se vítima de uma agressão física, em sua morfologia e estética, o que vai além de danos físicos. As lesões por queimaduras ocasionam uma importante diminuição da qualidade de vida dos indivíduos acometidos devido a diversos fatores (RYAN et al, 2015). **OBJETIVO:** Relatar o caso, de um grande queimado, após acidente com várias vítimas fatais. **MÉTODO:** Relato de caso, a partir da vivência com grande queimado, sobrevivente de um acidente em 2013, da região Central do Estado do Rio Grande do Sul, que teve o membro inferior direito amputado devido o trauma. **RESULTADOS:** As queimaduras graves exigem vários dias de internação e acompanhamento terapêutico após a alta hospitalar, pois podem causar desfiguramento permanente, incapacidades, e problemas emocionais. (SVEEN, SJÖBERG, ÖSTER, 2014). A assistência de enfermagem, nesse momento, é essencial no tratamento do paciente queimado. Quando o paciente é admitido em unidade de emergência, faz-se necessário que este receba um tratamento imediato e eficaz (GRAGNANI, FERREIRA, 2009). Pacientes queimados sofrem danos corporais, muitas vezes irreversíveis, e, diante de sua autoimagem lesionada, apresentam desordem de sentimentos e sensação de impotência, deixando-os temerosos em relação ao futuro (CARVALHO, 2010; CARLUCCI et al, 2007). Contudo, há aqueles em que o maior sentimento é a gratidão de estar viva (como o caso do relato), uma vez que mudar a vida da noite para o dia e acordar a cada cirurgia, com dores, choros, e se ver impotente, pois, dependendo da parte do corpo atingida, cada vez se tornam dependentes dos profissionais da saúde, bem como de familiares, para retomar sua rotina. Assim, o profissional de enfermagem deve estar atento ao paciente, a fim de esclarecer dúvidas e também estimulá-lo a falar sobre o que está sentindo. Manter comunicação efetiva não apenas com o doente, mas também com seus familiares, ressaltando que o apoio e o contato com a família é importante na assistência emocional ao paciente (CARVALHO, ROSSI, 2006). **CONCLUSÃO:** A ferida que transcende o corpo, é capaz de afetar a alma, por isso o profissional de saúde sofre também o impacto das lesões que dispõem a tratar. O cuidar da ferida de alguém transcende a realização do curativo. Ferida de queimadura não é apenas uma lesão física, mas algo que dói sem, necessariamente, precisar de estímulos sensoriais; uma marca ou uma mágoa, uma perda irreparável.

PO - 268 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA: AVALIAÇÃO DO PROCESSO CICATRICIAL PELA PUSH E NOC

EDSON FERNANDO MULLER GUZZO; KAREN FERREIRA DOS SANTOS; ANANDA UGHINI BERTOLDO PIRES; JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA; AMALIA DE FÁTIMA LUCENA
UFRGS, GRAVATAI - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa; PUSH; NOC.

INTRODUÇÃO: As Úlceras Venosas (UV) são lesões causadas pela insuficiência venosa, geralmente crônicas e com tratamento prolongado, o que indica a necessidade de avaliação destas feridas, por meio de instrumentos, que possam monitorar de forma fidedigna a evolução do processo cicatricial das mesmas. Todavia, estes instrumentos, tais como Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) ainda não são frequentemente utilizados em nosso meio e merecem maior investigação sobre sua aplicabilidade na prática clínica. **OBJETIVOS:** aplicar a PUSH e a NOC na avaliação de uma UV de uma paciente em atendimento ambulatorial. **METODOLOGIA:** Estudo piloto desenvolvido com uma paciente do ambulatório de enfermagem no tratamento de feridas de um hospital universitário. A coleta de dados foi realizada entre março e maio/2015, durante quatro consultas de enfermagem realizadas quinzenalmente, além de dados secundários coletados no prontuário da paciente. Para a mensuração da UV se aplicou dois instrumentos, um com a PUSH, e outro com a NOC com uso do resultado Cicatrização de feridas: segunda intenção. Análise dos dados foi fundamentada nas etapas do processo de enfermagem e nos escores dos instrumentos aplicados (NOC e PUSH). Os aspectos éticos foram respeitados quanto ao anonimato da paciente e concordância em participar do estudo. **RESULTADOS:** Aplicou-se o resultado NOC denominado "Cicatrização de feridas: Segunda intenção", com dez indicadores, sendo que em nove houve melhora significativa da lesão. Na aplicação da PUSH, nos três indicadores que compõem a mesma houve melhora da lesão. **CONCLUSÕES:** Observou-se excelente resposta ao tratamento e progressão significativa no processo de cicatrização da ferida com instrumentos que possibilitaram descrever o mesmo, tanto de forma quantitativa como qualitativa, demonstrando a importância e a aplicabilidade da PUSH e NOC.

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PACIENTES COM FERIDAS DE UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS

IARA BARBOSA RAMOS¹; ADRIANO MENIS FERREIRA²; REGINA QUEIROZ GONÇALVES³; MARCELO ALESSANDRO RIGOTTI⁴; MARIANA PICOLLI DA LUZ DA LUZ⁵
^{1,5}SESAU, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; ^{2,3,4}UFMS, TRES LAGOAS - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas; Estudos transversais; Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO: As feridas causam problemas como dor permanente, sofrimento, incapacidade, perda de autoestima, isolamento social, gastos, afastamento do trabalho, necessitando de um atendimento especializado. Vale ressaltar a inexistência de trabalhos com a temática na região Centro-Oeste e a maior concentração das pesquisas no estado de São Paulo. **OBJETIVO:** Caracterizar os pacientes com feridas de uma Unidade de Referência de Campo Grande/MS. **MÉTODO:** Pesquisa transversal com abordagem quantitativa, que foi realizada em salas de curativos da unidade de referência no tratamento de feridas da rede Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. Constituiu-se de pacientes com feridas, atendidos como demanda espontânea nas salas de curativos desta unidade, entre maio a julho de 2013. Critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos, possuir pelo menos uma ferida, com duração igual ou superior a 3 meses. Critérios exclusão: não retorno a consulta e/ou abandono do tratamento, pacientes portadores de transtorno ou deficiência mental. Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do parecer nº 136.832/2012 e CAAE: 02654212.0.0000.0021, em 08/11/12. **RESULTADOS:** Da amostra, 87,3% (n=76) eram de Campo Grande e 8 (9,2%) eram de outras cidades situadas no estado de Mato Grosso do Sul, com as seguintes quantidades de pacientes: 1 de Sidrolândia, 1 de Maracaju, 1 de Rio Verde de Mato Grosso, 1 de Ponta Porã, 1 de Guia Lopes da Laguna, 1 de Corumbá e 2 de Anastácio; e de outros Estados: 1 de Rondônia, 1 de Mato Grosso e 1 de São Paulo. Do total, 44 (50,5%) eram do sexo feminino e 43 (49,5%) do sexo masculino. Sobre o nível de escolaridade, 44 (50,57%) eram analfabetos, 24 (27,58%) tinham o ensino fundamental e 19 (21,83%), o ensino médio. Da amostra, 45 (51,7%) pertenciam à classe B ou C, 42 (48,3%) à classe D; porém, não foram encontrados pacientes da classe A e E. Da amostra, 52 (60%) eram aposentados, 21 (24%) estavam trabalhando, sendo 8 (9,2%) no setor privado, 4 (4,6%) no setor público, 9 (10,3%) no informal e 14 (16%) desempregados. **CONCLUSÃO:** Este estudo pretendeu contribuir para a identificação da clientela com feridas e a caracterização destas na Unidade de Referência municipal. O sucesso do tratamento do paciente com feridas depende de sua adesão, da qualidade e determinação da equipe multiprofissional envolvida, em especial do enfermeiro.

PO - 270 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES QUE (COM)VIVEM COM A FERIDA CRÔNICA DECORRENTE DO DIABETE MELLITUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RULIO GLÉCIAS MARÇAL DA SILVA¹; SOLANGE DA SILVA LIMA²; VANIA DELUQUE AGUIAR³; VAGNER FERREIRA DO NASCIMENTO⁴; MARILDA SOARES DA SILVA⁵

¹FACULDADE SEQUENCIAL, SAO PAULO - SP - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO, CÁCERES - MT - BRASIL; ⁵SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, TANGARÁ DA SERRÁ - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Percepção; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O diabetes, segundo dados do ministério da saúde, é um estado hiperglicêmico crônico acompanhado de complicações agudas e crônicas de ordem sistêmica. Em 1995 atingiu 4% da população adulta e em 2025 estima-se que estes índices cheguem a 5,4%. No Brasil existem cerca de 5 milhões de diabéticos, dos quais 20% possuem complicações decorrentes do diabetes sendo ela a ferida crônica na pele. As limitações experienciadas pelo portador de feridas crônicas, provocada pelo diabetes são inúmeras e desencadeiam vários sentimentos, como medo e insegurança, e atitudes que vão do conformismo ao autocuidado. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada no cuidado com o portador de ferida crônica decorrente do diabetes mellitus que (com)vive a sua situação de adoecimento. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa. A amostra foi composta por pacientes atendidos pelo projeto de extensão: Assistência de Enfermagem aos Portadores de Feridas no ambulatório de feridas do município de Cáceres-MT. Inicialmente era realizado um cadastramento onde se coletava os dados do sócio-demográficos, posteriormente seguia-se com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e, por fim, realização de perguntas, por meio da fala livre do paciente, sobre o sentimento que o mesmo tinha sobre a sua condição e sentimento/percepção sobre seu processo de adoecimento. **RESULTADOS:** Com a utilização da escuta atenta e a observação das diversas formas que o indivíduo utiliza para estabelecer uma comunicação como as formas verbais e não verbais, podemos perceber que o processo de tratamento e evolução da doença perpassa por questões de ordem emocional, onde o paciente exteriorizava em seu discurso um sentimento de baixa autoestima, falta de motivação, desesperança e incredulidade sobre a evolução e melhora do seu estado e não entender o processo saúde-doença. **CONCLUSÃO:** As afirmações vieram ao encontro da vivência de cuidar dos pacientes que com(vivem) com ferida crônica e evidenciou-se que a simples orientação de como cuidar da ferida e a ingestão de medicação prescrita não eram suficientes para uma total adesão e cuidado do seu estado patológico bem como, uma melhor orientação sobre o adoecimento de forma com que a comunicação entre o binômio profissional-paciente seja eficaz.

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS COM A TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA

VALERIA FERREIRA DA SILVA¹; GESIANE DOS SANTOS TRIVINO²; MUNIK STELLA JALES LESSA³; MARCELA CRISTINA LOPES DE ALMEIDA⁴; LUCIANA CAÇALDA FERREIRA⁵

¹HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ^{3,4}KCI, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁵HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas complexas; Terapia com pressão negativa; Assistência de enfermagem.

O objetivo deste estudo foi identificar como se dá a produção científica sobre a assistência de enfermagem na terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas e levantar o qualitativo de produções acerca da temática. É essencial para a Estomaterapia, levantar dados para discussão desta terapia, pois promove segurança e redução do tempo de internação do paciente. Para isso utilizou-se a revisão integrativa e os critérios de inclusão foram: estudos publicados entre os anos 2009 a 2014, no idioma português, contextos completos, disponíveis na base de dados Lilacs, com cinco artigos. Neste universo, não identificou-se a atuação do enfermeiro no manejo da ferida complexa com terapia por pressão negativa. Diante desta análise, torna-se necessário a realização de novos estudos que contribuam para a busca de evidências que validem o objeto de estudo e estes colaborem para a melhoria da qualidade do manejo da terapia por pressão negativa pelo enfermeiro. **INTRODUÇÃO:** O objeto de estudo versa sobre a assistência de Enfermagem à Feridas Complexas em Uso de Terapia com Pressão Negativa. Atualmente o tratamento de feridas constitui um grave problema de saúde pública que atinge todas as camadas da população, tornando-se um grande desafio para os profissionais da área da saúde e para o sistema de saúde, onde se dispensa recursos humanos, materiais e financeiros para a resolução deste problema. **METODOLOGIA:** Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, o método eleito foi a Revisão Integrativa que inclui a análise de pesquisa relevantes que dão suporte para a tomada de decisão, permitindo a incorporação desses achados na prática clínica. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foram encontradas 18 publicações que abordavam a terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas na base LILACS, dos quais foram excluídos 13 por não atenderem pressão negativa. Com nível de evidência elevada, do tipo revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados. **CONCLUSÃO:** Diante desta análise, torna-se explícita a necessidade de realização de novos estudos e estratégias que venham contribuir para busca de evidências que validem as questões norteadas, e estes colaborem para melhoria da qualidade do manejo da terapia por pressão negativa pelo enfermeiro. A terapia para ferida com pressão negativa está se tornando um tratamento muito comum em várias condições clínicas.

PO - 272 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OZONIOTERAPIA TÓPICA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA DE MEMBRO INFERIOR DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE

MARGARETE BITTENCOURT¹; ANNY NAYARA BARROS GARCIA²; ISMARI PERINI FURLANETO³; NATHALIA RODRIGUES ALMEIDA⁴; ADILSON BEATRIZ BEATRIZ⁵

¹UEPA, BELEM - PA - BRASIL; ²HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; ³FAMAZ, BELÉM - PA - BRASIL; ^{4,5}UFMGS, CUIBA - MT - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Hanseníase; Ozonioterapia; MOWA.

A hanseníase é uma doença de evolução crônica cuja lesão nervosa determina alterações sensitivas e motoras, levando à instalação das úlceras plantares hansênicas que geralmente são crônicas. A incorporação de novas tecnologias é de suma importância para abreviar o tempo de cicatrização e diminuir as sequelas, avanços em estudos com ozônio quanto ao seu poder imunológico e microbiológico vêm colocando esse recurso como uma importante alternativa, sendo uma das mais reconhecidas quando se trata de feridas de difícil cicatrização. O objetivo foi investigar os efeitos cicatrizantes da aplicação da ozonioterapia como recurso terapêutico complementar em feridas crônicas dos membros inferiores decorrentes da hanseníase. Estudo de intervenção terapêutica, tipo ensaio clínico, envolvendo 20 (vinte) pacientes hansenianos acometidos de úlcera de membros inferiores; sendo o Grupo I com 10 (dez) pacientes que utilizaram a ozonioterapia, procedente da Colônia do Prata, e o Grupo 2 com 10 (dez) pacientes que utilizaram curativos convencionais, oriundo da Unidade de Referência Estadual Marcelo Cândia. O perfil epidemiológico em ambos os grupos foi semelhante entre si. As formas prevalentes foram Virchowiana (V) e a Dimorfa (D), com acometimento nervoso; os microrganismos isolados nas lesões foram predominantemente os gram-negativos como o *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae*. Nas análises macroscópicas houve diferença no processo de reparação tecidual entre os métodos da ozonioterapia e o convencional. A utilização do aplicativo de imagem Mowa® (Mobile Wound Analyser) foi eficiente pois forneceu valores precisos da área da ferida assim como a avaliação eficaz do processo de cicatrização das úlceras hansênicas. Conclui-se que o ozônio é um potente inibidor do crescimento bacteriano, sendo este efeito muito superior aos demais curativos utilizados e que a terapia com bag e óleo de girassol ozonizado se apresenta como uma alternativa para o tratamento de feridas crônicas, pois estimula a formação de novos vasos na região afetada, aumenta a irrigação local, acelera a formação de tecido de granulação e diminui o tempo de cicatrização.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM: UMA METODOLOGIA CIENTÍFICA PARA O CUIDADO DE FERIDAS

MARLI REINADO BARBOSA; RULIO GLÉCIAS MARÇAL DA SILVA; MARIA SONIA GRECHI; MARIA SOCORRO CARDOSO; SANDRA MARIA CONCEIÇÃO SEQUENCIAL, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermeiro; Sistematização da assistência; Feridas.

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia dividida em cinco fases que permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que embasam a profissão. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é trazer, relembrar e/ou reforçar a importância da implantação e o desenvolvimento da SAE pelo enfermeiro dermatologista. **MÉTODO:** Estudo do tipo descritivo, exploratório através de um levantamento da literatura em periódicos eletrônicos indexados nas bases de dados do Lilacs, Bireme, Scielo e Medline no período entre 2005 a 2014 de acesso livre. **RESULTADOS:** Desde os seus primórdios, a humanidade mostra, que os seres humanos precisam de cuidado para sobreviver, não apenas para cura-se em situações de doença, mas para viver com saúde, felicidade e bem-estar. Os cuidados, milenarmente, vêm sendo desenvolvidos por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações em diferentes cenários. Iniciada por Florence Nightingale na segunda metade do século XIX, difundida pela enfermagem norte americana entre as décadas de 1950 e 1960 e introduzida no Brasil por Wanda Aguiar Horta em 1979, a SAE fundamenta-se no Processo de Enfermagem (PE). Trata-se de uma atividade regulamentada pela Lei 7.498/1986 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009, privativa do enfermeiro e obrigatória em todas as instituições onde haja serviços de enfermagem. É por meio desse instrumento (SAE) que o profissional pode organizar e sistematizar o cuidado, objeto de sua ciência. Além disso, auxiliar o enfermeiro a identificar as situações de saúde-doença e, assim, as necessidades de cuidados de enfermagem no contexto à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde tanto individual, como da família e da comunidade. **CONCLUSÃO:** Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades. Foi possível perceber a importância da SAE para o enfermeiro, onde e como quer que atue na busca por sua identidade e autonomia profissional.

PO - 274 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS INTERNADOS EM UTIN: REFLEXÕES PARA A ENFERMAGEM

MARCOS DA ROSA FRANCISCO; CAMILA BIAZUS DALCIN; AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER; SCHARLLET MACHADO DE GASPERI; CLOVES ROBERTO FELDEN DA SILVA UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Recém-nascidos; Lesões; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As lesões de peles são problema para os serviços de saúde e afetam pessoas de todos os grupos etários. Consideram-se lesões de pele as alterações no sistema tegumentar, podendo ter inúmeras causas, através de mecanismos circulatórios, inflamatórios, metabólicos, degenerativos ou hiperplásicos (RODRIGUES; RODRIGUES, 2009). De modo geral, a hospitalização de pacientes em situações críticas, entre eles os neonatos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), podem apresentar lesões cutâneas devido a diversos fatores como, por exemplo, insuficiência ventilatória, instabilidade hemodinâmica, imobilidade prolongada (ROLIN et al., 2009). Podemos classificar como pacientes críticos aqueles que se estão em eminência de morte ou perda de funções vitais (FONTENELE, CARDOSO, 2011). **OBJETIVO:** Discutir a questão de lesões cutâneas em neonato internados em UTIN e refletir sobre a visibilidade ao tema que precisa de discussões mais prementes. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura, que busca analisar produções científicas a respeito do tema e contribuir para a educação continuada relacionada ao conhecimento de lesões de pele em neonatos. A pesquisa foi realizada na base de dados Lilacs com as palavras-chave Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e lesões cutâneas. O período da pesquisa foi de agosto a setembro de 2015, incluindo-se referências dos últimos 5 anos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Em neonatos as lesões cutâneas podem desencadear diversos problemas, pois possuem uma imaturidade imunológica (MIGOTO; SOUZA; ROSSETTO, 2013). A fragilidade cutânea representa risco para instabilidade térmica, aumento das necessidades hídricas dentre outros aspectos, e, além disso, as lesões podem favorecer a entrada de patógenos no organismo do neonato e até causar infecções, que na fragilidade do sistema imunológico do paciente podem levar a grande risco para a vida (FONTENELE, CARDOSO, 2011). Condutas simples como alternar de decúbito, curativos de cobertura, uso de colchões para diminuir pressão, além da boa avaliação do enfermeiro ajudam na prevenção dessas lesões (SANTOS, COSTA, 2014). Revela-se necessário que o enfermeiro seja capacitado e tenha conhecimento específico para tomada de decisão no manejo do neonato. **CONCLUSÃO:** Necessita-se dar visibilidade ao tema e criar protocolos que visem a manutenção da integridade da pele do neonato, como ferramenta para identificar e prevenir a incidência e possíveis lesões de pele. Tema como este ainda são escassos.

FATORES QUE INFLUENCIAM A AUTONOMIA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PORTADORES DE FERIDAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

RAQUEL DE SOUZA RAMOS¹; JÉSSICA GRATIVOL AGUIAR DIAS DE OLIVEIRA²; ÉRICK IGOR DOS SANTOS³; ALINE CERQUEIRA SANTOS SANTANA DA SILVA⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DAS OSTRAS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Autonomia Profissional; Enfermagem; Psicologia Social.

INTRODUÇÃO: Entende-se, por expressão da autonomia profissional do enfermeiro na prevenção e tratamento de feridas, quando este, dotado de independência moral e intelectual, usufrui da capacidade de tomar decisões livremente sobre os cuidados de enfermagem, estabelecendo sua prática individual ou coletivamente. **OBJETIVO:** analisar as representações sociais elaboradas por enfermeiros sobre os fatores que influenciam positivamente ou negativamente a plenitude da sua autonomia profissional no tratamento e prevenção de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, delineada a partir da Teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual realizada com 31 enfermeiros que atuavam em contexto hospitalar. As técnicas escolhidas para a coleta de dados foram o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada em profundidade. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática instrumentalizada pelo software Nvivo 10. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer número 924.334. **RESULTADOS:** Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo feminino (90%), pertencentes à faixa etária de 25 a 34 anos (39%) e 35 a 44 anos (39%), com pós-graduação lato sensu (94%), apenas um emprego (64%), com carga horária semanal de 24h (84%) e com acesso a informações científicas (100%). Dos 31 enfermeiros apenas 58% relataram ter autonomia profissional. Os participantes do estudo revelaram que, por vezes, a instituição limita a autonomia profissional do enfermeiro no tocante à indicação de determinada cobertura ou torna indisponíveis materiais e coberturas necessários para cuidado. A comissão de curativos mostra-se como um determinante à plenitude da autonomia dos participantes, já que esta proporciona atualização profissional e apoio técnico-científico. Foi evidenciado posicionamento favorável por parte dos enfermeiros no tocante ao conhecimento científico na prevenção e tratamento de feridas, mas há posicionamento desfavorável à interferência médica nesta prática. Para eles, essa interferência pode ser amenizada por meio do desenvolvimento de protocolos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que os enfermeiros constroem socialmente um corpo de conhecimentos inter-relacionados sobre sua autonomia profissional no cuidado a pessoas com feridas, de alta carga simbólica e contextualizados à realidade vivenciada, corpo este formado a partir da ausência ou presença de elementos concretos e abstratos ao redor.

PO - 276 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

IMAGEM E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS NO CUIDADO A PESSOAS FERIDAS: ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

RAQUEL DE SOUZA RAMOS¹; ÉRICK IGOR DOS SANTOS²; JÉSSICA GRATIVOL AGUIAR DIAS DE OLIVEIRA³; ALINE CERQUEIRA SANTOS SANTANA DA SILVA⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO E INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DAS OSTRAS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Autonomia Profissional; Enfermagem; Psicologia Social.

INTRODUÇÃO: Entende-se, por expressão da autonomia profissional do enfermeiro na prevenção e tratamento de feridas, quando este, dotado de independência moral e intelectual, usufrui da capacidade de tomar decisões livremente sobre os cuidados de enfermagem, estabelecendo sua prática individual ou coletivamente. **OBJETIVO:** Este estudo teve por objetivo analisar as representações sociais dos enfermeiros quanto a sua imagem e formação profissional no cuidado a pessoas com feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, delimitada a partir da teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual realizada com 31 enfermeiros que desempenhavam suas funções em um hospital municipal da Região dos Lagos do estado do Rio de Janeiro. As técnicas escolhidas para a coleta de dados foram o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada em profundidade. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática instrumentalizada pelo software Nvivo 10. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 924.334. **RESULTADOS:** O resultado da análise instrumentalizada pelo NVivo 10 obteve 182 Unidades de Registros (URs) distribuídas em 54 temas. Os participantes apontam haver distanciamento entre a teoria e a prática no curso de graduação em enfermagem. Este distanciamento, de acordo com os enfermeiros, ocorre devido às carências de material, de profissionais qualificados e de um curso de graduação mais voltado para a realidade prática dos profissionais, pois a formação existente é, em muitos casos, basicamente teórica. Nas representações identificadas há discrepância entre o ensino universitário e as demandas do mercado de trabalho. Quanto à imagem, sob o ponto de vista dos participantes, o enfermeiro é visto como um elemento determinante do sucesso do processo de cuidar de portadores de feridas por ser o profissional com olhar abrangente e diferenciado, capaz de avaliar e conduzir a terapêutica da melhor forma. **CONCLUSÃO:** A imagem e a formação profissional se constituem como temas presentes ao domínio sociocognitivo dos enfermeiros ao cuidarem de pessoas com feridas. Conclui-se que investigar como os enfermeiros se percebem frente ao tratamento e prevenção de feridas é relevante para compreender as origens das dificuldades enfrentadas por esses profissionais e esquadriñar soluções criativas em prol do fortalecimento da autonomia no ensino de nível superior em enfermagem.

REAÇÃO MEDICAMENTOSA: UM RELATO DE CASO

NEIDA LUIZA PELLENZ; DAIANE SALDANHA DE AVILA; GRACIELA MACHADO DE ARAUJO; ANA MARIA MASSARIOL;
JANAINE NARDINO
UFSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Assistência; Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO: Síndrome DRESS (reação medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistêmicos) é uma reação medicamentosa grave, caracterizada por erupções cutâneas, febre, alterações hematológicas e comprometimento de múltiplos órgãos, desencadeada pelo uso de medicamentos como carbamazepina, alopurinol, fenobarbital, fenitoína, entre outros. O quadro clínico inicia-se por febre e exantema com progressão céfalo-caudal, evoluindo para lesões infiltrativas, purpúricas e descamativas.¹ O tratamento é composto pela interrupção do medicamento causador e administração de medicações esteroides. **OBJETIVO:** Relatar um caso clínico de reação medicamentosa de um paciente atendido por um serviço hospitalar de pequeno porte. **METODOLOGIA:** O presente trabalho constitui-se em relato de caso sobre a Síndrome DRESS, ocorrido em hospital do norte do Rio Grande do Sul. **RESULTADO:** Paciente J.G.B., 51 anos, masculino, branco, agricultor, diagnosticado com farmacodermia, induzida por Alopurinol prescrito para tratamento de hiperuricemia. No primeiro dia de internação foi administrado Prednisona 120mg, com retirada gradual a partir do oitavo dia, iniciado profilaxia de superinfestação parasitária com Albendazol e de osteoporose com Alendronato de Sódio, além de hidratação endovenosa intensa, anti-histamínicos, antibioticoterapia com Cefalotina e Fisiogel para uso tópico. As lesões que inicialmente eram exantema macular violáceo coalescente apenas na face, apresentaram evolução céfalo-caudal, com pústulas precedendo as crostas que então se desprendiam evidenciando pele hiperemiada e lisa logo abaixo. O paciente teve alta hospitalar com melhora expressiva 19 dias após a internação, e remissão completa do quadro com exames laboratoriais completamente normais, após uma semana. **CONCLUSÃO:** Fica evidente a necessidade do conhecimento ampliado dos profissionais de enfermagem relacionado a síndrome DRESS e outras farmacodermias, pois estes podem identificar precocemente o início dos sintomas durante a assistência ao paciente.

Referência:

Cacoub P, Musette P, Descamps V, Meyer O, Speirs C, Finzi L, Roujeau JC. A Síndrome DRESS: uma revisão da literatura. Am J Med. 2011; 124: 588-97.

PO - 278 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

MARCIA PASCHOALINA VOLPATO; MARIA CLARA GIORIO DUTRA KRELING; TAMIRES MENDONÇA SILVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Informática em Enfermagem; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A avaliação da ferida é de extrema importância, pois, além de analisar as características da lesão, permite ao profissional conhecer o paciente e os fatores que alteram a sua evolução, como patologias de base, hábitos de vida e hábitos de cuidado com a lesão; promovendo uma escolha adequada do tipo de tratamento. O registro da avaliação da ferida normalmente demanda muito tempo, visto que todas essas informações são registradas manualmente. A tecnologia computacional vem sendo usada como uma forma de solucionar esses problemas, facilitando a organização das informações e disponibilizando-as de modo prático para todos os profissionais, otimizando o processo de trabalho. O desenvolvimento de um software pode contribuir nesta deficiência, tornando o trabalho da enfermagem mais eficaz e de qualidade no que diz respeito aos registros da avaliação e acompanhamento contínuo e sistematizado das feridas. **OBJETIVO:** Desenvolver um software de avaliação de feridas que será utilizado com os pacientes do Ambulatório de Curativo do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório baseado no desenvolvimento de um software de avaliação de feridas construído a partir de um instrumento de avaliação já utilizado com os pacientes, mas realizado de maneira manual. Foi desenvolvido a partir do programa 2010 express e armazenado no banco de dados PostgreSQL. **APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:** Não houve necessidade da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma relato de caso/experiência de uma Projeto de Extensão da Universidade Estadual de Londrina. **RESULTADOS:** O instrumento constou de um conjunto de itens, estruturados de modo que permitissem uma avaliação sistêmica e local do paciente com feridas. Os itens são referente aos dados de identificação do paciente, dados sistêmicos, avaliação da ferida e documentação da lesão em forma de fotografia. **CONCLUSÃO:** A avaliação da ferida por meio de um software permitirá que os dados do paciente sejam documentados e registrados de forma sistematizada promovendo um acompanhamento eficaz da evolução da ferida.

DESENVOLVIMENTO DE NANOCÁPSULAS CONTENDO ÓLEO DE CHIA PARA O TRATAMENTO DE FERIDAS

ELENICE SPAGNOLO MARTINS; SOLANGE CRISTINA SILVA; CAYANE GENRO SANTOS; ISABEL ROGGIA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO-UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Nanocápsulas; Feridas; Óleo de Chia.

INTRODUÇÃO: A chia (*Salvia hispânica* L.), originária do México e Colômbia, vem sendo utilizada em tratamentos de lesão de pele, principalmente pela composição do seu óleo que é rico em ácido linoléico (AL) e ácido linolênico (ALA) (IXTAINA; NOLASCO; TOMAS, 2008). O AL exerce um importante papel quimiotático para macrófagos e é imprescindível na expressão de componentes do sistema fibrinolítico (que regula a produção de colagenase) favorecendo o desbridamento autolítico da ferida, induzindo a granulação e conseqüentemente a cicatrização (FERREIRA; GAMA; VILANOVA, 2013). As nanocápsulas melhoram a estabilidade dos fármacos, seja por degradação pelo pH, seja pela ação da luz, oxigênio ou outros componentes das formulações (SCHAFFAZICK et al, 2003). **OBJETIVO:** Desenvolver nanocápsulas de óleo de chia para o tratamento de feridas. **METODOLOGIA:** O preparo das nanocápsulas foi realizado adaptando a técnica descrita por Esposito e colaboradores (2012), que consiste em uma fase orgânica e uma fase aquosa. Os componentes da fase orgânica foram mantidos sob agitação magnética a temperatura de 60°C até a total diluição dos componentes. Após, a fase orgânica foi vertida sobre a fase aquosa, que também se encontrava sob agitação magnética. Posteriormente, a suspensão com um volume final de 50mL, foi colocada no rota-evaporador, para a eliminação do solvente orgânico e manutenção da concentração final do composto. O polímero usado para este estudo foi o Pluronic® F127. O tamanho, o índice de polidispersão e o potencial zeta das nanopartículas foram verificados por espalhamento dinâmico da luz, utilizando o equipamento Zetasizer® nano-ZS modelo ZEN 3600, Malvern®. O procedimento para as análises foram realizados no laboratório de Nanociências do Centro Universitário Franciscano. **RESULTADOS:** As nanocápsulas foram avaliadas por um período de 28 dias, num intervalo de 7 dias, onde a amostra foi mantida em geladeira. O tamanho das nanocápsulas de óleo de chia foi de 210 a 266 nm, o índice de polidispersão entre 0,15 e 0,27 e o potencial Zeta foi de -4,5 a -5,04 mV. **CONCLUSÕES:** Os resultados indicam que as nanopartículas de óleo de chia, encapsuladas com Pluronic® F127, apresentaram um tamanho desejável, índice de polidispersão dentro dos parâmetros, após a análise de um período de 28 dias. No potencial zeta os resultados de -4,5 a -5,04 mV, podem ser atribuídos ao polímero (Pluronic®), por ser um polímero não iônico.

PO - 280 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SÍNDROME DE FOURNIER - UM ESTUDO DE CASO: O ACOMPANHAMENTO DE UMA COMISSÃO DE CURATIVOS NA UTILIZAÇÃO DE COBERTURAS ESPECIAIS DE TRATAMENTO

**STÉPHANIE CRISTHINE PAES; CLARISSA GONZAGA SILVA; TALITHA SANTOS SILVA; THAYSE MARIA COSTA; CARLA FREIRE BOTELHO
CENUTRI, MACEIO - AL - BRASIL.**

Palavras-chave: Coberturas; Enfermagem; Curativo.

Síndrome de Fournier é definida como uma afecção polimicrobiana, sinérgica, necrotizante, de início agudo; trata-se de uma patologia infecciosa grave, de rápida progressão, que acomete a região genital e áreas adjacentes, podendo ser idiopática ou associada a fatores predisponentes. No quadro clínico, observa-se presença de dor, febre, edema e que evolui para necrose, podendo levar a uma septicemia. De uma maneira geral, o tratamento consiste na antibioticoterapia de largo espectro e no manejo cirúrgico, variando desde a simples drenagem até o desbridamento radical com ou sem derivação fecal. O presente artigo descreve o estudo de caso realizado com um paciente portador de Síndrome de Fournier, acompanhado pelo Programa de Gestão em Úlcera por Pressão (PGUP) – CENUTRI, em uma instituição de Maceió, quais os tipos de coberturas que foram utilizadas no seu tratamento e sua evolução. É relatado o caso do paciente J.A.S., masculino, 59 anos, apresentando diagnóstico médico de CA de reto, infecção de lesão tumoral – Síndrome de Fournier, com queixa de dor intensa em região retal, que evoluiu com edema em testículos e lesão ulcerada perineal com odor fétido e febre há mais ou menos 4 dias. A Síndrome de Fournier é uma condição rara e rapidamente progressiva, com incidência de 1,6/100.0005 homens com pico de incidência entre a quinta e sexta década de vida. Consequências psicológicas são resultado da dor extrema, desfiguração física e fatores emocionais como ansiedade, medo, preocupação, raiva e desesperança. Durante todo atendimento prestado ao paciente do nosso estudo, foi realizado curativo diário ou a cada três dias com o objetivo de reduzir o número de microrganismos na lesão e minimizar o risco de colonização crítica e infecção. Para controlar o crescimento microbiano, foram utilizados produtos específicos para a limpeza da lesão, além de coberturas especiais como hidrogel e produtos com prata. Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, tratando-se de um paciente adulto, com extensa área de necrose, o diagnóstico precoce da Síndrome de Fournier associado ao tratamento agressivo com antibióticos intravenosos de amplo espectro, reposição de hidroeletrólitos, desbridamento extenso de todo tecido necrosado e realização de curativos com coberturas especiais foram essenciais para uma boa evolução clínica do paciente, o qual apresentava alto índice de mortalidade.

SUBSÍDIOS OPERACIONAIS NA CONSTITUIÇÃO DE GRUPO MATRICIAL PARA CONSTRUÇÃO DE REDES DE CUIDADO EM FERIDAS

SUÉLE SOARES DE SOUZA¹; VALÉRIA RASADOR²; SUZETE MARCHETO CLAUS³; CARMEN ZITA DALPONTE⁴; REGINA HELENA MEDEIROS⁵

^{1,2,3,5}UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL; ⁴SECRETÁRIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Feridas e lesões; Educação em saúde.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas têm sido consideradas um problema de saúde pública e necessitam de estratégias na gestão do cuidado. O modelo matricial de capacitação pode ser um modelo de gestão no processo de cuidado em feridas. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de um modelo matricial de capacitações em feridas na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul em parceria com a Universidade de Caxias do Sul (UCS). **MÉTODO:** Foi instituído em 2012 um grupo de 60 profissionais (entre médicos e enfermeiros) que serviriam como facilitadores deste processo nos seus locais de trabalho, levando em conta que o município tem 47 UBSs. Estes profissionais foram capacitados em serviço especializado do município, uma vez por semana durante um ano (2013), envolvendo 92 pacientes. Os demais curativos necessários eram realizados pelas equipes nas respectivas UBSs de origem com o acompanhamento destes profissionais. Esta capacitação ocorreu em dois momentos: 1) conhecimento sobre as fases de cicatrização; 2) aspectos operativos do cuidado com feridas. A capacitação foi baseada no Protocolo de Cuidados com Feridas da SMS criado em 2009 incluindo apenas pacientes com feridas crônicas de difícil cicatrização. **RESULTADOS:** Foi possível identificar que o grupo apresentou maiores dificuldades quanto ao conhecimento sobre as fases de cicatrização como avaliação da ferida, tipo de tecido, bordas e região perilesional, coberturas necessárias ao paciente, presença de infecção, dor e exsudato. Entretanto, com o uso das tecnologias educativas como registros fotográficos, mensuração de feridas, registro em escala de avaliação e monitoramento das mesmas, facilitou o aprendizado. A constituição do grupo possibilitou qualificar as equipes locais, além do fluxo de encaminhamento de referência e contra referência entre serviços e as orientações dos pacientes. O grupo matricial favoreceu o trabalho em redes no SUS padronizando condutas e coberturas tecnológicas a nível ambulatorial, rede básica e hospital escola/UCS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A consolidação do grupo matricial está atrelada à busca da qualificação do cuidado multiprofissional sustentado pela evidência científica. O grupo matricial favoreceu um cuidado individualizado, resolutividade de problemas e a formação de uma rede de cuidados.

PO - 282 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EXPOSTOS AO RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

CAMILA TRINDADE¹; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH²; ELENICE SPAGNOLO MARTINS³; MARCELA VESTENA RAGAGNIN⁴; LETICIA QUARTIERO STOEVER⁵

^{1,2,3,4}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁵UNIMED SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Promoção; Enfermagem; Prevenção.

INTRODUÇÃO: O serviço da Medicina Preventiva da Unimed Santa Maria está centrado em ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças buscando criar um novo modelo de atenção baseado na produção do cuidado. Através do programa gerenciamento de condições crônicas – focado em uma população em processo de envelhecimento, portadora de condições crônicas e necessidades clínicas aumentadas, é possível manter a estabilidade do paciente, por meio de um cuidado constante. Isto significa que os eventos adversos “naturais” como crises e descompensações, serão identificados pela equipe no início de suas ocorrências e pontualmente abordados, de forma a atender às necessidades do paciente. **OBJETIVO:** Relatar as ações de um programa de gerenciamento de condições crônicas que contemplem a melhoria da assistência prestada aos usuários e proporcione subsídios de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, diante a vivência enquanto acadêmica de um programa de gerenciamento de condições crônicas, de um hospital de pequeno porte, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS:** Neste contexto, os usuários expostos ao risco de desenvolver úlcera por pressão são orientados quanto à prevenção, e aqueles que já possuem, são acompanhados, conforme periodicidade predefinida, através de visitas domiciliares pelo enfermeiro que avalia a lesão e orienta o tipo de cobertura mais adequada de acordo com protocolo interno do serviço. O profissional realiza o curativo, juntamente com o cuidador, com o objetivo de capacitá-lo para observar a evolução da lesão e dar continuidade aos cuidados. Além disso, são orientados a entrar em contato com enfermeiro, caso observem alterações na evolução da lesão. Toda a assistência de enfermagem está centrada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que é registrada em um software específico, assim como a escala de Braden que é realizada a cada visita. Na prática, observou-se bons resultados na prevenção e nos cuidados com úlceras por pressão se houver um processo estruturado de acompanhamento focado na educação em saúde, na promoção do autocuidado, no vínculo enfermeiro e cuidador e em orientações referentes à prevenção das úlceras por pressão. **CONCLUSÃO:** A partir dessa vivência, observa-se cada vez mais a importância do papel da enfermagem, a fim de garantir a melhoria na assistência prestada, bem como as condições de trabalho para os profissionais da saúde.

LESÃO ACTÍNICA EM PACIENTE SUBMETIDO À EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO IONIZANTE EM PROCEDIMENTO DE ANGIOPLASTIA CORONARIANA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA - RELATO DE CASO

CAMILA TRINDADE; CRISTINA SOUZA DA COSTA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH; JOZIANE DE ASSUNÇÃO NOBRE
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Angioplastia; Radiação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Avanços tecnológicos na realização de imagens com radiação ionizante vem possibilitando a realização de intervenções pouco invasivas, com benefício a varias áreas da medicina destacando entre essas a cardiologia intervencionista¹. Possibilitando intervenções cada vez mais complexas com a vantagem de serem menos agressivas ao paciente e com benefícios semelhantes ao da cirurgia convencional². Contudo lesões de pele que antes eram consideradas raras, hoje, no entanto estão sendo relatadas após alguns desses procedimentos³. **OBJETIVO:** Descrever relato de caso de paciente que após angioplastia apresentou lesão de pele e medidas preventivas que foram realizadas para minimizar a nova exposição a radiação ionizante. **Descritores:** Radiação ionizante, Exposição a radiação, Angioplastia, Lesão de pele. **Metodologia -** Paciente do sexo masculino de sessenta e seis anos, retornou após dois meses que havia realizado angioplastia coronariana (ACTP) para ser submetido a novo procedimento, após realização de consulta de enfermagem, o enfermeiro observou lesão de pele na região dorsal, e o mesmo refere que notou a presença da lesão uns vinte dias após ACTP. Recebendo diagnóstico médico de lesão actínica por exposição a radiação, foram propostos pelo enfermeiro a realização de medidas para prevenir agravamento da lesão já existente em virtude de nova exposição a radiação. Sendo utilizado avental de chumbo da região da lesão até final da região lombar, pela equipe medica tentativa de diminuição do tempo de procedimento. **RESULTADOS:** A seguir da ACTP, foi realizada nova consulta de enfermagem não sendo observada progressão da lesão, paciente recebeu orientação a procurar tratamento e acompanhamento da lesão com dermatologista. **CONCLUSÃO:** As medidas preventivas se mostraram efetivas para não agravar a lesão e que o tempo prolongado e exposição a radiação no procedimento anterior pode ter contribuído para o surgimento da lesão.

PO - 284 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTIANE MATOS FREITAS
ISCMPA, CANOAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Assistência de enfermagem; Enfermeiro.

As Úlceras Por Pressão (UPP) desenvolvem-se em virtude de alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Os tratamentos para feridas podem incluir métodos clínicos e cirúrgicos, visto que o curativo é o tratamento clínico mais utilizado. O Enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência ao paciente portador ou com risco de desenvolver ferida, pois este profissional mantém contato prolongado com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos. **OBJETIVO:** este artigo tem como objetivo relatar a experiência do enfermeiro no cuidado de feridas a um paciente em nível hospitalar. **METODOLOGIA:** para a realização deste estudo, utilizou-se a pesquisa de abordagem qualitativa experimental, do tipo estudo de caso. **RESULTADO:** N.V.S, feminina, 91 anos, branca, natural e procedente de Porto Alegre. Em 19/6/2014 deu entrada na unidade de internação adulto de um hospital referência de Porto Alegre, com quadro inicial de febre, sendo iniciado tratamento para infecção do trato urinário (ITU). Como comorbidades, apresentava quadro demencial avançado sem aparente vida de relação, gastrostomizada. Após avaliação clínica em 22/6/2014, foi identificada lesão escarificada na região sacral e úlceras de pressão (UP) de diferentes categorias e dimensões em calcâneos, trocanteres e orelhas, sendo então solicitado avaliação da cirurgia geral e do grupo de feridas do hospital. Em 02/7/2014 a lesão reavaliada pelo enfermeiro do grupo de feridas tinha como dimensões 16 cm x 15 cm x 5 cm. Foi modificada a prescrição do curativo, sendo indicado uso de alginato, tendo início a rotina de curativos no dia 04/7, onde após 4 semanas da efetiva terapia no tratamento da lesão sacra, as dimensões da ferida eram 7 cm x 10 cm x 2 cm. A alta hospitalar da paciente ocorreu em 03/8/2014. **CONCLUSÃO:** Após a adesão da equipe de cuidados ao plano terapêutico, observou-se evolução significativa das características e medidas da lesão, contribuindo desta forma para a melhora das condições de saúde da paciente, otimizando o processo de cicatrização, permitindo a alta hospitalar e continuidade do tratamento clínico com assistência domiciliar para manutenção dos curativos com alginato e demais cuidados.

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

ZUILA MAYARA NICOLAU DE ARAÚJO; ANA CARLA DA SILVA
UEPB, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa crônica; Tratamento; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Úlcera Venosa Crônica também denominada de úlcera da perna é a síndrome em que há destruição de camadas cutâneas, tais como epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos. Acomete geralmente o terço inferior dos membros inferiores. Estas úlceras são consideradas lesões crônicas por serem de longa duração e com recorrência frequente, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, gerando assim um incômodo para o cliente além de custos elevados para o tratamento. O procedimento terapêutico deve estar amparado em seis condutas: tratamento da estase venosa, utilizando o repouso e a terapia compressiva; terapia tópica, com escolha de coberturas locais que mantenham úmido e limpo o leito da ferida e sejam capazes de absorver o exsudato; controle da infecção com antibioticoterapia sistêmica, tratamento cirúrgico e as medidas complementares. **OBJETIVO:** Identificar as diretrizes para o tratamento de úlcera venosa crônica. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada na construção desse estudo foi uma pesquisa bibliográfica, esta pretendeu abranger conteúdos publicados entre os anos de 1998 a 2012. A seleção do material destinado à pesquisa utilizou-se de bibliotecas virtuais (SCIELO) como base de dados, e também achados impressos. **CONCLUSÃO:** Dessa forma, aponta-se como melhor opção em relação às úlceras venosas crônicas a prevenção através do incentivo ao uso de meias elásticas adequadas o resto de suas vidas, para prevenir recidiva da úlcera. Os portadores de úlcera venosa necessitam de atendimento por equipe multidisciplinar onde a enfermagem exerce papel importante no tratamento de lesões por ser o profissional que tem condições de avaliar o cuidado diariamente, incorporando princípios técnico-científicos e valores éticos indispensáveis à prática profissional.

PO - 286 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CARACTERÍSTICAS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS RELACIONADOS A ÚLCERA DE PERNA EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO

SUÉLE SOARES DE SOUZA¹; REGINA HELENA MEDEIROS²; ALINE PICOLOTTO³; PATRICIA DE GASPERI⁴
^{1,2,4}UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL; ³AMBULATÓRIO CENTRAL DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Úlcera de perna; Diagnóstico de enfermagem.

INTRODUÇÃO: O cuidado com úlceras de perna (UP) depende de avaliações sistêmicas e uso adequado de coberturas. Feridas de UP além do tratamento específico da lesão necessitam de cuidados na região perilesional. Em função disso, os Diagnósticos de Enfermagem (DEs) devem ser relacionados a ferida e região perilesional, pois os sinais e sintomas são diferentes, bem como cuidados. **OBJETIVO:** Descrever características dos tipos de feridas de UP, coberturas, produtos e identificar os DEs prioritários. **MÉTODO:** Descritivo retrospectivo em Ambulatório Universitário (AU). Coleta em 2009-2010. População de 57 pacientes com feridas e amostra de 14 (24,56%) com UP que realizavam curativos diários e ficha de avaliação de ferida do serviço preenchida. Identificação, tipos e características das UPs, coberturas e produtos, seguiram o protocolo de cuidados com Lesões de Pele e Feridas do AU: granulação (tela de silicone); desbridamento (hidrogel); necrose de liquefação (carvão ativado, compressas à 20% de cloreto de sódio e hidrofibra); região perilesional (creme de barreira). Utilizou-se estatística descritiva simples e analisados no SPSS na versão 17.0. Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (121/2009). **RESULTADOS:** Dos (24,56%) com UP a idade mediana dos pacientes foi de 59,5 (33-72) anos, (78,6%) sexo masculino, (78%) relataram dor crônica na ferida e (28,6%) apresentaram sinais de infecção. Doenças vasculares em (63,3%) pacientes, Hipertensão Arterial Sistêmica em (50%), Diabetes Mellito em (42,9%). Quanto ao tipo de UP predominou venosa em (57,1%), neuropática em (28,6%) e arterial em (14%). Na região perilesional foi encontrado edema em (50%), descamação em (21,4%) e hiperemia em (28,6%). Destacam-se dois DEs prioritários: 14(100%) com Integridade Tissular Prejudicada, relacionada a circulação alterada (úlceras venosa, neuropática e arterial) com necrose de liquefação e coagulação e 7 (50%) com Integridade da Pele Prejudicada, relacionada a diminuição na circulação alterando a pele na região perilesional. Uma mesma ferida poderia apresentar diferentes tipos de tecido, demandando diferentes produtos e coberturas. Na região perilesional usou-se o creme de barreira, cuja função é proteger a pele contra secreções da ferida, hidratando-a sem promover umectação diminuindo maceração e descamação na pele. **CONCLUSÃO:** Nas UP além do cuidado com o leito da ferida há necessidade de intervir na região perilesional. Os DEs auxiliam na tomada de decisão qualificando o cuidado.

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE QUEIMADO PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FELIPE CARGNELUTTI FONTOURA¹; THALES DE ALVARENGA DE SOUZA²; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH³; VAGNER COSTA PEREIRA⁴; ELENICE SPAGNOLO MARTINS⁵
^{1,2,3,5}UNIFRA, SANTA MARIA - SP - BRASIL; ⁴UPA 24 H, SANTA MARIA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Classificação de Risco; Queimados.

INTRODUÇÃO: Segundo a OMS, 265.000 mortes por queimadura ocorrem por ano no mundo. No Brasil, estima-se que cerca de 1.000.000 de acidentes com queimados ocorrem por ano. Estes acidentes ocorrem em sua maioria no ambiente domiciliar. No serviço intra-hospitalar ainda falta conhecimento para atendimento aos queimados, além da falta de material para este tipo de ocorrência. O paciente grande queimado exige uma equipe multiprofissional capacitada e conhecedora deste assunto uma vez que esses pacientes são de alta complexidade. **OBJETIVO:** Refletir sobre a importância do conhecimento, pelo profissional enfermeiro, sobre a classificação do paciente queimado em unidades de urgência e emergência. **METODOLOGIA:** Pesquisa bibliográfica, descritiva, realizada através de uma busca na literatura científica de periódicos em bases de dados e livros, acerca da temática, realizada entre os meses de março a junho de 2015. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O enfermeiro tem sido indicado como o profissional mais preparado para atuar avaliando e classificando riscos nos serviços de urgência e emergência. Para tanto, o seu trabalho deve ser conduzido por um protocolo orientador. A utilização de protocolos tem sido recomendada, principalmente aqueles que sedimentam o risco em cinco níveis, trazendo maior fidedignidade e confiabilidade na avaliação da condição clínica do paciente. Um dos protocolos mais utilizados é o Protocolo de Manchester, que estabelece critérios de classificação de risco como: níveis de prioridade e cor atribuída, tempo de espera pelo atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal, avaliando o risco em cinco níveis diferentes, referenciados por cores para facilitar a visualização. A queimadura, por ser um trauma de grande complexidade, exige do enfermeiro o conhecimento e a correta utilização dos protocolos e fluxogramas para a avaliação e atendimento do paciente queimado, oferecendo respaldo legal para a atuação segura destes profissionais. **CONCLUSÕES:** Assim ressalta-se a importância do enfermeiro realizar a classificação o risco de um paciente queimado, uma vez que essa classificação indicará as condutas a serem realizadas visando o melhor manejo para este paciente.

PO - 288 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA FIGURA DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

NEIDA LUIZA PELLEZ
UFSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermeiro; Pé diabético; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus é uma doença conhecida pela medicina por suas complicações variadas, entre elas, o pé diabético, a mais comum, caracterizado por ulcerações e destruição de tecidos profundos, geralmente associado a infecções. O cuidado destinado a estes pacientes, enfocando o pé diabético, envolve trabalho rigoroso da equipe multidisciplinar de saúde pois critérios precisam ser avaliados: adesão do paciente, grau de instrução, condições financeiras entre outras. Estes critérios são cuidadosamente analisados para estabelecer um plano de ação para recuperar a saúde, prevenir novas lesões, orientar o paciente sobre a importância do autocuidado. A amputação costuma ser a última alternativa para recuperar a saúde do paciente.

OBJETIVO: Relatar um caso clínico que envolve o tratamento da enfermidade, evolução, e completa cicatrização, enfatizando a importância da equipe multidisciplinar, em destaque o enfermeiro, no cuidado ao paciente com lesão. **METODOLOGIA:** O presente trabalho, relato de caso de um paciente com úlcera diabética infectada em Hospital de médio porte do Rio Grande do Sul. **RESULTADO:** Paciente C.V.C, 59 anos, masculino, branco, diagnosticado com infecção secundária, micro-organismo multirresistente em pé diabético, níveis glicêmicos elevados. Na data de internação iniciou antibioticoterapia endovenosa e curativos de 3/3 dias com cobertura primária de carvão ativado + Ag com secreção purulenta e odor. Após 24 dias de internação foi encaminhado para Ambulatório do Grupo de Feridas do respectivo Hospital, avaliação contínua do enfermeiro e participação na indicação da cobertura necessária em cada etapa da sua evolução. Na segunda fase de tratamento, iniciou pomada fitoterápica, cicatrizante, bactericida e anti-inflamatória com resultado positivo de rápida epitelização. O paciente retornou a suas atividades laborais, equilibrando seu bem-estar físico, mental e social. **CONCLUSÃO:** O diferencial utilizado no referido Hospital consiste na combinação de coberturas primárias de última geração, cuidadosamente indicadas, por Enfermeiros treinados, no tratamento de feridas. Dessa forma fica evidente, a importância do enfermeiro no tratamento do pé diabético, visto que tal enfermidade reflete no cognitivo de cada paciente, e a integralidade do paciente deve ser considerada, sendo uma das prioridades da profissão.

ANÁLISE DA EFICÁCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADES ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM BELÉM/PA

DAYANE DIAS DINIZ MENEZES; HELLEN CRISTHINA LOBATO JARDIM REGO; ANA CRISTINA DE CARVALHO CUNHA DE AMORIM; FÁBIA DE NAZARÉ MADEIRA RAMOS DOS SANTOS; NATHALIA DE MELO AUAD DA SILVEIRA
HOSPITAL PORTO DIAS, BELEM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Prevenção; Escala de Braden.

INTRODUÇÃO: A úlcera de pressão é um problema de saúde pública prevenível que envolve a equipe multidisciplinar. Sua prevalência, segundo a literatura internacional, em pacientes internados é de 3 a 14%. Diante da complexidade do problema, já que a úlcera de pressão tem causas multifatoriais, é imperativo que medidas preventivas sistematizadas e de caráter institucional com envolvimento de toda a equipe de enfermagem sejam adotadas. **OBJETIVO:** Descrever o uso da classificação diária de risco do paciente desenvolver úlcera por pressão através do uso da ferramenta escala de Braden. **MÉTODO:** O estudo possui caráter retrospectivo, em que foram analisados dados no período de janeiro a junho de 2015 através do acompanhamento do gerenciamento do Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão em unidades assistenciais de um hospital de alta complexidade em Belém/PA. **RESULTADOS:** Comparando os dados dos meses de janeiro e junho de 2015, observamos que em janeiro 43% dos pacientes internados apresentavam risco elevado e muito elevado de adquirir úlcera por pressão e desses 10% desenvolveram UPP. Já no mês de junho 31% dos pacientes expostos ao risco elevado e muito elevado, desses 5,9% desenvolveram UPP. Essa redução deu-se devido a elaboração de ações de melhoria como ambientação específica para os novos colaboradores, participação no curso de cuidadores do hospital, início da auditoria clínica da 6ª meta de segurança do paciente (UPP) nas UTI's e Unidades de Internação Clínicas de pacientes de longa permanência, treinamento focado na mudança de decúbito (cronograma trimestral) e reforço na orientação quanto à classificação de risco pela escala de Braden aos enfermeiros dessas unidades. **CONCLUSÃO:** É extremamente relevante a contribuição do profissional enfermeiro, na qualidade de pesquisador e educador, no que se refere a prevenção de úlcera por pressão pois agrega conhecimento e prática a fim de se obter um desfecho favorável ao paciente e posteriormente colocar em prática toda a sistematização elaborada e desenvolvida de uma maneira específica, levando em consideração que toda assistência deve ser dispensada de forma holística. Logo, o assunto abordado tornou-se relevante em um âmbito profissional, bem como social no tocante ao conhecimento, pois contribuiu para a redução de casos de úlcera por pressão no hospital estudado.

PO - 290 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE PÉ DIABÉTICO COM HIDROFIBRA: UM RELATO DE CASO

MARINA BAVARESCO¹; MÁRCIA BEATRIZ BERZOTI GONÇALVES²; MARILIA COELHO³; HELLEN TAIVONA SANTOS⁴; DREICIENE MOREIRA SILVA⁵

^{1,4,5}CHOLMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA, RIBEIRAO PRETO - SP - BRASIL; ^{2,3}SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE JARDINÓPOLIS, JARDINÓPOLIS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Diabetes Mellitus; Tratamento.

INTRODUÇÃO: Um dos grandes problemas de saúde no mundo é o Diabetes Mellitus (DM). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, cerca de 382 milhões de pessoas no mundo são acometidas por essa enfermidade. Taxas elevadas também são observadas na região de Ribeirão Preto/SP, onde a prevalência de DM chega a 15%. A doença pode ocorrer de duas formas, por uma falha na utilização de insulina ou falta de produção desse hormônio. Frequentemente os pacientes diabéticos apresentam lesões vasculares, sendo que o pé diabético constitui a causa mais comum de internações prolongadas, implicando em custos elevados. Nesse sentido, o tratamento tópico adequado da ferida torna-se fator importante para reduzir o número de hospitalizações e amputações. **OBJETIVO:** Descrever um caso de paciente com lesão decorrente do DM tratado com hidrofibra (Aquacel® Ag Extra). **MÉTODO:** trata-se de um estudo do tipo relato de caso, desenvolvido em um município da região de Ribeirão Preto/SP. Foi utilizado recurso fotográfico, conforme autorização do paciente, para acompanhar a evolução da ferida no decorrer do tempo. **RESULTADOS:** Diante do prognóstico inicial da lesão desfavorável, presença de exsudato purulento e manifestações sistêmicas indicativas de infecção, optou-se pela utilização do curativo de hidrofibra (Aquacel® Ag Extra). Este curativo reduz a carga microbiana, ação exercida pela prata presente no produto, além de absorver e reter o exsudato, mantendo a umidade ideal no leito da lesão para que o processo de cicatrização aconteça. O resultado obtido foi a cicatrização total da lesão em apenas 2 meses e 8 dias. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, percebe-se a importância de um tratamento tópico de qualidade, e que a utilização de produto de alta tecnologia como a hidrofibra diminui o tempo de cicatrização e traz qualidade de vida ao paciente.

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (VAC) EM FASCIÍTE NECROTIZANTE APÓS PROVÁVEL PICADA DE ARANHA: RELATO DE CASO

ANA FÁBIA SANTOS SILVA; BÁRBARA JULIANA CIRNE; ANA CONCEIÇÃO FERNANDES DE OLIVEIRA; DILVÂNIA CRISTÓVÃO DE ALMEIDA
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: VAC; Fasciite Necrotizante; Aranha Peçonhenta.

INTRODUÇÃO: Situações diversas podem agredir à pele e causar inúmeras lesões de origens diversificadas, como as ocasionadas por traumas, por infecções, e até por toxinas de plantas e animais peçonhentos. A evidência do fato que ocasionou agressão tissular possa ser desconhecida em algum momento, dificultando assim o diagnóstico e diferenciando o tratamento proposto. Muitas vezes uma inofensiva lesão superficial poderá ser negligenciada e transforma-se em uma grande infecção, infiltrada e agressiva à pele do hospedeiro. Lesões tissulares diversas podem ser confundidas com o loxoscelismo, que é a forma mais grave do araneismo, na qual a toxina do animal peçonhento infundida ao tecido provoca isquemia e infiltração com progressiva destruição quando não tratados, podendo ocasionar Fasciite Necrotizante (FN). No Brasil as aranhas de importância médica são as marrons (gênero *Loxosceles*), armadeira (gênero *Phoneutria*) e viúva-negra (gênero *Latrodectus*). **OBJETIVO:** relatar o caso de um recém-nascido de 28 dias que apresentou uma fasciíte necrotizante após provável picada de aranha e com grave risco de sepse e amputação de membro superior esquerdo, e teve como conduta aplicação da Terapia por Pressão Negativa (VAC). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso, descritivo que foi realizado no Hospital da Restauração Gov. Paulo Guerra (HR), localizado na cidade de Recife-PE, referência no Norte/Nordeste em emergência, traumatologia e neurocirurgia, durante o mês de abril de 2015. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Durante tratamento inicial usou-se antisséptico em gel e alginato de prata em áreas amolecidas devido infecção local e infiltrada. Após desbridamento cirúrgico do membro superior esquerdo e a confirmação pela equipe médica de Fasciíte Necrotizante (FN), iniciou a Terapia por Pressão Negativa (VAC), obtendo êxito lesional pela saída de toda infecção local. A conduta com o curativo primário alginato de prata manteve-se após o VAC, com a finalidade de hemostasia, manter granulação viável e não ocorrer reinfecções. Concluindo que o tratamento de escolha foi ideal para tornar a lesão rasa com bordas finas, livre de infiltrações, em constante epitelização, livre do risco de amputação e sepse. Apresentando assim êxito e alta hospitalar em tempo curto de 31 dias de tratamento.

PO - 292 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O OLHAR DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM PARA O CLIENTE COM FERIDAS INFESTADAS POR MIÍASES

**SANDRA LUCIA CARVALHO FERREIRA; ELOISA SANTOS DA SILVA; SIMONE JULIETA DICK AQUINO
PSHC, NITEROI - RJ - BRASIL.**

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Miíases.

O profissional de enfermagem exerce um papel indispensável no que se refere ao tratamento com feridas. Acompanha a evolução da lesão, executa o curativo e orienta em relação aos cuidados, além de possuir domínio da técnica. O objetivo é descrever o olhar do enfermeiro para o tratamento de feridas com miíases e avaliar o que leva este cliente a demora à busca no tratamento para sua condição. O método utilizado foi relato de experiência vivenciado por enfermeiros de um serviço ambulatorial. Esta experiência será relatada tendo como base a vivência do profissional durante as consultas de enfermagem realizadas. Neste serviço são atendidos 30 pacientes/dia para realização de curativos, sendo observado que 5 destes clientes encontravam-se com feridas infestadas por miíases. Como resultado observou-se, em relação aos profissionais de enfermagem que, o olhar crítico voltado para estes clientes se dava, principalmente, pela não observação de cada cliente como único, se limitando apenas nas suas questões físicas em detrimento de suas questões culturais e/ou sócio-econômicas. Constatou-se através das consultas realizadas que apesar do fator econômico, dificuldade de acesso e um serviço de saúde não satisfatório serem de grande relevância para estes clientes na busca por serviço ambulatorial de saúde para seu tratamento, estes não são o foco principal que os afasta e os leva a demora na busca por ajuda. Isso se dá devido, principalmente, pela tentativa inicial de retirar as larvas através de meios próprios, fazendo uso dos saberes populares, desde bacon, mata bicheira, creolina, pomadas, ervas, dentre outros. Muitos destes clientes informaram que a procura só ocorre após tentativas frustradas de resolverem seu problema, a maioria opta por esta conduta por incentivo de amigos e familiares, por falta de informação, medo e vergonha. Concluiu-se que, as experiências vivenciadas por estes profissionais possibilitou conhecer a realidade de cada um e seu olhar para este cliente passou a ser mais humanizado. Espera-se com essa experiência, criar um serviço de atendimento ambulatorial voltado para os clientes com este tipo de lesão que possibilite um acesso mais esclarecedor, tanto para o cliente como para seus cuidadores e familiares, levando informação e orientação adequada sobre o assunto. Desta forma, pretende-se diminuir essa demanda e ao mesmo tempo o retorno destes clientes, visando a melhoria destes atendimentos ambulatoriais.

A AUTOESTIMA DE UM PACIENTE PORTADOR DE FERIDA: E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A ESSA PROBLEMÁTICA

FRANCIELLE DA COSTA VIEIRA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; CLOVES ROBERTO FELDEN DA SILVA; AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER; HELENIZE VERON LOPES
UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Autoestima; Enfermeiro; Feridas.

INTRODUÇÃO: Existem muitas expectativas sociais depositadas sobre o corpo na vida adulta e dentre elas encontram-se as representações do que é ser forte, saudável, belo e desejável. Muitas vezes as imagens idealizadas se opõem à realidade do corpo enfermo, que se distância dos padrões estéticos vigentes, e é entendido como em desvio que pode levar ao preconceito e a rejeição do próprio corpo (LE BRETON, 2010). Quando surge a ferida, o paciente começa a ter dificuldade de locomoção e dor. Além disso, a lesão passa a apresentar exsudado e odor, o que tem como consequência mudanças do estilo de vida. Além das intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção de complicações e recuperação das lesões teciduais, é preciso atuar na identificação de estratégias de enfrentamento frente a tais mudanças (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011). **OBJETIVO:** Buscar na literatura publicações que descrevam qual a atuação do enfermeiro na busca na melhora da autoestima do paciente portador de ferida crônica. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva de caráter qualitativa. A busca foi realizada nos meses de junho e julho de 2015, e a coleta dos dados foi realizada por meio de bancos de dados de publicações científicas nacionais (BVS, SCIELO, BIREME). Nestes, foram digitadas as palavras “autoestima, ferida e atuação do enfermeiro”, sem delimitação temporal, e a seleção dos artigos caracterizou-se por selecionar estudos que estivessem de acordo com o objetivo do trabalho. **RESULTADOS:** A autoestima define-se como uma necessidade humana fundamental, a partir da qual a pessoa passa a confiar nas próprias ideias e em si mesma, compreendendo positivamente a sua própria imagem (BEDIN, 2013). É importante que o profissional desenvolva as habilidades necessárias para avaliar o indivíduo e a lesão, prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução da terapia tópica. É necessário que o enfermeiro perceba que essas competências são intrínsecas ao seu cotidiano. **CONCLUSÃO:** A autoestima é imprescindível para vida de um indivíduo, pois sem ela ele perde a confiança em si mesmo e tem dificuldades de convivência com as pessoas que o cercam, devido a uma ferida localizada em alguma parte do corpo. Portanto o profissional enfermeiro deve ajudar este paciente que chega a ele escolhendo o melhor planejamento da cura desta ferida, auxiliá-lo a entender a essa dinâmica bem como ele pode ajudar em seu tratamento.

PO - 294 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: RELATO DE CASO

ROBERTA BACKES BACKES KÖCHE; JAQUELINE LUFT
HOSPITAL REGINA, NOVO HAMBURGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlceras por pressão; Unidade de terapia intensiva; Acidente vascular cerebral.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UPP) é classificada por uma alteração na integridade da pele em decorrência de compressão de tecidos moles entre proeminências ósseas. Pacientes neurológicos podem apresentar sequelas motoras e de sensibilidade tátil, prejudicando sua mobilidade e avaliação de regiões que estão sob pressão, e por vezes estão restritos ao leito. A integridade física do paciente é um indicador de qualidade na assistência de enfermagem, por isso, o enfermeiro deve atuar buscando os fatores de risco na prevenção das UPPs. **OBJETIVO:** Descrever o caso de um paciente neurocrítico com diagnóstico de acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) em uma UTI, sua evolução e os cuidados de enfermagem na prevenção de UPP. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva, do tipo estudo de caso. Os dados foram coletados através do prontuário eletrônico do paciente no ano de 2015. **RESULTADOS:** A.S.T., 60 anos, interna na UTI geral com diagnóstico de AVCH. Paciente chegou ao hospital desacordado, Glasgow 4, evoluindo para intubação orotraqueal e levado ao bloco cirúrgico para realização de craniotomia. Após procedimento, foi encaminhado a UTI. Nos primeiros três dias de internação, a mudança de decúbito não era autorizada pelo neurocirurgião devido instabilidade hemodinâmica do paciente. Permaneceu dez dias com sedação e após sua suspensão, já esboçava reação aos estímulos verbais. Apresentava importante edema facial, por este motivo, optou-se pela confecção de traqueostomia com nove dias de internação. Ventilava espontâneo pela traqueostomia metálica quinze dias após sua confecção. Vinte e nove dias após sua chegada a unidade, recebia alta para a ala de internação. Durante esse período, a equipe de enfermagem realizou mudança de decúbito a cada duas horas, utilizou colchão piramidal, coxins em pontos de apoio e curativo preventivo de tela siliconada com espuma de poliuretano na região sacrococcígea e filme transparente na região trocantérica. Estes cuidados e os dispositivos de prevenção, eram prescritos pela enfermagem. **CONCLUSÃO:** O paciente neurocrítico por vezes fica incapacitado nas suas funções, deixando-o dependente de cuidados. Ao desenvolver uma UPP o tratamento se torna oneroso, causando também um sofrimento para ele e seus familiares. Neste relato de caso, o paciente ficou com sua mobilidade prejudicada e o trabalho da equipe de enfermagem foi fundamental para se obter uma pele íntegra ao final de quase quarenta dias de internação.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AO PACIENTE COM FERIDA EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH¹; VAGNER COSTA PEREIRA²; ELENICE SPAGNOLO MARTINS³; FELIPE CARGNELUTTI FONTOURA⁴; THALES DE ALVARENGA DE SOUZA⁵
^{1,3,4,5}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ²UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA24H), SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Classificação de Risco; Urgência e Emergência.

INTRODUÇÃO: A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. Este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002). Diante dessa problemática, cabe ao profissional enfermeiro acolher, triar e classificar, minuciosamente e detalhadamente a queixa manifestada pelo paciente, exigindo amplo conhecimento, em especial em relação as feridas, uma vez que estas são dentre outras queixas, constante nas portas das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24h. **OBJETIVO:** Refletir acerca da importância da classificação de risco do paciente com feridas em unidades de urgência e emergência. **METODOLOGIA:** Pesquisa narrativa, embasada na literatura científica de periódicos, bases de dados e livros, acerca da temática, realizada entre os meses de março a junho de 2015. **RESULTADOS:** Uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH), é buscar a resolutividade na assistência prestada, saber direcionar os pacientes de acordo com o grau de necessidade, estabelecendo uma articulação com outros serviços para que seja garantida a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004). Sendo assim, na UPA utiliza-se a classificação de risco baseada em categorias que contêm 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientam a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente. No caso dos pacientes com feridas, muitas vezes a classificação de risco deve ser rápida, pois dependendo do tipo, o paciente é conduzido diretamente para a sala de procedimentos e contará com a equipe multidisciplinar para sua efetiva resolução. Para tanto a importância do profissional enfermeiro, por ser um profissional mais preparado para atuar avaliando e classificando riscos nos serviços de urgência e emergência. **CONCLUSÃO:** Observa-se que com a classificação de risco ao paciente com feridas obtêm-se uma melhora no cuidado, trazendo ao paciente debilitado o tratamento rápido e específico.

PO - 296 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DO PRONTOSAN® NO TRATAMENTO DE FERIDAS COM BIOFILME

GESHICA SOARES SOUZA; JULLIANY LOPES DIAS; GABRIELA EUSTÁQUIO LACERDA; GUILHERME NOBRE LIMA DO NASCIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Prontosan; Tratamento; Feridas.

INTRODUÇÃO: Muitos são os fatores que interferem na cicatrização de uma ferida, incluindo a influência de bactérias como um biofilme sobre a superfície do tecido. Dentre as características dos biofilmes destacamos a sua resistência aumentada à secagem, a diversas substâncias antimicrobianas e aos mecanismos de defesa do organismo hospedeiro. Estes porém, impedem a cicatrização da ferida pois há uma diminuição da resposta imunológica do hospedeiro além de afetar a penetração de antibióticos e antissépticos na sua matriz. O Prontosan® é uma solução composta por 0,1% de undecilaminopropil betaína, 0,1% de polihexanida, glicerol, hidroxietilcelulose e água purificada, capaz de limpar a superfície da ferida retirando o biofilme bacteriano, e manter o leito da ferida úmido a fim de realizar a remoção segura de crostas de fibrina do leito da ferida acelerando a cicatrização de feridas. **OBJETIVO:** Analisar a produção científica disponível sobre o uso do Prontosan® no tratamento de feridas com biofilme. **MÉTODO:** Revisão sistemática realizada na base Biblioteca Virtual de Saúde- BVS. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: Prontosan and tratamento and feridas. Foram incluídos artigos disponíveis e completos em português e inglês no período que compreende 2005 a 2015; e excluídos, os de revisão, editoriais, comentários, e replicado. **RESULTADOS:** A estratégia de busca obteve resultado de 5 artigos, dos quais apenas 2 foram selecionados após submissão ao crivo dos critérios de inclusão e exclusão adotados, sendo um destes um estudo do ano de 2006 em inglês e o outro descrito como relato de experiência em português do ano de 2011. Ambos os estudos selecionados são recentes e abordam o uso terapêutico do Prontosan® em feridas crônicas. Além disso, os mesmos citam que a solução pode ser usada em área de necrose de liquefação pois possui função desbridante. Porém apenas um dos artigos citou a relação do Prontosan® com a eliminação do biofilme e o apontou como um método custo efetivo de limpeza de feridas mais eficiente que a normal salina. **CONCLUSÃO:** Apesar de ser uma das principais funções para venda comercial do Prontosan®, a função como removedor de biofilme em feridas foi utilizada e citada em um dos dois artigos. Conclui-se que o número de trabalhos científicos a respeito da utilização do Prontosan® no tratamento de feridas com biofilme é bastante restrito, havendo ainda divergências quanto ao seu uso apesar de estar no mercado há mais de 5 anos.

CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE PORTADOR DE FERIDA NEOPLÁSICA: REVISÃO DA LITERATURA

ALINE MORAES DE ABREU; ROSELIE CORCINI PINTO; MESSALAS MARASCHIN DE FREITAS; LEILA MARIA DE ABREU JAGGI SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados com feridas oncológicas; Cuidado paliativo; Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO: A ferida oncológica também conhecida como lesão vegetante maligna, é decorrente de um processo de invasão tumoral no epitélio promovendo, na maioria dos casos, o desenvolvimento de infecção local e necrose. Com o avanço da doença faz-se necessário a avaliação criteriosa e controle rigoroso de sinais e sintomas locais característicos da patologia, como: sangramento, dor, prurido, exsudato, odor fétido, necrose e infestações como miíase por exemplo. Para dar conta desta complexa lesão, necessitamos de enfermeiros especializados que assumam o cuidado direto dessas feridas, através da orientação e o envolvimento integrado nesse cuidado. **OBJETIVO:** Apontar e identificar aspectos abordados por autores sobre as contribuições de estudos que apontem evidências de ações de enfermagem a pacientes com ferida neoplásica sob cuidados paliativos. **MÉTODO:** O estudo foi norteado pelo método de revisão da literatura. Para seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados da Web: Lilacs, Scielo, Bireme, versão livre e gratuita em Português e Espanhol no período de 2009 a 2014. Os critérios de inclusão elencados para este estudo foram: pacientes com câncer, com presença de lesão pela patologia, com necessidades de cuidados paliativos. **RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Em uma primeira busca, foram encontrados no total 462 artigos que versavam sobre a temática. Após refinamento de busca através dos descritores: Cuidados com feridas oncológicas; Cuidado paliativo; Assistência de enfermagem. Tivemos uma amostra de 19 artigos. Sendo que 3 artigos tratavam-se de revisões bibliográficas 4 estudos experimentais, 3 estudos exploratórios, 4 descritivos, 2 relatos de caso, 3 estudos observacionais retrospectivos e comparativos. Após categorização e análise do material empírico concluímos que, entre as ações de enfermagem direcionadas à pacientes com ferida neoplásica sob cuidados paliativos, destacam-se o alívio dos sintomas, a promoção de conforto e de bem-estar e a melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. No contexto dos cuidados paliativos em feridas neoplásicas, os achados levam a entender que a enfermagem deve proporcionar uma assistência ainda mais humanizada e singular para gerenciar os cuidados de maneira que a tomada de decisões suporte as inquietações tanto dos familiares quanto do paciente minimizando dessa forma suas angústias, desconfortos e problemas diversos gerados pela ferida, promovendo melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

PO - 298 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FASCIOTOMIA APÓS SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR LESÃO TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

GESHICA SOARES SOUZA; JULLIANY LOPES DIAS; GABRIELA EUSTÁQUIO LACERDA; GUILHERME NOBRE LIMA DO NASCIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento de ferida; Fasciotomia; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A fasciotomia é um procedimento cirúrgico no qual a fáscia é cortada para aliviar a elevada pressão dentro de um espaço músculo-ósseo-aponeurótico fechado, que pode reduzir a perfusão capilar a níveis abaixo do necessário para manter a viabilidade tecidual. O procedimento evita a instalação da síndrome compartimental (caracterizada por edema, enrijecimento da região acometida, parestesia, dor contínua e hipoestesia) que pode evoluir para a contração isquêmica de grupos musculares, conhecida como síndrome de Volkmann. O diagnóstico imediato e a descompressão por fasciotomia são essenciais para a preservação da função do membro acometido. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde e responsável pelos cuidados ao portador de feridas, deve ter conhecimento para avaliar as lesões e estabelecer os produtos necessários a fim de garantir um tratamento eficaz e boa evolução. **OBJETIVO:** Relatar a Assistência de Enfermagem ao paciente com fasciotomia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso. A coleta de dados foi realizada por análise retrógrada de prontuário e registros fotográficos, na Unidade de Ortopedia do HGPP - Hospital Geral Público de Palmas/TO. **RESULTADOS:** G.S.G., 37 anos, sexo masculino, vítima de acidente motociclístico com fratura distal da tíbia D. Foi submetido a procedimento cirúrgico para redução de fratura, e 15 dias depois desenvolveu quadro de síndrome compartimental em perna D, tratada com fasciotomia. Após abordagem cirúrgica, foi mantido o tratamento contínuo da ferida extensa em face lateral e posterior da perna, com limpeza do leito com SF 0,9% em jato, e cobertura com AGE em tecido de granulação e papaína 2% em fibrina. A lesão apresentou no 7º dia característico biofilme e a conduta inicial foi modificada. A limpeza com SF 0,9% foi substituída por Prontosan®, com manutenção de gazes embebidas pelo produto por 15 minutos no leito da lesão e posterior hidratação do tecido de granulação com AGE por duas vezes ao dia. Após 57 dias de internação hospitalar recebeu alta com completa cicatrização da ferida. **CONCLUSÃO:** No desenvolvimento das atividades de Enfermagem, é importante que o enfermeiro avalie as feridas e indique os produtos e coberturas adequadas para cada situação, a fim de obter a melhor evolução possível ao paciente. É importante salientar que a padronização das condutas e seus registros permitem a assistência contínua e a avaliação do cuidado prestado.

CONDUTA DO ENFERMEIRO PERANTE O TRATAMENTO DE FERIDAS

JORDANA LOPES CARVALHO; FLAVIANA BASSO SCHIO; ALINE DIAS DE OLIVEIRA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS;
GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH
CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Tratamento.

INTRODUÇÃO: Atualmente no Brasil a conduta correta do enfermeiro é fundamental no tratamento de feridas. A enfermagem se destaca no tratamento de feridas, pois o enfermeiro reconhece a importância de avaliar a mesma para proporcionar um tratamento singular e adequado (MOREIRA, et al, 2009). **OBJETIVO:** Objetiva-se buscar na literatura publicações que descrevam a conduta do enfermeiro perante o tratamento de feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo de natureza qualitativa em analogia com autores que discutem a conduta do enfermeiro sobre o tratamento de feridas. O estudo foi realizado no segundo semestre de 2014 na disciplina Optativa de Tratamento de Feridas do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **RESULTADOS:** De acordo com Kobayashi e Leite (2010) os enfermeiros devem estar capacitados para realizar uma efetiva avaliação das feridas. É fundamental avaliar o paciente como um todo e não somente a existência da ferida, nesta avaliação é fundamental considerar fatores como ambientais extrínsecos e intrínsecos. Tão importante como avaliar os fatores descritos é preciso avaliar a causa, localização e tempo da existência da ferida, para que assim seja realizado o tratamento adequado a cada caso (SANTOS, et al, 2010). O cuidado integral exige uma complexidade para possa ser realizado, no qual refere-se ao paciente como um ser único, além da possibilidade de analisar e desenvolver métodos capazes de acompanhar pacientes com um certo grau de vulnerabilidade, mesmo que esta vulnerabilidade esteja relacionada a pele a qual pode estar ligada ao surgimento de feridas, sendo assim a equipe de enfermagem, visa uma melhor assistência e um cuidado mais humanizado e menos invasivo. **CONCLUSÃO:** Sendo assim o enfermeiro deve realizar a avaliação das feridas do paciente e suas condições considerando assim todos os fatores que podem estar relacionados à cicatrização. Neste interim o mesmo deve possuir um olhar amplo e singular para que o tratamento não se resuma somente na execução dos curativos, mas sim em promover e avaliar cada fase do processo da cicatrização com qualidade e comprometimento.

PO - 300 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE ÁLCOOL 70% EM FERIDAS OPERATÓRIAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FLAVIANA BASSO SCHIO; ALINE DIAS DE OLIVEIRA; JORDANA LOPES CARVALHO; CARLA LIZANDRA DE LIMA FERREIRA
CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo; Álcool; Ferida.

INTRODUÇÃO: O curativo tem como objetivo, facilitar a hemostasia da ferida protegendo-a de traumas mecânicos e de agentes infecciosos, limitar o movimento dos tecidos, controlar a umidade na superfície da lesão, absorver o excesso do exsudato, possibilitando conforto e diminuição da dor. **OBJETIVO:** relatar as consequências do uso de álcool 70% no curativo de feridas operatórias. Metodologia. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência (SANTOS E KEMP, 2011). O relato ocorreu durante a realização do Estágio I, em uma unidade clínica de um hospital de pequeno porte localizado na cidade de Santa Maria-RS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A rotina referida está relacionada com o uso de álcool na troca de curativos em feridas no pós-operatório. Desta forma, vale destacar que pesquisas afirmam ser de grande importância a seleção de produtos que sejam adequados para os referidos curativos, sabendo que essa escolha é a estratégia mais correta para controlar os prós e contras de uma ferida operatória (FIRMINO; ALCÂNTARA, 2014). O ideal para assepsia de feridas seriam antissépticos que tivessem ampla atividade antimicrobiana e que fossem persistentes, além de apresentar o mínimo de efeitos adversos e toxicidade (SASSERON, 2011). Durante a aplicação do álcool 70% foi percebido um leve ressecamento na pele, após a realização do curativo e diminuição da umidade natural da pele. Existe uma necessidade de que seja avaliado o leito da ferida a ser tratada para que ocorra uma detecção de fatores que possam vir a interferir negativamente no processo de cicatrização da ferida, com a finalidade de conhecer previamente esses fatores podendo prevenir os mesmos (ABBADÉ, 2011). Nesta ferida que apresentava leve hiperemia na Ferida operatória (FO), apresentou-se melhora o quadro após outras aplicações do álcool 70%. Segundo Bou et.al 2012 não existem estudos com evidência científica que o álcool poderá controlar ou prevenir agentes infecciosos, ou que justifiquem o uso da solução alcoólica para fins de secar a ferida, porém o uso de soluções aquosas ou alcoólicas pode acarretar no aumento do tecido macerado e produzir irritações na pele e mucosas. **CONCLUSÃO:** O presente estudo foi de suma importância para que compreendêssemos mais a respeito do uso do álcool 70% em feridas operatórias e a importância do conhecimento clínico/científico para a escolha do melhor produto de limpeza e cobertura, para que assim seja prestado o melhor cuidado ao usuário.

AVALIAÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA HANSÊNICA EM USO DE CURATIVOS BIOLÓGICOS COM O AUXÍLIO DO MOWA®

**ANNY NAYARA BARROS GARCIA; MARGARETE BITTENCOURT; VERENA FIGUEIRA; EMANUELLE ALMEIDA; AMANDA TRAJANO
SANTA CASA, BELÉM - PA - BRASIL.**

Palavras-chave: Ferida; Cicatrização; Curativos Biológicos.

As feridas crônicas constituem um sério problema de saúde pública, tendo um elevado número de incidência. Esse elevado número representa um desafio para a assistência, requerendo atenção e cuidado especial por parte dos profissionais de saúde. Existem vários tipos de feridas crônicas, dentre elas se destacam as úlceras hansênicas, que devido ao seu alto poder incapacitante e as consequências dessa neuropatia, ocasionam as lesões de difícil cicatrização. O enfermeiro possui um importante papel na avaliação e tratamento de feridas, já que se encontra em maior contato com o paciente, podendo acompanhar de maneira mais eficaz e contínua a evolução da lesão, além de orientar e realizar o curativo, uma vez que possui o domínio da técnica devido a sua formação acadêmica que o orienta para esse tipo de cuidado. O presente estudo teve como objetivo principal avaliar os aspectos de cicatrização das lesões, tendo os curativos biológicos como recurso terapêutico em feridas crônicas de membros inferiores decorrentes da hanseníase com o auxílio de um software de imagem. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, com uma pesquisa tipo projeto integrado, desenvolvido a partir do projeto de doutorado da Enfermeira Doutoranda Margarete Bittencourt. A coleta de dados ocorreu na Unidade Estadual Dr. Marcelo Cândia. Fizeram parte da pesquisa 10 pacientes, que foram submetidos a uma avaliação pelos pesquisadores e pelo software de imagem, pelo qual foi avaliado o estado da lesão apresentada, em um período de 3 meses. Com o auxílio do software, conseguimos visualizar que há uma variação no tamanho da lesão, assim como dos tipos de tecidos presentes, havendo variações tanto positivas (redução da lesão e presença de tecidos que indicam regeneração, ou seja, tecido de granulação), quanto negativas (aumento da área da lesão e presença de tecidos desvitalizados, como fibrina e necrose). Conclui-se que os curativos possuem eficácia, porém o que fica claro é que a permanência do tratamento, mesmo após a mudança das características da lesão compromete a cicatrização. Evidenciou-se ainda, que feridas tão complexas não podiam ser avaliadas somente sob o aspecto do tratamento em si, e sim tendo em vista que outros fatores poderiam prejudicar essa cicatrização, portanto, é indispensável um olhar minucioso voltado para as características que influenciarão no processo de cicatrização, além de técnicas e conhecimento específicos para intervir de maneira mais adequada.

PO - 302 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS EM UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FERNANDA MIRANDA OLIVEIRA¹; ANA CAROLINA DE CASTRO MENDONÇA QUEIROZ²; FABRICIA NAYARA OLIVEIRA³; SUELEN GOMES MALAQUIAS⁴; VIVIANE DE QUEIROZ CLEMENTINO⁵

¹CENTRO DE REABILITAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO, GOIANIA - GO - BRASIL; ^{2,3,4,5}CRER, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Reabilitação; Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve emergir a partir de um conhecimento específico e reflexão crítica acerca da organização do trabalho, para que o enfermeiro possa gerenciar e otimizar a assistência de enfermagem no tratamento de feridas. **OBJETIVO:** Relatar a vivência de atuação do enfermeiro no processo de enfermagem no tratamento de feridas em um Centro de Reabilitação em Goiânia. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre o Processo de Enfermagem (PE) na avaliação e tratamento de feridas em um serviço de internação para Reabilitação. A equipe de enfermagem tem desenvolvido o processo de enfermagem desde o início das atividades da unidade e vem sendo aperfeiçoado. A política de qualidade adotada pela instituição propicia o desenvolvimento do PE. Já foram realizadas várias atividades de educação permanente sobre prevenção, avaliação e tratamento de feridas instrumentalizar a equipe de enfermagem. As pessoas atendidas nesta unidade de reabilitação podem apresentar variadas feridas agudas ou crônicas, e as mais comuns são feridas operatórias, lesões decorrentes de pequenos traumas e úlceras por pressão. **RESULTADOS:** O processo de enfermagem no tratamento de feridas nesta unidade acontece nos seguintes passos: O enfermeiro avalia os pacientes individualmente a cada período e traça os diagnósticos de enfermagem relacionados aos cuidados com as feridas; as prescrições das intervenções de enfermagem são realizadas no período matutino, entretanto estes podem ser atualizadas em qualquer período. A implementação das ações de enfermagem é realizada pela equipe de enfermagem, e o tratamento das feridas é realizado pelo enfermeiro. O Pressure Ulcer Scale Healing (PUSH) é utilizado para avaliar a evolução da cicatrização e a Escala de Braden na prevenção. Os registros são realizados nos prontuários informatizados no sistema MVPEP. **CONCLUSÃO:** Os registros formais da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada e otimizada, proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma segura, além de fornecer dados para a pesquisa e a identificação da responsabilidade profissional sobre suas ações. Nesse sentido, a SAE se transforma em um processo dinâmico, capaz de avaliar e de indicar intervenções contínuas nas ações da equipe de enfermagem e estreitar os laços profissionais entre a equipe multiprofissional.

RELATO DE CASO SOBRE O EFEITO CICATRIZANTE DA BABOSA

ALEX DALLA NORA BITTENCOURT; ARIANE MARTELET DELLA- FLÓRA MARTELET DELLA-FLÓRA; CLOVES ROBERTO FELDEN DA SILVA; FRANCIELLE DA COSTA VIEIRA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Aloe Vera.

INTRODUÇÃO: A Aloe vera, mais conhecida como babosa, é uma planta medicinal extremamente conhecida e utilizada no mundo inteiro, pertence à família das liliáceas (OLIVEIRA et al, 2010) A atividade cicatrizante da babosa é explicada por várias teorias sendo que ocorre por processo com vários eventos simultâneos que reestruturam a parte afetada, desde forma, é utilizada para curar queimaduras, cicatrizar feridas, aliviar dores além de ser um poderoso agente hidratante (SEGUNDO et al, 2007; DORNELES et al, 2003). **OBJETIVO:** Relatar os resultados da aplicação de uma cobertura à base babosa, em lesão por úlcera por pressão (UPP). **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, que faz parte de uma atividade de ensino realizada por estudantes de enfermagem de um estágio extracurricular, em uma clínica geriátrica de médio porte de Santa Maria no período de julho de 2014 a maio de 2015. O produto utilizado foi usado de forma in natura, realizada por meio de extração da parte mucilaginosa da casca da babosa. **RESULTADOS:** O devido caso trata-se de um paciente, masculino, 79 anos, acamado por ser portador de Alzheimer. UPPs com difícil processo cicatricial na região do calcâneo esquerdo; e esta apresentava leito com tecido de granulação e exsudação, bordas bem definidas, aderidas ao leito, discretamente edemaciadas e pequenas áreas com fibrina; pele adjacente com áreas discretamente isquêmica e fria a palpação. A conduta inicial foram orientações de reposicionamento, boa hidratação e suporte nutricional. Na ferida, realizada limpeza com jatos de soro fisiológico a 0,9%, seguida da aplicação tópica da babosa como mucilagem (1 x ao dia). Procedimento semelhante fora realizado nos curativos subsequentes. Para a satisfação do paciente e do grupo, percebeu-se uma evolução satisfatória com apenas dois meses de aplicação da babosa desta forma foi orientado a manter a rotina adotada, ou seja, continuar utilizando a babosa in natura. Após percebeu-se a formação de cicatriz com uma área que correspondia a aproximadamente ¼ da área-lesão quando do início do tratamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desta forma, o estudo demonstrou que o produto foi eficaz para o tratamento do caso em foco, sem causar nenhum tipo de complicação ou desconforto ao paciente. Mostra também o papel da enfermagem na prevenção de UPPs e no desenvolvimento de novas alternativas para o tratamento de feridas em vista de melhorar vida pessoal e social dos pacientes.

PO - 304 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM USUÁRIOS ACOMPANHADOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

DIANI OLIVEIRA MACHADO; ROSANE PIGNONES COELHO; SUZANA HELENA SCHNEIDER
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar; Úlcera por Pressão; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO: A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade da atenção à saúde cujos objetivos são promover, manter ou restaurar a saúde por meio de ações desenvolvidas em domicílio com a participação do usuário e cuidador. Em 2011 o Ministério da Saúde criou o Programa “Melhor em Casa” que orienta a AD em modalidades de atendimento de acordo com a complexidade de cuidados ao usuário. A prática em AD tem permitido observar maior prevalência de usuários com lesões de pele, sendo as feridas mais comuns as Úlceras por Pressão (UP) e as feridas cirúrgicas. **OBJETIVO:** Identificar a prevalência de UP categorias II, III, IV e inclassificável em usuários adultos atendidos em um serviço de AD e caracterizar seu perfil demográfico. **METODOLOGIA:** Estudo transversal com coleta de dados retrospectiva. O estudo foi desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na cidade de Porto Alegre/RS. A população em estudo foi constituída por todos os pacientes adultos atendidos pelo PAD no ano de 2013. Os dados foram coletados em prontuário eletrônico e a análise estatística foi realizada no software SPSS 18.0. Esse trabalho faz parte do estudo: Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos pelo PAD do GHC. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC, sob o número 457.781. **RESULTADOS:** No ano de 2013 foram acompanhados pelo PAD 373 usuários adultos. A média de idade dos usuários com UP foi de 69 (± 16) anos e 63% ($n=65$) era do sexo masculino. Do total de pacientes 28% ($n=104$) apresentavam UP, sendo a categoria II a mais prevalente (46% $n=47$), seguida da UP inclassificável (29% $n=30$) e da categoria III (18,4% $n= 19$). A UP categoria IV foi a menos prevalente (7% $n=7$). **CONCLUSÕES:** Os resultados obtidos com a presente pesquisa se aproximam da prevalência de UP observada em estudo realizado na AD no Brasil (19%). A realização do estudo também oportuniza maiores informações sobre a prevalência de UP nos serviços específicos de AD no SUS, uma vez que publicações referentes ao tema são escassas no Brasil. Os resultados também oportunizam a instrumentalização da equipe através da caracterização dos usuários com vistas a qualificação do cuidado em feridas e a produção da integridade e da continuidade do cuidado, além da ampliação da autonomia dos usuários.

EFEITOS DO TRATAMENTO COM PLACA DE HIDROCELULAR EM LESÕES DE PELE POR VASCULITE NECROSANTE - RELATO DE CASO

SYLVIA MIRANDA CARNEIRO¹; ANNA KARLA NASCIMENTO LIMA²; BRUNA SILVEIRA ALMEIDA³; EVERALDO CÉSAR MOTTA⁴; EDNA APARECIDA BARBOSA DE CASTRO⁵

^{1,2,3,4}HU UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; ⁵UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Terapêutica; Cicatrização; Curativos oclusivos.

INTRODUÇÃO: Feridas complexas são associadas a um custo considerável para os pacientes e saúde pública. Atualmente buscam-se intervenções terapêuticas que possam acelerar o processo de cicatrização diminuindo assim, a morbidade, as complicações e os gastos oriundos da doença. De acordo com a deliberação do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-MG 65/2000, o enfermeiro possui autonomia frente ao desenvolvimento de ações assistenciais aos pacientes portadores de feridas (COREN-MG, 2000). Logo, a escolha da cobertura ideal se faz de suma importância na medida em que garante ao paciente maior conforto, eficácia no tratamento, bem como otimiza a relação custo benefício. Assim, entende-se a consulta de enfermagem como um recurso essencial que proporciona ao profissional a detecção precoce de demandas facilitando a tomada de decisões (CARVALHO et al., 2008). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de residentes de enfermagem no uso da placa de hidrocelular como cobertura primária em lesões de pele. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso com abordagem avaliativa, realizado na clínica feminina de um hospital universitário da zona da mata mineira. Caso clínico: L.F, 39 anos, sexo feminino, natural de Juiz de Fora, negra, doméstica, casada, mãe de três filhos, nega tabagismo ou etilismo. Relata diagnósticos prévios de anemia falciforme, diabetes e hipertensão arterial. Apresentava lesões com diâmetro em torno de 04-06cm com bordas regulares de aspecto circulares, leito com presença de tecido necrótico aderido em toda a extensão e exsudato seroso em grande quantidade, diagnosticadas após biópsia como vasculite decorrente de picada de inseto não identificado. Foram identificadas cerca de 10 lesões em membro inferior direito e 12 em esquerdo, com edema em ambos os membros e queixa de dor intensa. Após levantamento do histórico, sinais clínicos e avaliação, optou-se por curativo estéril hidrocelular como cobertura primária e secundária, com filme transparente, em intervalo médio de cinco dias entre as trocas. **RESULTADOS:** Percebeu-se após 07 semanas de utilização do produto citado, epitelização, redução do exsudato e edema, além de relato de alívio da dor e melhora da autoestima. **CONCLUSÃO:** A escolha adequada do tratamento é essencial para promover e acelerar o processo cicatricial, proporcionando qualidade de vida e redução no tempo de internação e custos para a instituição.

PO - 306 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EVOLUÇÃO CICATRICIAL DE LESÃO SECUNDÁRIA À ANEMIA FALCIFORME TRATADA COM ALGINATO DE CÁLCIO EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL INTERDISCIPLINAR

LAURA DOS SANTOS MAMEDE¹; REGINA LUCIA MUNIZ DE ALMEIDA²; EDNA APARECIDA BARBOSA DE CASTRO³; DENICY DE NAZARÉ PEREIRA CHAGAS⁴; ISABELA CARUSO CAVALCANTI⁵
^{1,3,4}UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; ^{2,5}HU UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Anemia Falciforme; Úlcera.

INTRODUÇÃO: A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, predominante na raça negra, com manifestações também na raça branca. Caracteriza-se por uma alteração nos glóbulos vermelhos, que perdem a forma arredondada e elástica, adquirem o aspecto de uma foice e endurecem o que dificulta a passagem do sangue pelos vasos de pequeno calibre e a oxigenação dos tecidos. Pode se manifestar de forma diferente em cada indivíduo e apresentar vários sinais e sintomas, entre eles as úlceras, devido ao aumento da pressão hidrostática capilar e venosa. **OBJETIVO:** Relatar a evolução no processo cicatricial de uma adolescente acometida por úlceras secundárias à anemia falciforme. **MÉTODO:** Relato de experiência, onde a coleta de dados foi através do histórico, da análise de prontuários, exames realizados durante a consulta de enfermagem e do TCLE adquirido em um Hospital Universitário de Juiz de Fora, em D.H.R., 17 anos, sexo feminino, parda, natural de Santos Dumont, diagnosticada com anemia falciforme. Apresentava atrofia muscular, úlcera maleolar lateral 12,22 cm² e medial 9,84 cm² em MIE. MID lesão maleolar medial 8,82 cm² e lateral 29,25 cm², e lesão posterior 14,82 cm², em região do tendão. Foram 51 semanas de tratamento, durante a mesma utilizamos Placa de Hidrocelular, Curativo não aderente antimicrobiano impregnado com PHMB e Hidrogel com Alginato de Cálcio. A cobertura que propiciou melhor resultado para a regressão total da lesão foi o Alginato de Cálcio. As trocas de curativo eram realizadas diariamente pela mãe previamente orientada, com acompanhamento ambulatorial pela enfermagem e médica cirurgiã plástica uma vez por semana. **RESULTADOS:** As tentativas de utilização de diferentes coberturas também indicadas ao caso, o Alginato de Cálcio, possibilitou o melhor resultado, pelo desbridamento autolítico e manutenção da umidade no leito da lesão, regredindo e cicatrizando por completo a lesão. **CONCLUSÃO:** O cuidado numa perspectiva interdisciplinar resultou em uma melhor assistência, a essa paciente, destacando-se a educação e ensino do autocuidado realizados pela enfermagem junto à paciente e à mãe que incluíam, esclarecimentos sobre o processo saúde doença, cuidados gerais e específicos com as lesões, a mobilidade física, alimentação, e reinserção social. O tratamento com evolução satisfatória buscou adaptar tecnologia e cuidado, conforme evidências de melhores respostas à condição clínica às condições social, cognitiva e financeira da paciente.

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS BIOMATERIAIS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

ALEX DALLA NORA BITTENCOURT; EDITH ALMEIDA PINTO; CLOVES ROBERTO FELDEN DA SILVA; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH; ELENICE SPAGNOLO MARTINS
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas; Enfermagem; Biomateriais.

INTRODUÇÃO: Os Biomateriais são materiais compostos por substâncias artificiais, para o uso nas áreas da saúde, capazes de interagir com sistemas biológicos substituindo a matéria viva cuja função foi perdida, assim reparando ou reconstituindo total ou parcial qualquer tecido (OLIVEIRA, 2014). Contudo, observa-se na prática clínica que os produtos disponíveis falham em um ou outro aspecto e, além disso, tem-se a necessidade de melhor adaptação as singularidades de cada paciente, que afetam o processo de cicatrização (GIRARDI, 2005). Pesquisas anteriores apontaram o baixo conhecimento dos enfermeiros quanto a essa temática no que concerne a utilização prática, porém considerando-se a emergência das atividades de pesquisa em enfermagem e biomateriais (GIRARDI, 2005). **OBJETIVO:** Analisar a inserção do enfermeiro na pesquisa e desenvolvimento de biomateriais para a cicatrização. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo que foram incluídos para o devido estudo, artigos com recorte temporal de 2001 a 2015, nos idiomas em português, que abordassem a temática, usando os descritores 'Cicatrização de Feridas – Enfermagem -Biomateriais'. Ao realizar a busca integrando os três descritores, obtiveram-se 06 artigos para a devida análise e estudo. **RESULTADOS:** Considerando a revisão integrativa, que é o foco de interesse do presente trabalho, entre os artigos que compreendiam relatos de utilização de biomateriais em caso clínico ou ensaio controlado, observa-se a atuação do enfermeiro como pesquisador, na supervisão e execução de ensaios clínicos. Trata-se de trabalhos de alto rigor metodológico que valorizam a já notória qualificação do enfermeiro para a pesquisa clínica. Já nos artigos que englobavam o Desenvolvimento de Biomateriais, foi observado a atuação do enfermeiro como coautor de pesquisas para desenvolvimento de materiais biocompatíveis para aperfeiçoar o processo de cicatrização, destacando assim a atuação do enfermeiro na pesquisa laboratorial, valorizado por sua formação acadêmica que permite atuação tanto na pesquisa in vitro quanto na execução dos ensaios clínicos com pacientes. **CONCLUSÃO:** Conclui-se através desse estudo que há uma pequena propagação de estudos e publicações, envolvendo profissionais da enfermagem, sobre biomateriais e sua utilização em feridas, tendo assim como desafio para a classe de profissionais um melhor aperfeiçoamento sobre o assunto trazendo assim melhorias para o cuidado.

PO - 308 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE PLACA DE HIDROCOLOIDE EM ÚLCERA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR: INTERVENÇÃO E RESULTADOS A NÍVEL AMBULATORIAL

SANDRA TRINDADE TOLEDO; BRUNA SILVEIRA ALMEIDA; ISABELA CARUSO CAVALCANTI; LAURA DOS SANTOS MAMEDE; REGINA LUCIA MUNIZ DE ALMEIDA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera Venosa; Coberturas.

INTRODUÇÃO: A assistência ambulatorial engloba um conjunto de procedimentos de média complexidade e atende a uma diversidade de usuários. Estes serviços expandiram-se nos últimos anos, devido a tendência de evitar a hospitalização (COUTINHO, A. 2004). As úlceras venosas desenvolvem-se com a insuficiência venosa crônica. É necessário o monitoramento e acompanhamento do paciente, com terapia tópica e recomendações baseadas em evidências científicas (ZUFFI, F. 2009). A principal causa é a hipertensão venosa e capilar, acarretando desnutrição da pele e tecido subcutâneo (IRION, G. 2005). Coberturas são elaboradas para manter a lesão limpa, livre de contaminação e para promover a cicatrização, principalmente de lesões crônicas (BRADLEY, M. et al. 1999) Os hidrocolóides clássicos, dentre eles a placa de Hidrocelular, consistem de polisorbutileno, carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina. Absorvem o fluido da lesão transformando-o em gel (HEYNEMAN, A. et al. 2008) **OBJETIVO:** Descrever a evolução da úlcera venosa de membro inferior com o uso da placa de Hidrocelular como opção terapêutica. **MÉTODO:** Relato de caso, realizado a nível ambulatorial com o serviço de enfermagem em feridas de um hospital universitário de Minas Gerais durante 32 semanas. Caso clínico: P.E, 53 anos, sexo masculino, negro, ex etilista, natural de Juiz de Fora. Diagnósticos prévios de HAS e HIV. Afastado das atividades laborais devido ao HIV. Apresentava ferida em MIE, região maleolar medial direita, com bordas irregulares, diâmetro de 4cm, presença de tecido necrótico, esfacelo e edema +++/4+. Tentativas com Hidrogel e Alginato de Cálcio, e Sulfadiazida de Prata, ambas por duas semanas não surtiram resultado. **RESULTADOS:** Após 19 semanas de tratamento com o Hidrocelular a lesão cicatrizou. O curativo foi feito na seguinte sequência: limpeza com SF 0,9%; aplicação da cobertura primária com placa de Hidrocelular e secundária com filme transparente. O intervalo médio para a troca dos curativos foi de sete dias. O Hidrocelular possibilitou a epitelização, substituição do tecido necrótico por tecido de granulação em toda a extensão, controle do exsudato, redução do edema, alívio da dor, melhora da autoestima do paciente e cicatrização. **CONCLUSÃO:** A escolha adequada do tratamento é essencial para promover o processo cicatricial, e retorno às atividades cotidianas com impacto positivo para o paciente proporcionando qualidade de vida.

UTILIZAÇÃO DE CURATIVO A BASE DE PRATA EM ENXERTO PARCIAL APÓS ACIDENTE ORTOPÉDICO: UM ESTUDO DE CASO

EDSON FERNANDO MULLER GUZZO; MANOELA SCHMARCZEK FIGUEIREDO; GABRIELA DOS SANTOS SALVALAGGIO; LETICIA PASSOS PEREIRA; IDILSO KIRCH
UFRGS, GRAVATAI - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Push; Enxerto; Acticoat.

INTRODUÇÃO: A lesão em deslucamento, também conhecida como lesão de Morel-Lavallée, é um traumatismo incomum de partes moles, que ocorre devido à aplicação súbita de forças de alta intensidade sobre determinada área corporal, separando a pele e o tecido subcutâneo da fáscia muscular subjacente, com lesão de vasos perfurantes que irrigam a pele avulsionada. O espaço criado é preenchido por sangue, linfa ou tecido gorduroso necrótico, que pode levar a processos inflamatórios e infecciosos graves. Em geral, o tratamento faz-se por desbridamento dos tecidos acometidos, seguido de cicatrização da ferida por segunda intenção. Quando a perda tecidual não permite o fechamento da pele por sutura direta sem tensão, deve-se optar pelo enxerto, capaz de acelerar o processo cicatricial em pacientes acometidos por grande perda tecidual. **OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo apresentar o caso de uma paciente vítima de deslucamento total do joelho direito após acidente automobilístico, submetida a auto enxerto parcial e tratada com curativo a base de prata. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado no período de maio a setembro de 2015, com uma paciente acompanhada em ambulatório especializado em hospital universitário de Porto Alegre. **RESULTADOS:** A fim de prevenir possíveis infecções, utilizou-se o curativo a base de prata da marca Acticoat™ que atua como uma barreira antimicrobiana, sem inibir a cicatrização do tecido, sendo comumente utilizado no tratamento de queimaduras graves. A troca do curativo interno, Acticoat™, era realizada a cada três dias, conforme prescrição. A troca do curativo externo, composto por gazes, apósitos e atadura era realizada a cada 24 horas. Para o monitoramento da lesão foi utilizada a escala Pressure Ulcer Escala for Heling (PUSH), que considera três parâmetros para avaliação da ferida no processo de cicatrização: área da ferida, quantidade de exsudato e aparência no leito da ferida. Apesar de ser ainda pouco utilizada em nosso meio, é validada para este tipo de lesão. Com a utilização do instrumento, foi possível estabelecer uma meta de cicatrização e traçar um plano de cuidados, além de observar a resposta ao tratamento e progressão no processo de cicatrização da ferida. **CONCLUSÃO:** No caso estudado, foi possível notar a eficácia do produto utilizado, concomitante com os cuidados realizados adequadamente, através da boa evolução na escala, demonstrando também a importância e a aplicabilidade da PUSH.

PO - 310 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A UM PACIENTE PORTADOR DE GANGRENA DE FOURNIER

BRUNA SILVEIRA ALMEIDA; SYLVIA MIRANDA CARNEIRO; SANDRA TRINDADE TOLEDO; ANNA KARLA NASCIMENTO LIMA; REGINA LUCIA MUNIZ DE ALMEIDA
HU UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Gangrena de Fournier; Desbridamento; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Gangrena de Fournier é uma fascíte necrotizante que afeta a região escrotal e a área perineal, podendo se estender até abdômen, membros inferiores e tórax. Descrita por Jean-Alfred Fournier como uma doença de origem idiopática e que acomete homens de idade avançada (ROCHA et al., 2012). As manifestações incluem dor, eritema, edema e necrose das regiões acometidas, associadas a febre e calafrios (MELLO, 2014). O Processo de Enfermagem é um caminho sistematizado para a assistência ao indivíduo. Possibilita o cuidado individualizado, garante a autonomia do enfermeiro e conduz as avaliações, o que promove maior cientificidade à Enfermagem (CARNEIRO e SILVA, 2012). Devido ao comprometimento sistêmico da Síndrome de Fournier, torna-se possível o levantamento de alguns diagnósticos de Enfermagem vinculados às especificidades desta doença.

OBJETIVO: Descrever alguns dos diagnósticos de Enfermagem levantados durante o período de internação de um paciente portador de gangrena de Fournier. **MÉTODO:** Relato de caso com abordagem descritiva, de um paciente do sexo masculino internado na clínica cirúrgica de um hospital universitário da Zona da Mata mineira. Caso clínico: BMV, 21 anos, natural de viçosa, branco, solteiro, nega comorbidades, tabagismo ou etilismo. Admitido no hospital dia 27/05/15, encaminhado do seu município após diagnóstico médico. Apresentava necrose em bolsa escrotal e corpo do pênis, sendo submetido à debridamentos sequenciais e reconstrução da bolsa escrotal com retalho medial de coxa direita e enxerto de pele total em corpo do pênis. **RESULTADOS:** Levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Deambulação prejudicada relacionada à dor evidenciada pela capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias; Integridade tissular prejudicada relacionada a circulação alterada evidenciada por tecido lesado Disfunção sexual relacionada à estrutura corporal alterada evidenciado pelas limitações percebidas impostas pela doença; Dor aguda relacionada a agentes lesivos, evidenciada por expressão facial e relato verbal de dor; Distúrbio na imagem corporal relacionada à doença evidenciado por comportamentos de monitorar o próprio corpo. **CONCLUSÃO:** O cuidado a partir dos diagnósticos de enfermagem e planejamento, possibilitou tratamento individualizado no período de hospitalização, ampliação dos conhecimentos sobre a síndrome de Fournier e suas repercussões no paciente jovem.

EVOLUÇÃO DE FERIDA VASCULOGÊNICA E DIABÉTICA COM USO DE COBERTURA PRIMÁRIA A BASE DE GEL

LAURA DOS SANTOS MAMEDE¹; JÉSSICA VIEIRA RODRIGUES²; REGINA LUCIA MUNIZ DE ALMEIDA³; SANDRA TRINDADE TOLEDO⁴; ANNA KARLA NASCIMENTO LIMA⁵

^{1,2}UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL; ^{3,4,5}HU UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Pé diabético; Ferida vasculogênica.

INTRODUÇÃO: Pé Diabético é uma complicação crônica do diabetes mellitus, caracterizando-se por infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores. Entre as úlceras de perna, as vasculogênicas (de origem venosa, arterial ou mista) são as mais prevalentes, caracterizando-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na qualidade de vida, na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas, exigindo atendimento multidisciplinar, com intervenções de natureza local e sistêmica. **OBJETIVO:** Relatar a evolução do processo cicatricial de uma paciente acometida de úlcera, decorrente da diabetes e doenças vasculares, utilizando a cobertura de Prontosan Gel (0,1% de undecilaminopropil betaína, 0,1% de polihexanida, glicerol, hidroxietilcelulose, água purificada). **MÉTODO:** Consiste num relato de caso através de coleta de dados do prontuário e consulta de enfermagem realizadas em um Hospital Universitário da Zona da Mata mineira. F.S.N. 72 anos, sexo feminino, aposentada, negra, residente em Juiz de Fora, acometida por úlcera em MID região supramaleolar direita há 5 anos. Uso regular de Sinvastatina, Insulina NPH, Captopril, Hidroclorotiazida, AAS, Carbamazepina, Cilostazol, Clopidogrel, Glifage XR, Amitriptilina. Durante os 8 meses de tratamento utilizamos como coberturas: Hidrogel+alginate, placa de Hidrocelular e Prontosan Gel. Os curativos eram realizados e avaliados semanalmente pelas residentes e acadêmicas de enfermagem que orientavam os familiares para realização do curativo no domicílio. **RESULTADOS:** Dentre as coberturas utilizadas a que propiciou aumento de tecido de granulação e cicatrização completa da ferida foi o Prontosan Gel pela umidade proporcionada no leito da ferida, redução da taxa de infecção e conseqüentemente o tempo de cura. **CONCLUSÃO:** A avaliação do enfermeiro relacionada ao paciente e à cobertura utilizada possibilita a escolha e utilização do produto ideal, de fácil acesso e aplicabilidade, resultando em um cuidado individualizado, bem como adesão do paciente ao tratamento e regressão total da lesão.

PO - 312 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DO URGOCLEAN PARA DESBRIDAMENTO E SUA EFICÁCIA EM FERIDA TRAUMÁTICA

ADRIANA CORREA DOS ANJOS¹; ISABEL CRISTINA PEREIRA FERREIRA²; LARISSA DE SOUZA PENHA³¹HOSPITAL FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³LM FARMA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**Palavras-chave:** Esfacelo; Urgoclean; Cicatrização.

A cicatrização de lesões possui fatores que interferem em sua evolução, um destes fatores é a presença de esfacelo, sendo importante a sua remoção para prosseguir no processo cicatricial. Relato de caso, paciente R.O.V., sexo masculino, 40 anos, profissão pedreiro. Víctima de queda de laje, em 12 de dezembro de 2014, sofrendo politraumatismos e no dorso do pé esquerdo uma fratura com significativa perda de tecido com exposição óssea e tendão. Após realização de procedimentos das equipes médicas: ortopedia e vascular, R.O.V. foi transferido para clínica médica em 29/01/2015 e em avaliação da comissão de prevenção e tratamento de feridas, observou-se no dorso do pé esquerdo presença de aproximadamente 70% de esfacelo. Elegido para o tratamento inicial hidrogel e compressa não aderente. Em 12/02/15, observado lenta evolução e sugerido a utilização de uma nova tecnologia que propicia o desbridamento e auxilia a cicatrização concomitantemente. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia da ação das fibras hidro-desbridantes e da matriz cicatrizante TLC (tecnologia lípido colóide), proporcionando desbridamento autolítico e auxiliando no processo cicatricial de uma ferida traumática. **MÉTODO:** descritivo, desenvolvido em um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a março de 2015. **RESULTADO:** Em 17/02/15, iniciou-se o uso do urgoclean com periodicidade de troca de 72 horas, em 20/02/15 foi possível observar uma evolução satisfatória. Em 26/02/15, apresentou um desempenho muito bom, pois a lesão apresentava 90% de tecido de granulação e 10% de esfacelo. Em 02/03/15, o resultado foi surpreendente, a lesão estava contraída, com epitelização nas margens, 95% de tecido de granulação e 5% de esfacelo, sendo suspenso a utilização do urgoclean e solicitado a avaliação da equipe da cirurgia plástica para programar a enxertia. **CONCLUSÃO:** Com a utilização do urgoclean, obtivemos em 17 dias de tratamento e apenas 5 trocas, o leito da lesão preparado para realização de uma enxertia. Desta forma, constatou-se a eficácia das fibras hidro-desbridantes em sua atração seletiva ao esfacelo, concomitantemente a matriz cicatrizante TLC proporcionou conforto ao paciente devido a fácil aplicação, remoção de forma atraumática e devido a absorção vertical não houve maceração de bordas e assim manutenção da vitalidade da pele perilesional.

TRATAMENTO DE FERIDA POR QUEIMADURA DE 2º E 3º GRAUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DE CASO

TAIS FOLGOSA DA SILVA; JULIANA MANHÃES MAIA; ANA CAROLINA DA CUNHA BARBOSA
SMSDC RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Saúde da família; Queimaduras; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO: o tratamento de feridas envolve a cada momento a evolução para a cicatrização que dependerá da escolha da terapêutica adequada para este fim. Nas Unidades de atenção primária, o tratamento de feridas vem evoluindo com técnicas e medicamentos adequados para a obtenção de melhores resultados, bem como a atuação multidisciplinar dos profissionais.

OBJETIVO: descrever a abordagem terapêutica ao paciente queimado, na estratégia saúde da família. **MÉTODO:** Trata-se de relato de experiência realizado em uma clínica de saúde da família, localizada no bairro de Del Castilho, no Rio de Janeiro (RJ). A vivência que será exposta neste estudo ocorreu entre os meses de abril e julho do ano de 2015. **RESULTADOS:** usuário do sexo masculino, 53 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, em uso de hipoglicemiante oral. Apresentou mal súbito enquanto cozinhava, mantendo a parte lateral da mão direita exposta ao fogo, por cerca de 1 minuto. Foi atendido primeiramente nesta unidade básica de saúde, sendo avaliado pelo médico e diagnosticado com queimadura de 2º e 3º graus na mão. O paciente foi referenciado para uma unidade terciária para que pudesse ser emitido parecer e avaliação por especialista, sendo contra-referenciado à unidade básica de saúde. Seu primeiro curativo foi realizado com sulfadiazina de prata 1% posterior a limpeza com soro fisiológico 0,9%, e avaliação diária. O curativo com sulfadiazina foi mantido durante 10 dias e sendo avaliado diariamente por enfermeiro. Após 10 dias, iniciou-se uso de hidrogel com gaze embebida em ácido graxo, e realização de preparo das bordas com desbridamento instrumental não cirúrgico. O hidrogel juntamente com a gaze foi mantido por 40 dias. Após, optou-se por uso de óleo de girassol apenas, com a pele já cicatrizada. O paciente foi encaminhado à fisioterapia para recuperação das funções do dedo mínimo, já que com o processo de cicatrização, o tecido conjuntivo acabou por restringir alguns movimentos.

CONCLUSÃO: lesões decorrentes de queimadura causam dor e por vezes comprometimento corporal e emocional ao paciente. O acolhimento adequado, a escolha da cobertura e a abordagem multiprofissional do paciente portador de queimadura foram fatores fundamentais no tratamento terapêutico, favorecendo a cicatrização e recuperação do membro afetado.

PO - 314 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE FOURNIER

FERNANDA MONTEIRO GARCIA¹; PAULO CESAR ALVES²; DENISE DE ASSIS CORRÊA SÓRIA³; LIVIA DE ALCANTARA SALES⁴; SONIA REGINA DE SOUZA⁵

^{1,3,5}UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴INCA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Feridas; Síndrome de Fournier.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave, rara, de rápida progressão, que acomete a região genital e áreas adjacentes, caracterizada por uma intensa destruição tissular, envolvendo o tecido subcutâneo e a fáscia. (FIGUEREDO, 1997). O interesse do estudo surgiu da atividade proposta pelo Projeto de Extensão nomeado por Projeto Manejo em Feridas desenvolvido pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo vinculado ao Ambulatório de Prevenção Tratamento de Feridas do Hospital Federal do Andaraí. **OBJETIVO:** Descrever a peculiaridade do tratamento e acompanhamento de enfermagem ao cliente com Síndrome de Fournier a partir de uma perspectiva holística. **MÉTODO:** O presente relato de caso constitui a situação de uma cliente com Síndrome de Fournier, apresentando ferida em glúteo esquerdo, do sexo feminino, com 32 anos, atendida pela equipe de enfermagem do Ambulatório de Feridas do HFA através do presente projeto. Como conduta foi utilizada, pela equipe da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, como tratamento ao cliente com Síndrome de Fournier SF 0,9% e PHMB líquido e gel sob a forma de atendimento semanal ou quinzenal no ambulatório da Comissão, o qual variava de acordo com a evolução da cliente. **RESULTADOS:** A adoção dessa conduta acompanhada das orientações de enfermagem à cliente e aos seus familiares para a realização dos cuidados em domicílio revelaram-se como satisfatórias no que tange a boa evolução do quadro da cliente. **CONCLUSÃO:** A atuação da equipe do Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Feridas no atendimento à cliente e o apoio dos familiares durante o tratamento possibilitou uma boa recuperação da situação de saúde da mesma, além de contribuir para a diminuição da ansiedade à situação vivenciada, estimulando assim sua participação enquanto sujeito ativo para a melhoria da qualidade de vida.

QUEIMADURAS NA INFÂNCIA EM AMBIENTES DOMÉSTICOS

ETIELE VELASQUEZ; CAROLINE FERNANDES RODRIGUES; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFFENBACH; HELENIZE VERON LOPES
CENTRO UNIVESITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Queimaduras; Prevenção.

INTRODUÇÃO: As queimaduras constituem um importante problema de saúde pública, representando um número expressivo de causa de morte na infância no Brasil, tendo grande índice de queimaduras por acidentes domésticos comuns. Os acidentes geram enormes gastos financeiros e não somente por deixar lesões físicas esteticamente, mas também por sequelas psicológicas e sociais ao acidentado, bem como à sua família. A maioria dos casos de acidentes por queimaduras em ambiente doméstico ocorre em casa e com crianças, essas causas são atribuídas aos lapsos na atenção aos perigos domésticos (VENDRUSCULO, 2010). Sabe-se que fatores que aumentam o risco para a ocorrência desses acidentes, como, aglomeração de pessoas em um mesmo ambiente familiar, ausência de água encanada, baixos salários e negligência do responsável que esteve presente no momento de sua ocorrência (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012). **OBJETIVO:** Realizar revisão da literatura sobre as principais causas, fatores de risco e maior público-alvo de acidentes com queimaduras no Brasil. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura disponível em periódicos eletrônicos. A pesquisa ocorreu durante os meses de julho e agosto de 2015. **RESULTADOS:** Observou-se que muitos acidentes por queimaduras em ambiente doméstico ocorrem pelo fato das pessoas desconhecerem qual seria a conduta correta a ser tomada com o ferimento após o acidente (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Outro fator importante é que existem muitos mitos em como proceder após a ocorrência, tendo como exemplo alguns mitos: colocar margarina ou manteiga sobre a lesão, utilizar creme dental, açúcar, mel, furar as flictenas (bolhas), entre outras (LEMOS, RIBEIRO, 2013). **CONCLUSÃO:** Pode-se perceber a necessidade de ocorrer aplicações efetiva de programas de prevenção a queimaduras que possam atingir ambientes familiares, como lares e escolas. Tornam-se imprescindíveis mais campanhas que esclareçam a população de como evitá-las e mais divulgações de mitos e verdades, evitando complicações mais severas.

PO - 316 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE PORTADOR DE PARAPLEGIA ESPÁSTICA COM ÚLCERA POR PRESSÃO

WAGNER PEREIRA DA SILVA¹; ERIKA FABIOLA LEANDRO SANTOS²; JAQUELINE DA FONSECA CAMPOS³
¹MINISTERIO DA SAUDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³HOSPITAL DA CRIANÇA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia a Vácuo; Cicatrização de Feridas; Feridas Crônicas.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão é definida como lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção resultando em morte tecidual, sendo sua localização frequente em região de proeminência óssea. Vários são os fatores de risco para úlcera por pressão, sendo o principal fator a falta de mobilização do paciente no leito. Estas lesões além causar danos ao paciente elevando riscos de sepse, aumentam os custos hospitalares e o tempo de internação. Ainda que seja um tema de grande atenção na área de Enfermagem, as úlceras por pressão ainda possuem alta prevalência e incidência. Neste âmbito, a terapia com pressão negativa surge como uma técnica importante para tratamento das lesões. Esta técnica visa reduzir o edema, retirar o excesso de fluidos e melhorar a circulação local levando a uma maior granulação e aceleração do fechamento da ferida. **OBJETIVO:** Descrever os cuidados de Enfermagem realizados ao adolescente portador de paraplegia espástica com úlcera por pressão. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital estadual do município do Rio de Janeiro, com início em agosto/2015. **RESULTADO:** A.F.C., adolescente de 14 anos, portador de paraplegia espástica, realizou osteotomia em membros inferiores em agosto/2015 e retornou após duas semanas ao hospital com úlcera por pressão em região sacra com área de necrose importante causada por imobilidade no leito. Sua cuidadora relatou não mobilizá-lo no leito todo o tempo em que o adolescente esteve em domicílio. Foi adotado para tratamento da lesão a terapia por pressão negativa associada a desbridamento cirúrgico, com resultado satisfatório em três semanas, onde havia mais área granulada que esfacelo e já não existia área de necrose. **CONCLUSÃO:** O uso da terapia por pressão negativa deve obedecer suas indicações e contra-indicações. Tal qual no estudo em tela, quando esta terapia é devidamente aplicada, acelera o processo de cicatrização, elimina o exudato do leito da ferida sem necessidade de retirar a cobertura, estimula a granulação do tecido e abrevia a estadia intra-hospitalar.

VIVÊNCIAS ACADÊMICAS EM GRUPO DE PESQUISA DE ESTUDO CLÍNICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CURATIVOS AVANÇADOS DE BAIXO CUSTO A BASE DE HIDROGÉIS DE NANOPRATA EM ÚLCERA POR PRESSÃO

KARINE KUMMER GEMELLI¹; THAIS ANDRADE LINO²; KEITH PRISCILLA INÁCIO DE OLIVEIRA³; RAYANE CERQUEIRA CARVALHO⁴; TALITA ROCHA CARDOSO⁵

¹INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS PORTO, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ^{2,3,4,5}INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Estudantes de Enfermagem; Pesquisa.

INTRODUÇÃO: As feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, provocados por diferentes agentes causadores e diversos tipos de lesões, comumente chamadas de úlceras. Feridas são definidas como toda e qualquer interrupção presente no tecido epitelial, mucosas ou órgãos, causada por algum trauma ou por um conjunto de sintomas, prejudicando suas funcionalidades básicas. A necessidade de atualização frente aos avanços tecnológicos é imprescindível para a tomada de decisão, principalmente na área da saúde, e a pesquisa clínica promove mudanças baseadas em evidências. **OBJETIVO:** Descrever a vivência acadêmica em um grupo de iniciação à pesquisa de tratamento de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência de atividades de pesquisa clínica que ocorreram no período de junho de 2014 à junho de 2015. A pesquisa foi desenvolvida no ambiente hospitalar, com pacientes que apresentavam úlceras por pressão em região trocantérica em grau II, III e IV. Os curativos foram realizados a partir da limpeza da ferida com água destilada em seguida aplicada a membranas de hidrogel com nanoprata (± 80 nm) a base de Polivinilpirrolidona (10%) reticulados e esterilizado por radiação gama. Os pacientes eram incluso na pesquisa mediante a assinatura do TCLE, tendo a aprovação do CEP/UFT n° 161/2013. **RESULTADOS:** Participa de pesquisa durante a formação acadêmica é importante por proporciona o desenvolvimento de conhecimento aprofundado sobre as práticas de enfermagem e coberturas de curativos disponíveis no mercado. Um desafio é a conquista da confiança dos familiares e pacientes, devido ao estudo ser experimental. O mais gratificante era perceber a melhoria da ferida a partir da reepitelização do tecido, mas somava-se à este sentimento a angústia de saber a baixa expectativa de melhora dos pacientes, devido doenças crônicas degenerativas e muitas vezes terminais. **CONCLUSÃO:** Na graduação fomentar trabalhos que incentive a pesquisa é determinante para a formação profissionais de qualidade e de senso crítico. O desenvolvimento de trabalhos de pesquisa oportuniza o aprimoramento do conhecimento, visto que atualmente o processo de aprendizagem não é algo limitado à transmissão de informações dos professores aos alunos, mas sim dos debates, discussões e troca de informações. E ao final do desenvolvimento desse trabalho viabilizou-se novas experiências, agregando conhecimento aos discentes.

PO - 318 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE FERIDAS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS PARANÁ

GLAIS PALUMBO ROLIM; IVETE MARTINES MUNHOZ VILLAR; RAQUEL DE OLIVEIRA VLNIESKA; DENILSEN CARVALHO GOMES

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAS, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Ferida consiste em uma lesão tecidual¹, sua cicatrização compreende uma cascata de eventos que interagem para a reconstituição do tecido², entre os fatores que interferem neste processo estão: infecção, idade, estado imunológico, sono, comorbidades e fatores psicossociais³. Diante disso, percebe-se um comprometimento da saúde e qualidade de vida dos portadores de feridas. Nesse cenário insere-se o enfermeiro, que quando especialista neste domínio, constitui-se no profissional de referência para indicação da terapia adequada, contribuindo para a redução das hospitalizações. O tratamento no Ambulatório de Feridas se constitui em referência para a Atenção Primária e contra-referência para a Atenção Hospitalar, utilizando recursos humanos e materiais especializados. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da implantação de um ambulatório de feridas no município de São José dos Pinhais/PR. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso acerca da experiência na implantação de um ambulatório de feridas no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foi realizado o levantamento do número de pacientes portadores de feridas crônicas no Município, assim como realizadas visitas domiciliares e nas Unidades de saúde, com a finalidade de realizar orientações, e identificar as dificuldades encontradas no tratamento de feridas. Posteriormente, foram capacitados os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à avaliação das feridas. A partir disso, foram elaborados fluxos de atendimento para encaminhamento de pacientes ao ambulatório. Atualmente, o ambulatório de feridas do município conta com uma equipe composta por três enfermeiros, sendo uma estomatoterapeuta e dois especializando em estomatoterapia e dermatologia, e um médico cirurgião vascular. **RESULTADOS:** Em 2013, foram identificados 300 pacientes portadores de feridas crônicas no município. Desde o início de 2013 até o mês de maio de 2015, foram atendidos 230 pacientes, dos quais 120 concluíram tratamento. Atualmente, o ambulatório recebe pacientes das Unidades Básicas de Saúde, Especialidades e do Hospital do município. No sistema de ouvidoria da Secretaria de Saúde do município, o ambulatório teve avaliações positivas. **CONCLUSÃO:** Após a implantação do Ambulatório de Feridas, notou-se redução nas internações, na procura de Unidades de Pronto Atendimento, e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

ATITUDES NECESSÁRIAS PARA A COMPETÊNCIA EM AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA: SÍNTESE BASEADA NA LITERATURA

RAYANA GOMES LORETO¹; CYNTHIA ASSIS NUNES²; SUELEN GOMES MALAQUIAS³; RAQUEL MARRA FREITAS⁴; MARIA MÁRCIA BACHION⁵

^{1,2,3,5}FEN/UFG, GOIANIA - GO - BRASIL; ⁴PUC/GO, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Atitudes; Enfermeiro; Úlcera Venosa.

INTRODUÇÃO: A concepção de competência como capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas é relevante para a formação de profissionais de enfermeiros. Porém, faz-se necessária melhor explicitação desses componentes da competência. As atitudes são componente indispensável da constituição da competência partindo da sua conceituação como as relações com o conhecimento científico ligadas a valores, identidades e posturas, compreendendo-as como relações com o saber e rementendo-as à avaliação e tratamento de pessoas com úlceras venosas. **OBJETIVO:** Identificar as atitudes do enfermeiro associadas a competências na avaliação e tratamento de pessoas com úlceras venosas. **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura, mediante busca nas bases CINAHL, PUBMED e SCOPUS, e sites de referência na área de cuidado de pessoas com feridas. **RESULTADOS:** Foram identificados 36 referências, que abordam atitudes dos profissionais para avaliação e tratamento da pessoa com úlcera venosa: valorizar a comunicação com o paciente, conceber que o tratamento deve ser baseado em conhecimento científico, interessar-se em contribuir para o manejo da úlcera, valorizar a escuta do paciente, valorizar a ética, proteger o paciente em situações de vulnerabilidade, apoiar o paciente, esforçar-se para fazer o bem ao paciente, procurar ser simpático com o paciente, transmitir confiança e coragem ao paciente, valorizar abordagem holística, respeitar as escolhas e valores individuais, construir relação terapêutica, atuar com agilidade, buscar programas educacionais para melhorar as habilidades, valorizar a segurança do paciente, empenhar-se em estimular o paciente para melhorar a alimentação, engajar-se no tratamento do paciente, estimular o paciente a participar do tratamento, valorizar terapia compressiva, confiar na sua capacidade de aplicar a compressão, estar disponível para o paciente, incentivar a confiança do paciente. **CONCLUSÃO:** As atitudes identificadas constituem um referencial de partida para educadores e formadores de enfermeiros no que tange à competência para o atendimento a pessoas com úlceras venosas. Todavia, apresentam-se enumeradas, sem exploração de suas implicações para o desenvolvimento da competência do enfermeiro. Explicitar o significado de cada atitude e estabelecer estratégias para seu desenvolvimento como elemento da competência é um desafio teórico-prático para estudiosos e pesquisadores desse tema.

PO - 320 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS DE DIABÉTICOS

JESSICA PEREIRA COSTA¹; KARINA SUYANNE ARAÚJO DE MOURA²; ROBERTA FORTES SANTIAGO³; ELAINE CRISTINA CARVALHO MOURA⁴

^{1,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; ²FACULDADE INTEGRAL DIFERENCIAL, TERESINA - PI - BRASIL; ³UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Diabetes; Prevenção.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, que se caracteriza por uma variedade de complicações, dentre as quais, se destaca a neuropatia, que é responsável por um grande número de amputações não traumáticas nos membros inferiores. O Ministério da Saúde afirma que o número de pessoas portadoras dessa doença tem aumentado no Brasil. Para 2030, é previsto que este número dobre, atingindo cerca de 11 milhões de pessoas (OMS, 2010). O objetivo do estudo foi analisar os saberes e práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a prevenção de lesões nos pés de diabéticos. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, na qual participaram 7 Enfermeiros da ESF, que atuam em Unidades Básicas de Saúde da zona sul de Teresina-PI. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial, por meio do nº CAAE 045.06.927/12. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, a qual tinha como 1ª etapa dados sobre a caracterização dos sujeitos, e a 2ª etapa as seguintes perguntas abertas: Você sabe o que significa a neuropatia diabética e quais suas consequências? O que você sabe sobre as lesões nos pés de clientes diabéticos? Quais as medidas devem ser adotadas para prevenir as lesões nos pés em diabéticos? Na caracterização dos sujeitos verificou-se que a maioria dos enfermeiros tinham entre 37 e 56 anos (5), quanto ao grau de escolaridade predominou os que tinham especialização (4), a maior parte era do sexo feminino (5), o tempo de formação variou entre 2 e 31 anos; já quanto ao tempo de serviço variou entre 2 e 28 anos. A análise das falas possibilitou a formação de duas categorias: saberes dos Enfermeiros sobre a prevenção de lesões nos pés de diabéticos e as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros para a prevenção de lesões nos pés dos diabéticos. A pesquisa mostrou que o profissional enfermeiro tem conhecimento sobre a etiologia das lesões nos pés, mencionando a neuropatia diabética como principal fator. Entretanto, foi possível verificar que as práticas para prevenção das lesões devem ser reforçadas, tanto no que diz respeito ao exame clínico minucioso, quanto no que se refere à orientação do cliente. Espera-se com esse estudo despertar o interesse dos Enfermeiros a aperfeiçoar as estratégias utilizadas para educar e orientar os diabéticos, bem como qualificar sua equipe a fim de proporcionar um melhor atendimento e prevenir lesões nestes pacientes.

COLÁGENO HIDROLISADO EM MATRIZ DE GLICERINA NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS DE FACE

ANGELA CARLOS DO AMARAL¹; SHIRLEY RANGEL GOMES²; MARIA MADALENA OLIVEIRA DO AMARAL³; ESTACIO BARRETO DA SILVA⁴; APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA⁵

¹HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ²HGG, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ³CUIDAR CARE, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ⁴HOSPITAL SÃO JOSE, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ⁵FACULDADE REDENTOR, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Colágeno; Cuidados de enfermagem; Queimaduras.

INTRODUÇÃO: Novas opções terapêuticas para o tratamento de queimaduras são constantemente buscadas, especialmente se reduzirem tempo de cicatrização e dor, sem aumentar as taxas de infecção. A queimadura é a alteração da integridade da pele pode resultar em uma cascata de eventos que resulta em seqüela, definida como qualquer alteração da pessoa vítima desta a nível estético, funcional e psicológico, como o absenteísmo na escola e dificuldades de relacionamento social e no trabalho. 1 Nos casos de queimaduras profundas em face, elas vem acompanhadas de muito sofrimento para os pacientes e seus familiares e deixa seqüelas físicas, psicológicas e sociais. 2 A estimativa é que em torno de 1 milhão de pessoas sejam acometidas por algum tipo de queimadura no Brasil a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. 3 O tratamento é doloroso observa-se que os pacientes suportam de forma mais resignada o restante do tratamento das outras áreas do corpo na redução da dor facial. **OBJETIVO:** Descrever os resultados da assistência de enfermagem dispensada a dois pacientes adultos com faces queimadas com lesões de 1º, 2º e 3º graus, nas quais foram utilizados tratamentos tópicos da associação de colágeno hidrolisado e glicerina em uma matriz de hidrogel. 4 **METODOLOGIA:** Estudo de caso que caracteriza-se pelo estudo verticalizado de um ou poucos casos, sendo que o caso consiste no objeto de observação. 5 Os materiais empregados no cuidado com as múltiplas ulcerações foi higiene com água potável e sabão líquido neutro e aplicação de colágeno hidrolisado e glicerina em matriz de hidrogel com reaplicação a cada 24 horas ou quando apresentasse ressecamento. A evolução cicatricial das lesões foi registrada através de fotografias com máquina digital de 5.0 megapixels. Contou-se com a participação voluntária dos clientes, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes ou respectivos responsáveis, conforme o exigido pela resolução do CNS 466/12. 6 **RESULTADOS:** A total cicatrização das lesões com utilização de colágeno hidrolisado e glicerina em matriz de hidrogel sugere um novo tratamento para as queimaduras de face, visto tempo reduzido de tratamento, qualidade tênsil e estética na cicatrização. **CONCLUSÃO:** As ações de enfermagem foram efetivas em promover a cicatrização das lesões e contribuíram com a diminuição do tempo tratamento e com o prognóstico favorável destes pacientes.

PO - 322 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM FÍSTULA ENTERO-CUTÂNEA

ERIKA FABIOLA LEANDRO SANTOS¹; WAGNER PEREIRA DA SILVA²; REGINA CÉLIA DA LUZ FERREIRA³

^{1,3}UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²MINISTERIO DA SAUDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Fístula Entero-Cutânea; Cuidados de Enfermagem; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: A enterocolite necrosante (ECN) é a emergência do trato gastrointestinal que mais frequentemente coloca a vida do neonato em risco. A doença se caracteriza por vários graus de necrose de mucosa e transmural do intestino. Prematuridade e transfusão eritrocitária são alguns fatores de risco associados ao desenvolvimento desta patologia. Uma de suas complicações é a estenose pós-ECN necessitando de abordagem cirúrgica para ressecção intestinal. **OBJETIVO:** Descrever os cuidados de Enfermagem à criança com fístula entero-cutânea. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital universitário pediátrico do município do Rio de Janeiro, no período de julho/2015 e setembro/2015. **RESULTADO:** K.L.O., lactente de seis meses, história de prematuridade, desnutrido, acometido por ECN pós-transfusional no período neonatal. Necessitou realizar abordagem cirúrgica para ressecção de ceco e íleo terminal com ileostomia a Hartmann aos dois meses de vida. Aos quatro meses, realizou reconstrução do trânsito intestinal com complicações no pós-operatório levando a três novas abordagens cirúrgicas. Evoluiu com fístula entero-cutânea, com descolamento de tecido, apresentando risco de peritonite por conteúdo fecal. Realizado curativo em região com descolamento, preenchendo área com alginato de cálcio com prata e filme transparente a fim de evitar presença de fezes na cavidade abdominal. Proteção da pele com protetor de pele spray e aplicação de bolsa coletora em fístula. Após um mês de tratamento, a fístula evoluiu com fechamento total, e cicatrização do descolamento, sem lesões cutâneas. **CONCLUSÃO:** Lesões de pele, sobretudo decorrentes dos cuidados prestados e de complicações em feridas operatórias, geram custos hospitalares adicionais. No caso em questão, a escolha de uma cobertura que isolasse a cavidade abdominal concomitantemente tratasse adequadamente a lesão permitiu reduzir custos com desdobramentos inesperados, como peritonite e sepse, além de otimizar a recuperação do lactente.

GANGRENA DE FOURNIER: ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE CURATIVOS NA EVOLUÇÃO DA FERIDA PÓS-DEBRIDAMENTO

RITA DE JESUS GRIJO E SILVA RITA GRIJÓ SILVA
HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Fournier; Comissão Curativos; Terapia.

Síndrome de Fournier é uma fasciite necrotizante de origem polimicrobiana, rapidamente progressiva que acomete a genitália e região perineal. Mesmo com os avanços na terapêutica, a morbidade e a mortalidade desta afecção permanecem elevadas

OBJETIVO: Descrever a evolução da ferida pós-desbridamento, após atuação da Comissão de Curativos. **MÉTODOS:** A evolução da ferida foi acompanhada e documentada por meio dos registros fotográficos e dados coletados durante a assistência e dos registros no prontuário. Foi assinado pelo paciente o termo de consentimento livre e esclarecido. JR, 60 anos, encaminhado de uma UPA, para emergência de hospital público do RJ, no dia 26/03/2014. Com sinais de infecção, áreas de enfisema subcutâneo e edema importante do quadrante inferior esquerdo do abdome, bolsa escrotal, pênis, períneo e coxa, intensa dor a palpação. Diabético, hipertenso em uso de Ciproxacilina + clavulanato e Clindamicina IV. Foi submetido a desbridamento cirúrgico amplo de toda área acometida, identificando múltiplas lojas profundas de abscessos em fâscias, acometendo flanco esquerdo, períneo e extendendo até região infrapatelar direita e realizada transversostomia em alças para proteção, CVD e transferido para o CTI. Curativo diário no CC com sulfadiazina de prata. No dia 31/03 solicitada avaliação da enfermeira da Comissão de Curativos no CC, extensa área muscular exposta em coxa direita, períneo anterior com exposição de testículos, grande quantidade de esfacelos, exsudato e odor fétido. Realizado Limpeza com PHMB e cobertura com Hidrofibra com prata. No dia 02/04 foi admitido na Internação Cirúrgica após curativo no CC, a partir do dia 11/04 realizado as trocas do curativo na enfermaria pela Comissão. 20/04 Grande área de tecido de granulação, pouco exsudato, sem odor, mudança da cobertura para hidrogel com alginato e gaze impregnada com petrolatum após limpeza com PHMB. 13/05 100% de tecido de granulação, bordas contraídas, diminuição da lesão, após retirada da sonda vesical detectada presença de fístulas em trajeto de uretra peniana, realizado cistostomia por punção para higiene local e drenagem urinária. 28/05/2015 paciente transferido para outro hospital para realização de enxertia.

CONCLUSÃO: Os resultados positivos decorrentes da conduta adotada pela Comissão de curativos para o tratamento da gangrena de Fournier, confirmaram que a terapia tópica adequada foi fundamental no processo de evolução positiva da ferida.

PO - 324 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: MINIMIZANDO RISCOS DE LESÕES CUTÂNEAS NA MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI

ERIKA FABIOLA LEANDRO SANTOS¹; WAGNER PEREIRA DA SILVA²; JAQUELINE DA FONSECA CAMPOS³
¹UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²MINISTERIO DA SAUDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³HOSPITAL DA CRIANÇA,
RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Malformação de Arnold-Chiari; Processos de Enfermagem; Prevenção e Tratamento.

INTRODUÇÃO: A malformação de Arnold-Chiari é uma síndrome caracterizada por herniações cerebelares acometendo o sistema nervoso central relacionada a defeitos no desenvolvimento intrauterino. **OBJETIVO:** Minimizar os riscos de lesões cutâneas através da elaboração de um plano de cuidados a partir dos diagnósticos de Enfermagem identificados em NANDA. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa foi de natureza descritiva-exploratória realizada em um hospital universitário pediátrico. Trata-se do relato de caso de um lactente de 5 meses, portador da patologia supracitada, em alimentação por sonda, nefrostomia, derivação ventrículo-peritoneal proeminente, em uso de órtese por pé torto congênito, dispneia por má formação torácica e cicatriz cirúrgica em local de mielomeningocele. **RESULTADOS:** Identificamos 18 diagnósticos de enfermagem, através dos quais levantamos suas intervenções de enfermagem. 1. Padrão ineficaz de alimentação do bebê. 2. Risco de desequilíbrio eletrolítico: controle do peso, controle hídrico, alimentação por sonda enteral. 3. Eliminação urinária prejudicada. 4. Retenção urinária: controle hídrico, cateterização vesical intermitente. 5. Troca de gases prejudicada. 6. Padrão respiratório ineficaz. 7. Ventilação espontânea prejudicada: oxigenoterapia prescrita, posição no leito a 45°, aspiração de vias aéreas. 8. Risco de síndrome do desuso: retirada periódica da órtese para mobilização do membro. 9. Mobilidade no leito prejudicada: mudança de decúbito. 10. Risco de tensão do papel de cuidador: orientação acerca das intervenções e cuidados, promoção do vínculo. 11. Risco de infecção: supervisão da pele, cateterização vesical com técnica estéril. 12. Risco de aspiração: confirmação da posição da sonda enteral antes de cada dieta, mudança de decúbito. 13. Integridade da pele prejudicada: retirada periódica da órtese, uso de protetores cutâneos, supervisão da pele. 14. Risco de integridade da pele prejudicada: mudança de decúbito, supervisão da pele, proteção de proeminências. 15. Deglutição prejudicada: alimentação por sonda, precauções contra aspiração. 16. Atraso no crescimento e desenvolvimento: acompanhamento dos marcos de desenvolvimento e curvas de crescimento. 17. Constipação: controle hídrico, mobilidade no leito, adequação da dieta. 18. Risco de resposta alérgica ao látex: diminuição da exposição ao látex. **CONCLUSÃO:** Consideramos que a construção do plano de cuidados foi essencial para nortear o cuidado, facilitando as orientações aos cuidadores, tornando-a mais objetiva.

A UTILIZAÇÃO DE GEL DE PHMB 0,1% NO TRATAMENTO DA TINEA PEDIS (PÉ DE ATLETA)

ANGELA CARLOS DO AMARAL¹; SHIRLEY RANGEL GOMES²; MARIA MADALENA OLIVEIRA DO AMARAL³; ESTACIO BARRETO DA SILVA⁴; APARECIDA RODRIGUES DE OLIVEIRA⁵

¹HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ²HGG, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ³CUIDAR CARE, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ⁴HOSPITAL SÃO JO, ÉRAMOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; ⁵FACULDADE REDEN, CAMPOS DOS GOYTACAZE - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Dermatomicoses; Solução de PHMB 0,1%.

As dermatomicoses são doenças fúngicas que acometem a pele, unhas e cabelos e, raramente, outros órgãos do sistema, sendo prevalente em homens e animais; é considerada uma causa importante de morbidade, principalmente em pessoas diabéticas. Apesar de raramente apresentarem risco de morte para os pacientes, podem acarretar efeitos debilitantes, afetando a sua qualidade de vida, sendo altamente prevalentes na América Latina. 1,2,3 As duas formas mais comuns nos adultos são Tinea cruris e Tinea pedis sendo que esta última tem a localização interdigital e é frequentemente encontrada em desportistas. É conhecida popularmente como "pé de atleta" causada principalmente pelo *E. floccosum*, *T. mentagrophytes* e *T. rubrum* e as formas clínicas são: tinha interdigital (aguda ou crônica), tinha em mocassim (forma crônica com descamação difusa do pé), tinha inflamatória (apresenta vesículas).4-5 **OBJETIVO:** Descrever o tratamento desta afecção com gel de PHMB 0,1%, gel antisséptico de amplo espectro de ação. **METODOLOGIA:** Trata-se de relato em unidade ambulatorial. A técnica de curativo utilizada: higienização dos pés com sabonete de formulação neutra e água potável, aplicação de gaze impregnada no solugel diretamente sobre as lesões, adicionando curativo secundário com gaze estéril e ataduras autoadesivas. A troca dos curativos foi realizada a cada 24 horas. Os registros fotográficos foram feitos com câmera digital com 8 megapixels. Contou-se com a colaboração voluntária do paciente e as imagens foram realizadas após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido como determina a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Não houve tratamento sistêmico durante o tratamento tópico. **RESULTADOS:** A cicatrização das lesões interdigital ocorreu em 5 trocas ou 5 dias. **CONSIDERAÇÕES:** A utilização da solução em gel de PHMB 0,1 % demonstrou ser bastante eficaz no tratamento da dermatomicose (pé de atleta). Além do curativo foi realizada educação permanente, visando prevenção de reincidência, com abordagem nos aspectos: controlar ou modificar os fatores ambientais de calor, umidade e maceração; higienizar os pés todos os dias com água e sabão, secar bem entre os dedos para eliminar os detritus hiperqueratósicos. Usar tecidos naturais (meias de algodão), trocar periodicamente os sapatos, não usar sapatos e meias de outras pessoas, usar sapatilhas de banho quando for usar vestuário ou duchas públicas e evitar o uso de toalhas de outras pessoas.

PO - 326 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

REVISÃO DA ABORDAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE

ALINE PADILHA MATTEI; TALITA MENDES DOS SANTOS; DAMILY RAQUEL WIERZYNSKI; TATIANE BARATIERI
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ, GUARAPUAVA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Hanseníase.

INTRODUÇÃO: A Hanseníase é uma doença crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, caracterizada por alta infectividade, baixa patogenicidade e o alto potencial incapacitante (BRASIL, 2010). Dentre os acometimentos, destaca-se a ferida neuropática hansênica, causada por neuropatia periférica (BRASIL, 2008b). Para o tratamento adequado é necessário um levantamento criterioso e integral do paciente. Para tanto o enfermeiro pode lançar mão do processo de Enfermagem, direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permeado pelo desenvolvimento e organização do trabalho, sendo uma dinâmica de ações inter-relacionadas e sistematizadas que busca uma assistência de qualidade (OLIVEIRA, 2012). **OBJETIVO:** Averiguar estudos publicados que abordem o cuidado de enfermagem á feridas hansênicas e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Lilacs e Pubmed, no período de dezembro de 2014 e atualizada em março de 2015, com os Descritores: leprosy, hansen's disease, ulcer/wound e nurse, e seus equivalentes na língua portuguesa e espanhola. Obteve-se um total de 374 artigos (207 na Pubmed e 167 na Lilacs). Dentre estes foram selecionados sete artigos que contemplavam o objetivo do estudo. **RESULTADOS:** Duarte (2008, 2009) refere que a consulta de enfermagem é um processo integrante da SAE, com potencial enquanto estratégia de abordagem integral do cliente portador de ferida hansênica. Como parte imprescindível no processo os diagnósticos de enfermagem de maior prevalência, para este acometimento, são: integridade tissular prejudicada (50,00%), mobilidade física prejudicada (33,33%), risco para síndrome do desuso (19,04%), déficit para o autocuidado e proteção ineficaz (11,90%) (BASSOLI; 2007). Viera et al.(2004) afirmam que a SAE, quando aplicada em pacientes com feridas hansênicas, cujo tratamento é longo, tem o potencial de gerar uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo e como consequência pode aumentar a qualidade de vida do portador. **CONCLUSÕES:** É possível realizar uma assistência de qualidade e que contemple a maioria dos aspectos do paciente portador de ferida crônica hansênica, quando o enfermeiro utiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem, conhecer os diagnósticos principais e direcionar os cuidados, possibilita uma melhor qualidade de vida do portador.

A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PAPEL DO ENFERMEIRO

CÁSSIO MARIN MARIN FELIPPINI; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; VAGNER COSTA PEREIRA
CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Escala de Braden; Úlcera por Pressão; Papel do Enfermeiro.

INTRODUÇÃO: As Unidades de Pronto Atendimento - UPAs 24h são estruturas cuja complexidade é intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgência hospitalares, e juntas compõem a rede de Atenção às Urgências. Apesar de ser uma unidade, onde a permanência do paciente em observação deveria ser de 24h, em virtude a falta de leitos, muitos pacientes que chegam a essa unidade permanecem internados, sendo na maioria das vezes em macas desconfortáveis, passíveis de agravos a estes pacientes, dentre estes cita-se as úlceras por pressão (UPP). Dentre as chamadas feridas complexas a úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão localizada, acometendo pele e/ou tecidos subjacentes, sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão, ou pressão associada a cisalhamento e/ou fricção. Frente a isso, utiliza-se a Escala de Braden, ou seja, quando há alterações da integridade da pele que comumente resultam em lesões denominadas úlceras por pressão (U.P.), escaras ou úlceras de decúbito. **OBJETIVO:** Relatar a experiência, diante a utilização da Escala de Braden em uma Unidade de Pronto Atendimento, em pacientes que permanecem em longo período na sala de observação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, diante a vivência enquanto acadêmico em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, no período de março a abril de 2015. **RESULTADOS:** A UPP é formada muitas vezes pelo paciente estar acamado, imobilizado e com má perfusão tecidual. Utilizamos a escala de braden para identificar o risco do paciente em desenvolver úlcera por pressão (UPP). Quanto menor o escore da escala de braden, maior o risco de desenvolver UPP. Em uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h), é importante identificar a necessidade de utilizar a escala de breden, pois hoje os pacientes que ficam em observação por longos períodos. **CONCLUSÃO:** Conforme o relato observamos que desenvolvendo a escala de braden na unidade de pronto atendimento, teremos uma qualidade de cuidado melhor. Trazendo ao paciente debilitado o tratamento específico e melhorado quanto aos pontos de pressão.

PO - 328 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NOS IDOSOS EM CLÍNICAS GERIÁTRICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CÁSSIO MARIN MARIN FELIPPINI; GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; VAGNER COSTA PEREIRA
CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Geriatria; Prevenção de úlceras por pressão; Melhoria do cuidado.

INTRODUÇÃO: As clínicas geriátricas são estruturas que abrangem uma classe de pessoas idosas que na maioria das vezes são debilitadas e necessitadas de um cuidado mais abrangente. Muitos destes pacientes além das necessidades comuns dos idosos, no processo de envelhecimento natural, estão muitas vezes acamados, ou permanecem por longos períodos na mesma posição, sobre uma cadeira de rodas, podendo haver pontos de pressão, o que aumenta a predisposição para úlceras por pressão (UPP). Desse modo, deve-se reestabelecer e ampliar cuidados na prevenção das UPPs. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência, dos cuidados e prevenções em clínicas geriátricas, em pacientes debilitados e acamados a longos períodos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, diante a vivência enquanto acadêmico em uma clínica geriátrica, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, no período de Janeiro a fevereiro de 2015, que mantém aproximadamente 200 idosos. **RESULTADOS:** Dentre as chamadas feridas complexas a úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão localizada, acometendo pele e/ou tecidos subjacentes, sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão, ou pressão associada a cisalhamento e/ou fricção. A UPP é formada muitas vezes pelo paciente estar acamado, imobilizado e com má perfusão tecidual. Frente a isso utiliza-se de prevenções e cuidados específicos com os pacientes, gerando a atenção merecida e uma nova percepção de quaisquer pontos que ficam debilitados nesses pacientes idosos. **CONCLUSÃO:** A manutenção da integridade da pele é responsabilidade do enfermeiro e o cuidado só é possível a partir de uma visão holística, ou seja, visão do paciente como um todo. Conforme o relato observa-se a melhoria do cuidado oferecido aos pacientes, quando o enfermeiro possui o conhecimento e aptidão para minimizar as UPPs, havendo diminuição dos princípios e das úlceras por pressão.

ATIVIDADES DA NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS

ANA CAROLINA DE CASTRO MENDONÇA QUEIROZ¹; GABRIELA RODRIGUES ALVES²; BRUNA FERNANDES SILVA³; SUELEN GOMES MALAQUIAS⁴; MARIA MÁRCIA BACHION⁵

¹CEEN, APARECIDA DE GOIANIA - GO - BRASIL; ^{2,3,4,5}FACULDADE DE ENFERMAGEM - UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera da perna; Úlcera varicosa.

INTRODUÇÃO: A enfermagem deve intervir de forma assertiva e padronizada, por isso o uso de taxonomias. No entanto, as atividades propostas necessitam ser investigadas quanto sua evidência. **OBJETIVO:** Investigar na literatura as intervenções recomendadas no atendimento de enfermagem à população com úlceras venosas, comparando-as com as atividades da intervenção "cuidados circulatórios: insuficiência venosa" da Nursing Interventions Classification (NIC). **RESULTADOS:** Das 353 publicações encontradas, 19 abordavam intervenções de enfermagem relacionadas ao cuidado com pessoas com úlcera de perna, e nove publicações abordaram sobre a intervenção de cuidados circulatórios, no qual serão apresentados como resultados parciais desta revisão. Quanto ao tipo dos 19 estudos eram: seis estudos observacionais, um Quase-experimental, oito experimentais e quatro revisões da literatura. Com graus de recomendação variando de A ao C. As amostras variaram de 10 à 10.990 participantes e as médias de idade variaram de 45 à 70 anos. As publicações referentes aos Cuidados circulatórios abordaram as atividades: "Avaliar edema periférico e pulsações" e "Monitorar o grau de desconforto ou dor" pela mesma publicação, contudo 71,4% das publicações recomendaram terapias com bandagens de alta compressão, mediante o efeito satisfatório na cicatrização das lesões e diminuição de recidivas. Porém, não há esta recomendação na NIC para a intervenção analisada. Dois estudos avaliaram intervenções cirúrgicas para melhora da circulação contribuindo para diminuição do tempo de cicatrização. **CONCLUSÃO:** A literatura recomenda fortemente, para tratamento de úlceras venosas, a implementação de terapia compressiva com bandagens de alta compressão isoladamente ou associada à outra terapêutica. Essa recomendação não identificada entre as atividades da intervenção específica da NIC, demonstra a necessidade de uso reflexivo das taxonomias pelo enfermeiro, para que este não norteie seu atendimento apenas pelas taxonomias ou normativas estabelecidas. Esses resultados instigam a reflexão sobre aspectos ético-legais relacionados ao estabelecimento da terapia compressiva pelo enfermeiro na prática clínica, ao observar a variabilidade de deliberações sobre esta questão entre os conselhos regionais de enfermagem.

PO - 330 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CENÁRIO DA PESQUISA DE FITOTERÁPICOS QUE PODEM SER USADOS NO CUIDADO DE FERIDAS NO BRASIL

ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS; SUZANA SANCHEZ SCOSSATI; LAURA DOS SANTOS MAMEDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Fitoterapia.

INTRODUÇÃO: O Brasil vem desenvolvendo pesquisas importantes para o avanço do conhecimento das propriedades medicinais das plantas utilizadas pela população. O que se soma ao estímulo dado pelos programas e políticas nacionais que fomentam a inserção desse tipo de terapia no Sistema Único de Saúde (SUS), o que demonstra a busca pela oferta de um atendimento humanizado e integral. Um dos avanços, além da Política Nacional de Plantas Medicinais e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, trata-se da RDC nº 10, de 2010, que traz uma lista com 66 plantas medicinais que podem ser utilizadas e distribuídas pelos serviços de saúde, elucidando aspectos como dose, preparação e contraindicações. Um marco nacional muito importante na área da pesquisa dos fitoterápicos é a Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS (RENISUS) lançada em 2009, que contém 71 plantas medicinais que devem ser objeto de pesquisa e implementação dos setores e serviços de saúde públicos brasileiros (Brasil, 2009). Reafirmando a importância da utilização de plantas medicinais para a promoção, prevenção e cuidado à saúde, estando em voga neste estudo o uso da fitoterapia no cuidado de feridas. **OBJETIVO:** Realizar um levantamento do que tem sido pesquisado, estudado e publicado a cerca dos 71 fitoterápicos da RENISUS, com enfoque para aquelas com indicação anti-inflamatória e cicatrizante. **MÉTODO:** Revisão sistemática da literatura, com busca de Julho a Agosto no ano de 2015, com os nomes botânicos das respectivas plantas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. **RESULTADOS:** Dos 71 fitoterápicos pesquisados foram encontrados e selecionados apenas 21 artigos, os quais as plantas indicadas no processo de cicatrização de feridas são: *Aloe vera*, *Anacardium occidentale*, *Caesalpinia férrea*, *Calêndula officinalis*, *Chamomilla recutita*, *Chenopodium ambrosioides*, *Jatropha gossypifolia*, *Schinus aroeira* e *Solidago microglossa*. **CONCLUSÃO:** Através da pesquisa foi possível constatar que existem poucos estudos a respeito de plantas medicinais que atuam como cicatrizantes ou possuem ação anti-inflamatória. A utilização de plantas medicinais tem sido cada vez mais, uma importante alternativa no tratamento de feridas, o que traz uma demanda por novos estudos de comprovação clínica, custos, e benefícios e a constante atualização acerca das publicações realizadas.

CUIDADO E EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DOMICILIAR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE CASO

ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS; MARINA VARGAS JORY
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO: Úlcera por pressão (UP) é a morte celular em uma determinada área resultante da compressão de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície externa rígida por um período de tempo prolongado.^{1,2,3} A UP é um sério problema e afeta aproximadamente 95% dos pacientes hospitalizados, sendo o calcâneo uma área comumente afetada (20%). Ela é responsável por uma série de consequências aos pacientes, causando grande impacto na vida de quem convive com elas. **RELATO DE CASO:** A paciente M.G.V., 93 anos, não portadora de Diabetes Mellitus, foi internada (21/04/15) permanecendo na UTI por 10 dias, desenvolvendo UP em ambos calcâneos. No calcâneo direito apresentou UP no estágio II e no esquerdo estágio III. Ao receber alta (1/5/15), iniciou o tratamento das feridas no domicílio utilizando solução fisiológica em temperatura ambiente até o final do tratamento associados a medicações tópicas, sendo realizado curativos diariamente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tratamento inicial foi uso tópico de Papaína 6% durante 10 dias, sendo realizado o primeiro desbridamento instrumental conservador no calcâneo esquerdo (CE). Posteriormente, iniciou-se aplicação de Papaína 10% por mais 10 dias, sendo realizado o segundo desbridamento no CE, porém, não resultou na diminuição do tecido necrótico. Com a aceleração da cicatrização do calcâneo direito (CD) iniciou-se a aplicação de Ácidos Graxos Essenciais (AGE) alternado com Colagenase e Papaína 10% alternado com Colagenase no CE por 20 dias. A ferida do CD apresentou tecido de granulação e passou a utilizar apenas o AGE até sua completa cicatrização. Devido à dificuldade de cicatrização da ferida do CE, realizou-se desbridamento cirúrgico para retirada da necrose. Após intervenção cirúrgica, iniciou aplicação de Fibrinase e AGE por 30 dias. A ferida apresentou tecido de granulação e iniciou-se aplicação apenas do AGE até a completa cicatrização. O tempo para cicatrização das feridas foi de 90 dias para o CD e 135 para CE. Vale ressaltar que a paciente manteve repouso absoluto com elevação dos MMII durante todo o tratamento. **CONCLUSÃO:** O uso tópico das medicações, o desbridamento e o repouso foram essenciais e eficazes no tratamento da UP, apesar da demora no processo de cicatrização. Porém cabe ressaltar que a responsabilidade do cuidado do paciente é da equipe de Enfermagem, sendo ela responsável por prevenir o surgimento das UP, prestando uma assistência de qualidade e minimizando os danos causados aos pacientes.

PO - 332 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DERMATOLÓGICO NA PREVENÇÃO DO ENVELHECIMENTO EXTRÍNSECO

ANA BEATRIZ RAMOS NOGUEIRA
UNIVERSIDADE CELSO LISBOA, JAPERI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Pele; Prevenção.

INTRODUÇÃO: A escolha do tema justifica-se pelo crescimento dos problemas de pele causados pelo envelhecimento extrínseco, colocando em risco a qualidade de vida da população. **OBJETIVO GERAL:** Analisar as alterações sobre a pele em decorrência da exposição excessiva à radiação ultravioleta proveniente dos raios solares, a partir dos fototipos. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** 1. Identificar as alterações que acometem a pele do ser humano, incentivar a melhoria da assistência prestada ao profissional Enfermeiro Dermatológico; 2. Descrever os efeitos dos fototipos sobre a pele humana. Acredita-se que as ações desenvolvidas pelo enfermeiro são de extrema importância em todas as etapas que compreendem a detecção, diagnóstico e tratamento do câncer de pele; por conseguinte existe uma relevância social intrínseca sobre a atuação deste profissional para com a prevenção e o diagnóstico precoce deste tipo de câncer. **METODOLOGIA:** A revisão dos dados foi o método escolhido por permitir a criação de uma consistente base de conhecimentos do tema proposto. Essas modalidades possibilitaram levantar questionamentos sobre o assunto. Com os dados, busca-se também demonstrar novos métodos de intervenções e estabelecer criação de projetos direcionados ao objetivo do trabalho. **RESULTADOS:** Embora os procedimentos ablativos sejam bastante eficazes, eles acarretam tempo de inatividade e riscos significativos de efeitos adversos, como cicatrizes e despigmentação. **CONCLUSÃO:** Os ablativos com dióxido de carbono (CO₂) devem ser evitados porque são agressivos e danificam a pele, assim como determinados peelings químicos intensos não são recomendados. Para que as medidas de fotoproteção sejam adotadas por um maior número da população devem ser intensificados mecanismos de conscientização sobre a importância da proteção solar, pois, não é suficiente conhecer os perigos relativos à exposição solar desprotegida, deve haver uma educação profunda no estabelecimento de uma cultura à saúde da pele.

CURATIVO HIDROCOLÓIDE NO TRATAMENTO DE ESCORIAÇÃO

ÂNGELA LIMA PEREIRA; KLÉCIOS EUFRASIO XAVIER; MARIA AMÉLIA SOUSA SILVA; LYRRA MOURA SANTOS CARVALHO NERY; LUENDA CASTANHEIRA LUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS CAMPUS PALMAS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Escoriação; Curativo Hidrocolóide.

INTRODUÇÃO: Escoriações são feridas superficiais na pele causadas por alguma força mecânica, tal como ocorre em quedas, acidentes, atritos contra superfícies ásperas. Em países de língua inglesa também são conhecidas como *road rash* visto que muitas vezes ocorrem durante acidentes com condutores de bicicletas e motocicletas, ou mesmo quando pedestres são acidentados por estes meios de transporte. Visualmente se apresentam como feridas abertas, superficiais que, inicialmente, sangram moderadamente e contém sugidades de características variadas provenientes do ambiente no qual foram produzidas; além de serem muito dolorosas. O tratamento deveria seguir diretrizes comuns a feridas abertas, com uma gama de produtos disponíveis comercialmente. Todavia, em muitos casos, observa-se que as lesões são mantidas abertas sem qualquer tratamento específico. O objetivo deste estudo foi relatar um caso no qual foi utilizado o curativo hidrocolóide no tratamento de escoriação em uma criança. **RELATO DO CASO:** Criança de 3 anos, sexo feminino, caiu enquanto corria no período noturno, sofrendo escoriações no joelho esquerdo e cotovelo direito, feridas superficiais, ambas com aproximadamente 3 cm de diâmetro. Realizada limpeza com água e sabão, posteriormente, curativo com SF 0,9%, AGE (Ácidos Graxos Essenciais), gazes de algodão, atadura. Pela manhã, observou-se que a criança retirou as coberturas das lesões; as feridas apresentavam-se com tecido viável, sem formação de crostas, sendo realizado curativos com solução fisiológica 0,9% e oclusão com placa de hidrocolóide. No dia seguinte a criança retirou o curativo de hidrocolóide que cobria a lesão do joelho, porém manteve a que cobria a lesão do cotovelo. A ferida do joelho passou a ser cuidada somente com aplicação de AGE após o banho, sem cobertura. Em cinco dias, a placa foi retirada do cotovelo, sendo observado tecido de epitelização cobrindo toda a área da lesão, não sendo necessária nova cobertura com hidrocolóide. Neste mesmo momento foi observada formação de crosta na lesão do joelho; e, após 4 dias observou-se queda das crostas e epitelização. **CONCLUSÃO:** o curativo com placa de hidrocolóide teve resultado satisfatório no processo de restauração tecidual da área de escoriação tratada.

PO - 334 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PORTADOR DE ÚLCERA HIPERTENSIVA DE MARTORELL – RELATO DE CASO

WANESSA DE KÁSSIA ALVES MELO COIMBRA
CUIDAR & SAÚDE HOME CARE, ANAPOLIS - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidado; Feridas.

INTRODUÇÃO: A úlcera hipertensiva de Martorell é uma ferida crônica rara que necessita de cuidados de enfermagem específicos em prol da cicatrização, devido ao fato de ser uma úlcera dolorosa, isquêmica e por ter associação com a Hipertensão Arterial Sistêmica. Enfermagem é a ciência do cuidar, e os cuidados em feridas crônicas devem ser aplicados após uma criteriosa avaliação do enfermeiro ao paciente, que consiste em verificar a patologia que causou a lesão, nutrição do cliente, oxigenação, estado geral, exames laboratoriais, medicamentos, dentre outros fatores. **OBJETIVO:** Descrever um relato de caso sobre os cuidados de enfermagem aplicados em um paciente portador de úlcera de Martorell. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, segundo a metodologia de estudo de caso. O estudo foi realizado em uma empresa de *home care* do estado de Goiás, com um paciente portador deste tipo de úlcera. Os dados clínicos do cliente foram colhidos durante as consultas de enfermagem e curativos. **RESULTADOS:** A. F. de O., 41 anos, sexo masculino, casado, hipertenso, sedentário, faz uso de anti-hipertensivos. Relata ter feito uso de diversos produtos na lesão nos 4 meses anteriores e ter sido submetido a dois desbridamentos cirúrgicos. Na primeira avaliação de enfermagem: lesão de 10 x 8 cm em região maleolar do membro inferior direito, queixa de dor intensa durante o curativo (desproporcional ao tamanho da lesão), margens aderidas ao leito, pele adjacente ressecada, presença de esfacelo e necrose e pequena quantidade de granulação, exsudação moderada, odor acentuado. O tratamento foi extenso com duração de 24 semanas, devido a difícil definição de diagnóstico médico, que no início havia sido definida como úlcera venosa. Após diagnóstico a lesão evoluiu com cicatrização rápida, devido a realização de intervenções de enfermagem pertinentes a patologia de base como: controle da dor, controle da hipertensão arterial, monitoração do uso de medicamentos, monitorização de dieta hipossódica, curativos de ação bactericida devido a formação de biofilme causada pelo longo tempo de manipulação da lesão. **CONCLUSÃO:** Para que haja resolutividade no tratamento deste tipo de úlcera, é necessário que o enfermeiro investigue com eficiência todos os fatores inerentes a patologia que retardam a cicatrização, a fim de otimizar as intervenções de enfermagem ideais para oferecer curativos que promovam a regeneração tecidual da pele.

USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

NATALI PAOLA KELTE; JESSICA RODRIGUES; ALESSANDRA CRISTINA DE PAULA FARIA; ALINE PADILHA MATTEI; TATIANA DA SILVA MELO MALAQUIAS
UNICENTRO, GUARAPUAVA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Plantas Medicinais; Cicatrização de Feridas; Terapia Alternativas.

INTRODUÇÃO: Estudos experimentais com plantas medicinais que atuam nos processos de cicatrização estão sendo desenvolvidos com o objetivo de oferecer meios de menor custo e de uso comum entre a população, com subsídios científicos e certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Revisão de literatura que verificou o uso de plantas medicinais na cicatrização de feridas. Utilizados os descritores: "Plantas Medicinais", "Cicatrização de Feridas", "Terapia Alternativas" nas bases de dados Google Acadêmico e Bireme. Critérios de inclusão: artigos em português, completos, publicados entre 2009 e 2014. Foram incluídos os artigos que se encaixavam no tema proposto e discutiam plantas medicinais no processo de cicatrização de feridas, constituindo 03 artigos, sendo dois relatos de caso e uma revisão de literatura. **RESULTADOS:** O estudo de Oliveira et al. 2010, relata o caso de um paciente portador de ferida isquêmica, tratado com cobertura à base de Aloe vera e colágeno. Evidenciou-se diminuição das dimensões da ferida, com contração das bordas e progressiva formação de tecido de granulação e epitelial a cada avaliação, ocorrendo a cicatrização completa após dez semanas de tratamento. Os autores Oliveira et al, 2010 relatam os efeitos do tratamento tópico do jucá (*Caesalpinia ferrea*) em feridas cutâneas em quinze caprinos machos. Houve completa epitelização das feridas tratadas no 21o dia, enquanto que as feridas do grupo controle necessitavam de mais tempo. No estudo de Piriz et al (2014), foi realizada uma revisão da literatura com os descritores: Plantas Medicinais e Cicatrização de Feridas nas bases de dados PubMed, LILACS e COCHRANE. Selecionados 57 artigos. Os resultados apontam que um total de 52 plantas medicinais e um composto de ervas foram estudados experimentalmente ou clinicamente, quanto aos seus efeitos no auxílio do processo de cicatrização, sendo que a maioria (88,5%) apresentou eficácia. **CONCLUSÃO:** Contribuir para a cura de lesões através da testagem da ação de novos produtos ou produtos utilizados pela população que ainda não haviam sido testados cientificamente, reafirma o significativo papel da enfermagem no desenvolvimento de novas alternativas para o tratamento de feridas e, acima de tudo, fortalece o sentimento de contentamento por poder prestar assistência de enfermagem integral.

PO - 336 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO DE CALCÂNEO EM PACIENTES SUBMETIDOS À ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - ATUAÇÃO EM UM MUTIRÃO DE CIRURGIAS

MONIKE FACCIO SEVERONICO PORTELA; ADRIANA MATOS PEREIRA; RENATA DA SILVA CORREA CANELLA; KITTY CRAWFORD; ANDREA FONSTES DA FONSECA
INTO, NOVA IGUACU - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Artroplastia total do joelho; Consulta de enfermagem; Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO: As filas de espera por cirurgias nos hospitais do nosso país há muito tempo é um desafio para os diversos serviços de saúde pública. O fato é notícia nos principais meios de comunicação e o tempo de espera em alguns casos pode chegar a mais de 4 anos. Nas diferentes esferas de governo e nas diferentes especialidades médicas, a situação se repete e esperar é a única solução. Com o objetivo de reduzir o tempo de espera por uma cirurgia, um hospital de referência em cirurgias ortopédicas do estado do Rio de Janeiro, realiza anualmente diversos mutirões em várias subespecialidades, período em que ocorre maior número de cirurgia em menor espaço de tempo. Em março de 2015, aconteceu o mutirão de cirurgias do joelho, que contemplou 100 pacientes, em uma semana, dos quais, 60% foram Artroplastia Total do Joelho (ATJ). Por se tratar de um procedimento de alta complexidade, a ATJ também acumula alguns riscos que devem ser esclarecidos aos pacientes e familiares para que juntos com a equipe de saúde possam adotar medidas para preveni-los e/ou minimizá-los. **OBJETIVOS:** Descrever a importância da Consulta de Enfermagem Pré- Operatória ao paciente que será submetido à ATJ como instrumento de educação do paciente; Citar as medidas de prevenção de úlceras por pressão (UPP) adotadas durante o mutirão de cirurgias. **MÉTODO:** Relato de experiência com estudo descritivo retrospectivo, a partir da vivência em um mutirão de cirurgias do joelho, em março de 2015. **RESULTADOS:** Os pacientes submetidos à ATJ, durante o mutirão de cirurgias foram preparados pela equipe multidisciplinar, visando prevenir e/ou minimizar riscos decorrentes da cirurgia. Um dos principais riscos envolvidos neste tipo de intervenção é a UPP em calcâneo, devido a diversos fatores, como: edema do membro operado, isquemia programada em período operatório, imobilidade, atrito, entre outros. Durante a Consulta de Enfermagem o paciente é esclarecido sobre os possíveis riscos, as formas de prevenção, bem como os sinais e sintomas de complicação. Esta abordagem faz com que o paciente possa participar ativamente no gerenciamento do próprio cuidado, tendo como principal ganho a minimização dos riscos e a reabilitação o mais precocemente possível. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a Consulta de Enfermagem em Pré-Operatório de cirurgias de joelho foi fator preponderante para prevenção de UPP de Calcâneo. Nos pacientes submetidos à ATJ durante o mutirão de cirurgias do joelho, não foi observado qualquer caso de UPP.

LESÕES DE PELE RELACIONADA A ADESIVOS MÉDICOS - CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCO HEMATOLÓGICOS - RELATO DE CASO

DENISE NETO NETO STASIAK; LIVIA KREVER DE SOUZA; STEICE DA SILVA INÁCIO; ANA AMÉLIA ANTUNES LIMA
UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Lesões de Pele; Onco Hematológico.

INTRODUÇÃO: O cuidado com a pele e a prevenção de lesões é fundamental no paciente onco-hematológico, pois devido ao tratamento agressivo e inúmeras internações consecutivas, a pele torna-se mais sensível e suscetível a lesões. O traumatismo tecidual causado por remoções seguidas de fitas adesivas, curativos e outros adesivos de uso clínico, pode gerar um aumento da dor e risco de infecção, representando para a enfermagem um desafio nos cuidados com a realização de curativos nestes pacientes. **OBJETIVO:** Relatar o cuidado de enfermagem com lesão de pele em paciente com mieloma múltiplo, submetido a transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH). **MÉTODO:** Relato de caso retrospectivo, por análise de prontuário em um hospital público do sul do Brasil. **RESULTADOS:** Paciente sexo feminino, 42 anos, portadora de Mieloma Múltiplo e comorbidades preexistentes: HAS, miocardiopatia dilatada, neuropatia periférica. Internou em 15/7/15, para TCTH Autólogo; em 16/7/15 colocou cateter de Schilley na veia jugular direita para coleta de células progenitoras hematopoéticas, que foi substituído em 24/7/15 por um cateter duplo-lúmen (CDL). No condicionamento pré transplante recebeu protocolo Melfalano 200. Infundiu células progenitoras hematopoéticas em 31/7/15. A partir de 25/7/15 iniciou com dermatite de contato alérgica em área peri inserção do CDL, por uso de adesivos transparente, com piora após 24hs. Em 26/7/15, foi realizado curativo com gaze + atadura em local da inserção do CDL. Em 27/7/15 houve piora, e aumento da hiperemia. A partir de 28/7/15 iniciou cuidados de enfermagem com inspeção diária, curativos realizados pela enfermagem com gaze + atadura + película protetora sem ardor + (TCM) por três dias consecutivos. A partir de 1/8/15 houve melhora das lesões de pele causadas pelo adesivo mantendo-se o curativo diário com filme de poliuretano transparente + película protetora sem ardor até a data da alta em 20/8/15. **CONCLUSÃO:** Salienta-se a importância da avaliação clínica diária do enfermeiro, para o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem com a pele do paciente onco-hematológico, com o objetivo minimizar os riscos de lesões de pele relacionadas ao uso de adesivos médicos, evitando-se também o risco de infecção.

PO - 338 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

REVISÃO SISTEMÁTICA: A ATUAÇÃO DE LUZES NÃO COERENTES (LED'S) NA CICATRIZAÇÃO CUTÂNEA

FRANCIELLE RODRIGUES GUIMARÃES¹; ADRIANA CLEMENTE MENDONÇA²; JÚLIA DE PAULA TASSO³; ELAINE CALDEIRA GUIRRO⁴

^{1,4}FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL; ^{2,3}UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO, UBERABA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Fototerapia; Diodos emissores de luzes; Cicatrização cutânea.

INTRODUÇÃO: A cicatrização cutânea é um processo complexo, tem como objetivo restaurar a homeostase corporal e protegê-lo contra possíveis patógenos oportunistas. Recentemente, a fototerapia por luzes não coerentes (LED's) destacou-se como método bioestimulador para o reparo tecidual, mas seu uso no tratamento de lesões cutâneas é ainda recente. **OBJETIVO:** O objetivo desta revisão sistemática foi avaliar a atuação de LED's na cicatrização cutânea. **MÉTODOS:** Foi realizada busca e seleção criteriosa de ensaios clínicos publicados nos últimos 10 anos nas principais bases de dados. Os trabalhos foram selecionados por dois pesquisadores de forma independente, por critérios de inclusão e discordâncias entre os pesquisadores foram resolvidas por consenso. Os estudos selecionados foram sumarizados, avaliada a qualidade metodológica e níveis de evidências. Por se tratar de revisão sistemática, não houve necessidade de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** Foram identificados 1.262 registros e selecionados 10 artigos pelos critérios de inclusão. As informações destes trabalhos foram sintetizadas em uma tabela. A maioria destes estudos avaliou a cicatrização cutânea por imagens; alguns trabalhos verificaram também o tecido de granulação, o eritema, a hiperemia, o edema e a dor antes e após o tratamento. Estes estudos apresentaram grande diversidade de parâmetros. O comprimento de onda variou entre 400 a 956 nm, a dose entre 3 e 6 J/cm², a quantidade de aplicações de duas vezes ao dia a uma vez por semana, dentre outros. Os grupos controles receberam pelo menos o tratamento convencional (higienização da lesão e curativo) e/ou tratamento com o aparelho desligado. A maioria dos estudos foi classificada como de alta qualidade pela Escala PEDro e há evidência de atuação positiva de LED's na cicatrização cutânea, contribuindo para o reparo cutâneo mais rápido e seguro. **CONCLUSÃO:** Por se tratar de nova forma de tratamento o mesmo ainda deve ser utilizado com cautela, esta revisão servirá para subsidiar sua utilização clínica favorecendo a prática baseada em evidências.

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ÚLCERAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP

FRANCIELLE RODRIGUES GUIMARÃES; MARCEL NANI LEITE; CAMILA GUELLIS; MARCO ANDREY CIPRIANI FRADE
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Epidemiologia; Patógenos oportunistas; Úlceras cutâneas.

INTRODUÇÃO: A cicatrização cutânea é um processo complexo, tem como objetivo restaurar a homeostase corporal e protegê-lo contra possíveis patógenos oportunistas. **OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de úlceras da Dermatologia do HC-FMRP/USP nos últimos 10 anos e identificar as infecções mais prevalentes. **MÉTODOS:** Foi realizada revisão das pastas dos pacientes portadores de úlceras crônicas atendidos no Ambulatório de Dermatologia e Ambulatório de Úlceras Neurovasculares (ADUN) do Hospital das Clínicas da FMRP/USP no período de 2003 a 2013 para coleta de dados. **RESULTADOS:** No período de 10 anos, foram atendidos 676 pacientes, a maioria era do sexo masculino (52%) (Fig. 1A). 181 pacientes apresentavam úlceras infectadas (27%) (Fig. 1B), destas apenas 3 eram infectadas por fungos. A maioria das úlceras era infectada apenas por uma bactéria (34,84%), em seguida por três bactérias (25,29%), duas bactérias (23,60%), quatro bactérias (10,67%), cinco ou seis ou mais (2,80%) (Fig. 2A). Além disso, 56,75% apresentavam bactérias gram positivas e negativas ao mesmo tempo, seguido por 23,03% apenas gram negativas e 20,22% apenas gram positivas (Fig. 2B). Com base nas análises e confirmando os dados da literatura, foram listadas 30 bactérias diferentes, sendo *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* as três mais frequentes respectivamente. **CONCLUSÃO:** A maioria dos pacientes atendidos é do sexo masculino, quase 30% das úlceras crônicas eram infectadas por pelo menos uma bactéria, sendo a infecção por bactérias gram positivas e negativas concomitantemente a mais comum. Além disso, as três bactérias mais frequentes foram *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* respectivamente. Logo, é importante conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes para atendê-los com qualidade, de forma eficiente, integral e ter embasamento para propor novas formas de tratamentos.

PO - 340 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS NO TRATAMENTO DE ESCORIAÇÕES

KLÉCIOS EUFRASIO XAVIER¹; ÂNGELA LIMA PEREIRA²; LAFAIETH ROCHA DO CARMO³; DANIELLY SUSANY ALVES BARBOSA⁴; MAYRA NOLETO OLIVEIRA⁵

^{1,2}UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL; ^{3,4,5}HOSPITAL GERAL DE PALMAS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Ácidos Graxos Essenciais; Escoriação; Bandagens.

Pacientes do setor de ortopedia e traumatologia são em sua maioria do sexo masculino, jovens, e vítimas de traumas por acidentes, envolvendo principalmente motocicletas, e atropelamentos. Entre pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, as escoriações costumam ser lesões frequentes. Geralmente são mantidas sem qualquer tipo de curativo, embora também possam ser tratadas com diferentes produtos disponíveis comercialmente, com fins de proteção da ferida, manutenção do meio úmido e da temperatura ideal a cicatrização. O **objetivo** deste estudo foi compartilhar a experiência no cuidado de escoriações de pacientes do setor de ortopedia de um hospital público no Tocantins, com uso do AGE. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** o setor de ortopedia de um hospital público do Tocantins, disponibiliza diversos produtos para o cuidado de feridas abertas, sendo o AGE um dos produtos mais utilizados. Porém, observa-se que as escoriações eram, em sua maioria, mantidas abertas, sem tratamento específico. Na experiência vivenciada pelos autores, o AGE tem sido utilizado para tratar as escoriações, ou por meio de curativos fechados, úmidos, ou por meio da aplicação do AGE, 3 vezes ao dia, mantendo a ferida exposta. Nesta última situação, o produto é fornecido ao paciente ou acompanhante, e orientada a aplicação após higiene corporal, mesmo quando há formação de crostas. Observa-se que as feridas tratadas com curativo úmido com AGE epitelizam mais rapidamente do que as feridas nas quais apenas se aplica o AGE, ou do que as feridas que não recebem tratamento. Ainda, o uso do AGE não evita a formação de crostas nas feridas mantidas abertas, porém sua espessura parece visualmente menor do que as crostas que se formam nas lesões abertas que não recebem nenhum tratamento; e as crostas tendem a soltar mais rapidamente evidenciando tecido de epitelização. **COMENTÁRIOS:** AGE tem contribuído para resultados satisfatórios no tratamento de escoriações. O curativo fechado úmido com AGE tem gerado melhores resultados, quando comparado a aplicação somente do produto, mantendo áreas exposta.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA EM UMA USF: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CUIDADO AMPLIADO

AMANDA LARISSA SOUZA DOS SANTOS¹; DANIELLE DE JESUS SOARES²; LISANDRA SANTANA OLIVEIRA REIS³; ANA CLARISSA CERQUIERA DOS SANTOS⁴

^{1,2}ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA/ SESAB, SALVADOR - BA - BRASIL; ³ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; ⁴INSTITUTO PRÓ SABER, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e Lesões.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, zoonótica, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Também conhecida como leishmaniose mucocutânea, úlcera de Bauru, ferida brava, constitui um problema de saúde pública no Brasil. Sendo assim, este estudo objetiva descrever a importância da atuação do enfermeiro de Estratégia de saúde da família nos cuidados ao paciente portador de LTA. Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa descritiva, realizado durante atuação do profissional Enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família no período de 2013 e 2014, no município de Jaguarari-BA. A atuação na Estratégia de Saúde da Família possibilitou identificar e acompanhar os casos de usuários com lesão dermatológica em membros superiores ou inferiores. O diagnóstico clínico era realizado pela equipe de saúde e a atuação do Enfermeiro tornava-se de extrema relevância no diagnóstico clínico diferencial, pelas características da lesão, tais como: formato arredondado e indolor, bordas elevadas, base eritematosa, fundo avermelhado com granulações e presença de pouco exsudato. Somava-se a isso as características do território e a investigação da história prévia ao surgimento da lesão, com formação após picada do mosquito. A realização de curativos, era essencial na prevenção de complicações. Sendo assim, os cuidados a ferida era estruturado por meio da avaliação da lesão e curativos com utilização de solução fisiológica 0,9%, aplicação de colagenases e AGE, além da aplicação de cobertura com gazes e ataduras. No entanto, era comum usuários utilizarem na lesão comprimidos macerados e folhas de ervas, como estratégias para tratamento, mediante uma lesão que não cicatrizava. Logo, percebeu-se que os usuários não possuíam conhecimento do processo de infecção e da relação com os animais. Diante dos casos que chegaram a USF, tornou-se de suma importância trabalhar a temática com a comunidade a fim de esclarecer acerca das dúvidas do processo saúde - doença. Portanto, o cuidado de enfermagem ao usuário portador de LTA deve se dar além da realização dos cuidados com a lesão, a identificação do território de áreas de risco a atuação multiprofissional, e o desenvolvimento de educação em saúde para informar a população dos principais acometimentos da saúde na comunidade se fazem necessários para um cuidado efetivo proporcionando cura, mas atuando com vistas a prevenção e promoção de saúde.

PO - 342 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INTEGRIDADE DA PELE: RELEVÂNCIA PARA UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA

MELISSA GUTERRES COSTA; ANDREA MARTINS DE OLIVEIRA; LENICE DUTRA DE SOUSA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem cirúrgica; Tricotomia; Risco de infecção.

INTRODUÇÃO: A identificação do diagnóstico de enfermagem “Risco de infecção” e seus fatores relacionados configura-se em aspecto importante para o cuidado de pacientes cirúrgicos. A pele é o maior órgão do corpo humano sendo responsável pela proteção do organismo das ameaças externas e atuando na termorregulação. Portanto, quando rompida, há exposição do indivíduo a inúmeros riscos, entre os principais, o risco de infecção. Ao compreender que essa é uma complicação cirúrgica importante que requer intervenções direcionadas, entende-se ser importante a identificação de fatores relacionados a esse risco. **OBJETIVO:** Identificar os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Risco de infecção identificado nos pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. **MÉTODO:** Configura-se em um recorte de um trabalho de conclusão de curso do tipo exploratório e de caráter qualitativo, desenvolvido em um Hospital de Cardiologia. Os sujeitos do estudo foram 30 pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. A coleta de dados realizou-se nos meses de agosto e setembro de 2014 em duas etapas (pré e pós-operatório) por meio do Histórico de Enfermagem. A análise dos dados identificou os diagnósticos de enfermagem classificando-os pela Taxonomia II da NANDA I. Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa 084/2014. **RESULTADOS:** O risco de infecção foi registrado em 100% dos casos no pré e pós-operatório. Os fatores relacionados a esse diagnóstico foram no pré-operatório a tricotomia (100%) e acesso venoso periférico (7%) e, no pós-operatório acesso venoso periférico e ferida operatória (100%). Nesse estudo, destaca-se a tricotomia como uma prática de rotina, realizada com aparelho de barbear e com lâmina única 10 horas antes da cirurgia. A realização de tricotomia foi o fator prevalente para o diagnóstico risco de infecção e apresentou relação com a evidência de prurido no pós-operatório, aspecto este que estabeleceu o diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada em 17% dos casos no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Os diagnósticos de enfermagem identificados caracterizam, em parte, as peculiaridades inerentes à cirurgia cardíaca, contudo evidenciam a importância de identificação da prática de tricotomia como risco para infecção e integridade da pele. Entende-se a relevância de estabelecer intervenções com um perfil clínico específico, contudo, destaca-se a necessidade de valorizar aspectos do perioperatório que são comuns a diferentes tipos de cirurgia.

MEMBRANA AMNIÓTICA HUMANA: CURATIVO EFICAZ E DE BAIXO CUSTO PARA UTILIZAÇÃO EM HOSPITAL MILITAR DO RIO DE JANEIRO

CAROLINE CORRÊA DE AGUIAR; RACHEL ANTONIOLI SANTOS; SHANA PRISCILA COUTINHO BARROSO; RODRIGO JORGE DE ALCANTARA GUERRA; MARIA ALICE FUSCO DE SOUZA
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS - MARINHA DO BRASIL, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Membrana amniótica; Curativo biológico; Feridas.

Os principais tipos de feridas tratadas em ambiente hospitalar incluem aquelas causadas por agentes físicos, químicos, térmicos e elétricos, ou decorrentes de doenças associadas como úlcera diabética ou carcinomas. A membrana amniótica humana (MAH) – camada mais interna da placenta – possui características favoráveis a sua utilização como curativo biológico, devido à presença de vários fatores de crescimento como o epidermal (EGF) e endotelial vascular (VEGF), além da ausência de imunogenicidade. Seus constituintes possibilitam atuação nos processos de re-epitelização, redução da fibrose, inibição da dor, da infecção e inflamação. O objetivo desta pesquisa baseada na utilização de membranas amnióticas foi desenvolver um curativo biológico pelo Instituto de Pesquisas Biomédicas (IPB) do Hospital Naval Marcílio Dias, afim de utilizar tecnologias mais simples, de fácil obtenção e baixo custo, porém igualmente eficientes quando comparados aos sintéticos disponíveis no mercado internacional. Considerando a infraestrutura existente no IPB, bem como a análise comparativa da literatura, a metodologia a seguir foi eleita para o desenvolvimento dos projetos associados. Após aprovação do CEP n.º 23028 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a placenta de usuárias eletivas para cesariana com sorologia negativa padrão foi coletada. Em condições estéreis, a placenta é lavada em solução tampão fosfato-salino (PBS); seccionada a 2cm do disco placentário, região com maior concentração de fatores de crescimento; lavada com solução salina contendo antibióticos, e então separada manualmente do córion. Após descélularização e esterilização, a MAH é apoiada em papel de nitrocelulose e estocada a – 80°C. A MAH é armazenada por 3 meses até repetição dos exames da doadora. Atualmente, é alto o índice de pacientes com alterações na integridade da pele, constituindo assim um sério problema de saúde pública, sendo a utilização de MAH como curativo uma estratégia econômica viável para o tratamento de feridas em países em desenvolvimento. Dados de 2014 mostram que cerca de 1400 usuários atendidos no HNMD poderiam ter sido beneficiados pela utilização de MAH como curativo biológico, sendo destacada a facilidade de captação de MAH, visto que foram realizadas 714 cesáreas.

PO - 344 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERFIL MICROBIOLÓGICO E SENSIBILIDADE ANTIMICROBIANA DOS ACHADOS EM ÚLCERAS POR PRESSÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL/ PRONTO SOCORRO DE MANAUS-AM

LEATRICE EMILIA FRANÇA; ARIMATEIA PORTELA DE AZEVEDO; FABIANE OLIVEIRA DA SILVA
HPS PLATAO ARAUJO, MANAUS - AM - BRASIL.

Palavras-chave: Úlceras de pressão; Microrganismos resistentes; Úlcera infectada.

As úlceras por pressão são definidas como áreas de necrose tecidual que se desenvolve quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por longo período de tempo (FERNANDES, L.F et al; 2007). A análise desta patologia requer conhecimentos específicos e científicos e muita sensibilidade com relação à manutenção da integridade da pele dos clientes sob seus cuidados, principalmente os que apresentam o maior risco de déficit tegumentar (SOUZA, et al; 2006). **OBJETIVO:** a) Identificar os tipos de microrganismos que colonizam as Úlceras por Pressão em pacientes internados nesta instituição de saúde; b) Descrever o perfil de sensibilidade antimicrobiana; c) Realizar análise descritiva do perfil destes microrganismos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo prospectivo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido no Hospital e Pronto Socorro Aristóteles Platão de Araújo. Este projeto foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretária do Estado da Saúde (SUSAM) sob o temo de compromisso de nº 005/2013. **RESULTADOS:** Esta investigação envolveu resultados de exames de culturas de secreção de UP de 50 clientes susceptíveis à ulcerações infectadas. Das 50 amostras 32 (64%) obtiveram resultado positivo Na pesquisa foram abordados somente os dados relevantes: resultado de cultura, sexo, tipo de amostra e resistência bacteriana. Todos os sujeitos desta pesquisa apresentaram somente uma análise microbiológica supondo-se que os mesmos apresentavam somente uma ferida, portanto cada coleta só foi realizada uma única vez, também foi constatada que não havia uma solicitação de uma segunda amostra para o mesmo paciente, fato esse que serviria como base para evidenciar um correto tratamento ou uma reinfecção. **CONCLUSÃO:** Na literatura existem poucos estudos específicos em relação ao perfil microbiológico das Úlceras de pressão, o que se percebe e que as UPs têm sido estudadas com maior frequência quanto os cuidados e tratamento das mesmas, e que no Brasil ainda não existe um protocolo específico do Ministério da Saúde para este tipo de patologia.

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO PARA DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARLA DE SOUSA FARIA FIGUEIREDO¹; BÁRBARA POMPEU CHRISTOVAM²; SANDRA REGINA MACIQUEIRA PEREIRA³; RITA PATRIZZI MENDONÇA⁴; DENISE DA HORA FERREIRA⁵
^{1,3,5}HOSPITAL PRO CARDÍACO, NITEROI - RJ - BRASIL; ^{2,4}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Dermatite das fraldas; Incontinência fecal; Incontinência urinária.

INTRODUÇÃO: A expressão "Dermatite Associada à Incontinência" (DAI) foi padronizada em 2007, em Chicago, durante um encontro de enfermeiros especialistas. Na ocasião foram discutidos temas referentes à incontinência e feridas e elaborado o primeiro consenso publicado no Journal of Wound Ostomy & Continence Nurses (JWOCN). A prevalência de DAI pode ser subestimada devido à falta de critérios diagnósticos e a ausência de instrumentos de avaliação da sua presença e da sua gravidade. Nos últimos anos, foram desenvolvidas algumas ferramentas ou instrumentos para o controle da DAI, mas estes, ainda são pouco utilizados na prática clínica. Tais instrumentos de avaliação, utilizados rotineiramente, seriam fundamentais para a distinção entre DAI e outros tipos de lesões de pele, para o direcionamento de intervenções apropriadas, bem como para avaliação de sua efetividade. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da elaboração e implementação de um protocolo de prevenção e tratamento para DAI. **MÉTODO:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em um hospital privado do Rio de Janeiro. **RESULTADOS:** O processo de elaboração e implementação do protocolo foi realizado entre os meses de fevereiro e outubro de 2012. Inicialmente foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema e busca de instrumentos que pudessem nortear ações preventivas e terapêuticas. Posteriormente foi realizado levantamento do perfil de pacientes internados no hospital predispostos a apresentar estas lesões e levantamento dos materiais e medicamentos disponíveis para prevenção de tratamento. As etapas iniciais permitiram definir e fundamentar a elaboração do fluxograma de atendimento e protocolo assistencial de prevenção e tratamento para DAI na instituição. Por fim, foi realizada a divulgação e capacitação da equipe multidisciplinar. **CONCLUSÃO:** A implementação do protocolo de DAI permitiu aos enfermeiros realizar diagnóstico preciso da situação, servindo de base para sistematização da assistência e escolha de intervenções adequadas de prevenção e tratamento, permitindo melhorias significativas nos índices de incidência e prevalência desta lesão, resultando na redução de riscos e melhoria da qualidade da assistência os pacientes. Ações e cuidados para prevenção de tratamento da DAI vem sendo amplamente discutidas, porém ainda são poucos os estudos evidenciados na literatura sobre o tema, o que demonstra a relevância desta implementação e cria oportunidades para novas pesquisas.

PO - 346 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

COMISSÃO DE CURATIVOS E TRATAMENTO DE FERIDAS COMPLEXAS RELATO DE EXPERIÊNCIA

EMILIANA COSTA COSTA; EDIMAR BARBOSA; DAIANE OLIVEIRA; GUSTAVO MENDONÇA
HOSPITAL ERNESTO DORNELLES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Comissão; Protocolo.

INTRODUÇÃO: As comissões ou equipes de curativos surgem impulsionadas das necessidades dos profissionais de saúde adquirir conhecimentos frente ao novo modelo de assistência em lesões de pele. Composição da Equipe: 1 Enfermeiro coordenador, enfermeiros assistenciais, médico cirurgião. Característica do Hospital: Hospital geral privado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 320 leitos, 1700 funcionários, 714 profissionais de enfermagem, 101 enfermeiros assistenciais, 8 supervisores de enfermagem e 1 Gerente de Enfermagem.* População: Adultos, média de faixa etária 72 anos. Objetivo Principal da Equipe de Curativos: Prestar um atendimento diferenciado e atualizado ao portador de feridas internado. Objetivos Secundários: Otimizar o manejo com as lesões; Padronizar produtos e materiais; Reduzir o tempo de internação hospitalar e suas implicações. **MÉTODO:** 1º passo: INSTITUIR PROTOCOLO DE FERIDAS DA INSTITUIÇÃO (fig. 1). 2º passo: Criar um FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO E ATENDIMENTO (fig. 2). 3º passo: Acompanhamento do perfil epidemiológico das feridas e dos indicadores assistenciais (fig. 3). **RESULTADOS:** Em dez anos de experiência, desde 2005 a 2015 a equipe de curativos já atendeu mais de dois mil pacientes nas suas diversas necessidades, desde a cicatrização ao conforto e bem estar do portador de lesão. O protocolo de Feridas da instituição é revisado a cada dois anos e é realizada uma Jornada Científica de Feridas anualmente. Os produtos utilizados passam pela avaliação e autorização da equipe de curativos para a Comissão de Padronização de mat/med e os cuidados pela equipe de curativos podem se estender ao ambulatório na orientação de alta hospitalar. **CONCLUSÕES:** As equipes assistenciais quando alinhadas com as orientações da equipe de curativos tornam o tratamento menos dispendioso e a melhora acontece mais rápido. Por não ser tarefa simples, se torna mais efetiva com educação permanente. Notamos que a inserção de um profissional médico na equipe em 2013 fez com que a equipe médica tenha maior adesão às condutas proferidas pela equipe de curativos. A equipe de curativos dentro de uma instituição padroniza condutas e se torna referência no cuidado, articula para diminuir o tempo de permanência hospitalar e reduz os custos de tratamento, com a expectativa sempre de melhorar a qualidade de vida do paciente.

O CONHECIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO SOBRE A COMPLICAÇÃO PÉ DIABÉTICO

KARINE KUMMER GEMELLI¹; PRISCILA CHRISTIAN RODRIGUES DE AZEVEDO AIRES²; YESMIN ROCHA DOURADO MESIARA COSTA³; RAFAEL JOSÉ DE OLIVEIRA⁴; ARIONE ALVES REIS⁵

^{1,2,3}INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTONIO CARLOS PORTO, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ⁵HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Conhecimento; Diabetes Mellitus; Pé Diabético.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus está em curso devido ao crescimento do envelhecimento populacional, obesidade e sedentarismo, tendo como perspectiva para 2030 atingir 300 milhões de casos no mundo. É uma doença crônica que leva a internações devido à descompensação da glicemia, geralmente em decorrência das complicações da doença. Entre as complicações destacam-se as neuropatias, retinopatias, alterações vasculares e o pé diabético, sendo o último a principal causa de amputações não traumáticas no Brasil. **OBJETIVO:** Avaliar o conhecimento do paciente internados com diabetes a respeito da complicação pé diabético. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, quali quantitativa nos meses de março e abril de 2014 com 50 pacientes diabéticos hospitalizados em hospital de referência do Tocantins. Aplicou-se dois questionários para avaliar o perfil do paciente diabético hospitalizado e seu conhecimento quanto à complicação pé diabético. Os dados foram analisados com ANOVA com IC 95% através do programa Bioestat 5.0. Obteve-se aprovação em comitê de ética em pesquisa CEP/UFT 252/2013. **RESULTADOS:** 54% dos avaliados eram do sexo masculino, 82% com idade \geq 65 anos, 88% analfabetos e/ou ensino fundamental incompleto, 42% casados e/ou união estável, 96% com renda até 2 salários mínimos e 78% afrodescendentes. Quanto ao tempo de doença 48% apresentavam a doença \geq 5 anos, 60% tratavam com medicamentos orais, 70% estavam internados por complicações do DM e 12% pela complicação pé diabético, sendo que 60% dos pacientes desconheciam qualquer complicação da doença. Somente 12% dos avaliados pontuaram o corte de escore de 83,3% de atitude positiva com os pés, relacionando conhecimento com nível de escolaridade ($p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** Faz-se necessário programar ações educativas inovadoras voltadas à realidade socioeconômica do paciente envolvendo a família no processo do cuidar, pois o conhecimento é independente do gênero, idade e/ou tempo de doença, mas dependente do nível de escolaridade.

PO - 348 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E RACIOCÍNIO DE RISNER A UMA PACIENTE COM FÍSTULAS SACROCOCCÍGEAS SUBCUTÂNEAS COMPLEXAS

JESSICA PEREIRA COSTA¹; INGRID NOLETO TEIXEIRA²; ÁTILA SÂMIA OLIVEIRA RODRIGUES³; ROBERTA FORTES SANTIAGO⁴; ELAINE CRISTINA CARVALHO MOURA⁵

^{1,2,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; ³CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA - PI - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Fístula; Saúde do Adulto.

INTRODUÇÃO: Fístula é uma comunicação anormal entre dois órgãos ou entre um órgão e a superfície do corpo é vista como uma das complicações mais comuns associadas à cicatrização de feridas. As fístulas subcutâneas estão sob a pele perianal e não comprometem o esfíncter interno (SANTOS, 2012). **OBJETIVO:** Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir do raciocínio clínico de Risner a uma paciente com Fístulas Sacrococcígeas Subcutâneas Complexas e a avaliação da resposta cicatricial do ferimento. **MÉTODO:** O relato de caso foi realizado à paciente internada na Clínica Cirúrgica de um hospital público de Teresina-PI, nas aulas práticas de Saúde do Adulto e do Idoso II, pela UFPI. **RESULTADOS:** D.A.S.F., 33 anos, sexo feminino, lavradora, submetida à cirurgia para tratamento cirúrgico de fístulas sacrococcígeas subcutâneas complexas. A provável causa foi uma lesão por arma de fogo em flanco direito na adolescência, na ocasião passou por uma laparotomia exploradora. Nos últimos anos fez sucessivas drenagens de região, exames detectaram fistulização. Foi acompanhada do 3º ao 8º dia pós-operatório, feita anamnese, exame físico, verificação de sinais vitais e curativo oclusivo diário. A SAE foi aplicada a partir do raciocínio de Risner, identificados diagnósticos de enfermagem conforme a North American Nursing Diagnosis Association e intervenções pela Nursing Intervention Classification. Os diagnósticos foram risco de infecção, dor aguda, integridade da pele prejudicada, mobilidade física prejudicada e risco de baixa autoestima situacional. Para solucionar as inferências detectadas, buscou-se algumas intervenções como: cuidados com lesões, supervisão de pele, administração de analgésicos, controle do ambiente para proporcionar conforto, controle da pressão sobre áreas do corpo, além de aconselhamentos para melhorar o humor, autopercepção e autoestima da paciente. Quanto à redução do risco de infecções e melhoria da integridade da pele, fez-se curativos diários com espuma de poliuretano com prata para desbridamento autolítico, prevenção de contaminação bacteriana e redução colonização; uso dos ácidos graxos essenciais para epitelização, o que melhorou o processo cicatricial. **CONCLUSÃO:** A detecção de diagnósticos e intervenções específicas conforme a apresentação clínica da paciente foram essenciais para a melhora significativa do quadro de saúde e estimularam principalmente o autocuidado para uma extensão de cuidados extrahospitalares.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE LESÕES DE PELE CAUSADAS PELA MENINGOCOCCEMIA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

CLÁUDIA MARIA BARONI FERNANDES; IVANIA CREMONINI
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Pele; Cuidados de Enfermagem; Meningococemia.

INTRODUÇÃO: A meningococemia é um grave problema de saúde pública caracterizada por seu potencial epidêmico, elevada letalidade e alta demanda de recursos assistenciais dispensados na assistência ao paciente. Dentre os sintomas causados pela doença, ressaltamos a abordagem terapêutica sobre a integridade da pele com consequências graves. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de tratamento de um paciente pediátrico com sufusões hemorrágicas por toda a extensão corporal características do seu diagnóstico de meningococemia. **MÉTODO:** Relato de caso ocorrido em um hospital infantil de referência da capital do estado do Paraná. **RESULTADOS:** Esse relato traz o caso de um paciente do sexo masculino, 1 ano e 5 meses, diagnosticado com meningococemia e insuficiência renal aguda, além das alterações hemodinâmicas da doença que culminam com alteração da coagulação sanguínea. Durante o internamento, iniciou com lesões purpúricas difusas em face, tronco, dorso e membros superiores e inferiores, com lesões bolhosas em membros, áreas com sinal de necrose em orelha direita, 5º pododáctilos bilaterais e em áreas em membros inferiores. Houve presença de extensas sufusões hemorrágicas que evoluíram para importantes pontos de necrose. O manejo terapêutico das feridas deu-se por meio da realização de dois curativos semanais com utilização de gazes não aderentes (Adaptic®) devido às extensas lesões corporais, o que evitava a aderência do curativo e possibilitava o desenvolvimento de tecido de granulação viável, além da aplicação do hidrogel (Intrasite®) para debridamento dos tecidos necróticos. Os curativos demandavam tempo de aproximadamente 2 horas devido à sua extensão, além da necessidade de administração de analgésicos para controle da dor. Necessitou de realização de debridamento cirúrgico em orelha direita e enxerto em membro inferior direito. Apesar da coagulopatia importante da doença com tendência à hemorragia e trombose na microvasculatura da pele com frequentes amputações de membros, podemos ressaltar o desfecho favorável devido aos cuidados eficazes prestados à criança já que propiciaram um tratamento adequado. **CONCLUSÃO:** É evidente a importância do cuidado técnico-científico de enfermagem com qualidade, frente às consequências da meningococemia na integridade da pele em pediatria, por meio da realização de curativos especiais, comprovando-se a efetividade e segurança dos métodos de escolha para tratamento desse tipo de feridas complexas na população infantil.

PO - 350 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CURATIVO POR PRESSÃO NEGATIVA EM PÉ NEUROPÁTICO UM CAMINHO PARA NÃO AMPUTAÇÃO

INDIARA DOS SANTOS BARIDOTI COELHO; DANIELLE FRANCELINO RIBEIRO
COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Curativo por pressão negativa; Pé neuropático.

O interesse em realizar este estudo surgiu a partir da assistência dos pacientes portadores de feridas crônicas e agudas de difícil cicatrização em uso do curativo por pressão negativa. **OBJETIVOS:** Descrever o caso clínico de uma paciente portadora de pé neuropático que utilizou como tratamento o curativo por pressão negativa. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa. O sujeito deste estudo foi a paciente RCVA 53 anos. A fonte de dados foi o prontuário da paciente, entrevista e registro fotográfico. **RESULTADO:** Descrição do caso: paciente RCVA 53 anos, estado civil: solteira, escolaridades 3º grau completo Anamnese: Paciente diabética, obesa, hipertensa, internou no dia 25 de maio de 2015 no (...) de Niterói-RJ com diagnóstico inicial de pé neuropático, no decorrer da internação apresentou piora do quadro clínico e da lesão no pé esquerdo, sendo encaminhada para o CTI, no dia 03 de Junho de 2015, iniciado o tratamento com desbridamento cirúrgico, por apresentar extensa área de necrose com exposição de tendão, com características de infecção, foi solicitado a colocação do curativo por pressão negativa, sendo realizado duas vezes por semana no centro cirúrgico pelo médico cirurgião e pela equipe de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Neste estudo de caso podemos observar que em feridas extensas crônicas ou agudas com exposições de tendões e de exposição óssea com ou sem presença de infecção tem um resultado significativo com a realização do tratamento do curativo por pressão negativa, principalmente em pacientes portadores de pé neuropático, por apresentar rede venosa prejudicada, muita das vezes ocorre a amputação deste membro, contudo, este paciente necessita de um planejamento da assistência integral da equipe multiprofissional, com avaliações da equipe de comissão de curativos, com a indicação criteriosa de cada cobertura principalmente do curativo por pressão negativa e registros fotográficos de cada troca do curativo para avaliar a progressão desta ferida, esta paciente acima citada teve alta hospitalar no dia 09 de setembro de 2015 com reposição dos tecidos, para realização de curativo por pressão negativa em day clinic uma vez por semana.

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICAS NAS UNIDADES BÁSICAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

ÉMILEN VIEIRA SIMÕES; CAROLINE BETTANZOS AMORIM; THIAGO LOPES SILVA; LILIAN SILVEIRA FURTADO; SIBELE DA ROCHA MARTINS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Plantas medicinais; Saúde da família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A inserção das Práticas Integrativas Complementares no Sistema Único de Saúde tem sido discutida desde a década de 1980. Somente em 2006 que o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, cuja finalidade é incluir e implementar práticas como a plantas medicinais/fitoterápicas no âmbito do SUS.² **OBJETIVO:** Apresentar as percepções dos profissionais da equipe de enfermagem da estratégia Saúde da Família sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterápicas no município de Rio Grande/RS. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa realizado em seis UBSFs do município do Rio Grande/RS. Participaram doze enfermeiras, sete técnicos e três auxiliares de enfermagem. A coleta transcorreu por meio de uma entrevista semi-estruturada, no período de junho a dezembro de 2014. Os dados foram transcritos na íntegra e analisados sob análise a temática de Minayo³. Respeitando os princípios éticos da resolução 466/12. Após a aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande, cujo parecer Nº 46/ 2014. **RESULTADOS:** Os profissionais reconhecem a utilização de plantas medicinais pela comunidade, as mais utilizadas são Malva, para dor, processos infecciosos de garganta, laringite, faringite; Marcela para transtornos do trato digestivo, gripes, resfriados e tosse. Quanto à prescrição ou indicação das plantas aos usuários, das doze enfermeiras duas relatam realizar a prescrição, justificando a produção do xarope de guaco pela equipe para alterações respiratórias, porém não existe um protocolo para essa prática; duas negam prescrever, as demais entrevistadas, bem como os técnicos e auxiliares relatam indicar e orientar ao uso das plantas medicinais antes da utilização do medicamento alopático tendo boa aceitação pela comunidade. Dentre as formas de incorporar a utilização pelos usuários das plantas medicinais estão: capacitação dos profissionais de saúde a fim de que adquiram melhor conhecimento sobre a temática, logo palestras nos grupos e ações educativas com a comunidade. Conclui-se a necessidade da regulamentação de um protocolo que vise a prescrição das plantas medicinais pelos profissionais, e a qualificação dos mesmos a fim de efetivar a implantação de política de práticas integrativas no município.

PO - 352 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DA HIDRATAÇÃO PROFUNDA DA PELE COM NANOTECNOLIGIA NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NA TERAPIA INTENSIVA

JALDECY DOS SANTOS JUNIOR; WASHIGTON LUIS DE OLIVEIRA; ANA RACHEL DE CARVALHO VIEIRA; REGINA LUCIA ALVES WILEMEM; WILTON RIBEIRO GOMES
HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Úlcera por pressão; Nanotecnologia.

INTRODUÇÃO: Conforme os estudos publicados recentemente as taxas de incidência de úlceras por pressão nas UTIs –A nacionais variam em torno de 40%. A hidratação da pele com creme gel constitui uma terapia de primeira linha na profilaxia das úlceras por pressão em pacientes internados na terapia intensiva. A nanotecnologia refere-se à utilização de pequenas partículas contendo princípios ativos que são capazes de penetrar nas camadas mais profundas da pele, potencializando os efeitos do produto. A hidratação com nanotecnologia possui vantagens como a hidratação profunda através da penetração nas camadas mais profundas da pele, estabilidade química do ativo e ação duradoura. **OBJETIVO:** Identificar os níveis de hidratação corporal da pele por meio de aplicação de um creme hidratante com nanotecnologia através da avaliação diária da pele dos pacientes com risco de integridade tissular prejudicada, com a utilização de um dispositivo eletrônico, que avalia a textura, oleosidade e hidratação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma unidade de terapia intensiva adulta, situada no município de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, no período de 30 dias a partir de 01/06/2015. O processo de inclusão da amostra foi estabelecido através da aplicabilidade da escala de Braden na admissão dos pacientes à UTI. A amostra foi constituída por 2 pacientes e foram avaliados diariamente antes e após a higiene corporal e a aplicação do creme gel com nanotecnologia, 30 mg. **RESULTADOS:** Sendo 1 paciente do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idades que variam de 21 a 58 anos, sendo considerados os resultados da escala preditiva: Braden 06-18 pontos. Diariamente antes da higiene corporal, eram avaliados os dados de Umidade de -5 à +5, oleosidade de -5 à +5 e textura de -5 à +5. **CONCLUSÃO:** Intensificar as ações de controle e prevenção nos pacientes com risco de integridade tissular prejudicada, pela identificação dos potenciais pacientes através de escalas preditivas respaldadas pela literatura acadêmica, com inspeção diária da pele e da hidratação cutânea em conjunto com a movimentação dos pacientes através da mudança de decúbito periódica, são condutas a serem estabelecidas e protocoladas pela equipe de enfermagem que assistem os pacientes na terapia intensiva.

TRATAMENTO DE FERIDAS: O SABER E O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PATRÍCIA BISPO BISPO DA SILVA; EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas; Feridas; Tratamento de Feridas.

A seleção do tratamento das feridas tornou-se um desafio para os profissionais de saúde, devido à grande diversidade de produtos no mercado e à diversidade de propriedades destes e ao fato de o mesmo material poder ser utilizado em situações distintas. Assim, o profissional de Enfermagem necessita de uma visão ampla no que refere ao tratamento tópico de feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo realizado em um Hospital Público do município de Feira de Santana no estado da Bahia. Participaram deste estudo, vinte e um profissionais de Enfermagem alocados nas unidades de clínica cirúrgica e terapia intensiva adulto, sendo nove enfermeiras e doze técnicas de enfermagem, no período de janeiro a março de 2010. Para coletar os dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada, observação sistemática da assistência de enfermagem e a análise dos registros da equipe de enfermagem no prontuário dos pacientes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e registrado sob Protocolo N° 152/2009. Durante o transcorrer desse processo, tivemos sempre a preocupação em zelar pelas observâncias éticas, preconizadas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Os resultados apontam que os profissionais na maioria das vezes seguem a terapia prescrita pelo médico ou elegem os produtos de maneira aleatória, ou estimulados pela incisiva influência dos representantes de produtos tópicos. O que nos chamou a atenção, e o que se tem verificado na prática, é que, às vezes, o profissional implementa ações sem, contudo, realizar uma avaliação criteriosa e individualizada da ferida e do paciente, com vistas à efetividade do tratamento para a fase do processo cicatricial que esta ferida se encontra. Dentre as dificuldades encontradas para manter a continuidade das terapias elegidas, destacaram-se a ausência de protocolos, falhas nos registros de prontuário, imprecisão de informações na passagem de plantão, falta de treinamento específico e interrupção no fornecimento dos produtos às unidades. Conclui-se que urge investir na qualificação técnico-científica dos profissionais, e que a formulação de protocolos, a educação continuada e supervisão sistemática da utilização de produtos tópicos nas feridas cirúrgicas infectadas poderão otimizar o uso de recursos e oferecer cuidado mais seguro aos usuários.

PO - 354 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE FASCEÍTE NECROTIZANTE COM UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR: UM RELATO DE CASO

JESSIKA VITORIA ORDÔNIO PINHEIRO; ELBA ULDYME BARBOSA DA SILVA; EDUARDA NASCIMENTO CARNEIRO LEÃO; PATRÍCIA CORDEIRO DO NASCIMENTO
REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Fasciite Necrosante; Equipe de Assistência ao Paciente and Fasciite Necrosante.

INTRODUÇÃO: A elaboração de um plano de cuidados para um paciente com quadro de fascíte necrotizante é bastante delicado e complexo, visto que é uma infecção com evolução rápida para os planos musculares mais profundos.¹ Desencadeando um processo de necrose tecidual e proliferação bacteriana que torna favorável o seguimento para uma sepse grave, requerendo intervenção terapêutica imediata.² **OBJETIVO:** O estudo teve como objetivo evidenciar os benefícios e o êxito que pode ser alcançado com a atuação de uma equipe multidisciplinar. **MÉTODO:** O relato de caso apresentado refere-se a um paciente internado em um hospital privado da cidade de Recife-PE. O paciente encontrava-se no setor de clínica médica, os dados foram coletados no prontuário da paciente, registros fotográficos e procedimentos de enfermagem realizados pela equipe da Comissão de Curativos, no período de 25 de fevereiro de 2015 a 11 de maio de 2015. **RESULTADOS:** A.G.O, 74 anos, sexo feminino, residente no sertão de Pernambuco, com história de abscesso em região inguinal esquerda, o qual foi submetido a drenagem em um hospital municipal do interior, evoluindo com bolhas, dor local intensa, febre, aumento da extensão da lesão para face medial da coxa, necrose tecidual e exsudato purulento de odor fétido, lesão com extensa perda de tecido muscular, medindo aproximadamente 10 x 20 x 8 cm, tunelização para lesão superior em região inguinal. Admitida no dia 25/02 com diagnóstico inicial de amputação do membro, onde iniciou o acompanhamento com a cirurgia vascular e comissão de curativos, cobertura da lesão com hidrogel e placa com prata nanocristalina, até desbridamento cirúrgico nos dias 04 e 18/03 para preparação do leito para o uso da terapia por pressão negativa, iniciada em 20/03. Após 2 trocas de espuma no período de 10 dias, a lesão evoluiu com progressão do tecido de granulação, preenchimento de dois túneis, moderada exsudação serosa sem odor. Utilizou a cobertura com malha com petrolatum até receber o enxerto no dia 30/04, com êxito, visto que o tecido conjuntivo desenvolveu-se de forma efetiva, deixando a ferida mais superficial. Alta hospitalar em 13/05. **CONCLUSÃO:** A forma agressiva como essa infecção se comporta, requer ações rápidas e articuladas entre as diferentes esferas de atenção como observado: infectologia, cirurgia, nutrição e equipe de enfermagem, visando minimizar as complicações do quadro infeccioso, proporcionar um suporte nutricional adequado e ação reparadora na área acometida.

IMPLANTAÇÃO DE SALA DE CURATIVOS

IONE ANDRADE LOUREIRO; ALINE LOPES DE SIQUEIRA; SUZANA CURTINHAS DA CUNHA
UNIGRANRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Sala de curativos; Universidade; Feridas.

O presente estudo busca mostrar como se deu a implantação de uma sala de curativos em uma instituição de ensino superior localizada no Rio de Janeiro. Este trabalho tem como objetivo fomentar nos acadêmicos de enfermagem a busca por mais conhecimentos a respeito da gestão e do conhecimento técnico que envolve a implantação de uma sala de curativos. É um estudo relevante e justificável no sentido que mostra como se deu a implantação da sala de curativos em um ambulatório de uma universidade privada, assim como elucida aos indivíduos afins, quais sejam: enfermeiros, acadêmicos e comunidade científica, sobre a importância desse tipo de ação, visto que atualmente há um grande contingente de pacientes necessitando desse tipo de acompanhamento. Para tanto foi realizada pesquisa caracterizada quanto aos fins como sendo de caráter descritivo e quanto aos meios foi realizado um estudo de caso, e para a análise de dados foi utilizada a metodologia qualitativa. No período de março a setembro de 2015, foram atendidos o total 9 pacientes com lesões cutâneas, sendo 8 pacientes com ferida nos membros inferiores e 1 paciente com úlcera por pressão em região sacra. Importante ressaltar que esse estudo foi autorizado pelo comitê de ética e pesquisa, pois encontra-se inserida no projeto intitulado Ensino em Atenção à Saúde possuindo a autorização CAAE de nº 4789091550005283. Todos os pacientes passaram pelo processo avaliativo com implementação da Sistematização de Assistência de Enfermagem e registro fotográfico, a fim de melhor avaliação do processo de cicatrização. Foi observado crescimento acadêmico e profissional nos discentes que participaram tanto do processo de implantação da sala de curativos como também da avaliação e acompanhamento das lesões dos pacientes. Tendo em vista que os mesmos necessitaram buscar constantemente conhecimento a cerca das lesões que se apresentaram durante o período de acompanhamento. Ficou claro que, conseguimos implantar a sala de curativos na unidade da Universidade, no entanto entendemos que mais desafios nos espera a frente, e o maior nesse momento é o aumento no número de pacientes portadores de lesões para serem atendidos.

PO - 356 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE FERIDA TRAUMÁTICA COM BANDAGEM DE COMPRESSÃO IMPREGNADA COM ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS ASSOCIADA À POLIHEXAMETILBIGUANIDA (PHMB): RELATO DE CASO

CARLA MARIA FONSECA SIMAO¹; BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA²; RENATA DA CUNHA³; NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI⁴

^{1,2,3}HOSPITAL DE BASE, SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - BRASIL; ⁴FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Tratamento; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: No paciente politraumatizado, o tratamento das feridas complexas nos membros, definidas como as perdas importantes de revestimento cutâneo, agudas e extensas, associadas ou não às fraturas, deve constituir parte significativa do atendimento. As lesões mais extensas e profundas das partes moles formam um grupo particular, com implicações diretas no quadro clínico sistêmico do paciente. Pode haver necessidade de tratamentos específicos no local acometido e o preparo do leito da ferida é fundamental para a realização de futuras enxertias de pele ou retalhos locais. **OBJETIVO:** Relatar a utilização da bandagem de compressão inelástica impregnada com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) associada à Polihexametilbiguanida (PHMB) no tratamento de uma paciente com ferida traumática. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto nos meses de Julho à Agosto de 2015. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, politraumatizada, vítima de acidente automobilístico com ferida traumática extensa em MSE, com risco de amputação do membro. Na avaliação inicial a lesão apresentava grande área de tecido desvitalizado, exposição óssea e de tendão, presença de túnel em cotovelo e descolamento da musculatura, com risco de infecção local/sistêmica e dor importante. Iniciado tratamento 1x/dia com solução de PHMB para limpeza e cobertura com Hidrogel com PHMB 0,1% associado à bandagem impregnada com AGE e PHMB. Após 14 dias, a ferida apresentou diminuição importante do tecido desvitalizado, crescimento de tecido de granulação preenchendo todo o leito. Em um período de 21 dias de tratamento a ferida evoluiu com epitelização nas bordas, cicatrização das lesões mais superficiais, diminuição da área da ferida e da profundidade da loja e do descolamento da musculatura. **CONCLUSÃO:** A ferida apresentou evolução satisfatória com o uso das coberturas utilizadas, redução progressiva de sinais/sintomas de infecção local sendo descartada a possibilidade de amputação do membro.

A ÚLCERA POR PRESSÃO E O CUIDADO DOMICILIAR COMPARTILHADO: RELATO DE CASO

CILENE FERNANDES SOARES¹; IVONETE T.S.B. HEIDEMANN²; LUCIA NAZARETH AMANTE³; TATIANA MARTINS⁴;
ELIZIMARA FERREIRA SIQUEIRA⁵

^{1,5}SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; ^{2,3,4}UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidado; Família.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UP), mundialmente é considerada um grave problema de saúde (NEIVA, et al, 2014). Atualmente falar em UP tem remetido a esforços para o estabelecimento de diretrizes que norteiem a prática da prevenção e redução do agravamento. Na continuidade do cuidado, é essencial que a pessoa e seus familiares, se tornem protagonistas neste processo, com estímulo à participação nos cuidados de saúde (BATES-JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014). Neste contexto, a tecnologia de comunicação à distância é importante por aumentar a possibilidade do cuidado inovador e expectativas de mudanças. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do cuidado compartilhado, presencial e a distância, à um idoso com UP em domicílio, através da comunicação digital. **MÉTODO:** Estudo qualitativo descritivo, do tipo estudo de caso, realizado de julho a setembro de 2015, no cuidado a ML, sexo masculino, 75 anos, branco, casado, sete filhos, com diagnóstico médico de Alzheimer. Sem resposta verbal, percepção sensorial prejudicada, reagindo apenas a estímulos dolorosos com gemidos ou agitação, incontinente, fazendo uso de fralda descartável e dispositivo urinário externo, mantendo a pele ocasionalmente molhada, acamado, totalmente imóvel, recebendo alimentação por via oral com pouca aceitação, e ingestão de líquido insuficiente. Ao exame físico, apresentava UP1: em região sacra estágio II, UP2: maléolo direito estágio II e UP3: perna direita não estádiável. Após a primeira avaliação, iniciou-se a comunicação à distância com familiares através do encaminhamento dos registros fotográficos e orientações, e conforme evolução cicatricial e necessidade de mudança da conduta terapêutica, uma nova visita domiciliar era realizada. **RESULTADOS:** Quanto a terapia tópica, UP1: placa de hidrocolóide; UP2: pasta de hidrocolóide seguida de placa de hidrocolóide; UP3 pasta de hidrocolóide, após desbridamento autolítico com hidrogel. Houve fechamento total da UP1, sendo que as UP2 e UP3 permanecem em processo cicatricial positivo. Salienta-se que a comunicação digital foi eficaz para o processo de evolução cicatricial. **CONCLUSÃO:** A comunicação por meio digital entre profissional e familiar foi essencial para o sucesso da proposta assistencial compartilhada. Mesmo com os avanços tecnológicos e expectativa promissora, a prevenção e recuperação da UP em qualquer ambiente de cuidado seguem desafiadores.

PO - 358 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

LIVIA DA SILVA FIRMINO DOS SANTOS¹; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHA CAMACHO²; BEATRIZ GUITTON³; GLYCIA DE ALMEIDA NOGUEIRA⁴; FABIANA LOPES JOAQUIM⁵

¹FACULDADE ARTHUR SA EARP NETO E UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL; ^{2,3,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Qualidade de vida; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: De acordo com da Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo e de sua posição na vida, num contexto cultural e com sistemas de valores nos quais vive, relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A cronicidade das úlceras venosas requer um acompanhamento minucioso dos pacientes com essa lesão junto à Instituição de Saúde envolvendo equipe multidisciplinar, requerendo curativos frequentes, além de avaliação das condições da úlcera e reavaliações da terapia instituída. **MÉTODO:** Revisão integrativa, utilizando-se os descritores "úlceras venosas" e "qualidade de vida". Idioma português, inglês e espanhol, bases de dados LILACS, PUBMED, BDNF, COCHRANE e IBECs, entre jan/2009 e dez/2013. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2014. **RESULTADOS:** Os 7 artigos analisados, se distribuíram nos anos 2013 (57%), 2012 (29%) e 2010 (14%), todos sinalizaram que existe interferência na qualidade de vida do paciente com úlcera venosa. Os achados apontam que a dor, sexualidade, imagem corporal e sintomas depressivos sofrem/causam interferências na vida do paciente com úlceras venosas, alterando a qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** É importante que o paciente seja assistido por uma equipe multiprofissional, uma vez que as úlceras venosas trazem implicações sociais, na sexualidade, gerando limitações e alterações na qualidade de vida. Dessa forma fica evidente que para melhor atender o paciente com úlcera venosa, e lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida, é imprescindível que o tema seja discutido dentro da academia e que haja qualificação dos profissionais de saúde. Assim os profissionais serão capazes de monitorar o impacto de suas intervenções por meio de avaliação contínua.

CURATIVO A BASE DE PRATA NANOCRISTALINA EM LESÃO DECORRENTE DE SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO

PATRÍCIA GOUVEIA DO COUTO; CAMILA ALVES MOREIRA; FERNANDA MOURA ROCHA SANTOS; ISABELA MAIA DOS ANJOS; PRISCILA GOMES EMÍDIO
CENUT, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier; Curativo; Desbridamento.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier consiste numa afecção multimicrobiana grave, que acomete a região genital e áreas adjacentes que provoca destruição tissular. Afetar principalmente pacientes entre a 2ª e 6ª décadas de vida, associado a estados debilitantes ou imunossupressores, doenças colorretais e urogenitais, pós-operatório, uso de drogas endovenosas e trauma. O tratamento geralmente é cirúrgico, para desbridamento do tecido desvitalizado juntamente com antibioticoterapia de amplo espectro. A letalidade é alta, e as taxas de mortalidade são decorrentes da agressividade da infecção e das doenças associadas. **OBJETIVO:** Evidenciar a eficiência do uso de curativo a base de prata nanocristalina e desbridamento cirúrgico no tratamento de lesão em interglúteos e períneo decorrente do quadro de síndrome de Fournier. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso com abordagem qualitativa, realizado em um hospital particular na cidade de Aracaju –SE que dispõe de uma comissão de pele que desenvolve a prevenção e tratamento de lesões. Iniciado após autorização do paciente e de seu responsável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o registro de imagens e descrição do caso. **RESULTADO:** A intervenção foi com antibioticoterapia de largo espectro, desbridamentos cirúrgicos e mecânico e, curativo a base de prata nanocristalina com troca a cada três dias. Apesar da gravidade da Síndrome, as medidas adotadas juntamente com abordagem multidisciplinar permitiram uma boa evolução da lesão. **RELATO DE CASO:** I.S.M, masculino, 73 anos, com diagnóstico de abscesso anal, etilo-tabagista, HPV. Chegou no hospital no dia 12/08/15 para cirurgia de drenagem de abscesso perianal. Lesão localiza-se em interglúteos, glúteos e períneo com dimensão: 8cm de P x 10,5cm de C x 6 cm de L. Lesão com tecido de esfacelo com pontos de necrose nas margens com exsudato seroso em grande quantidade. Presença de verrugas-HPV em perilesional e saco escrotal. Realizado desbridamentos cirúrgico, além de curativo a base de prata nanocristalina a cada três dias. No 21º dia de tratamento apresentou 4 cm de P x 10,5 de C x 4,5 cm L. Pequena quantidade de exsudato seroso e 95% de granulação e 5% de esfacelo em porção superior, com margens epitelizando. **CONCLUSÃO:** A Síndrome de Fournier é uma ameaça à vida do indivíduo, as medidas terapêuticas adotadas e o uso de curativo a base de prata nanocristalina mostraram-se efetivos na evolução da lesão.

PO - 360 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO EM HOSPITAL PARTICULAR: ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS

PATRÍCIA GOUVEIA DO COUTO; CAMILA ALVES MOREIRA; HÉRICA SOSÁRIO SANTOS ALVES; ISABELA MAIA DOS ANJOS; PRISCILA GOMES EMÍDIO
CENUT, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Incidência; Prevalência; Úlcera por pressão.

INTRODUÇÃO: A incidência das úlceras por pressão (UP) ainda se constitui como um problema no processo de atenção à saúde, causam morbimortalidade, afetam a qualidade de vida do doente, aumentam o tempo de internação e constituem uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde. Úlcera por pressão, é delimitada como uma área de dano localizada na pele e estruturas subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea em razão da pressão ou fricção e/ou da combinação destas. Estudos estimam que no Brasil, a incidência de UP em hospitais ligados ao SUS em unidades de terapia intensiva varia de 10,62% a 62,5%. Já em unidades de clínica médica e cirúrgica é de 42,6% e 39,5% respectivamente. **OBJETIVO:** Analisar a incidência de úlceras por pressão e suas características em um Hospital particular no município de Aracaju/SE. **MATERIAL E MÉTODO:** Este estudo foi desenvolvido no município de Aracaju no Estado de Sergipe no período de janeiro a julho de 2015 em um hospital particular geral que dispõe de unidades de tratamento intensivo e de internamento. A população-alvo compõe-se de pacientes de ambos os sexos, diferentes idades, acamados e com diferentes etiologias de lesão. A amostra consistiu de 1933 pacientes admitidos e acompanhados. Para possibilitar o alcance do objetivo proposto foi utilizado um banco de dados já existente e desenvolvido por uma comissão de pele que realiza atividades de prevenção e tratamento de lesões no hospital. O instrumento contém dados como gênero, o braden, categoria, localização e avaliação da úlcera por pressão em evitável ou inevitável. **RESULTADOS:** Da amostra avaliada, pacientes admitidos e acompanhados, 52,5% são do sexo feminino. Em relação a idade 67% são igual e acima de 60 anos. Cerca de 3% dos pacientes admitidos e acompanhados desenvolveram UP. Quanto a classificação das úlceras por pressão 40% foram de categoria II seguida 37,5% categoria III, 15% categoria IV e 7% categoria I. As localizações anatômicas mais acometidas foram a sacra, seguida por trocânteres. Dessas, 68,5% foram avaliadas como lesões inevitáveis. **CONCLUSÕES:** Mesmo com o advento de medidas e coberturas preventivas de úlceras por pressão, estas permanecem presentes e com incidência significativa. Observa-se que mesmo com protocolos implantados para a prevenção desse agravo ainda é verificado o não seguimento e aplicabilidade dos mesmos por parte de seus colaboradores havendo a necessidade de constantes capacitações.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

FABRICIA NAYARA OLIVEIRA¹; BEATRIZ CARVALHO MARINHO MORAIS²; GRAZIELLE MESQUITA SANTOS³; JESSICA OLIVEIRA CECILIO⁴; SUELEN GOMES MALAQUIAS⁵

¹CRER, GOIANIA - GO - BRASIL; ^{2,3,4,5}UFG, GOIÂNIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Fabricia; Nayara; Oliveira.

INTRODUÇÃO: Na literatura existem várias publicações para tratamento de feridas crônicas, no entanto, poucos estudos abordam sobre as terapias complementares na atuação dessas feridas sendo assim, surge um questionamento: Quais terapias complementares já são conhecidas e que tem uma boa eficácia? **OBJETIVO:** Investigar na literatura as práticas integrativas e complementares utilizadas entre a população com úlceras por pressão, úlcera vascular, úlcera diabética e feridas oncológicas. **MÉTODO:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura entre junho e agosto de 2015, utilizando as bases de dados: BVS, CINAHL e PUBMED e descritores controlados em português e inglês, conforme estabelecido em cada base. Apresentamos os resultados parciais desta revisão. **RESULTADOS:** Entres os 12 artigos incluídos, a maioria das populações estudadas apresentavam úlceras de perna, e predominaram (66,7%) estudos que envolviam intervenções com fitoterápicos de uso tópico ou sistêmico (via oral), seguido de terapias com forças da física (oxigenioterapia hiperbárica, terapia a vácuo e ar comprimido) em 25%, e o restante (8,3%) avaliaram vários tipos de terapias, incluindo uso da música e aromaterapia. Entre os objetivos dos estudos, observou-se enfoque sobre a condição local das feridas. Em contrapartida, minoritariamente identificaram-se estudos que investigaram fenômenos pormenorizados, mas frequentes entre pessoas com feridas crônicas, como dor, ansiedade, desconforto, os quais atuam sobre a qualidade de vida, adesão ao tratamento, autocuidado e conseqüentemente, cicatrização da lesão. Observaram-se ainda fragilidades metodológicas entre os estudos. **CONCLUSÃO:** Considerando o indivíduo com ferida crônica um ser biopsicossocial, espiritual e que interage com o meio ambiente, bem como o princípio de integralidade previsto pelo Sistema Único de Saúde, é imprescindível que os profissionais compreendam essa clientela para além da lesão que apresentam. O uso de práticas integrativas complementares podem viabilizar uma abordagem integral, mas devem ser utilizadas de forma segura e com evidência científica. É necessário o desenvolvimento de estudos bem delineados, que avaliem tecnologias capazes de intervir sobre fenômenos como a dor.

PO - 362 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PRÁTICAS DO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

SELMA TAVARES ALVES SOARES¹; LIVIAN RODRIGUES BEZERRA DE BRITO²; KAROLINA MOURA MANSO DA ROCHA³
^{1,2}HOSPITAL RUY PEREIRA DOS SANTOS, NATAL - RN - BRASIL; ³FACEX, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

O presente trabalho tem como objetivo identificar a importância do autocuidado no processo de acompanhamento e tratamento do diabético, constitui-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Após a análise dos dados torna-se evidente a necessidade de desenvolver práticas educativas com enfoque principal do autocuidado, pois a educação torna-se fundamental para melhorar a qualidade de vida das pessoas, em especial do portador de diabetes. Desta forma as práticas educativas em saúde emergem como atividades essenciais para desenvolver ações pautadas na integralidade da atenção. Com elas, podem-se compreender as mudanças que o diabetes imprime na vida da pessoa e sua família, bem como, na perspectiva da integralidade, nos convida a repensar a maneira como estão organizadas as práticas de cuidados e de gestão destinadas à pessoa que vivência essas condições crônicas. Essas práticas ainda são responsáveis por informar, conscientizar e sensibilizar os portadores de diabetes e aos profissionais da saúde acerca da especificidade e gravidade dessa síndrome.

SÍNDROME DE FOURNIER: RELATO DE CASO

**PRISCILA GOMES EMÍDIO; FERNANDA MOURA ROCHA SANTOS; CAMILA ALVES MOREIRA; ISABELA MAIA DOS ANJOS; PATRÍCIA GOUVEIA DO COUTO
CENUT, ARACAJU - SE - BRASIL.**

Palavras-chave: Bolsa Escrotal; Desbridamento; Síndrome de Fournier.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier conceitua-se como uma infecção polimicrobiana ocasionada por microorganismos aeróbios e anaeróbios que, agindo de maneira sinérgica, definem um fasciite necrotizante podendo ser fatal em caso de acometimento das regiões genitais, perineal e perianal. **OBJETIVO:** Este estudo visa acompanhar o processo de cicatrização da lesão em bolsa escrotal em virtude do quadro de síndrome de Fournier através do desbridamento cirúrgico, tratamento sistêmico e tópico. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em um hospital particular na cidade de Aracaju-SE, que dispõe de uma comissão de pele que desenvolve atividades de prevenção e tratamento de lesões. Este foi elaborado durante a permanência do paciente no hospital, através de reavaliações semanais da lesão, com medição e registro fotográfico e coleta de dados em seu prontuário. **RESULTADOS:** O relato de caso foi realizado com o paciente J.V.S, 88 anos, sexo masculino, cor negra, acamado, hipertenso, quadro de aumento do volume testicular à esquerda, com flogose, área de necrose e lesões de pele. Diagnosticado com Hérnia Inguinal Bilateral, Com Gangrena (Síndrome de Fournier) foi submetido a um procedimento cirúrgico de ressecção parcial de bolsa escrotal, drenagem de abscesso e orquiectomia bilateral. Posteriormente avaliado pela equipe de comissão de pele, que identificou o surgimento na lesão de tecido de granulação e esfacelo, exposição dos testículos, exsudato sanguinolento em pequena à moderada quantidade, margem irregular, perilesional íntegro, odor característico e ausência de algia local. Foi solicitado e realizado curativo com malha de polietileno de alta densidade recoberta com prata nanocristalina com troca a cada 03 dias, o qual se obteve resultado com apenas 03 trocas e já na terceira troca, a lesão apresentava-se com menor diâmetro, aumento da presença de tecido viável e exsudato em baixa quantidade. Foi modificada a conduta terapêutica para um desbridante autolítico com troca duas vezes ao dia. Durante o período de internação o paciente apresentou períodos de agitação, picos hipertensivos, crises convulsivas parciais e quadro diarreico. **CONCLUSÃO:** Apesar da reconhecida gravidade da Síndrome de Fournier e o surgimento de empecilhos durante o tratamento do paciente, observou-se que o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas adotadas demonstraram eficácia na evolução cicatricial da lesão.

PO - 364 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PLANTAS MEDICINAIS UTILIZADAS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

GABRIELA EUSTÁQUIO LACERDA; JULLIANY LOPES DIAS; GESHICA SOARES SOUZA; GUILHERME NOBRE LIMA DO NASCIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Plantas medicinais; Cicatrização; Feridas.

INTRODUÇÃO: Denomina-se ferida lesão que causa ruptura da integridade cutânea, ocasionada por agentes químicos, térmicos ou físicos. O processo de cicatrização de feridas é complexo e envolve uma sequência de etapas que se inicia com a coagulação, evolui para um processo inflamatório com presença de citocinas, que levam a reepitelização por migração celular, recuperação da matriz extracelular e estimulação do crescimento de células endoteliais. No tratamento de feridas o uso de plantas medicinais é um ato milenar, que tem ganhado uma nova perspectiva frente aos estudos atuais. **OBJETIVO:** Identificar plantas medicinais comumente utilizadas no tratamento de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, no mês de julho de 2015. Na estratégia de busca foram utilizados os descritores/DeCS: Plantas medicinais and Cicatrização de feridas. Os critérios de inclusão para seleção dos estudos foram: artigos completos, publicados nos últimos cinco anos, disponíveis nos idiomas inglês e português. Foram excluídos os artigos não relacionados a humanos e trabalhos de revisão. Por fim foram submetidos ao teste de relevância. **RESULTADOS:** O resultado obtido pela estratégia de busca foi uma amostra de 12 artigos. O recorte temporal evidenciou uma crescente produção com pico de publicação entre os anos 2012 e 2014. Os trabalhos analisados apontam inúmeras plantas medicinais no tratamento de feridas de diversas etiologias. Das quais se destacam por serem citadas em mais de um artigo *Persea americana* (abacate), *Betula alba* (casca de bétula), *Aloe vera* (babosa) e a *Opuntia ficus* (cacto). **CONCLUSÃO:** As plantas medicinais comumente usadas, apresentadas nos artigos tiveram sua atividade de ação evidenciada de forma positiva, nas diferentes fases do processo de cicatrização de feridas, através dos mais diversos mecanismos incluindo atividade antimicrobiana, anti-inflamatório, analgésicos, antioxidante, estimulação síntese de colágeno e proliferação celular. São necessários estudos científicos mais avançados com o intuito de produzir formas alternativas no tratamento das feridas.

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PÊNFIGO VULGAR: RELATO DE CASO

FABIELI BORGES; DENISE DE FÁTIMA HOFFMANN RIGO; CRISTINA DAIANA BOHRER; LÍGIA SATIKO SIMOMURA; LILI MARLENE HOFSTÄTTER
UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado de enfermagem; Pênfigo Vulgar; Paciente Crítico.

INTRODUÇÃO: Pênfigo vulgar caracteriza-se por lesões vesiculares e bolhosas na pele, rompendo a mucosa, pode ocorrer lesões hemorrágicas, conteúdo seroso ou seropurulento nas regiões de cabeça, tronco, pescoço, membros e boca.¹ **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada pela enfermagem durante os cuidados com uma paciente com diagnóstico de Pênfigo Vulgar. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre o cuidado de enfermagem prestado ao paciente com diagnóstico de Pênfigo Vulgar durante o treinamento em serviço do Programa de residência em enfermagem, no período de junho a agosto de 2015, de um hospital público do Oeste do Paraná. **RESULTADOS:** Durante o período mencionado, a paciente com o diagnóstico em questão, foi admitida no setor de Pronto Socorro do referido hospital, apresentando feridas e exsudato em face e demais regiões do corpo em extensão moderada apresentando intensa algia à manipulação física. Do setor de Pronto-socorro recebeu transferência para a unidade de clínica Médica e cirúrgica, sendo encaminhada ao Centro cirúrgico para realizar os curativos diários sob efeito de anestesia inalatória e intravenoso em virtude da demasiada dor. Com a piora do quadro clínico necessitando de ventilação mecânica (VM) foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. Na UTI, o enfermeiro paramentava-se e os cuidados eram feitos da maneira mais asséptica possível com ajuda de aproximadamente quatro técnicos de enfermagem, utilizando Kit grande queimado (material proveniente da Central de matérias esterilizados). Para os curativos utilizava-se os seguintes materiais: Ácidos Graxos Essenciais (AGE), que promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando o processo de granulação tecidual². "Produtos à base de AGE para tratamento de feridas podem conter um ou os dois AGE, acrescidos de outras substâncias, tais como a vitamina A, E e lecitina de soja, ou integrar formulações de triglicérides de cadeia média (TCM)"³, sendo utilizado nos cuidados com o pênfigo. Em relação à evolução das feridas, aproximadamente, por três semanas consecutivas apresentou uma melhora significativa, da redução de sangramentos e cicatrização das feridas, evoluindo para sepse e posteriormente à óbito. **CONCLUSÃO:** Percebe-se, o quão amplo compunha o cuidado do enfermeiro com a paciente de diagnóstico de pênfigo vulgar propriamente dito, bem como o gerir a rotina do setor com demais pacientes paralelo a esta demanda assistencial.

PO - 366 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA ARTESANAL NO TRATAMENTO DE FERIDAS COMPLEXAS

DANIELLI PIATTI CARVALHO; ELISABETE TEIXEIRA DOS SANTOS DE CARVALHO
UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Técnicas de fechamento de ferimentos; Tratamento de ferimentos com pressão negativa; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A terapia por pressão negativa consiste na aplicação de pressão subatmosférica no leito de feridas com o objetivo de promover a drenagem do excesso de fluidos, reduzir a população bacteriana e o edema, aumentar o fluxo sanguíneo local e estimular e acelerar a formação do tecido de granulação. Embora existam no mercado produtos específicos para tratamento de feridas por meio da terapia por pressão negativa, seu uso é restrito devido ao alto custo financeiro dos mesmos. Neste sentido, diversas instituições têm desenvolvido e aderido à realização de técnicas artesanais que permitam resultados igualmente satisfatórios com menor custo. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de um Hospital Universitário quanto ao uso da terapia por pressão negativa artesanal no tratamento de lesões complexas. **MÉTODO:** Trata-se de relato de experiência fundamentado na vivência prática de enfermeiras da comissão intra-hospitalar de curativos no manejo clínico de lesões complexas. Para instalação do curativo por pressão negativa foram necessários os seguintes materiais: esponja de poliuretano com cinco centímetros de espessura, estéril; sonda flexível de silicone; papel filme transparente adesivo e estéril (opsite); prolongamento de silicone (utilizado em sistemas de aspiração); frasco coletor de sistema de aspiração. **RESULTADOS:** Em 2014, foram tratados 34 pacientes com a técnica da terapia por pressão negativa artesanal. Das lesões tratadas, 15 foram decorrentes de trauma ortopédico, 3 caracterizaram úlceras por pressão, 4 caracterizaram úlcera venosa, 5 em decorrência de abdome agudo, 4 diagnosticadas como síndrome de Fournier, 3 diagnosticadas como fístula de coluna sem drenagem líquórica. **CONCLUSÃO:** A experiência com o uso da terapia por pressão negativa artesanal denotou importantes resultados quanto ao reparo tecidual de feridas complexas; apresentando-se como alternativa significativamente satisfatória. O impacto econômico da técnica artesanal foi baixo quando comparado com os possíveis custos com produtos comerciais, e os resultados foram semelhante àqueles obtidos com a utilização de produtos industrializados; tornando-se, uma opção para instituições de saúde cujos recursos financeiros não favorecem a aquisição de modelos comerciais específicos para tal finalidade.

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

TIFANY COLOMÉ LEAL¹; JÉSSICA KELLY PEREIRA SILVA²; LUCIANA LIMBERGER FOLETTO³; JAIRO RICARDO OLIVEIRA⁴; VANIA LUCIA DURGANTE⁵

^{1,3}HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ^{2,4}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁵HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: Nos dias atuais se fala muito em manter a integridade do paciente, assim como a sua segurança e isso engloba vários fatores pois o paciente tem de ser visto de maneira integral na UTI (SILVEIRA; CONTIM, 2015). A úlcera por pressão é uma lesão que ocorre na pele, decorrente de vários fatores mais entre os mais comuns estão, ausência ou diminuição do fluxo sanguíneo em um determinado local por uma pressão exercida em cima deste (PEDROSA, et al 2014). **OBJETIVO:** Objetiva-se discutir a importância da prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo em analogia com autores que discutem a importância da prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **RESULTADOS:** A melhor maneira de prevenir úlceras por pressão é o alternar decúbito, além disso, hidratar a pele do paciente e hidratá-lo por via oral ou via entérica corretamente são fatores que influenciam diretamente o aparecimento de úlceras, fora outros fatores que não são menos importantes, como a nutrição, umidade da pele, percepção sensorial, entre outros (BRITO; SOARES; SILVA, 2014). Há alta incidência de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva, pois os pacientes se encontram em condições de extrema gravidade, imunodeprimidos, desidratados (SANTOS, et al, 2013). Na unidade de terapia intensiva existem muitos micro-organismos multirresistentes e a úlcera por pressão é uma porta de entrada muito utilizada por estes organismos para agredir o corpo do ser humano (SILVA, et al, 2013). A importância da prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva, primeiramente é o benefício que isso trará para o paciente, não haverá tantos casos de re-internação para o tratamento dessas lesões e conseqüentemente a empresa (o hospital) terá mais lucros, porém isso só começará a acontecer quando toda a equipe estiver ciente dos problemas que uma úlcera por pressão pode acarretar e que alternar decúbito e hidratar o paciente não são coisas para serem deixadas de lado. **CONCLUSÃO:** Considera-se que a reflexão frente a temática irá trazer contribuições no sentido de incentivar os profissionais de enfermagem a terem um olhar diferenciado e mais atento às úlceras por pressão, a fim de prevenir o surgimento da mesma em seus pacientes.

PO - 368 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE MALHA DE SILICONE EM LESÃO DE EPIDERMOLISE BOLHOSA: RELATO DE CASO

DAYSE CARVALHO NASCIMENTO; GRACIETE SARAIVA MARQUES; FERNANDA ROCHA RODRIGUES; MARTA PINHEIRO ENOKIBARA
HUPE/UERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Lesão; Epidermólise Bolhosa; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As Epidermólises Bolhosas (EB) formam um grupo de desordens bolhosas hereditárias em que as bolhas surgem espontaneamente ou são desencadeadas por trauma e classificam-se: simples, juncional e distrófica, com grau variado de sequelas, dependendo de traumatismo, fricção e repetidas ulcerações (FERREIRA DOS ANJOS E MORITA, 2013). **OBJETIVOS:** Descrever os registros e condutas terapêuticas de enfermagem no curativo de úlceras provenientes de EB com o uso de malha de silicone. **RELATO DE CASO:** Homem, 61 anos, branco, diagnóstico de EB distrófica, sem uso de corticoterapia após redução gradativa da dose até suspensão pelo médico. Encaminhado para acompanhamento ambulatorial com lesões disseminadas em membros inferiores: bem delimitadas, tecido de granulação friável, moderada exsudação serosa, esfacelos discretos e outras áreas que denunciavam a preexistência de bolhas. E ainda, com áreas descamativas em olecranos e dorso das mãos. **METODOLOGIA:** Estudo de caso desenvolvido no ambulatório de curativos de um Hospital Universitário, no Rio de Janeiro. Avaliação e evolução realizadas através de exame clínico e registro fotográfico, utilizando termo de consentimento livre e esclarecido, com autorização para realização e publicação do estudo (resolução 466/12). **DISCUSSÃO:** Após avaliação optou-se por utilizar nas lesões e em áreas de bolhas em formação: ADAPTIC TOUCH® como cobertura primária não aderente composta por uma malha porosa e flexível de acetato de celulose impregnada de silicone de suave adesão para controlar eficazmente exsudato e minimizar dor durante remoção. E ainda, aplicação de creme de ureia 10% como hidratante em áreas descamativas, além de orientações para cuidados com pele: uso de sabão neutro, água morna, traumas evitáveis, higiene oral e roupas adequadas, entre outros. Foi observada epitelização das lesões com o uso da cobertura eleita, além das possíveis bolhas em formação. **CONCLUSÃO:** As terapias tópicas visam o controle dos sinais e sintomas e a escolha adequada dos produtos por profissional especializado é fundamental, pois interfere diretamente na qualidade de vida do paciente, logo o curativo ideal é aquele que fornece ambiente favorável à cicatrização da ferida, e ainda, não apresenta perigo à pele adjacente.

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDA OPERATÓRIA: RELATO DE CASO

PRISCILA GOMES EMÍDIO; CAMILA ALVES MOREIRA; FERNANDA MOURA ROCHA SANTOS; ISABELA MAIA DOS ANJOS; PATRÍCIA GOUVEIA DO COUTO
CENUT, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Abdominoplastia; Ferida Operatória; Terapia por Pressão Negativa.

INTRODUÇÃO: Sendo uma das cirurgias plásticas mais realizadas no mundo a abdominoplastia consiste na correção do excesso do tecido cutâneo e adiposo através da sua ressecção. Como complicações podem ocorrer seromas; necroses; deiscência de suturas; hematomas; infecção; entre outros. A Terapia de Pressão Negativa é um dispositivo que ajuda a fechar feridas de difícil cicatrização, aplicando simultaneamente uma pressão negativa sob as margens da ferida, promovendo a formação de tecido granulado, colágeno, fibroblastos e células inflamatórias, favorecendo o processo cicatricial da ferida. **OBJETIVO:** Este estudo visa descrever um relato de caso no qual foi utilizado à terapia por pressão negativa para o tratamento de ferida operatória abdominal em flanco esquerdo. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado em um hospital particular na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe, que dispõe de uma comissão de pele que desenvolve atividades de prevenção e tratamento de lesões. Este foi iniciado após a autorização da paciente e de seu responsável através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o registro das imagens e descrição do caso no período de 16 dias. **RESULTADOS:** Iniciado tratamento após abertura e drenagem da ferida operatória decorrente de complicação pós-cirúrgica da abdominoplastia total com a Terapia por Pressão Negativa (Extricare). Ferida operatória cavitária em flanco esquerdo, com presença de tecido de granulação e tecido gorduroso, exsudato serosanguinolento em alta quantidade com odor característico, margem regular, pele perilesional pouco descamativa e hiperemiada. Foram realizadas 2 trocas do curativo, com intervalos de 02 e 05 dias e visualizado melhora da hiperemia e diminuição do diâmetro da lesão. Posteriormente foi dado continuidade terapêutica com cobertura tópica antimicrobiana espuma de poliuretano com prata (Biatain AG 10 x 10 cm) e finalizado tratamento com fechamento da ferida operatória por terceira intenção. **CONCLUSÃO:** O uso da terapia por pressão negativa acelerou o processo de cicatrização, com a estimulação da formação do tecido de granulação, diminuição do exsudato e edema local, preparando a ferida para o fechamento por terceira intenção. O resultado obtido com o tratamento comparando com a literatura confirma que a terapia por pressão negativa estimula a cicatrização precoce da lesão, promove conforto e segurança para o paciente, impedindo que ocorram complicações durante o seu tratamento.

PO - 370 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES POR ETIOLOGIA VASCULAR

TIFANY COLOMÉ LEAL¹; VANIA LUCIA DURGANTE²; ARLETE MARIA TIMM³; LAIS FUZZER ROSSO⁴

¹HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL;

^{2,3}HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Amputação; Enfermagem; Perfil Clínico.

INTRODUÇÃO: As complicações crônicas em decorrência do diabetes mellitus podem ocorrer na microcirculação, originando retinopatia e nefropatia; e na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular; neuropatias e doença vascular periférica.¹ As alterações no sistema vascular são consideradas uma das principais causas de amputação de membros inferiores², sendo a insuficiência vascular periférica responsável por 80% de todas as amputações de membros inferiores em indivíduos adultos³. **OBJETIVO:** descrever resultados parciais de estudo sobre o perfil clínico dos pacientes com amputação por etiologia vascular de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **MÉTODO:** Estudo quantitativo e documental. Foram investigados 82 prontuários de pacientes submetidos a amputações por etiologia vascular, entre o período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013. Os dados foram coletados com auxílio de um instrumento estruturado e analisados no programa EPI INFO, versão 3.5.2. Com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 29338514.3.0000.5346). **RESULTADOS:** O presente estudo permitiu maior conhecimento do perfil clínico dos pacientes amputados por etiologia vascular do referido hospital. São pacientes em sua maioria do sexo masculino e idosos. O diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, angiopatias e o tabagismo são as condições crônicas mais prevalentes. As amputações caracterizam-se por serem transfemorais, transtibiais e parciais do pé, principalmente em decorrência de necrose de extremidades. Identificar as causas de amputações e os fatores de risco associados a esse desfecho facilitará no estabelecimento de estratégias de prevenção e cuidados com essa população. **CONCLUSÃO:** Os dados encontrados reforçam a necessidade dos enfermeiros atuarem na prevenção das amputações, nas ações de promoção de saúde e na reabilitação destes pacientes.

CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO SACRAL EM PACIENTE TETRAPLÉGICO COM TELA DE SILICONE ASSOCIADO AO ACIDO LINOLEICO: RELATO DE CASO

GISLAINE MELO MEIRA¹; SONIA CRISTIANE BENTO²

¹MAXIMEDSUL, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL; ²INSTITUTO DE CARDIOLOGIA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização; Úlcera por Pressão; Tetraplegia.

INTRODUÇÃO: A Lesão da Medula é uma agressão das mais devastadoras podendo ocasionar danos neurológicos, que comprometem as funções vitais, sensoriais, motoras e autônomas. São provocadas por diferentes etiologias, na maioria das vezes as causas externas como os acidentes de trânsito, ferimentos por armas de fogo e branca, quedas, mergulhos, atos de violência e lesões desportivas¹. Uma das complicações mais comuns na pessoa com lesão medular, e o que traz grande impacto negativo às atividades de vida diária e relacionamentos sociais é a presença da Úlcera por Pressão (UP)². A úlcera tem como característica sua relativa facilidade de instalação e demorada cura³. **OBJETIVO:** Relatar o sucesso da cicatrização de uma úlcera por pressão em região sacral em um paciente tetraplégico, 43 anos, em acompanhamento domiciliar, com uso de placa de alginato de cálcio no desbridamento e posteriormente tela de silicone e ácido linoleico até a cicatrização. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de caso, realizado com acompanhamento através atendimentos domiciliares, no período de 02/04/15 a 31/08/15. Obteve-se o consentimento livre e esclarecido do cliente e assinatura da autorização do termo de imagem. Os dados foram coletados a partir da avaliação, conduta e acompanhamento da evolução da lesão. **RESULTADOS:** O paciente recebeu alta hospitalar em 17/03/15 com uma úlcera por pressão sacral medindo 15 x 18 cm, presença de esfacelos e grande quantidade de exsudato. Iniciado o tratamento em 02/04/15 com placa de alginato de cálcio pra desbridamento associado ao ácido linoleico pra estimular a granulação e contração da ferida. No dia 20/04/15 a lesão media 08 x 08 cm e apresentava-se plana e com tecido de granulação, a conduta mudou para uso da tela de silicone (Mepitel) associado ao Acido Linoleico (Vdeclair) até sua completa cicatrização em 15/08/15. **CONCLUSÕES:** Paciente com tetraplegia, ausência de sensibilidade e mobilidade, incontinência urinária, fazendo cateterismo intermitente limpo porém ainda com perdas, e incontinência fecal. Concluiu cicatrização da lesão em região sacral em 4 meses com acompanhamento semanal e posteriormente quinzenal de uma enfermeira generalista e uma estomaterapeuta com orientações gerais sobre cuidados com superfície de apoio, reposicionamento, técnicas de curativos e uso de curativos especiais.

PO - 372 - PÔSTER II - TARDE 26/11/2015 de 14:00 às 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

VIVÊNCIAS DAS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE

DALVA CEZAR DA SILVA¹; M DE LOURDES BUDÓ²; MARIA DENISE SCHIMITH³; ALINE MAINO PERGOLA-MARCONATO⁴; GILSON VASCONCELOS TORRES⁵

^{1,2,3}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ^{4,5}UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera Varicosa; Assistência Ambulatorial.

As úlceras venosas apresentam relevante impacto socioeconômico, devido à complexidade e diversidade de tratamento e multiplicidade de repercussões psicobiológicas e sociais, que tornam imprescindíveis a assistência multidisciplinar¹. Objetivou-se descrever as práticas dos profissionais da saúde a partir da vivência de pessoas com úlcera venosa em assistência ambulatorial. Pesquisa qualitativa, desenvolvida de janeiro a fevereiro de 2013, por meio da entrevista semiestruturada com 14 pessoas com esta lesão, no ambulatório de angiologia de um hospital público no Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a que está vinculada, sob o protocolo nº 23081.000145/2008-19. Após a análise de conteúdo dos dados, elaboraram-se duas categorias: 1) Práticas profissionais na atenção básica composta pelas duas subcategorias: dificuldade no diagnóstico e tratamento e tratamento tópico; 2) Práticas profissionais na atenção hospitalar especializada com quatro subcategorias: tratamento tópico e compressivo; tratamento cirúrgico; uso da laserterapia; e, atuação de equipe multiprofissional. As práticas profissionais desenvolvidas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionista e fisioterapeutas, apresentaram diversidade do ponto de vista da pessoa com úlcera venosa, que as relacionavam ao tratamento tópico, compressivo, cirúrgico e orientações para a promoção da saúde. As diferentes práticas profissionais influenciam na experiência da pessoa que convive com a lesão e cabe aos integrantes da equipe de saúde tentar potencializar a adoção das práticas que considerem a singularidade e as necessidades das pessoas cuidadas. A enfermagem constitui-se como referência para estes usuários e as ações do enfermeiro devem ser fortalecidas para estabelecer uma relação horizontal, permeada pelo respeito e diálogo, que promovam a qualidade de vida.

Referência:

1. Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Münter KC, Schäfer E, Augustin M. Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg--a community-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(4):495-502.

A EFICÁCIA DO USO DA ALOE VERA NA CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

JULLIANY LOPES DIAS; GABRIELA EUSTÁQUIO LACERDA; GESHICA SOARES SOUZA; GUILHERME NOBRE LIMA DO NASCIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PALMAS - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Aloe vera; Queimadura; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Queimadura é uma lesão dérmica, que pode comprometer outros tecidos, ocasionada por um agente externo que pode ser de etiologia térmica, elétrica, química ou radioativa. A Aloe vera, popularmente conhecida como babosa, é uma herbácea pertencente à família das Liliáceas. O conteúdo incolor de aspecto viscoso extraído do parênquima das folhas possui ação cicatrizante, antibacteriana, antifúngica e antivirótica muito utilizada nas lesões de pele, dentre elas a queimadura. **OBJETIVO:** Verificar os principais estudos que atestam a eficácia da aplicabilidade do uso da Aloe vera em lesões por queimadura. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática da produção científica disponível nas plataformas CAPES e BVS, realizada no mês de junho de 2015. Utilizou-se a estratégia de busca com os descritores: Queimaduras and Aloe and fitoterápico. Os critérios de inclusão para seleção dos estudos foram: artigos completos, publicados nos últimos dez anos; disponíveis nos idiomas inglês e/ou português. Foram excluídos artigos de revisão. Após submissão aos filtros, os artigos foram estratificados de acordo com o grau de evidência que classifica a qualidade dos dados obtidos pelo delineamento da pesquisa. **RESULTADOS:** A amostra da busca sistemática foi de cinco artigos, cujo intervalo temporal evidenciou uma produção crescente a partir de 2009 com pico no ano de 2014. Ao se considerar o nível de evidência dos estudos, tem-se artigos de relevância científica, a saber: um artigo com evidência 1A (estudo randomizado controlado), um artigo 1B (ensaio clínico randomizado) e três artigos 2B (ensaios clínicos). Os estudos apontam para a segurança do uso pela não apresentação de reações adversas, bem como verificam a eficácia do uso da Aloe vera em lesões por queimadura por suas características anti-inflamatória e antibiótica com redução do tempo de cicatrização com resultados superior ou igual aos demonstrados pelo uso da sulfadiazina de prata, produto tópico amplamente utilizado em queimaduras. **CONCLUSÃO:** Os estudos analisados fundamentam a prática popular do uso da Aloe vera e atestam a eficácia da aplicabilidade em lesões por queimadura, demonstrando atuação positiva na reparação tecidual por vigorosa redução do tempo de cicatrização. Tal fato abre a perspectiva de novas formulações que a tenham como princípio químico e corrobora para a instituição de uma nova terapêutica com o uso de fitoterápicos.

PO - 374 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EFEITOS DO LASER DE BAIXA POTÊNCIA (LBP) E EMISSÃO DE LUZ POR DIODO (LED) SOBRE A RESPOSTA INFLAMATÓRIA EM UM MODELO DE QUEIMADURA

PAULO CESAR LOCK SILVEIRA; KARINA BORGES FERREIRA; JHONATANN CORRÊA POSSATO; FERNANDO MILANEZ DIAS; RICARDO AURINO PINHO
UNESC, CRICIUMA - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Laser; Led; Queimaduras.

INTRODUÇÃO: Estudos nos últimos anos têm demonstrado que o LBP e LED modulam vários processos bioquímicos principalmente àqueles relacionados à resposta inflamatória com consequente aceleração da cicatrização tecidual. **OBJETIVO:** Investigar as alterações histológicas, bioquímicas e moleculares no processo de cicatrização de lesão epidérmica por queimadura após tratamento com LBP e LED. **MÉTODOS:** Os animais foram divididos randomicamente em 6 grupos (n=10): Sham, Grupo Lesão (GL): animal com lesão epitelial por queimadura sem tratamento local ou sistêmico, GL + Laser 660 nm, GL + Laser 904 nm, GL + LED 630 nm e GL + LED 904 nm. O modelo de lesão por queimadura foi infligido usando uma placa de cobre de 10 x 20 x 10 mm, mantido a 100°C e o tempo de contato entre a placa e a pele foi de 15 segundos. O LBP foi aplicado em 5 regiões distintas ao redor da ferida numa distância de 0,5 cm por ponto e a irradiação com o LED foi realizada sobre toda a área lesada. As irradiações iniciaram 24 horas após a indução da lesão e foram realizadas diariamente até o 7º dia. Após 2 horas da última aplicação dos tratamentos os animais foram eutanasiados e as bordas externas das feridas foram cirurgicamente removidas (CEUA-UNESC: 69/2014-1). Lâminas histológicas foram realizadas para analisar o efeito dos tratamentos na necrose celular, oclusão vascular, tecido de granulação e o efeito da queimadura nas camadas da pele. Além disso, analisamos parâmetros de estresse oxidativo e o conteúdo de IL-6 e ERK por wester-blot. **RESULTADOS:** Na quantificação da área lesada os grupos Laser 660 nm e LED 830 nm demonstraram uma aumento significativo em relação ao GL na contração da ferida. Na análise histológica esses grupos mostraram uma diminuição na necrose tecidual e um aumento na formação do tecido de granulação. Em parâmetros de estresse oxidativo os resultados mostram que o GL induziu um aumento na produção de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio, aumento nos níveis de danos oxidativos e na atividade das enzimas antioxidantes em relação ao sham e os grupos Laser 660 nm e LED 830 nm reverteram todas essas alterações. No conteúdo de IL-6 e ERK o GL induziu um aumento significativo nos níveis de IL-6 e uma redução nos níveis de ERK, porém, os grupos que receberam Laser 660 nm e LED 830 nm reverteram também essas alterações. **CONCLUSÃO:** Os resultados sugerem que o uso do laser 660 nm e LED 830 aceleram a resposta inflamatória e o processo de reparo de feridas induzidas por queimadura

TRATAMENTO DE SÍNDROME DE FOURNIER COM POLIHEXAMETILBIGUANIDA (PHMB) ASSOCIADO À GEL DE PAPAÍNA 3%: RELATO DE CASO

RENATA DA CUNHA¹; NÁDIA ANTÔNIA APARECIDA POLETTI²; CARLA MARIA FONSECA SIMAO³; BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA⁴

^{1,3,4}HOSPITAL DE BASE, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL; ²FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier; Polihexametilbiguanida; Caso.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma patologia pouco frequente que se desenvolve de maneira rápida e progressiva, sendo uma infecção polimicrobiana que geralmente acomete região da genitália, perineal e perianal. Está associada a doenças imunossupressoras e sistêmicas como diabetes, hipertensão, etilismo, obesidade, etc. O tratamento deve ser cirúrgico com o objetivo de remover o tecido necrótico aliado a antibioticoterapia e cuidados com a ferida. **OBJETIVO:** Relatar a utilização do PHMB na limpeza da ferida associado ao uso de gel de papaína 3% como cobertura no tratamento de ferida por Síndrome de Fournier. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso em acompanhamento no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Iniciado tratamento em Abril/2015, o paciente recebeu alta e continuou o tratamento domiciliar com auxílio da unidade básica de saúde e acompanhamento do Grupo de Curativo ambulatorial até cicatrização completa da ferida. **RESULTADOS PARCIAIS:** Paciente do sexo masculino, 47 anos, parapléptico há 15 anos, já em tratamento de úlcera por pressão isquiática D estágio 4, iniciou quadro de hiperemia e edema em região escrotal associados à episódios de febre não aferida, submetido à debridamento cirúrgico devido ao quadro de Síndrome de Fournier, apresenta ferida extensa em região inguinal D acometendo bolsa escrotal D com exposição do testículo D e descolamento de bordas. Na avaliação inicial a lesão apresentava tecido misto com presença de tecido desvitalizado e granulação opaca com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Iniciado tratamento 2x/dia com solução de PHMB para limpeza e cobertura com gel de papaína 3%. Após 20 dias, a ferida apresentou crescimento do tecido de granulação ocupando todo o leito da ferida, saída de moderada quantidade de secreção serosanguinolenta com epitelização das bordas. **CONCLUSÃO:** Durante o período de 20 dias de tratamento a ferida apresentou evolução satisfatória com o uso das coberturas utilizadas, redução progressiva de sinais/sintomas de infecção local, antecipando a alta hospitalar. Paciente seguiu em acompanhamento com o Grupo de Curativo ambulatorial até cicatrização completa da ferida.

PO - 376 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE LESÃO SUBCUTÂNEA NA CLÍNICA DA FAMÍLIA OTTO ALVES DE CARVALHO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DEISE OLIVEIRA BRAGA; RAPHAEL SILVA FARIAS; ARETA PEIXOTO VELLASQUES; NAIARA BASTOS ALMEIDA; ANDREA SILVA COUTINHO

CLINICA DA FAMILIA OTTO ALVES DE CARVALHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Atenção Primária; Qualificação profissional; Novas tecnologias.

A Clínica da Família Otto Alves de Carvalho (CFOAC) é uma Unidade de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro inserida na comunidade de Rio das Pedras. O território em questão recebe destaque pelo grande diferencial no que diz respeito à demanda livre/espontânea* versus população adscrita para acompanhamento nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, ocasionando sobrecarga de determinados setores, como a Sala de Curativo. Entretanto, após a mudança da gestão local, o processo de trabalho interno sofreu grande mudança, possibilitando a reorganização do acesso à Unidade e incentivo à qualificação dos profissionais. Desta forma, o presente relato surge com o objetivo de apresentar a experiência bem-sucedida de uma usuária que, inicialmente, por insatisfação com o atendimento local, realizava seu tratamento em unidade privada, mesmo sem recursos financeiros para tal. Portanto, esta pesquisa qualitativa utilizou como metodologia o Relato de Caso de uma profissional que atua no setor. O objetivo deste é ilustrar o impacto positivo existente na associação da ampliação do acesso aos usuários do território de modo planejado ao uso de novas coberturas inseridas numa Unidade de Atenção Primária em Saúde (APS). Assim, A.C.S., 40 anos, casada, mãe de dois filhos, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, fazendo uso de Insulina NPH, apresentou-se por demanda espontânea na referida Unidade após internação hospitalar de 20 dias e a equipe de referência de Saúde da Família realizou o acolhimento. Com isso, deu-se início ao tratamento da referida queixa. A lesão traumática, por avaliação médica, possuiu diagnóstico Grau II, sendo localizada em flanco direito, medindo 13 cm de diâmetro e 4 cm de profundidade, apresentando sinais de necrose em hipoderme local. A usuária apresentou, no momento da avaliação, os seguintes sinais flogísticos no local da ferida. Segundo relato emitido pela paciente, a lesão se formou a partir de aplicação inadequada de Insulina NPH no local. No início do tratamento, foram empregadas as seguintes coberturas: Colagenase 0,6 U/G e Sulfato de Neomicina 5mg/g+ Bacitracina Zíncica 250 UI/G. O tratamento informado foi utilizado durante 2 meses. Após reavaliação do uso destes, foram inseridas as seguintes coberturas: Protosan Solução, SAF-GEL e Pielsana, permitindo o fechamento da lesão em 30 dias. Conclui-se que a readequação do processo de trabalho, associado à inserção de novas tecnologias para Curativo na APS, permitiu o sucesso deste na CFOAC.

TIPOS DE LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL

NICOLE PILLAR DA SILVEIRA¹; MARCELLE CAMPOS ARAÚJO²; TATIANA OLIVEIRA GOMES³; ANDREA PINTO LEITE RIBEIRO⁴; BEATRIZ GUITTON⁵

^{1,2,3}INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ E UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL; ⁵UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Recém-nascido; Pele; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

O cuidado com a pele do recém-nascido internado é de extrema importância visto que durante a internação está sujeito ao aparecimento de lesões devido à imaturidade da pele e aos diversos procedimentos invasivos e manuseios a que são submetidos. Diante disso, faz-se necessário conhecer os tipos de lesões que podem ocorrer durante a internação e os fatores de risco relacionados a fim de estabelecer um cuidado de enfermagem de qualidade. **OBJETIVOS:** Identificar os tipos de lesões de pele em recém-nascidos internados em uma Unidade Neonatal e os principais fatores de risco relacionados ao aparecimento dessas lesões. **MÉTODO:** Pesquisa transversal, descritiva e de abordagem quantitativa. O local do estudo foi uma Unidade Neonatal de um Hospital de nível quaternário com 26 leitos. Critérios de inclusão: Recém-nascidos admitidos na Unidade Neonatal, provenientes do centro obstétrico. Critérios de exclusão: Recém-nascidos com alteração dermatológica ao nascimento e/ou que fossem transferidos para outra instituição durante o período de observação e retornassem para o instituto cenário. A coleta foi iniciada no dia 10 de abril de 2015 e finalizada no dia 10 de maio de 2015, totalizando um mês de coleta. A amostra foi composta de 10 recém-nascidos e 41 lesões. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com dados clínicos do recém-nascido, características das lesões e possíveis fatores de risco relacionados, que foi preenchido ao realizar o exame físico. A análise estatística foi realizada utilizando o programa Epi Info 3.5.2[®]. Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 1.006.319. **RESULTADOS:** Dos 10 recém-nascidos internados durante o período, não houve diferença entre os sexos, 90% eram prematuros e 70% tinham o peso adequado para idade gestacional. Quanto à caracterização das lesões, das 41 lesões encontradas, houve maior predomínio dos hematomas (66%), seguido de úlceras por pressão (15%). Dentre os principais fatores de risco associados ao aparecimento de lesões estão: uso de sondas para alimentação (100%); acesso venoso periférico (80,5%); cirurgia (46,3%) e edema (26,8%). **CONCLUSÃO:** Os resultados obtidos neste estudo poderão ser úteis para a elaboração de protocolos eficazes para a prevenção de lesões de pele, proporcionando assim melhor qualidade de vida ao recém-nascido internado e diminuição do tempo de internação.

PO - 378 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

BIOÉTICA DE PROTEÇÃO NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS QUEIMADAS

VANIA LUCIA DURGANTE; ARLETE MARIA TIMM; JOCELAINE CARDOSO GRACIOLI; LAIS FUZZER ROSSO; TIFANY COLOMÉ LEAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Bioética; Reabilitação; Queimaduras.

INTRODUÇÃO: A Bioética de Proteção (BP) busca entender e enfrentar conflitos morais entre quem tem os meios para capacitar e os que independente de sua vontade e capacidades não tem condições de se defender sozinho ou agir com autonomia. Tem aplicação no âmbito das políticas de saúde e nos avanços tecnológicos aplicados a esse setor. Ao refletir sobre a reabilitação de pessoas queimadas, a BP apresenta-se como uma ferramenta para auxiliar no enfrentamento de situações de suscetibilidade devido a falta de recursos estruturais, informacionais e equipes multiprofissionais mínimas que não estão habilitadas a assegurar uma condição de segurança aos indivíduos. **OBJETIVO:** relatar a experiência de um serviço de reabilitação de pessoas queimadas sob a perspectiva da BP. **METODOLOGIA:** Na assistência ambulatorial com enfoque à reabilitação identificaram-se elementos que estão associados à BP: dificuldades no acesso, rede de assistência formal e informal desarticulada, suporte social insuficiente e gestão ineficaz de medicamentos e insumos. **RESULTADOS:** Desconhecimento das instituições que compõem a rede de atenção para o devido encaminhamento, incluindo a transferência e contra-transferência. A transferência para a atenção primária torna-se difícil na medida em que há falta de recursos humanos e equipe multiprofissional habilitada. A família e redes de apoio parecem ter dificuldades e desconhecimento para a adaptação às necessidades físicas, psicoemocionais e sociais dessas pessoas, entes públicos com dificuldades na obtenção e fornecimento de medicamentos especiais e produtos para prevenção de agravos relativos à reabilitação. **CONCLUSÃO:** Refletir sobre a BP e os conflitos existentes na saúde pública permite pensar na gestão de recursos e na prática assistencial ao reconhecer as desigualdades que ferem a estrutura social e de saúde que predispõem às suscetibilidades. Trazem questões de como assegurar proteção aos vulnerados e ao mesmo tempo fornecer condições para desenvolver suas potencialidades, respeitando suas diversidades sociais e culturais.

REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM COMPLICAÇÕES DO DIABETES: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

VANIA LUCIA DURGANTE; ARLETE MARIA TIMM; JOCELAINE CARDOSO GRACIOLI; TIFANY COLOMÉ LEAL; LAIS FUZZER ROSSO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes; Reabilitação; Educação para a Saúde.

INTRODUÇÃO: O pé diabético se constitui em uma das complicações do diabetes mellitus (DM) e se caracteriza por lesões nos pés e deformidades, decorrentes de neuropatia periférica e da doença vascular periférica, que causam internações hospitalares prolongadas e alta morbimortalidade. As úlceras e deformidades, assim como outros fatores de risco quando detectados precocemente evitam agravos. A inspeção dos pés com regularidade, a consulta de enfermagem e a intervenção fisioterápica e nutricional são práticas importantes para prevenção de complicações, especialmente as amputações. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do atendimento ambulatorial em pessoas com diabetes sob a perspectiva da reabilitação. **METODOLOGIA:** Na assistência ambulatorial com enfoque à educação em saúde identificaram-se elementos que estão associados à reabilitação: aferição dos pulsos distais e do índice tornozelo braquial, inspeção rotineira dos pés (fissuras, ressecamentos, micoses interdigitais, remoção de calosidades), tratamento de lesões, avaliação de deformidades, monitoramento constante do membro contralateral e orientações para o autocuidado. **RESULTADOS:** Inabilidade e desconhecimento dos usuários e profissionais de saúde para cuidados de prevenção e tratamento com os pés: higiene, uso de meias e calçados adequados, remoção de pequenas calosidades com lixa de papel, evitar o uso de adesivos na pele, corte de unhas reto, uso de óleos e cremes hidratantes, avaliação da sensibilidade dolorosa e das alterações biomecânicas ou osteoarticulares dos pés incluindo a mobilidade articular. **CONCLUSÃO:** Verifica-se a importância de ações educativas multiprofissionais para a prevenção de agravos, com ênfase nos exames dos pés e diagnóstico precoce. O processo de reabilitação de pessoas com DM em risco ou com lesões e deformidades deve iniciar precocemente. Inicia-se ao identificar a habilidade e conhecimento dos usuários em aprender e em se adaptar a uma nova rotina de cuidados com os pés, o grau de independência para atividades físicas, o suporte social e a forma de enfrentamento do usuário frente às novas mudanças. Assim, as ações educativas multiprofissionais, a adequada avaliação e encaminhamentos estão associados a melhoria do autocuidado e à prevenção de amputações.

PO - 380 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DA PAPAÍNA COMO TECNOLOGIA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

ANDREA PINTO LEITE RIBEIRO; BEATRIZ GUITTON; MATHEUS DE CAMPOS PINTO RIBEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Papaína; Cicatrização; Ferimentos e Lesões.

A papaína como tecnologia no processo de cicatrização de feridas tem sido utilizada no Brasil desde 1987. Ao longo dos anos, sua forma de apresentação e utilização foram aperfeiçoadas e diversas pesquisas foram realizadas a fim de avaliar sua efetividade como desbridante em tecidos desvitalizados e cicatrizante nos tecidos de granulação, variando sua concentração de acordo com o tipo de tecido encontrado no leito da ferida. **OBJETIVO:** Avaliar as evidências encontradas na literatura quanto ao uso da papaína como tecnologia na cicatrização de feridas. **MÉTODO:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com busca nas seguintes bases de dados: LILACS; COCHRANE; IBECIS; BDNF; MEDLINE via Pubmed e CINAHL, utilizando os seguintes termos como descritores e como palavras: Papaína e Cicatrização, com recorte temporal de cinco anos (compreendendo o período de 2010 a 2015), nos idiomas: inglês, português e espanhol, disponíveis on-line. Foram encontrados 551 estudos, limitando por cinco anos, resultou em 136, exclusões: por título e resumo, 125 estudos; após leitura do texto, dois; repetidos, dois; por não estar disponível on-line, um; resultado em seis estudos. **RESULTADOS:** Dos seis estudos encontrados, três avaliaram pacientes com úlceras venosas, destes dois eram ensaios clínicos randomizados e um estudo quase-experimental. Outro estudo, série de cinco casos, avaliou pacientes com lesões variadas: úlcera de pressão e lesão pós amputação cirúrgica; dois casos de úlceras plantares, sendo uma plana e outra perfurante; úlcera infectada pós-furunculose no pé; e fásceite necrotizante na perna com exposição de tendões. Outro estudo relatou um caso de paciente com hipergranulação em úlcera do pé diabético. O último, estudo descritivo, utilizou uma formulação comercial de papaína-ureia em grandes queimados. Houve predomínio da produção brasileira. Todos demonstraram que a papaína apresentou resultados positivos como desbridante e cicatrizante, exceto o estudo indiano no qual foram avaliados pacientes com queimaduras extensas. Percebe-se nos últimos anos, uma preocupação com o rigor metodológico e a busca pela produção de evidências que possam garantir um maior grau de recomendação. No entanto, observam-se ainda muitos estudos descritivos como os relatos de caso e séries de casos. Além disso, não houve uniformidade na forma de apresentação da papaína, variando entre o gel e a solução; na associação com ureia e os graus de concentração utilizados.

TRATAMENTO DE LESÃO COM CREME GEL COM NANOPARTÍCULAS: UM RELATO DE CASO

ANDREA SILVA COUTINHO¹; ALCIONE MATOS ABREU²; TEREZA CRISTINA GIANINNI SILVA³

¹PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL;

²UNIVERSO - UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, NITEROI - RJ - BRASIL; ³APOSENTADA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Hemoflictena; Cicatrização; Nanotecnologia.

A Hemoflictena é considerada uma lesão que pode afetar a epiderme e a derme ocasionando “bolhas” com presença de sangue. O creme gel com nanopartículas é um produto que realiza hidratação profunda e manutenção do equilíbrio hídrico da pele, contém em sua formulação complexo lipídico em nanopartículas com vitamina A e Vitamina E, além de ativos coadjuvantes como os Triglicérides dos ácidos caprílico/cáprico, Alantoína, D-pantenol e Aloe vera. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do uso do Creme gel com nanopartículas para tratamento de Hemoflictenas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso realizado no tratamento domiciliar, entre 29/07/2015 à 26/08/2015, com paciente do sexo masculino, 52 anos, residente fora do município do Rio de Janeiro, sem comorbidades, em uso do Creme gel com nanopartículas, após limpeza com solução fisiológica a 0,9% para tratamento de hemoflictenas em região de dorso e região maleolar do pé direito. Antes de se iniciar esse estudo, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para o registro fotográfico. A coleta dos dados foi realizada semanalmente por duas enfermeiras. As variáveis do estudo avaliadas foram: presença de tecido de cicatrização e melhora do prurido. O registro fotográfico foi realizado semanalmente. Relato de caso: Início do tratamento com Creme gel com nanopartículas 29/07/15: Paciente apresentou hemoflictenas em região de dorso e região maleolar do pé direito, após imobilização do membro inferior direito e retirada de calha gessada. Em uso prévio de Ácidos Graxos Essenciais (AGE) referiu prurido leve em área perilesional e ausência de dor. Foi realizado curativo com Creme gel com nanopartículas com periodicidade de troca a cada 48 horas. Última evolução realizada em 26/08/2015. O tratamento regular foi realizado durante 29 dias com Creme gel com nanopartículas. As lesões encontraram-se cicatrizadas e o paciente relatou ausência de prurido na área cicatrizada. **CONCLUSÃO:** O uso do Creme gel com nanotecnologia foi efetivo para a cicatrização das lesões e proporcionou ausência de prurido na área cicatrizada. Cabe ao enfermeiro adquirir conhecimento técnico-científico referente ao processo de cicatrização e sobre os produtos que oferecem novas tecnologias para a prevenção e tratamento de lesões de ambas etiologias.

PO - 382 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

APLICABILIDADE DE CURATIVOS EXPERIMENTAIS A BASE DE NANOPARTÍCULA DE PRATA NO TRATAMENTO DA ERISPELA: RELATO DE CASO

ALBELIGGIA BARROSO VICENTINE¹; TALITA ROCHA CARDOSO²; JACKELINE ALVES DE FARIAS³; CARLLINI BARROSO VICENTINI⁴; ADEMAR BENEVOLO LUGÃO⁵

¹HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL/IPEN, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ^{2,3,4}HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL/TO, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ⁵IPEN, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Erisipela; Hidrogel; Nanoprata.

INTRODUÇÃO: Erisipela é uma infecção cutânea causada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* do grupo A, inoculada através de um pequeno ferimento na pele ou mucosa e disseminada pelos vasos linfáticos, podendo atingir o tecido subcutâneo. A evolução da doença está relacionada a condição imunológica do paciente, constituindo um problema de saúde pública. Os curativos a base de hidrogel com nanopartículas de prata são indicados para o tratamento de feridas de erisipela. **OBJETIVO:** Demonstrar aplicabilidade de curativos experimentais de baixo custo à base de hidrogel contendo nanoprata produzidos pelo IPEN/ USP no tratamento de erisipela. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso de uma paciente, 54 anos, internada no Hospital Regional Público de Porto Nacional – TO, apresentando erisipela em região tibial do membro inferior direito. A ferida foi tratada com curativo de hidrogel a base de polivinil álcool (10%) contendo prata (± 80 nm), reticulado e esterilizado simultaneamente por radiação gama. A paciente autorizou o tratamento e a publicação dos resultados pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo a resolução do CNS nº 466/12. **RESULTADOS:** Durante a avaliação inicial a paciente referia dor e aumento da temperatura local, a ferida apresentava edema e necrose que se estendia até o terço distal do membro afetado. O tratamento indicado pela Comissão de Curativos foi limpeza da área com água destilada e aplicação do curativo de hidrogel com nanoprata para promover debridamento autolítico em toda a área de necrose. O tratamento se estendeu até o 14º dia de internação com troca da cobertura e avaliação da ferida a cada 48 horas. Após a terceira troca do curativo foi possível verificar melhora significativa da lesão. **CONCLUSÃO:** Considerando a avaliação da dor, edema, alteração de temperatura e reparação tecidual da ferida os curativos experimentais de hidrogel contendo prata representam uma boa alternativa de tratamento da erisipela.

UTILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS E CRIATIVIDADE NA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM CURATIVO

SERGIO DE ARRUDA DIAS¹; STEPHANIE PIANARO DE CASTRO²; BRUNA PENTEADO SILVA GREGOLIN³

¹HUOP, CASCAVEL - PR - BRASIL; ^{2,3}UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo; Enfermagem; Relato de Caso.

INTRODUÇÃO: Paciente do sexo masculino, VEDS, 50 anos, branco, brasileiro, casado, autônomo, deu entrada no Hospital Universitário do Oeste do Paraná-HUOP, Cascavel/PR em 05 de julho de 2015 com queixa de dor abdominal, foi levado para cirurgia de Laparotomia Exploratória com ulcerorrafia de urgência em virtude de úlcera gástrica perfurada. Recebeu alta hospitalar, entretanto no período do pós-operatório apresentou deiscência de sutura, tendo retornado ao hospital via Pronto Socorro, sendo assistido pela equipe cirúrgica que detecta a necessidade de novo procedimento, sendo submetido à ulcerostomia mais jejunostomia em 12 de julho. Ferida de difícil manejo e má evolução, causando fístula gastro-cutânea, com lesão grave de epiderme em função do alto grau de acidez do suco gástrico. **OBJETIVO:** Desenvolver curativo eficaz para conter drenagem de grande quantidade de suco gástrico/bilioso que ocasionou queimadura/lesão química de difícil controle e manutenção, uma vez que os métodos tradicionais de fixação de bolsa de colostomia e/ou curativos não se mostraram eficientes. **MÉTODO:** Após tentativas mal sucedidas de contenção do suco gástrico que drenava pela fístula gastro-cutânea realizadas pela equipe que assistia o referido paciente, foi introduzida sonda Foley nº 24 com balonete insuflado no trajeto da fístula a fim de diminuir a secreção. Limpeza da pele com água destilada, aspersão do pó Ostmoony Powder®, aplicação da pasta Coloplast®, fixação de parte adesiva da bolsa de colostomia, cobertura com Curatec® filme transparente. **RESULTADOS:** Após todo o processo de assistência e cuidados direcionados à lesão, corrido o período de 5 dias houve melhora drástica do aspecto hiperemiado e demais adjacentes e sinais flogísticos do tecido cutâneo (pele) em toda extensão principal do orifício da tal lesão. **CONCLUSÃO:** Notamos que após varias tentativas de curativos desde o tradicional até como os improvisados, todos sem sucesso, o curativo confeccionado foi de grande valia. O que resultou na resposta satisfatória da irritação da pele causada por drenagem de suco gástrico.

PO - 384 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DECH DE PELE- RELATO DE CASO

DENISE NETO NETO STASIAK¹; JAQUELINE SIMON²; CLEOCIR MARTA TECCHIO³; FABIANE MAREK⁴; EMILIANA COSTA COSTA⁵

^{1,2,3,4}HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; ⁵HOSPITAL ERNESTO DORNELES, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; DECH de Pele; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) é um dos grandes desafios no cuidado de enfermagem aos pacientes após transplante de células tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH). Esta caracteriza-se como uma síndrome sistêmica que pode ser aguda ou crônica, na qual ocorre agressão aos tecidos do receptor (hospedeiro) pelos linfócitos do doador, por serem estes linfócitos imunologicamente competentes em um organismo imunologicamente imunossuprimido. Assim sendo, a DECH se expressa como um ataque imunológico, principalmente aos tecidos do hospedeiro com maior número de células apresentadoras de antígeno (APC), como a pele, fígado, trato gastrointestinal. Pode ser classificada em quatro graus, conforme a severidade do quadro clínico do hospedeiro. Diante deste fato, é um desafio à equipe de enfermagem a implementação adequada dos cuidados para minimizar, o desconforto causado e reduzir a morbi-mortalidade destes pacientes. **OBJETIVO:** Relatar os cuidados de enfermagem quanto ao manejo das principais manifestações clínicas relacionadas à DECH aguda de pele. **MÉTODO:** Relato de caso descritivo, retrospectivo, através de revisão de prontuário em um hospital universitário do sul do Brasil. **RESULTADO:** Paciente sexo masculino, 27 anos, portador de Sarcoma granulocítico de pele, realizou infusão das células progenitoras em 10/07/15. Recebeu como condicionamento bussulfano + ciclofosfamida + globulina antitumoral. Como profilaxia para DECH utilizou ciclosporina + metotrexato. Em 28/8/15 diagnóstico de DECH intestinal, hepática e de pele. As lesões de pele iniciaram com exantema maculopapular em 25% da superfície corporal, evoluindo para eritoderme generalizado, culminando com descamação e bolhas, sendo diagnosticado DECH de pele grau IV. A terapia medicamentosa utilizada foi basiliximab e infliximab. Os cuidados de enfermagem realizados exame físico diário monitorando evolução das lesões de pele, higienização da pele para prevenção de infecções, hidratação da pele três vezes ao dia com creme padronizado pela instituição, administração de protetor labial, administração de analgesia conforme protocolo de dor e apoio emocional, devido ao distúrbio da autoimagem. **CONCLUSÃO:** O presente relato permitiu demonstrar que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem de nosso serviço proporcionam uma diminuição na gravidade das complicações e contribuem para o sucesso do tratamento.

A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PORTADOR DE FERIDAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LILI MARLENE HOFSTÄTTER; LETÍCIA DA SILVA SCHRAN; ROSELI INÊS RESENDE; MAYARA APARECIDA PASSAURA DA LUZ; VANESSA BORDIN
UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Cuidado; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Desde os primórdios da humanidade, é conhecida a grande preocupação do homem em manter sua saúde e integridade física. Isso incluía o tratamento de feridas. A partir dos avanços tecnológicos, o cuidado ao portador de feridas teve uma ascensão quanto as técnicas, produtos e métodos utilizados. As feridas acometem a sociedade de uma forma geral, independente de raça, faixa etária, gênero, dentre outras. O profissional de enfermagem tem um papel importante no que condiz ao cuidado com paciente, tendo um trabalho relevante no tratamento de feridas, já que possui maior interação com o doente, podendo assim fazer o acompanhamento da evolução da lesão, realizando orientações e executando o curativo². O objetivo do presente trabalho foi observar a atuação do enfermeiro na avaliação e tratamento de feridas em usuários do ambulatório de feridas do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **METODOLOGIA:** trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência. As atividades foram realizadas nos meses de agosto a novembro de 2014. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A resolutividade no tratamento de feridas deriva também da educação e orientações realizadas pelo enfermeiro ao paciente e seus familiares. Na abordagem ao doente portador de feridas, é indispensável que o enfermeiro determine as condições da lesão para a reconstrução da mesma na escolha correta do material utilizado, sempre atentando para a busca da autonomia do paciente.

CONCLUSÃO: A avaliação sistemática e continua realizada pelo enfermeiro no tratamento de feridas tem o papel de qualificar a assistência, tornando-a adequada ao tratamento de feridas, buscando a obtenção de resultados satisfatórios para o paciente, proporcionando uma reabilitação mais rápida e eficaz. Entende-se ser relevante que os enfermeiros busquem atualizar-se, por meio de capacitações permanentes, almejando a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes portadores de feridas, uma vez que a cicatrização envolve diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, levando em conta que o cuidado não está apenas direcionado para a lesão, mas para a relação desta com o corpo.

Referências:

¹ Ferrera AM. Candido MCFS, Candido MA. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(4): 656-60.

² Ferreira AM. Bogamil DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. Arq Ciên Saúde 2008 15(3):105-9.

PO - 386 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA NO CUIDADO AO PACIENTE AMPUTADO: UM RELATO DE CASO

RAÍSSA OTTES VASCONCELOS; THAÍS VANESSA BUGS; DENISE DE FÁTIMA HOFFMANN RIGO; LUIS GUILHERME SBROLINI MARQUES; DÉBORA CRISTINA IGNÁCIO ALVES
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Intervenções de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Amputação.

INTRODUÇÃO: As intercorrências em extremidades inferiores vêm se tornando um problema de saúde pública, tais agravos estão relacionados com doença arterial periférica e neuropatia predispondo as lesões nos pés, levando à infecção e amputação.¹
OBJETIVO: Relatar o caso de um paciente submetido à amputação, durante o acompanhamento por residentes de enfermagem, enfatizando as intervenções de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório. **MÉTODO:** Este trabalho buscou relatar o caso de um paciente submetido à amputação trazendo as intervenções de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório, realizado na forma de estudo de caso para a disciplina de Centro Cirúrgico e Recuperação Pós Anestésica, durante o mês de julho de 2015, em um hospital público localizado no Oeste do Paraná. **RESULTADOS:** Paciente J. S, 65 anos, sexo masculino. Internou com diagnóstico de: Doença Arterial Obstrutiva Periférica; Isquemia Crítica; Necrose de 1º, 2º e 3º pododáctilos. Histórico prévio: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, tabagista. Teve agravamento do quadro, realizado traqueostomia e mantido em ventilação mecânica. Teve os membros inferiores amputados. Assim sendo, algumas das intervenções de enfermagem² no período perioperatório foram: informar ao paciente o tempo de duração esperado para a cirurgia; proporcionar que o paciente faça perguntas e discuta preocupações; redução da ansiedade com técnicas para relaxar; criar atmosfera que facilite a confiança; encorajar a verbalização de sentimentos; orientar o paciente/familiares em relação a sinais e sintomas de infecção; proporcionar assistência ventilatória, monitorização respiratória, aspirar vias aéreas; supervisionar a pele; controle da nutrição; balanço hídrico; cuidados com lesões/amputação; assistência ao autocuidado, ensino ao indivíduo; aconselhamento; apoio à tomada de decisões; promover envolvimento familiar. Também, posicionar o paciente adequadamente, utilizar coxins para amenizar pressão nas regiões com saliências ósseas; controle de hemorragia, controle da pressão, proteção contra infecção; prevenção de quedas; assistência à analgesia. **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento do estudo de caso identificando as intervenções de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório propiciou o desenvolvimento do olhar crítico e ampliado do cuidado do enfermeiro. Além disso, oportunizou reflexão sobre a prática realizada, o que impulsiona mudanças e melhor assistência ao paciente.

UM RELATO DE CASO TEÓRICO-PRÁTICO NO TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA NO CMS MANOEL JOSE FERREIRA – RIO

DOMINIQUE CAVALCANTI MELLO¹; THAIS FRULLANI F. LOURENÇO²

¹CMS MANOEL JOSÉ FERREIRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²EEAN/UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Feridas; Úlcera venosa.

A insuficiência venosa crônica dos membros inferiores é definida como anormalidade do funcionamento do sistema venoso por incompetência valvular associada ou não a obstrução do fluxo venoso. A integridade tissular se torna comprometida na presença de uma Úlcera Venosa, que é uma lesão de membros inferiores em consequência de um quadro de comprometimento circulatório de retorno venoso das pernas e/ou dos pés; que persiste por 4 semanas ou mais e ocorre como resultado da hipertensão venosa e insuficiência da bomba do músculo gastrocnêmico. São feridas crônicas não fatais, porém com inúmeros impactos biopsicossociais ao indivíduo acometido e nos âmbitos de gestão e custos aos serviços de saúde de atenção básica e terciários. **OBJETIVOS:** Discutir, comparar e avaliar eficácia de procedimentos de enfermagem no manejo da úlcera venosa com lesões semelhantes em ambas as pernas, utilizando produtos semelhantes de marca diferente. É um relato de caso de um usuário com insuficiência vascular venosa de membros inferiores com alteração na integridade cutânea, possuindo lesões com processo cicatrização semelhante sendo duas lesões em cada MI uma na face lateral e outra na face medial de cada membro. Foi realizado avaliação do índice tornozelo braço deste paciente sendo no MIE = 1,2 e no MID = 1,1; estes valores sugerem insuficiência venosa e nos permite iniciar um tratamento contensivo. Realizado curativo e aplicado bota de unna de marcas diferentes que serão relacionadas como marcas A e B. Realizamos uma comparação das botas de unna das marcas A, no membro inferior esquerdo, e B, no membro inferior direito, onde verificaremos as diferenças na evolução das lesões. O caso foi documentado com registro fotográfico, medição das lesões e evolução em prontuário eletrônico, reavaliando-se a cada sete dias em uma Unidade básica de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, no período de aproximadamente 90 dias. Foi verificado que na primeira semana a bota de unna A teve uma redução na lesão medial de 4,18 cm² e na lesão lateral de teve uma redução da lesão 0,44 cm², já com a bota B a redução da lesão medial foi de 1,52 cm² e na lesão lateral não houve redução da lesão. Identificamos que houve uma redução da lesão em ambas as botas botas sendo que a bota A apresentou maior redução na primeira semana do que a bota B. Entretanto não podemos afirmar que esta diferença vá permanecer durante todo o processo e portanto continuamos com a avaliação ate o termino do tratamento.

PO - 388 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU COM ESPUMA DE POLIURETANO COM CAMADA DE SILICONE E ABSORÇÃO 3D

MANOELA DE CASTRO FERREIRA¹; CARLOS HENRIQUE BRIGLIA DE BARROS²; ADRIANA PEREIRA³; VIVIANY ALVES SOARES⁴

^{1,3}HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS, CRUZ DAS ALMAS - BA - BRASIL; ²HOSPITAL REGIONAL DE S, SALVADOR - BA - BRASIL; ⁴COLOPLAST DO BRASIL, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Tratamento; Cicatrização.

A queimadura é um trauma de grande complexidade, de difícil tratamento que representa uma das maiores causas de acidente, sendo as crianças a maior parte das vítimas. Muitas delas ocorrem em ambientes domésticos podendo causar a destruição parcial e/ou total da pele e atingir também camadas mais profundas como músculos, tendões e ossos. O tratamento na maioria das vezes é muito doloroso, longo e deixa cicatrizes. Considerando a complexidade do tratamento de queimaduras, este estudo tem por objetivo avaliar a eficácia da espuma de poliuretano com absorção 3D e camada adesiva de silicone no tratamento de queimaduras de segundo grau. Estudo descritivo, tipo relato de caso clínico, com menor de quatro anos de idade, realizado numa unidade de tratamento de queimados de um hospital público na cidade de Santo Antonio de Jesus/BA. Apresentava queimadura causada por chama, com lesões de segundo grau em abdômen, flanco D e segundo grau profundo em coxa D com presença de esfacelos. O tratamento total foi realizado num período de trinta e cinco dias, sendo registrado todo processo evolutivo por meio de imagens fotográficas. Inicialmente utilizou-se nas primeiras 48 horas a sulfadiazina de prata, conforme protocolo da instituição e após a espuma de poliuretano com camada adesiva de silicone, com trocas em média a cada 04 dias, dependendo do grau de umidade e saturação do penso. As lesões de flanco D e abdômen cicatrizaram completamente nos primeiros dez dias de tratamento. A lesão de coxa D mais profunda evoluiu gradativamente com granulação até preparo total do leito da ferida para enxertia autóloga após 28 dias de tratamento, com alta hospitalar 07 dias depois do enxerto com pega total. Conclui-se que o uso da espuma de poliuretano de silicone com absorção 3D mostrou-se efetiva para o tratamento de queimadura de segundo grau. Constatou-se que a cobertura cria um ambiente fisiológico, favorecendo o desbridamento autolítico, controle de exsudato e cicatrização. Para a paciente a cobertura demonstrou proporcionar maior conforto devido à frequência reduzida de trocas e mínima dor à retirada, impactando na aceitação e adesão ao tratamento. Dessa forma, evidenciamos que a espuma de poliuretano com camada de silicone e absorção 3D pode ser uma solução efetiva no tratamento de queimaduras de segundo grau.

ÚLCERA POR PRESSÃO: EXPERIÊNCIA E DESAFIOS DE UM GRUPO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE

MARIANA FRÖHLICH; CLEDIR TÂNIA GARCIA; CÍNTIA CRISTINA OLIVESKI; ELISÂNGELA OLEINICZAK; CLAUDIA GOERGEN

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE IJUÍ, IJUÍ - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Enfermagem; Medição de Risco.

INTRODUÇÃO: A incidência de úlceras por pressão (UPP) tem se constituído um importante indicador de qualidade da assistência de enfermagem, despertam interesse e preocupação de enfermeiros, serviços de saúde e população, à medida que seus índices de prevalência e incidência aumentam. **OBJETIVO:** Descrever a experiência de um Grupo de Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele (GTPLP) de um hospital geral do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **MÉTODO:** Estudo descritivo na modalidade de relato de experiência. **RESULTADOS:** O GTPLP é composto por enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. A equipe vai até a unidade onde o paciente encontra-se internado, avaliando-o através de um check-list que consta a pontuação da Escala de Braden, com o intuito de conhecer o risco que o paciente apresenta, avaliar a lesão e implementar medidas de prevenção e tratamento. É avaliado pacientes que internam e que podem ter risco de desenvolver UPP e também aqueles que já desenvolveram UPP para adequar o melhor tratamento. Durante a inspeção da pele, são avaliados os seis fatores de risco ao desenvolvimento de UPP, como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Nos pacientes que tem risco de desenvolver UPP são fornecidas orientações ao paciente e familiar quanto aos cuidados a serem realizados, como mudança de decúbito, otimizar a mobilização, proteger locais de proeminências ósseas, manejo da umidade, nutrição com uso de suplementação alimentar, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. A equipe da Unidade de internação é orientada e é entregue uma cópia da prescrição de enfermagem com os cuidados a serem intensificados, a evolução da avaliação e cuidados dispensados pela equipe no prontuário do paciente. A data da reavaliação já é marcada e comunicada a equipe de enfermagem da unidade. O GTPLP avalia em média 10 pacientes novos por mês e reavalia em torno 15 pacientes, ou seja, todos aqueles que desenvolveram UPP e foi instituído tratamento. **CONCLUSÃO:** Destaca-se a atuação de uma equipe multiprofissional dentro de um grupo de prevenção e tratamento de lesões de pele, pois se trabalha com prevenção e são responsáveis pela avaliação, definição das ações e tratamento das UPPs. Ações preventivas relacionadas às UPP diminuem custos do tratamento, tempo de permanência hospitalar, qualifica a assistência de enfermagem, assistência ao estado nutricional e favorecem a segurança do paciente.

PO - 390 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA AO PACIENTE AMPUTADO: UM RELATO DE CAS

RAÍSSA OTTES VASCONCELOS; THAÍS VANESSA BUGS; CRISTINA DAIANA BOHRER; FABIEMI BORGES; FABIANA GONÇALVES DE OLIVEIRA MATOS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidado; Amputação.

INTRODUÇÃO: O termo amputação designa remoção/retirada de um órgão ou parte dele, principalmente das extremidades. Sendo considerado o procedimento cirúrgico mais antigo.¹ Utilizado para melhorar a função, aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e salvar a vida do paciente.² **OBJETIVO:** Relatar o caso de um paciente submetido à amputação, durante o acompanhamento por residentes de enfermagem, enfatizando os diagnósticos de enfermagem no período pré, trans e pós-operatório. **MÉTODO:** Este trabalho buscou relatar o caso de um paciente submetido à amputação trazendo os cuidados e diagnósticos de enfermagem no período que antecede, durante e após o ato cirúrgico. Realizado na forma de estudo de caso para a disciplina de Centro Cirúrgico e Recuperação Pós - Anestésica, durante o mês de julho de 2015, em um hospital público localizado no Oeste do Paraná. **RESULTADOS:** Paciente J. S, 65 anos, sexo masculino. Internou com diagnóstico de: Doença Arterial Obstrutiva Periférica; Isquemia Crítica; Necrose de 1º, 2º e 3º pododáctilos. Histórico prévio: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, tabagista. Teve agravamento do quadro, realizado traqueostomia e mantido em ventilação mecânica. Teve os membros inferiores amputados. Portanto, foram elencados alguns diagnósticos de enfermagem³ quanto à amputação que o paciente foi submetido. Quanto ao período pré-operatório: Ansiedade. (associada ao procedimento); Síndrome do estresse por mudança (internação hospitalar); Risco de infecção; Adaptação Prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Risco de aspiração; Perfusão tissular periférica ineficaz; Integridade da pele prejudicada; Risco de lesão; Dor crônica. No período trans-operatório: Risco de queda; Risco de lesão perioperatória por posicionamento; Risco de sangramento; Risco de trauma vascular. No período pós-operatório mediato: Integridade tissular prejudicada; Risco para lesão; Risco para infecção (rompimento da integridade cutânea); Dor no local da incisão cirúrgica; Conforto prejudicado; Medo (recidiva do quadro). **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento dos estudos de caso tem propiciado aos residentes de enfermagem exercitar o papel do enfermeiro no período pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório e perceber dificuldades e pontos contribuintes neste processo. Nesse caso específico identificar os diagnósticos de enfermagem perioperatória, desenvolvendo assim assistência de enfermagem voltada nas necessidades e no cuidado ao usuário.

CURATIVOS AVANÇADOS A BASE DE HIDROGÉIS COM NANOPARTÍCULAS DE PRATA EM ÚLCERA POR PRESSÃO

TALITA ROCHA CARDOSO¹; THAIS ANDRADE LINO²; KARINE KUMMER GEMELLI³; EGIANE GUEDES⁴; ADEMAR BENEVOLO LUGÃO⁵

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ^{2,3,4}ITPAC, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL;

⁵IPEN/USP, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Curativos prata; Hidrogel.

Úlcera por pressão (UP) é definida como uma lesão situada na pele e/ou tecido subjacente relacionada a uma proeminência óssea, resultante da pressão prolongada nos tecidos moles de recobrimento. Representa um grave problema de saúde pública, que acomete milhares de pessoas em todo o mundo e desse modo, torna-se essencial desenvolver curativos avançados de baixo custo, que reduzam os riscos de complicações, acelera o processo cicatricial e minimiza o sofrimento do indivíduo acometido pela lesão. **OBJETIVO:** Avaliar a efetividade de um curativo de hidrogel com nanopartículas de prata produzido pelo Instituto de Energia Nuclear (IPEN/USP) em úlcera por pressão. **METODOLOGIA:** Este estudo clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins com parecer no 161/2013 e considerou a aplicação de curativos a base de hidrogel com nanopartículas de prata em UP na região trocantérica de pacientes internados no Hospital Público de Porto Nacional - TO. Os pacientes foram acompanhados pela Comissão de Curativos por um período de 14 dias e as lesões foram avaliadas no 1º, 7º e 14º dia, considerando sua extensão, aspecto tecidual, odor e quantidade de secreção. **RESULTADOS:** Foram avaliados 6 pacientes, que apresentavam na avaliação inicial tecidos desvitalizados (fibrina/ necrose), odor fétido, bordas hiperemiadas e secreção de moderada na ferida. O protocolo de tratamento envolvia limpeza da ferida com água estéril e aplicação da cobertura de hidrogel com nanopartículas de prata. No 7º dia, as lesões apresentavam redução significativa da fibrina, surgimento de tecido viável (granulação) e aumento da área da lesão, devido a retirada do tecido necrótico. No 14º dia houve redução da área das lesões, ausência de hiperemia nas bordas, redução do odor e processo de reparação tecidual. **CONCLUSÃO:** Curativos experimentais a base de membrana de hidrogel com nanopartículas mostraram-se eficazes no tratamento de úlceras por pressão em região trocantérica.

PO - 392 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 de 09:00 às 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

FATORES QUE INFLUENCIAM O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

OLINDA OLIVEIRA NETA; TANIA MONTEIRO TEIXEIRA; ANDREA CUNHA SOUZA; MARYANNA MENDES DE CARVALHO; MICHELINE SOARES DO NASCIMENTO
HOSPITAL TACCHINI, BENTO GONCALVES - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; UTI; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: As Úlceras por Pressão (UPP) são definidas por lesões localizadas na pele ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. A formação dessas feridas envolve fatores extrínsecos e intrínsecos. A essência dos cuidados de enfermagem não está exclusivamente no ambiente ou nos equipamentos, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente. Na UTI, os pacientes revelam alto risco para o desenvolvimento de UPP, pois são considerados críticos, apresentando instabilidade e risco de falência de um ou mais sistemas fisiológicos. **OBJETIVO:** Identificar os fatores que influenciam no desenvolvimento de UPP nos pacientes em UTI. **METODOLOGIA:** É um estudo bibliográfico, onde se usou o LILACS como base de dados. Foram selecionados artigos no período de 2010 a 2015, e excluindo os de língua estrangeira. Assim 15 artigos foram analisados. **RESULTADOS:** A análise dos resultados mostrou que na UTI alguns fatores de risco têm sido confirmados como preditivos para o desenvolvimento de UPP. Condição que impõe sobrecarga física, emocional e social para o paciente e família concorreu para a piora da qualidade de vida e aumento dos custos para os serviços de saúde. Destacando alguns outros fatores como maior tempo de hospitalização e índice de morbidade e mortalidade, o fator idade, umidade, nutrição, imobilidade física. Na assistência de enfermagem aos pacientes internados em UTI, podem ser utilizadas rotineiramente várias medidas para a diminuição da ocorrência de UP, tais como: controle do posicionamento no leito, alívio da pressão em áreas de atrito, controle da umidade, hidratação da pele, proteção das proeminências ósseas de maior atrito com o leito, utilização de colchonetes piramidais, acompanhamento nutricional e educação da equipe. **CONCLUSÃO:** As medidas de prevenção ainda não são adotadas de forma sistemática e algumas contrariam as recomendações para uma boa prática clínica, tais como a realização de massagem de conforto nas proeminências ósseas se o reposicionamento de 6 em 6 horas. A equipe multiprofissional tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas, no intuito de diminuir o impacto desse agravamento.

TRATAMENTO DE ERISPELA EM PACIENTE ONCOLÓGICA: RELATO DE CASO

MANOELA RODRIGUES; DIOGO DUCATTI; LUANA OTONI BLANC; MARCIA ALANO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Erisipela; Feridas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A erisipela é um processo infeccioso cuja incidência é de 10 a cada 100 casos por 100.000 habitantes/ano, causando lesões bolhosas e necrosantes. Entre os fatores de risco destacam-se os que comprometem o sistema imunológico. Visto a importância da decisão clínica baseada em evidências, enfermeiros de um hospital oncológico elaboraram este estudo de caso. **OBJETIVO:** Descrever a experiência da equipe assistencial em um caso de erisipela bolhosa. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de caso desenvolvido entre julho e agosto de 2015 em um hospital de Porto Alegre e elaborado através da revisão de literatura, textos e imagens do referido caso. **RESULTADOS:** N.P.G, feminino, 72 anos, diabética, diagnosticada com melanoma e submetida em 08/2014 a linfadenectomia retroperitoneal e inguinal a esquerda devido a micro-metástase em linfonodo sentinela e amputação de 5º pododáctilo esquerdo devido à neoplasia. Em 13/07/2015 iniciou com edema e hiperemia do membro inferior esquerdo até terço distal da coxa, foi diagnosticada erisipela bolhosa. Houve surgimento de fíctenas em região anterior do joelho, canela e dorso do pé, com acúmulo de líquido na região sub-epidérmica. Iniciou com o uso de antibiótico (clindamicina, ciprofloxacino e vancomicina de 16/07 a 12/08) e, para manter o controle de hidratação cutânea, curativo 2 vezes ao dia com SF 0,9% e uma camada de gaze com loção à base de ácidos graxos essenciais (A.G.E). Após 5 dias passou-se a realizar o curativo diariamente com gaze não aderente com emulsão de petrolato. Houve a formação de crostas com o aspecto de necroses de coagulação e desprendimento epidérmico nas demais regiões. Em 2 semanas houve formação de uma nova epiderme abaixo dos fíctenas. As regiões com tecido desvitalizado e endurecidas foram removidos mecanicamente e com uso de gel com alginato de cálcio e sódio nos 3 dias anteriores a esta remoção. Com o objetivo de maturar a nova camada de epiderme em formação, foram realizados curativos com gazes e uma quantidade menor de A.G.E., controlando a hidratação e umidade local. Houve condições de alta hospitalar em 20 dias após a internação. **CONCLUSÃO:** A literatura acerca deste assunto é escassa, evidenciando a necessidade de produção científica para embasar profissionais no tratamento desta doença. É indispensável a participação do enfermeiro na produção destas evidências, pois é o profissional que acompanha o paciente integralmente, dispondo de elevada experiência profissional a compartilhar.

PO - 394 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DAS NOVAS TECNOLOGIAS EM COBERTURAS IMPREGNADAS COM PRATA NO TRATAMENTO DE LESÕES INFECTADAS – RELATO DE CASO

TALITA ROCHA CARDOSO¹; ALBELIGGIA BARROSO VICENTINE²; CAMILLA TELES ALENCAR³; JACKELINE ALVES DE FARIAS⁴; ADRIANO AUGUSTO AIRES⁵

^{1,2,5}ITPAC-PORTO, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL; ^{3,4}HOSPITAL DE REFERENCIA DE PORTO NACIONAL, PORTO NACIONAL - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Curativo Prata; Feridas; Infecção.

INTRODUÇÃO: A infecção ocorre pela presença e replicação de microrganismos na ferida, produzindo danos a toda extensão da lesão. É determinada pela presença, tipo, número, e fatores de resistência dos microrganismos colonizadores, os quais afetam as condições gerais, nutricionais, de perfusão e oxigenação dos tecidos, comprometendo a reparação tecidual. Curativos com partículas de prata, estéreis, não aderentes, compostos por fios de nylon são bem indicados para estes casos. **OBJETIVO:** Demonstrar a aplicabilidade das novas tecnologias em coberturas impregnadas com prata no tratamento de lesões extensas infectadas em um Hospital Público do Tocantins. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso de um paciente portador de ferimento traumático extenso e infectado em região tibial da perna esquerda. Apresentava tecido desvitalizado, odor fétido (4/+4) e secreção purulenta em quantidade moderada. Foi submetido a um debridamento cirúrgico e posterior aplicação do curativo de nylon impregnado com prata. As trocas do curativo foram realizadas a cada 3 dias e a ferida foi avaliada no 1º, 6º, 12º, 18º, 24º e 30º dia. O paciente foi acompanhado pela Comissão de Curativos durante todo o período de internação hospitalar e o relato deste caso foi autorizado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução do CNS nº 466/12. **RESULTADOS:** Após o debridamento cirúrgico, a ferida ainda apresentava alta carga microbiana, com presença de secreção purulenta de moderada quantidade e odor fétido acentuado. A partir da segunda troca do curativo pode-se observar melhora significativa na aparência tecidual, redução do odor e da secreção purulenta. O paciente recebeu alta da Comissão de Curativos no 30º dia de internação, apresentando adiantado processo de reparação tecidual. **CONCLUSÃO:** Coberturas impregnadas com prata correspondem uma boa alternativa de tratamento para feridas extensas infectadas.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM ACAMADOS

DANIELLE DE JESUS SOARES¹; ANA CLARISSA CERQUIERA DOS SANTOS²; AMANDA LARISSA SOUZA DOS SANTOS³

^{1,3}ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR - BA - BRASIL; ²INSTITUTO PR´SABER, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Ferimentos e lesões; Assistência à saúde.

INTRODUÇÃO: Conceituadas como lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente; frequentemente sobre uma protuberância óssea, causadas por isquemia tecidual prolongada; as úlceras por pressão acometem pacientes acamados e/ou com restrição de movimentos, podendo causar danos incalculáveis em termos de dor, sofrimento, contribuindo para o aumento dos custos com internações e tratamentos, além de poder levar a complicações e consequentemente ao óbito. Fatores intrínseco e extrínseco aumentam a vulnerabilidade da pessoa ao aparecimento de feridas. **OBJETIVO:** Esta pesquisa teve por finalidade agrupar conhecimentos acerca do desenvolvimento e prevenção das úlceras por pressão, uma assistência mais qualificada e humanizada aos pacientes. **MÉTODO:** Trata-se de uma reflexão acerca dos cuidados de Enfermagem na prevenção das úlceras por pressão; a partir das vivências enquanto graduandas de Enfermagem e embasados por artigos pesquisados e selecionados nas bases de dados Scielo e protocolos do Ministério da Saúde; os quais foram publicados entre 2008 e 2013. **RESULTADOS:** A maioria dos casos de úlcera por pressão poderia ser evitada se fossem implementadas estratégias de identificação e prevenção de pacientes em risco. A primeira medida a ser adotada é a orientação adequada aos pacientes (se estiverem conscientes) e seus familiares sobre sua colaboração nesse processo; outras providências são importantes, como: a avaliação da presença de feridas na admissão dos pacientes; reavaliação diária em pacientes sob risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Nos pacientes em risco de desenvolvimento e/ou com presença de úlcera é ideal minimizar a pressão principalmente sobre proeminências ósseas e manter a pele seca e hidratada, bem como a nutrição e hidratação do paciente. **CONCLUSÃO:** Nota-se que o cuidado adequado é essencial na prevenção de úlcera por pressão. A equipe de enfermagem são os atores principais na prevenção de feridas, por está no cuidado mais próximo ao paciente acamado durante a hospitalização, e mesmo no cuidado domiciliar. Entretanto, deve haver uma mobilização multiprofissional nessa ação preventiva, inclusive com participação dos familiares. Sendo imperioso o conhecimento dos envolvidos nesse cuidado. A partir do explicitado, vê-se a relevância da informação, formação e atualização a respeito da prevenção da úlcera por pressão para os profissionais de saúde e demais envolvidos no cuidado, no intuito de um cuidado humanizado e com qualidade.

PO - 396 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E PRODUTIVIDADE EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO

HELGA DOS SANTOS CABECEIRA¹; DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA²; DANIELA FRANCESCATO VEIGA³
¹APSEN FARMACÊUTICA S.A., POUSO ALEGRE - MG - BRASIL; ^{2,3}UNIVÁS, POUSO ALEGRE - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Pé diabético; Produtividade; Absenteísmo; Trabalho; Protocolo.

INTRODUÇÃO: A capacidade de trabalho é relacionada à boa condição física e às tarefas-laborais. **OBJETIVO:** Avaliar a capacidade para o trabalho e produtividade em pacientes com pé diabético. **MÉTODOS:** Estudo primário, analítico, transversal do tipo caso-controle. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS) sob o número CAEE 482 342. Casuística: 117 indivíduos distribuídos em três grupos: 43 indivíduos sem Diabetes Mellitus (DM) Grupo A, 43 pacientes com DM, Grupo B e 31 com DM e feridas nos pés, Grupo C. Instrumentos: Work Limitations Questionnaire (WLQ) e Work Productivity and Activity Impairment- General Health e Classificação de Wagner. **RESULTADOS:** Mediana de idade, 53 anos nos Grupos A e C e 49 no B; predomínio do sexo masculino nos Grupos B (53,5%) e C (64,5%) e feminino no A (51,2%) $p=0,0852$. Nível de escolaridade fundamental incompleto no Grupo C e nos A e B fundamental completo, $p=0,0058$. O questionário WLQ apresentou variações entre os grupos, C (0,0852), B (0,0146) e A (0,0121), respectivamente $p < 0,0001$. Nos domínios do WPAI a mediana no Grupo A e B (20%), C (100%) $p < 0,0001$. Os resultados da Classificação de Wagner, referentes à avaliação do risco da gravidade das feridas dos pacientes com DM, Grupo C, a maioria dos pacientes apresentaram riscos de menor gravidade Grau 1. O produto é o protocolo: Prevenção Sistematizada dos Fatores de Risco em Pés de Trabalhadores com Diabetes Mellitus. **CONCLUSÃO:** Pacientes do Grupo C apresentam comprometimento na capacidade para o trabalho, dificuldade em cumprir horários e tarefas que exijam força corporal, e esforço mental, manejo das informações, interação com pessoas e decréscimo na quantidade e qualidade laboral. Há perda de produtividade do paciente com diabetes e com ferida no pé, com diminuição da eficácia nos dias e horas de trabalho consequentemente prejuízo nas atividades laborais.

AGE, ÓLEOS DE COPAÍBA E MELALEUCA: RESULTADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS OPERATÓRIAS

ANA CONCEIÇÃO FERNANDES DE OLIVEIRA; LINIKER SCOLFILD RODRIGUES DA SILVA; NATHALIA COSTA SANTOS; SILVIO RIBEIRO DA SILVA FILHO; ANA FÁBIA SANTOS SILVA
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas; Feridas Operatórias; Feridas.

INTRODUÇÃO: A ferida tem um comprometimento tecidual da epiderme, derme e tecido subcutâneo e pode se estender ao tecido muscular e ósseo, o que pode retardar o processo de cicatrização tornando-o mais complexo. Existe a necessidade de formação de um novo tecido, como a granulação seguida de epitelização, e posterior contração da ferida. O processo de cicatrização é dividido didaticamente em três fases: inflamatória, proliferação ou granulação e remodelamento ou maturação. Existem vários fatores que interferem na cicatrização tais como: fatores sistêmicos, doenças de base, e fatores locais. Tais fatores, se não controlados, comprometem o processo cicatricial. Nas Feridas Operatórias (FO), após ser realizado um tratamento adequado visando tirá-las do estado crítico (desbridamento para retirada dos tecidos necróticos e/ou drenagem), surgindo o aparecimento de tecido de granulação, podemos iniciar o tratamento aplicando a Gaze de Rayon embebida com Ácido Graxos Essências (AGE), associado aos Óleos de Copaíba e Melaleuca. O AGE atua na membrana celular, deixando-a mais resistente; o Óleo de Copaíba é um excelente germicida, contribuindo com sua ação anti-inflamatória; e o Óleo de Melaleuca possui alto espectro antisséptico e analgésico local. **OBJETIVO:** Relatar caso de evolução de tratamento tópico de FO com uso de AGE associado aos Óleos de Copaíba e Melaleuca. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, conduzido no Ambulatório de Egresso em um Hospital Público da Cidade de Recife-PE. Do qual foi aplicado a cobertura no tratamento de algumas FO como: Deiscências de Mastectomia Parcial, Esternectomia e Pé diabético após amputação. **RESULTADOS:** O tratamento mostrou-se adequado ao promover a recuperação e provocar a cicatrização em tempo hábil, das seguintes FO: Esternectomia tempo de ttº (19) dia; Pé diabético (01 mês); Mastectomia (12) dias. Com o uso do AGE com Óleos de Copaíba e Melaleuca proporcionou um meio adequado no processo de cicatrização. **CONCLUSÃO:** Conclui-se então, que a solução de AGE, Óleo de Copaíba e Melaleuca embebida em Gaze de Rayon, estimulou a mitose e migração celular, o que resultou em epitelização das feridas em curto período de uso, prevenindo a infecção secundária e auxiliou na melhora da dor. Contudo, manteve o leito da ferida úmido, não ocasionando traumatismos durante as trocas. Podendo então ser o tratamento de escolha para as feridas operatórias, quando estas apresentam-se com tecido de granulação.

PO - 398 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE A ESCALA DE BRADEN: UM ESTUDO REFLEXIVO

ADRIANA DALL ASTA PEREIRA; JÉSSICA KELLY PEREIRA SILVA; PRISCILLA PRESTES OSÓRIO; CAMILA BIAZUS DALCIN; CARLA LIZANDRA DE LIMA FERREIRA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Escala de Braden; Enfermeiro.

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) trata de pacientes em condições graves, com um ou mais sistemas fisiológicos que se apresentam instáveis ou em estado de falência, necessitando de monitoramento contínuo além de cuidados especializados. Devido às condições clínicas do paciente, a equipe multiprofissional que trabalha nesse ambiente necessita estar sempre atenta e saber lidar com todas as tecnologias disponíveis para cuidar destes pacientes (FERREIRA et al., 2014). Devido a mobilidade prejudicada, a equipe de enfermagem tem que movimentar os pacientes para prevenir as úlceras por pressão (UP). Obviamente vários fatores influenciam para que estas apareçam como nutrição, mobilidade, umidade e tato. É dever do enfermeiro saber avaliar o risco do paciente de adquirir uma UP (BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014). **OBJETIVO:** Discutir a importância do saber do enfermeiro na avaliação de risco de úlcera por pressão com a Escala de Braden. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo em analogia com autores que discutem a temática. **RESULTADOS:** A UP ocorre quando há paralisação de suprimento sanguíneo para determinado local devido a uma pressão exercida por um meio externo e por um longo período de tempo (AMARAL; PULIDO; SANTOS, 2012). A escala de Braden é uma das escalas que avalia percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e força de deslizamento (COSTA; CALIRI, 2011). As UP podem ser evitadas a partir da qualificação e conscientização da equipe de saúde quanto aos riscos para o desenvolvimento destas lesões. Ações de prevenção visam impedir que o fator desencadeante agrida o indivíduo, a fim de atenuar as morbimortalidades. Nota-se a importância do processo de qualificação da equipe de enfermagem, por meio de grupos de estudo e educação continuada. Necessita-se de incentivos para a busca de conhecimentos (SERPA; SANTOS; QUEIROZ, 2011). **CONCLUSÃO:** A reflexão frente a temática irá trazer contribuições no sentido de incentivar os profissionais de enfermagem para a utilização correta da escala de Braden a fim de contribuir para segurança do paciente. Conclui-se que o saber do enfermeiro sobre escala de Braden é grande aliado na tomada de decisão clínica. Percebe-se a necessidade de valorizar mais este instrumento de avaliação.

PACIENTE EM TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO DE UMA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

PATRÍCIA ANELISE SILVA DA SILVA¹; CRISTINA RITA DOS SANTOS LOPES²; SIANE SIMIONI³; GREGORIO CORRÊA PATUZZI⁴
¹UFRGS, CANOAS - RS - BRASIL; ²IMSCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; ^{3,4}UFCSPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Úlcera por Pressão.

INTRODUÇÃO: A pele é o órgão de maior extensão e tamanho, sendo seu peso equivalente a 10% do peso corporal. Sendo assim, é suscetível e está constantemente exposta a agressões e lesões ocasionadas por agentes químicos, físicos e mecânicos. Uma das lesões que pode acometer a pele é a úlcera de pressão. A abertura de úlceras na pele, também envolve fatores de risco como: idade avançada, limitação da mobilidade, nutrição deficiente, incontinência fecal ou urinária, má circulação entre outros. Após a abertura de lesão, as úlceras de pressão passam a ser classificadas por estágios, de acordo com a profundidade e camadas de tecidos envolvidas. **OBJETIVO:** Apresentar o estudo de caso sobre um paciente tetraplégico com úlceras de pressão infectadas, internado na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio. **MÉTODOS:** A coleta de dados se deu através da anamnese e exame físico do paciente pelos acadêmicos, dos relatos do acompanhante e da consulta ao prontuário do paciente. **RESULTADOS:** Paciente acamado, tranquilo, colaborativo. Apresentando úlcera de pressão grau III em região dorsal à esquerda, com maior diâmetro medindo 10 cm, com áreas de necrose e tecido de granulação. Úlcera de pressão grau III em região glútea à esquerda, com 6 cm o maior diâmetro, drenando secreção. Úlcera de pressão grau II em região da bolsa escrotal, com 4 cm o maior diâmetro, com áreas de necrose e tecido de granulação. As lesões são classificadas como segue: Estágio I: Eritema não esbranquiçado de pele intacta, precursor da ulceração da pele. Estágio II: Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme, ou ambas. Estágio III: Lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. Estágio IV: Grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte, tendões e cápsula articular. Com base nos dados coletados, foram selecionaram diagnósticos de Enfermagem relacionados ao caso, assim como suas respectivas intervenções e objetivos. **CONCLUSÃO:** Na SAE, a definição dos diagnósticos de enfermagem é de extrema importância para que a partir deles sejam definidos os objetivos e quais as respectivas intervenções a serem realizadas para que estes resultados sejam alcançados. Concluímos que, a partir do momento em que os profissionais enfermeiros padronizarem seus cuidados darão mais visibilidade ao seu trabalho e serão mais reconhecidos entre a equipe de saúde multiprofissional.

PO - 400 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE LESÃO PÓS AMPUTAÇÃO

ARLETE MARIA TIMM; VANIA LUCIA DURGANTE; ANA PAULA DOS SANTOS OLIVEIRA; TIFANY COLOMÉ LEAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia de Pressão Negativa; Lesões de pele; Curativo.

INTRODUÇÃO: O tratamento de feridas sempre foi um desafio para o ser humano, pois elas constituem um sério problema para os portadores, cuidadores, profissionais e gestores de saúde. O desenvolvimento de uma ferida de difícil tratamento aumenta o tempo de hospitalização, custos e taxas de morbi-mortalidade. A Terapia de Pressão Negativa (TNP) é uma opção para tratamento de feridas complexas, a pressão negativa promove drenagem do excesso de fluidos do leito da ferida e do espaço intersticial, reduzindo a população bacteriana e o edema, além de aumentar o fluxo sanguíneo local e a formação do tecido de granulação, efeitos que levam à melhor cicatrização das feridas. **OBJETIVO:** Trata-se de um relato de experiência acerca de aplicação da TNP em lesão pós amputação. **METODOLOGIA:** Este resumo foi elaborado a partir de uma experiência vivida de enfermeiros e acadêmico de enfermagem no Ambulatório Ala B do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Este ambulatório atende pacientes da região central do Rio Grande do Sul, tendo como uma de suas especialidades atendimento de pacientes com lesões de pele que comparecem ao local para realização de curativos. O presente relato trata de um paciente com lesão em pé direito por amputação de 3º a 5º pododáctilos, com indicação de utilização de TNP, que foi utilizada por 12 dias com trocas a cada três dias. **RESULTADOS:** A lesão apresentava tecido hipergranulado e irregular com pontos de esfacelo e secreção seropurulenta em grande quantidade. Apresentava como medidas iniciais: comprimento 10,5 cm e largura 5,3 cm. No término da TNP apresentava superficialização da lesão, bordas com epitélio, tecido de granulação, redução do edema e secreção, e as medidas: comprimento: 9,4 cm e largura 4 cm. **CONCLUSÕES:** Com a utilização da TNP o paciente referiu diminuição da dor e maior comodidade em relação a troca dos curativos. A lesão apresentou melhora significativa no aspecto e medidas, com condições para enxertia.

ENCAMINHAMENTOS DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA AO SERVIÇO AMBULATORIAL

DALVA CEZAR DA SILVA¹; M DE LOURDES BUDÓ²; MARIA DENISE SCHIMITH³; ALINE MAINO PERGOLA-MARCONATO⁴;

GILSON VASCONCELOS TORRES⁵

^{1,2,3}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ^{4,5}UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera Varicosa; Assistência Ambulatorial.

INTRODUÇÃO: Itinerário terapêutico é o caminho percorrido pelas pessoas em busca de tratamento e, estudá-lo contribui para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado e a utilização de serviços de saúde. **OBJETIVO:** Objetivou-se identificar as maneiras de encaminhamentos de pessoas com úlcera venosa em assistência ambulatorial. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, em que foram entrevistadas 14 pessoas em janeiro e fevereiro de 2013. A entrevista semiestruturada ocorreu em salas reservadas, no ambulatório de angiologia de um hospital público no Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a que está vinculada, sob o protocolo nº 23081.000145/2008-19 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0004.0.243.000-08. Os dados foram tratados de acordo conforme a análise de conteúdo, constituída por três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação. **RESULTADOS:** Elaboraram-se duas categorias: 1) Como veio ao serviço ambulatorial – Encaminhamento, subdividida em: 1.1) Consultou particular e foi encaminhado para o ambulatório; 1.2) Encaminhamento convencional; 1.3) Encaminhamento por contatos no ambulatório; e, 2) Como vem ao hospital – de que forma/como vem ao ambulatório, subdividida em: 2.1) Com o transporte da secretaria de saúde; 2.2) de ônibus. Identificaram-se como maneiras para iniciar o tratamento no ambulatório a ocorrência de contatos informais, de forma que as pessoas da rede de relações, inclusive os familiares, foram os responsáveis por realizar o contato informal com o médico para iniciar o acompanhamento. **CONCLUSÃO:** Pontua-se a importância da revisão da abordagem e a interação do profissional da saúde, de maneira a facilitar e qualificar o acesso ao serviço de saúde à pessoa com a úlcera venosa. Assim, amplia-se o contexto e as possibilidades de ações do enfermeiro por meio do planejamento e o desenvolvimento de um cuidado que vise à melhoria da qualidade de vida da pessoa com esta doença crônica.

PO - 402 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TECNOLOGIAS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO A PARTIR DE ESTUDOS CLÍNICOS

RHEA SILVIA DE AVILA SOARES; SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA; ALEXSANDRA MICHELINE REAL SAUL ROSATO; LIDIANA BATISTA TEIXEIRA DUTRA SILVEIRA; THAÍS DRESCH EBERHARDT
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera por Pressão; Tecnologias.

INTRODUÇÃO: O enfermeiro em sua prática gerencial utiliza-se de várias tecnologias desenvolvidas por profissionais motivados em prestar um melhor cuidado à saúde do ser humano. Por tecnologia entende-se como “o conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes”,¹ o adequado gerenciamento do cuidado na prevenção e/ou tratamento ao paciente com risco de desenvolver UP ou com a lesão já instalada, implica em estabelecer um plano de cuidados a partir das tecnologias disponíveis para este fim, numa perspectiva de ações comprometidas com a qualidade da assistência de enfermagem. **OBJETIVO:** Analisar a produção acadêmica nacional sobre tecnologias utilizadas na prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão, a partir de estudos clínicos experimentais ou observacionais. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. A busca de dados aconteceu em maio de 2015, no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, a partir da questão: Qual a tendência encontrada em teses e dissertações sobre estudos clínicos experimentais ou observacionais na prevenção de Úlcera por Pressão? A análise foi realizada em dois momentos: estatística descritiva simples e análise temática. **RESULTADOS:** O corpus da pesquisa foi composto por oito teses e dissertações, que deram origem a duas categorias temáticas: Tecnologias na prevenção de Úlceras por Pressão e Tecnologias no tratamento de Úlceras por Pressão. Destacando-se para prevenção o filme transparente de poliuretano (FTP) em 25% (n=2) das produções, seguido dos tipos de colchões 12,5% (n=1), assento personalizado para cadeirantes 12,5% (n=1) e curso on-line para prevenção de UPs 12,5% (n=1). Com relação ao tratamento identificou-se as tecnologias: fração proteolítica de *Carica candamarsensis* 12,5% (n=1), cola de fibrina 12,5% (n=1) e ultrassom pulsado associado a papaína 12,5% (n=1). **CONCLUSÃO:** As produções referentes a prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão a partir de estudos clínicos experimentais e observacionais ainda são escassas, percebe-se a necessidade de ampliação de estudos clínicos que avaliem as tecnologias existentes na busca de tornar o cuidado as Úlceras por Pressão mais seguro e eficiente.

RELATO DE CASO: USO DE HIDROFIBRA COM PRATA EM QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU PROFUNDA PROVOCADA POR ÁLCOOL

RITA DE JESUS GRIJO E SILVA RITA GRIJÓ SILVA
HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Hidrofibra com prata; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Queimadura, lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica, elétrica, radioativo ou químico, sendo classificada em três graus: 1º grau: a lesão atinge apenas a epiderme, tendo como características, eritema e ardor na pele, sem formação de flictenas; 2º grau: atinge a epiderme e parte da derme, caracterizada por ardor, eritema e presença de vesículas, ocorrem com maior frequência e podem ser profundas como lesões brancas; 3º grau: atinge a epiderme, derme e, às vezes, também o tecido subcutâneo, tendo como características, pele com aspecto esbranquiçado ou marmóreo, com redução da elasticidade tecidual, tornando-se rígida. A infecção é uma das principais complicações que devem ser consideradas pela equipe assistencial. Para prevenir infecção, uma das complicações mais frequentes das lesões por queimadura, a prata da hidrofibra atua como agente microbicida profilático. **OBJETIVO:** Descrever a evolução do tratamento da lesão, com o uso de cobertura com Hidrofibra com prata. **MÉTODO:** Através registro fotográfico e do prontuário. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para a divulgação deste estudo. Descrição do caso: No dia 17/10/2014 T. F. N., sexo masculino deu entrada no Hospital Municipal no RJ, vítima de queimadura com álcool. Queimadura em 32% da área corporal, segundo grau com flictenas íntegra e rotas, em parte anterior tórax, abdome, região cervical anterior e posterior e todo MSE. Vias aéreas preservadas. Hidratação venosa SF 0,9%, Tramal 100 mg, Tilatil 20 mg EV. Encaminhado ao CC para desbridamento, curativo com SF 0,9%, sulfadiazina de prata, transferido para o CTI. Trocas diárias do curativo no CC, dia 20/10 foi solicitado no CC avaliação da Enfermeira da Comissão de Curativos, Lesões com áreas brancas, sugeriu-se limpeza com PHMB e cobertura com Hidrofibra com prata. No dia 22/10 realizou-se nova troca dentro do CTI. 23/10 paciente transferido para Internação Cirúrgica, com troca dos curativos na enfermaria a cada três dias. 30/10 paciente de alta hospitalar com acompanhamento no ambulatório. 06/11 cicatrização total da lesão. **CONCLUSÃO:** O curativo com hidrofibra com prata mostrou-se eficaz na evolução da cicatrização da lesão por queimadura de espessura parcial superficial, profunda e mista. Com resultados bastante satisfatórios, alívio da dor, conforto, sem infecção, e período de cicatrização curto (19 dias) o número de trocas foi baixo sem que houvesse necessidade de excisão ou enxerto.

PO - 404 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DE POMADA DE EXTRATO DE BARBATIMÃO EM ÚLCERA POR PRESSÃO: UM CASO CLÍNICO

LIANA SANTOS MARQUES¹; NEIDA LUIZA PELLEZ²; NATALIA MUNHOZ ALVES³; GRAZIELA ROSA CAUDURO⁴¹HCAA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ²UFSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ³SEOVE, FLORIANOPOLIS - SC - BRASIL; ⁴HUSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL.**Palavras-chave:** Úlcera por Pressão; Assistência de Enfermagem; Fitoterápico.

INTRODUÇÃO: A Úlcera por pressão (UP) é definida como áreas de necrose tissular, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por longo período de tempo¹. Após instalada, a lesão pode ser de difícil resolução e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados². O tratamento é composto pela observação e correção de fatores causadores da lesão, bem como do tratamento local da mesma já instalada, através do uso de produtos que respeitem a fisiologia da cicatrização e auxiliem efetivamente na sua evolução. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de um paciente com úlcera por pressão tratado com barbatimão. **METODOLOGIA:** O presente trabalho constitui-se em relato de caso sobre o tratamento de um paciente com UP, ocorrido em hospital do interior do Rio Grande do Sul. **RESULTADO:** A paciente N.B.C, 84 anos, portadora de Demência de Corpos de Lewy, apresenta úlcera por pressão, de estágio II na região coccígea. Apresenta esta lesão há aproximadamente um ano e meio, com tratamentos de diversas coberturas sem apresentar evolução significativa. Dia onze de março de 2015 inicia o tratamento da lesão, com limpeza da ferida com solução fisiológica e pomada com extrato de barbatimão, duas vezes ao dia, e se necessário. No dia vinte e cinco de março, já observa-se contração das margens da lesão, e tecido de granulação, evidenciando a boa resposta da mesma à terapia implantada. É mantida a conduta, com curativos, duas vezes ao dia e se necessário. Dia dois de abril de 2015, percebe-se o leito da lesão quase que totalmente epitelizado, com apenas algumas áreas com tecido de granulação, em franca evolução. A conduta então, passa a ser o uso do mesmo produto uma vez ao dia, e se necessário. No dia treze de maio, observa-se a resolução completa da lesão. Além da implantação da terapia adequada para o tratamento local da lesão, a paciente utiliza suplementos nutricionais e alimenta-se bem por via oral. Utiliza os seguintes medicamentos: Omeprazol, Vitamina D, Atenolol, Hidroclorotiazida, Complexo B, Prolopa e Quetiapina. **CONCLUSÃO:** Fica evidente a necessidade do conhecimento ampliado dos profissionais de enfermagem relacionado a prevenção e utilização de coberturas adequadas para o tratamento de UP durante a assistência ao paciente, obtendo assim efetividade nos resultados, e redução do tempo da terapêutica, seja ela hospitalar ou domiciliar.

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PATRICIA CRISTINA CARDOSO; ALINE DOS SANTOS DUARTE
HCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Enfermagem; Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UP) são consideradas como eventos adversos ocorridos no processo de hospitalização e refletem a qualidade do cuidado prestado. O paciente crítico é mais propenso a desenvolver úlcera por pressão devido a sedação, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, restrição de movimentos por um longo período e instabilidade hemodinâmica. Estudos feitos no Brasil verificam a incidência entre 17,7% e 39,8%. As UP podem prolongar o tempo de hospitalização, aumentar a mortalidade, elevar os custos terapêuticos e aumentar a carga de trabalho da equipe de enfermagem. **OBJETIVO:** Identificar na literatura as ações de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura na base de dados Biblioteca Virtual da Saúde (Lilacs, SciELO e Bdenf), com artigos publicados entre 2004 e 2014. Foram utilizados os descritores: úlcera por pressão; enfermagem; unidades de terapia intensiva, utilizando a lógica booleana "and" entre elas. **RESULTADOS:** As ações de prevenção de UP incluem: Elaborar e aplicar um protocolo para prevenção da úlcera por pressão; Utilizar de escalas de avaliação do grau de risco, como por exemplo, a Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa, e outras como as de Norton e Waterlow; Utilizar quadro demonstrativo enfatizando as áreas suscetíveis à úlcera por pressão; Mobilizar paciente de duas em duas horas; Proteger de saliências ósseas com rolos e travesseiros; Registrar as alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das úlceras por pressão proposto pela NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel); Hidratar a pele; Checar as áreas vulneráveis da pele diariamente; Tratar a incontinência; Providenciar suporte nutricional; Monitorar e documentar intervenções e resultados obtidos; Implementar medidas de suporte mecânico: proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas; Criar um programa de ensino para colaboradores das instituições para atualização sobre UP. **CONCLUSÃO:** A revisão da produção científica sobre prevenção de úlceras por pressão ao paciente crítico revela a importância da atuação da equipe de enfermagem. É necessário maior socialização do conhecimento de feridas a partir de evidências e pesquisas científicas, de forma a viabilizar intervenções efetivas direcionadas aos cuidados com a pele de pacientes críticos.

PO - 406 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTUDO DE CASO- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE SUBMETIDO A ENXERTO CUTÂNEO

RICARDO CUNHA DOS SANTOS; LAURELIZE PEREIRA ROCHA; ÉMILEN VIEIRA SIMÕES; LENICE DUTRA DE SOUSA; ALINE RODRIGUES COSTA
FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Enxerto.

INTRODUÇÃO: O enxerto cutâneo é uma técnica pela qual um corte da pele é despreendido de seu próprio suprimento sanguíneo e transferido para um sítio a distância (receptor)¹. Este estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem prioritários para um paciente submetido à cirurgia de enxerto cutâneo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso desenvolvido por acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Assistência de Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas. O estudo foi realizado na unidade clínica cirúrgica de um Hospital Universitário do extremo sul do Rio Grande do Sul, no período entre 23 de abril a 12 de junho de 2015. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizada a Taxonomia II da NANDA-I². Foi obtida a autorização do paciente para o uso de seus dados e fotos no estudo. **RESULTADOS:** Paciente do sexo masculino, 30 anos, agropecuarista. Vítima de acidente de motocicleta com fratura exposta de rádio, ulna diáfisária, 5º metacarpo e cotovelo. Interna para tratamento de lesão em coxa esquerda, com aproximadamente 40 centímetros, com exposição de fáscia muscular. Foram realizados três procedimentos cirúrgicos, antes do enxerto, no intuito de fazer desbridamento de tecidos de fibrina e necrose. O membro doador foi à coxa direita. Os principais diagnósticos elencados nos períodos pré, trans e pós-operatório foram: Ansiedade relacionada a evento estressor anestesia e discussão da equipe frente ao paciente evidenciado por nervosismo e observação atenta do paciente; Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição de orientações da equipe no pré-operatório evidenciado por relato verbal; Risco de infecção relacionado com o procedimento cirúrgico; Dor aguda relacionada com o procedimento cirúrgico em membro doador de pele do enxerto evidenciado por relato verbal. **CONCLUSÃO:** Fica evidente a importância da elaboração dos diagnósticos de enfermagem, pois se consegue trassar um plano de cuidados mais específicos, e com isso oferecer uma assistência de qualidade aos pacientes.

Referências:

¹ SMELTZER, S.C. et al. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 1. Guanabara. Koogan. 2009 11 (2):1680-1682.

² NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012-2014 – NANDA Internacional – Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.; 23 cm

O USO DE POMADA COM EXTRATO DE BARBATIMÃO EM PÉ DIABÉTICO: UM CASO CLÍNICO

LIANA SANTOS MARQUES¹; LIZ CARLA DE SOUZA²; NEIDA LUIZA PELLENZ³; GRAZIELA ROSA CAUDURO⁴

^{1,2}HCAA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ³UFSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁴HUSM, SANTA MARIA - TO - BRASIL.

Palavras-chave: Fitoterápico; Pé Diabético; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O pé diabético é uma das complicações mais comuns relacionadas ao Diabetes Melito.^{1,2} Normalmente está associado a neuro ou vasculopatias periféricas decorrentes do processo da doença, o que predispõe o paciente a lesões nos membros inferiores, em especial, nos pés.³ O tratamento do pé diabético depende do tipo de lesão e do grau de comprometimento do membro afetado.⁴ **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de um paciente com pé diabético tratado com barbatimão. **METODOLOGIA:** O presente trabalho constitui-se em relato de caso sobre o tratamento de um paciente com pé diabético, ocorrido em hospital do interior do Rio Grande do Sul. **RESULTADO:** O paciente A.B.G., sexo masculino, 56 anos, é diabético e hipertenso de longa data. Previamente à internação atual, aproximadamente 40 dias antes, o mesmo havia sofrido ferimento por prego na região plantar, no espaço interdigital, entre o terceiro e quarto artelhos, o qual ocasionou uma amputação parcial do pé direito, com perda do quarto artelho. A internação que gerou o caso clínico, ocorreu no dia 03 de maio de 2014, em decorrência de gangrena do pé direito, no mesmo local da amputação anterior. Desde o dia da internação, o paciente recebeu antibioticoterapia e curativos locais com pomadas enzimáticas, sem sucesso na evolução da lesão, evoluindo para cirurgia de fasciotomia na região plantar do membro inferior direito, com desbridamento. Até o dia 13 de maio, utilizou coberturas absorventes, com bactericida no leito da lesão, e nesta data, iniciou o uso de pomada com extrato de barbatimão. O curativo foi realizado duas vezes ao dia com o uso do referido produto. Paralelamente, o paciente recebia o restante da medicação, inclusive os antibióticos, bem como avaliação nutricional e uso de suplementação adequada. Dia 17 de maio, o paciente recebeu alta hospitalar, retornando diariamente para curativos ambulatoriais, uma vez ao dia, com uso do mesmo produto até a resolução. **CONCLUSÃO:** Fica claro a importância do conhecimento científico do profissional enfermeiro, tanto dos produtos existentes para auxiliar no processo de resolução da lesão, bem como das fases da cicatrização e dos fatores adjuvantes, como a nutrição, hidratação e posteriormente, das orientações para sua reabilitação para que possa viver e conviver bem com sua doença.

PO - 408 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA ESTERNAL COM USO DE CURATIVO POR PRESSÃO NEGATIVA: RELATO DE CASO

REINALDO DOS SANTOS MOURA¹; WALESKA DUARTE MELO ALBUQUERQUE²; LUANA TAINÁ MELO SANTOS³; FABIANA MUNIZ SEIXAS COSTA GOIANA⁴; MAYRA DE SOUZA COSTA⁵

¹FACULDADE SEUNE, MACEIÓ - AL - BRASIL; ^{2,3,4,5}HOSPITAL DO CORAÇÃO DE ALAGOAS, MACEIO - AL - BRASIL.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca; Deiscência da ferida operatória; Técnicas de fechamento de ferimentos.

INTRODUÇÃO: A deiscência de sutura esternal de ferida operatória (FO) é a separação de planos profundos, seguida pela descarga de líquidos subsequentes. Sua incidência pode variar cerca de 5% por infecção, excesso de tensão tecidual e isquemia. **OBJETIVO:** Relatar segundo a experiência da equipe de ferida a cicatrização rápida da deiscência de sutura esternal parcial com o uso do curativo por pressão negativa (CPN). **MÉTODO:** Estudo do tipo relato de caso que descreve aspectos vivenciados pelos autores, idealizado a partir do contato com um processo de cicatrização de uma paciente internada em um determinado Hospital Cardiológico da Região, que antes assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), oportunizando o uso do seu caso no meio científico. Nos primeiros cinco dias o curativo foi realizado com a coleta local de secreção da FO com swabs e verificado o processo de tunelização, para logo após ser irrigado com solução fisiológica a 0,9% (SF 0,9%), ácidos graxos essenciais (AGE) e a oclusão com gazes mais fixador transparente e hipoalergênico. Nos cinco dias restantes foi novamente irrigado com SF 0,9% e instalado o CPN a vácuo, ambos os curativos foi realizado por técnica estéril. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 74 anos, brasileira, alagoana, deu entrada no referido hospital, no dia 12/07/14, com história de síndrome coronariana aguda, ao exame clínico afirmava apenas alergias diversas. Submetida a cateterismo cardíaco com indicação de cirurgia de revascularização miocárdica (CRM). No dia 25/07/14 foi submetida a CRM com uso de circulação extracorpórea (C/CEC) e teve alta hospitalar em 05/08/14 com as feridas operatórias sem sinais de infecção. Retornou ao hospital em 22/08/14 com deiscência de sutura em FO de mediastino em 1/3 médio e 1/3 distal, ambas lesões tunelizadas e com presença de exsudato seroso em pequena quantidade. Na ocasião, foram colhidas amostras para cultura e realizado curativo com AGE e foi indicado o CPN agendado e executado em 28/08/14 sendo retirado em 03/09/14 sem indicação de troca do mesmo. **CONCLUSÃO:** Observou-se que no pré-operatório segundo as literaturas foram encontrados na paciente alguns fatores predisponentes para a deiscência de sutura esternal no pré e pós operatorio de CRM. Estima-se que o CPN promoveu a cicatrização na FO aguda de forma rápida, por propiciar a remoção efetiva do exsudato seroso e por aumentar a circulação sanguínea para a FO.

CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO BRASILEIRA

THAÍS DRESCH EBERHARDT; CAREN FRANCIELE COELHO DIAS; GRAZIELE GORETE PORTELLA DA FONSECA; MARCIANE KESSLER; SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
UFSM, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Cicatrização; Ferimentos e lesões.

INTRODUÇÃO: A responsabilidade do tratamento e prevenção de feridas vem sendo atribuída ao enfermeiro, devendo ele avaliar a lesão e prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo. Para orientar este estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: "Quais as tendências da produção da enfermagem brasileira acerca da cicatrização de feridas?". **OBJETIVO:** Identificar a produção brasileira de teses e dissertações desenvolvidas pela enfermagem sobre a temática da cicatrização; descrever as tendências gerais dessa produção. **MÉTODO:** Revisão narrativa da literatura. Realizou-se busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e da Associação Brasileira de Enfermagem - Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, incluindo-se 32 estudos. A análise dos resumos dos estudos foi realizada qualitativamente. **RESULTADOS:** A maioria das pesquisas teve abordagem quantitativa, desenvolvida por meio de dissertações. As produções concentram-se nas regiões sudeste e centro-oeste do Brasil. Quanto aos cenários/locais de pesquisa, estes são bem variados, abrangendo desde a atenção primária à saúde até a atenção hospitalar. Os participantes das pesquisas foram as pessoas portadoras de feridas e os profissionais da saúde. A cicatrização de feridas foi trabalhada principalmente sob os aspectos das tecnologias (duras) para o tratamento de feridas, o perfil de pessoas portadoras de feridas (crônicas e atendidas na atenção primária), o conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem sobre tratamento de feridas, a avaliação de feridas e os custos do tratamento de feridas. **CONCLUSÃO:** A revisão possibilitou identificar as tendências, encontrando-se lacunas no conhecimento produzido – desenvolvimento de estudos qualitativos, estudos acerca do conhecimento e sentimentos das pessoas portadoras de feridas, relativas às tecnologias leves e leve-duras no tratamento de feridas e perfil de pessoas portadoras de feridas agudas atendidas na atenção secundária e terciária. O estudo contribui para orientar as ações desenvolvidas na prática dos profissionais enfermeiros, uma vez que possibilita o gerenciamento do cuidado ao paciente com lesão de pele de acordo com as tendências observadas na produção brasileira.

PO - 410 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PROJETO DE EXTENSÃO SOBRE ATENÇÃO E CUIDADO COM A PELE DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

STEPHANIE PIANARO DE CASTRO; MARCIA REGINA SILVÉRIO SANTANA BARBOSA MENDES; MAYCON HOFFMAN CHEFFER
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Idoso; Pele; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Propostas para a melhoria da qualidade de vida de idosos têm ganhado espaço em várias áreas, dentre elas, na Enfermagem. Pesquisas relacionadas ao conhecimento das alterações de pele diagnosticadas em consulta de enfermagem tem o objetivo de auxiliar no diagnóstico e possibilitar intervenção precoce. Um dos aspectos avaliados no exame físico do idoso está relacionado à condição geral da pele, órgão por meio do qual os micro-organismos, propriamente dito, podem penetrar no organismo causando doenças e infecções. As alterações mais comuns e predominantes no idoso são: as rugas, as manchas senis, a fragilidade capilar, as telangiectasias, a alopecia, elastose, as úlceras e as feridas, conseqüentes de outras patologias. **OBJETIVO:** O projeto tem como objetivo realizar encontros com grupos de idosos(as) do município de Cascavel para fazer orientações sobre cuidados com a pele. **MÉTODO:** As reuniões com os grupos ocorrem mensalmente e são realizadas nos Centro de Convivência de Idosos da cidade de Cascavel, no Paraná. Nas atividades são discutidos assuntos inerentes aos cuidados à pele dos idosos, como as patologias mais comuns, os tratamentos, a atenção à pele, os métodos de prevenção das doenças dermatológicas (úlceras e feridas), sempre com habilidade de manter uma linguagem acessível para melhor compreensão do público-alvo. **RESULTADOS:** Os encontros propiciam uma interação social, onde os idosos posteriormente repassam todo conhecimento adquirido, resultando em idosos dinâmicos, atuantes e conhecedores do seu papel na sociedade, assim como melhores cuidadores da própria pele. O cuidar do idoso requer as habilidades específicas da Enfermagem, associadas à compreensão das teorias que permeiam o envelhecimento. **CONCLUSÃO:** Conhecer, especificamente, o envelhecimento da pele permite ao enfermeiro e equipe, identificar os riscos reais e potenciais à integridade cutânea e prestar cuidados, com o objetivo de prevenir danos e/ou recuperar a integridade da pele do idoso. Por meio das educações em saúde proporcionadas pelo projeto é possível identificar tais riscos, diante das dúvidas e considerações dos idosos e encaminha-los para as condutas necessárias para o tratamento das doenças de pele.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: ESTUDO COM PESSOAS ESTOMIZADAS EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL

FABIANE PINHO FURTADO; LENICE DUTRA DE SOUSA; LAURELIZE PEREIRA ROCHA
FURG, RIO GRANDE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Estomia; Necessidades Humanas Básicas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As teorias de enfermagem possibilitam a implementação e operacionalização do processo de enfermagem. Dentre os modelos mais utilizados no ensino e na prática de enfermagem destaca-se a teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, a partir dos estudos de Wanda Horta (NEVES, 2006). Entendendo-se que esse modelo se aplica nos distintos contextos e globalmente para todos os indivíduos, dessa forma o estudo buscou investigar as Necessidades Humanas Básicas de pessoas estomizadas, as quais enfrentam alterações emocionais e mudanças corporais frente à violação involuntária do controle esfinteriano, das regras de higiene, adaptações na alimentação e instabilidades afetivas e sociais (SANTOS, 2005). **OBJETIVO:** Conhecer as principais Necessidades Humanas Básicas entre os pacientes estomizados cadastrados em um serviço de atendimento ambulatorial. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, exploratório, do tipo documental. Realizado em um serviço de estomaterapia de um Hospital Universitário. A coleta de dados ocorreu, no período entre junho e agosto de 2013, por meio da análise dos Históricos de Enfermagem de 20 clientes cadastrados no serviço. A análise dos dados foi fundamentada a partir das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979). O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 107/2013. **RESULTADOS:** Na pesquisa foram constatadas como Necessidades Humanas Básicas mais afetadas: integridade cutânea (100%), cuidado corporal (85%), hidratação (75%) e sexualidade (20%). **CONCLUSÃO:** Destaca-se a importância da realização do Histórico de Enfermagem como etapa inicial para a identificação das principais Necessidades Humanas Básicas dos clientes de forma a possibilitar o desenvolvimento de um plano de cuidados específicos, que atenda às necessidades reais de cada cliente. Cabe ao enfermeiro (a) reconhecer os sinais iniciais de desvio da normalidade da pele do paciente estomizado, assim como, as limitações e dificuldade de aceitação da nova situação, o que pode comprometer o próprio autocuidado com relação a higiene corporal, dieta, ingestão hídrica e realização de atividades prazerosas e afetivas como parte de uma assistência de enfermagem de qualidade, humanizada e efetiva.

PO - 412 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PATRICIA CRISTINA CARDOSO; ALINE DOS SANTOS DUARTE
HCPA, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Queimaduras; Enfermagem; Unidades de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO: No Brasil, ocorrem cerca de um milhão de casos de queimaduras a cada ano, sendo que destes, 40 mil demandam hospitalização e 2.500 irão a óbito direta ou indiretamente em decorrência das lesões. Nesse contexto, o diagnóstico de enfermagem servirá como guia para o planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem ao grande queimado internado em unidade de terapia intensiva. O diagnóstico de enfermagem representa uma das mais importantes fontes de conhecimento científico específico de enfermagem, fornecendo critérios mensuráveis para avaliação da assistência, além de direcionar o cuidado, facilitar a pesquisa e o ensino e contribuir para expansão de um corpo de conhecimento próprio para a enfermagem. **OBJETIVO:** Identificar na literatura os principais diagnósticos de enfermagem ao grande queimado internado em Unidade de Terapia Intensiva. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada no banco de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, com artigos publicados entre 2004 e 2014, sem recorte idiomático. Foram utilizados os descritores: enfermagem, queimaduras, assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem, unidades de terapia intensiva. **RESULTADOS:** Foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem na literatura: Risco de desequilíbrio na temperatura corporal; Troca gasosa prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Perfusão tecidual periférica prejudicada; Volume de líquidos deficiente; Risco de infecção; Integridade cutânea prejudicada; Hipotermia; Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais; Eliminação urinária prejudicada; Mobilidade física prejudicada; Dor; Risco de aspiração. **CONCLUSÃO:** A assistência de enfermagem ao paciente queimado internado em unidade de terapia intensiva é essencial para recuperação e reabilitação mais rápida e com sequelas mínimas. Os resultados obtidos neste estudo favorecem o direcionamento da assistência com base no processo de enfermagem, subsidiam estudos similares e conduzem os profissionais na elaboração de um plano de cuidados individualizado, levando ao fortalecimento da atenção ao paciente grande queimado em estado crítico.

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA ASSOCIADA AO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM RELATO DE CASO

MARIA FERNANDA PALERMO DA SILVA¹; LUIS AUGUSTO CARRERA LOUZADA²; ROSANE DE PAULA CODÁ³; MARIANA DE SÁ SILVA⁴; FERNANDA DOS ANJOS DE OLIVEIRA⁵

^{1,2,3,5}HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Ferimentos e Lesões; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Necrólise Epidérmica Tóxica é uma doença auto-imune caracterizada por exfoliação cutânea extensa, toxicidade sistêmica e febre alta. É uma patologia cutânea com baixa incidência, porém com alta morbimortalidade. **OBJETIVO:** Descrever o caso clínico de uma paciente internada em uma unidade hospitalar no Rio de Janeiro; discutir o acompanhamento da evolução da doença e o uso das coberturas disponíveis para a realização dos curativos; analisar o custo-benefício e a eficácia do tratamento empregado. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso realizado em um hospital federal do estado do Rio de Janeiro. **RESULTADOS:** O curativo inicial era realizado diariamente, no Centro Cirúrgico pela Comissão Terapêutica de Feridas (CTF) e depois contou-se com médicos da Cirurgia Plástica e de anestesistas para realizar sedação. A face apresentava crostas bem como o pavilhão auricular, sendo utilizado Ácido Graxo Essencial (AGE) durante todo o tratamento, devido melhora observada. No curativo do corpo, que apresentava áreas com descolamento total da epiderme e muito friáveis foi realizada limpeza com SF 0,9% e cobertura com Sulfadiazina de prata 1% creme, oclusão com compressas e ataduras estéreis. Esta conduta foi mantida por 06 dias. Não houve melhora aparente, sendo utilizado então, AGE em todo o corpo, conforme orientação dos serviços de Dermatologia e Reumatologia, apesar de não haver concordância por parte da CTF. No dia seguinte, ao retirar o curativo anterior, o corpo em toda sua extensão apresentava-se mais friável, sendo difícil a retirada das compressas, pois houve uma total aderência das mesmas após absorção corporal do AGE, e havia presença de odor fétido. Retomou-se então o uso de Sulfadiazina de prata 1%, sendo ocluído com compressas e ataduras estéreis. Conforme solicitado pela CTF, foi efetuada compra de placas de Hidrofibra absorvente com prata e solução de Polihexanida-betaina (PHMB). Foi realizada anti-sepsia com a solução de PHMB e utilizadas 86 placas em todo o corpo. Após 06 dias, na próxima troca de curativo, evidenciou-se grande parte de área corporal epitelizada, sendo necessária somente 18 placas de Hidrofibra para o procedimento. Cinco dias após, o corpo encontrava-se epitelizado, sendo necessário uso de 03 placas de Hidrofibra, na região glútea e MSD. **CONCLUSÃO:** É evidente a importância do uso da cobertura adequada para cada demanda, sendo vantajoso e benéfico tanto para o paciente, quanto para as equipes envolvidas e Instituição.

PO - 414 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS USUÁRIOS COM ÚLCERAS VENOSAS E ARTERIAIS: CONSTRUÇÃO DO ÁLBUM SERIAD

LAIS FUZZER ROSSO¹; TIFANY COLOMÉ LEAL²; VANIA LUCIA DURGANTE³; ARLETE MARIA TIMM⁴; MARIA DENISE SCHIMITH⁵

^{1,2}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ^{3,4,5}HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Saúde; Feridas.

INTRODUÇÃO: o enfermeiro é o profissional que exerce inúmeras funções; dentre elas está à prática de educação em saúde como ferramenta no desenvolvimento de ações de prevenção e agravos da saúde junto ao usuário. Quando se promove a saúde estamos minimizando os prognósticos da enfermidade e evitando o surgimento de novos agravos para o usuário. O usuário interagindo com o processo de cuidado do seu corpo, o porquê uma simples lesão na sua pele evoluiu para uma úlcera é fator importância no seu tratamento e prognóstico. Através do desconhecido alguns usuários não dão a devida importância ao tratamento, pois não sabem o que está ocorrendo em seu corpo e se sentem desestimulados frente à enfermidade. Esse desconhecido pode vir da falta de abertura que o profissional da saúde fornece ao usuário em perguntar sobre a doença, ou do mesmo se sentir constrangido frente ao profissional. Tornar o usuário ativo em seu tratamento, em que o saber popular e o saber científico caminham juntos, e interagir com o mesmo é um dever que do enfermeiro. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da construção de um álbum seriado contendo ilustrações a respeito da anatomia do corpo antes e após a instalação de uma lesão ulcerosa para melhor compreensão do usuário perante sua enfermidade. **MÉTODO:** O álbum foi elaborado no 2º semestre de 2013 no estágio final de graduação no Ambulatório Ala A de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, constituindo o Plano de Ação apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado II do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. **RESULTADOS:** No decorrer do estágio final destacam-se as práticas de cuidados com os curativos em feridas recorrentes das úlceras por pressão, venosas e arteriais que são realizados no ambulatório. Diante da experiência, notou-se que o usuário desconhece a anatomia perante a ferida ou lesão ulcerosa; ou seja, percebeu-se que o mesmo não sabe o que é uma artéria ou veia; o seu aspecto enquanto eram saudáveis e agora adoecidas com a úlcera; sobre a circulação sanguínea; o porquê do edema, da hiperemia. Todos esses vieses proporcionaram a construção do álbum seriado contendo imagens claras do sistema circulatório e seus componentes, veias, artérias, capilares, válvulas; sobre o fluxo sanguíneo. **CONCLUSÃO:** Após a construção do álbum seriado com as devidas ilustrações, busca-se, agora sua implementação com vistas a educação em saúde com o usuário almejando tendo como propósito o seu empoderamento e autonomia

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR

PAULO HENRIQUE PANELLI¹; MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA²; SEBASTIÃO EDIMILSON TEIXEIRA OLIVEIRA³
^{1,3}HGCA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; ²TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Prevenção; UPP; Multidisciplinar.

INTRODUÇÃO: Atualmente a ocorrência de Úlceras Por Pressão (UPP) se tornou um problema frequente e de grande magnitude nas instituições hospitalares, pelos riscos inerentes a saúde do paciente e aumento do tempo de internação. Dessa forma, é nítida a importância da implementação de práticas efetivas relacionadas à prevenção e desenvolvimento das UPP, de forma integrada e multidisciplinar. **OBJETIVO:** Analisar por meio da literatura as medidas adotadas na prevenção de úlceras por pressão. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão sistemática, na busca de fontes nas bases eletrônicas de dados do Scielo e Lilacs, BVS- Biblioteca Virtual de Saúde, Google acadêmico e em literaturas, utilizando os descritores: Úlceras Por Pressão, Medidas de prevenção e Trabalho Multidisciplinar. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos que abordassem a temática, publicados nos últimos 10 anos. Nas bases de dados foram encontrados 18 artigos, sendo selecionados 10 que atenderam ao objetivo do estudo. **RESULTADOS:** Estudos indicam que a incidência de UPP é um importante indicador de qualidade assistencial, permitindo analisar os casos quanto à sua distribuição, quem são os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção à lesão, subsidiar o planejamento, a gestão e avaliar as ações em saúde da equipe multidisciplinar. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) estabelecido pela portaria nº 529 de 01/04/13, surge com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para a prevenção das UPPs, é preciso incluir uma anamnese que focalize os fatores causais, predisponentes ou de risco, subjacentes e cofatores. Estudos corroboram para necessidade de um exame físico detalhado que inclua o exame geral das condições clínicas do cliente e especial atenção às indicações clínicas, com avaliação de uma equipe multidisciplinar para diminuir a incidência do agravo. **CONCLUSÃO:** Portanto, espera-se que as instituições de saúde possam através de práticas de saúde integradas por equipe multidisciplinar buscar reduzir ao máximo a ocorrência de danos desnecessários ao paciente, por meio de ações de implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, gerando melhorias na assistência e na qualidade de vida dos pacientes.

PO - 416 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA HIDROFIBRA COM PRATA IÔNICA EM ÁREA DOADORA DE ENXERTO PARCIAL DE PELE: RELATO DE CASO

MARIA DERLANGE PAIVA¹; CECÍLIA SARAIVA²; NILBA LIMA DE SOUZA³¹CONVATEC/CIRÚRGICA BEZERRA, NATAL - RN - BRASIL; ^{2,3}UFRN, NATAL - RN - BRASIL.**Palavras-chave:** Cicatrização de feridas; Cuidados de enfermagem; Tecnologia Biomédica.

INTRODUÇÃO: A área doadora de enxerto parcial de pele é uma lesão eletiva, plana com pouco exsudato e suas possíveis intercorrências como colonização bacteriana crítica e infecção desafiam o processo de cicatrização. Nesse sentido, a hidrofibra revestida com prata iônica tem sido relatada como uma alternativa de curativo que auxilia na redução da carga bacteriana nessas lesões infectadas, de modo a acelerar o processo cicatricial. **OBJETIVO:** Descrever o uso da Hidrofibra com Prata iônica no processo de cicatrização de área doadora de enxerto parcial de pele. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso clínico realizado em um hospital público na cidade de Natal-RN, na unidade de tratamento de queimados, no período de junho de 2014. Foi solicitada a autorização por escrito do familiar, precedida da explicação verbal do objetivo e método do estudo, seguindo todos os preceitos éticos. O paciente foi acompanhado por 12 dias e as informações adicionais foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com os familiares e registro fotográfico da evolução da lesão. **RESULTADOS:** O caso ocorreu com um paciente, sexo masculino, 08 anos, internado com diagnóstico de grande queimado (região abdominal, torácica e membros superiores), submetido ao procedimento de enxerto parcial de pele em área comprometida. Foi dada atenção à área doadora do enxerto, com início do tratamento no momento da retirada da pele, ainda no transoperatório, com a aplicação da hidrofibra com prata iônica na área doadora, e posterior curativo secundário. A troca da cobertura secundária ocorreu diariamente para avaliação do nível de saturação do curativo primário, que por sua vez, só foi removido totalmente no décimo segundo dia do tratamento. A cobertura promoveu um meio adequado para o processo de cicatrização, analgesia e controle da carga bacteriana da lesão potencialmente infectada. Foi observado epitelização em toda área doadora ao final do tratamento. Com isso, minimizou o tempo de hospitalização do paciente, possibilitou melhor resultado estético e cicatricial, redução significativa da dor, proporcionou conforto e redução de custos ao tratamento. **CONCLUSÃO:** O uso do curativo de hidrofibra com prata iônica na área doadora possibilitou um tratamento mais confortável para o paciente, com poucas trocas de curativo, mínimas queixas alérgicas, redução do potencial de contaminação e boa qualidade de epitelização da pele.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO COM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

TÂMARA RIBEIRO TORRES MAGALHÃES XAVIER; ROXANA MESQUITA DE OLIVEIRA TEIXEIRA SIQUEIRA; ADRIANA JORGE BRANDÃO; ANTONIA MAURYANE LOPES; FRANCISCA DAS CHAGAS SHEYLA ALMEIDA GOMES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Pele; Ostomia; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Os estomas consistem em uma abertura ou comunicação entre órgãos internos com o meio externo, podendo ser temporários ou permanentes e suas características físicas variam desde tipo, localização, tamanho, forma, superfície, contorno e protrusão. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem ao paciente ostomizado com integridade da pele prejudicada. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo do tipo relato de caso realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU-UFPI, no período de janeiro a agosto de 2015. Os dados foram obtidos por meio dos registros de atendimento ao paciente durante a internação e no ambulatório de enfermagem, além de registro fotográfico previamente autorizado. Obteve-se o Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura para autorização da publicação. **RESULTADOS:** C.G.S, masculino, negro, 26 anos, admitido no HU-UFPI com diagnóstico de Doença de Crohn. Evoluiu com abdome agudo sendo submetido à laparotomia exploradora e confecção de ileostomia em hipocôndrio direito. Necessitou de novas abordagens cirúrgicas para limpeza da cavidade abdominal, fazendo uso de Bolsa de Bogotá. A ileostomia confeccionada foi do tipo temporário, em alça e não houve demarcação prévia do local para confecção do estoma. A região periestomal apresentou dermatite em decorrência do contato com o efluente da ileostomia, uma vez que houve dificuldade de aderência do dispositivo coletor devido à localização do estoma. Procedeu-se então o cuidado com a pele periestoma utilizando-se hidrocolóide em pó e em pasta, placa protetora de pele e creme barreira, bem como a colocação de bolsas coletoras de duas peças, associada ao uso de cinto. Foi possível, em seis dias, observar a recuperação completa da pele periestoma com uso desses adjuvantes. A ostomia apresentou complicações como: retração, sendo utilizada bolsa convexa, evoluindo para prolapso, retornando o uso de bolsa plana. A ileostomia apresentava descolamento muco-cutâneo dificultando a adesão da bolsa coletora sendo necessário o uso de pasta hidrocolóide. O paciente adquiriu adaptação e domínio do manejo de sua ostomia e foi encaminhado para a reconstrução do trânsito intestinal. **CONCLUSÃO:** Observou-se melhora significativa e rápida na integridade da pele lesionada, mediante planejamento direcionado da Enfermagem, orientações de autocuidado e utilização de coberturas e adjuvantes.

PO - 418 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADES DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FERNANDA MOURA ROCHA SANTOS; PATRÍCIA GOUVEIA DO COUTO; HÉRICA SOSÁRIO SANTOS ALVES; PRISCILA GOMES EMÍDIO; MONICA ARNOLDO MARQUES DA SILVA
CENUT, ARACAJU - SE - BRASIL.

Palavras-chave: Prevalência; Úlcera por Pressão; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A enfermagem desempenha um trabalho primordial para prevenção e tratamento das úlceras por pressão (UP) atuando nos fatores de risco e por esse motivo, a utilização de indicadores de UP tem sido associada a um cuidado de enfermagem de qualidade. Frente à magnitude do problema, tanto para o paciente quanto para instituição é significativo à identificação dos fatores risco e prevalência de UP nos hospitais. **OBJETIVO:** Identificar os fatores de risco e a prevalência de UP em unidades de saúde de grande porte. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados em texto completo, em português, entre 2003 e 2013, na população adulta, disponíveis nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e BDNF, sendo identificados 31 artigos, selecionados apenas 05 que abordaram sobre o objetivo proposto. **RESULTADOS:** Da análise foi constatado que a prevalência variou entre 18,8% a 36% nas unidades de saúde, o principal fator de risco pela Escala de Braden foi a falta de mobilidade do paciente, sendo os baixos escores na escala preditivos para o desenvolvimento das úlceras por pressão, sendo a população idosa mais acometida, com a região sacral o local que mais desenvolveu UP. **CONCLUSÃO:** A prevalência demonstrou ser um recurso útil e prático no delineamento da situação dos pacientes com UP, uma vez que permite calcular a ocorrência das lesões em determinado período e lugar, bem como fornecer ferramentas para implementação dos cuidados de enfermagem e de intervenção educacional junto a população e aos serviços de saúde.

RELATO DE CASO DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE ULCERA VENOSA NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CMS MANOEL JOSE FERREIRA - RIO

DOMINIQUE CAVALCANTI MELLO¹; MARIA CONCEIÇÃO SCHORN HARB²; THAIS FRULLANI F. LOURENÇO³
^{1,2}CMS MANOEL JOSÉ FERREIRA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³EEAN/UF RJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera venosa; Feridas.

A insuficiência venosa crônica (IVC) apresenta uma relação com o surgimento de úlceras em membros inferiores, constituindo um problema grave de saúde pública de ordem mundial. Podendo esses usuários com a integridade cutânea prejudicada e IVC estarem relacionados agravos devido a comorbidades tais como: hipertensão arterial, diabetes e outros. Temos como objetivo avaliar a eficácia do tratamento da úlcera venosa em membro inferior com um sistema de compressão inovador. Este é um relato de caso de um usuário com insuficiência vascular venosa de membros inferiores (MI) com alteração na integridade cutânea, possuindo lesão em processo cicatrização. Inicialmente foi realizado um tratamento com bota de unna, mas o usuário não conseguia manter o tratamento por sete dias devido a um aumento da sensibilidade dolorosa. A avaliação do índice pressoriotornozelo braço (IPTB) deste usuário apresentou, no primeiro momento, um valor de 0,7 o que sugere insuficiência venosa e nos permite iniciar um tratamento compressivo. Utilizou-se inicialmente o tratamento com sistema de compressão leve de 2 camadas e curativo antimicrobiano estéril composto por uma gaze de não-tecido 100% algodão, poroso, não oclusivo e recortável, impregnado com sulfato de prata (Ag₂SO₄) na concentração de 8g/g de curativo, com liberação rápida e sustentada de íons de prata. Na primeira avaliação o paciente relatou não apresentar dor e suportar bem durante os sete dias. Após algumas semanas foi realizada a troca do curativo primário para gel de PHMB e membrana celulósica desidratada estéril porosa. Após oito semanas avaliamos o IPTB que passou para 1,4; neste momento optamos por utilizar o sistema de compressão de duas camadas, mantendo o gel e a membrana celulósica. O caso foi documentado com registro fotográfico, medição das lesões e evolução em prontuário eletrônico, avaliando-se a cada sete dias em uma Unidade básica de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, no período de aproximadamente 12 semanas. Houve uma redução na área da lesão de 2,64 cm², redução algica em 100% após o uso do sistema de compressão e do edema. Concluímos que em usuários com IPTB com valor entre 0,5 e 0,8 podemos utilizar o sistema de compressão leve de duas camadas o que possibilitou após um período de oito semanas evoluir para o sistema de compressão de duas camadas para usuários com IPTB maior que 0,8.

PO - 420 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA QUALIFICANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTE COM ÚLCERA ARTERIAL

LUANA SUÉLI BUDTINGER¹; SUÉLE SOARES DE SOUZA²; MARCIA SHIAVE PROVIN³^{1,2}UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL; ³UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.**Palavras-chave:** Cicatrização; Úlcera de perna; Diagnóstico de enfermagem.

INTRODUÇÃO: A cicatrização da ferida envolve fatores extrínsecos e intrínsecos ao paciente que podem interferir em maior ou menor grau no processo de cicatrização. Estes fatores demandam cuidados e orientações específicos aos pacientes como forma de sucesso no tratamento, tornando-se essencial realizar uma interação dialógica entre cuidador e o ser cuidado, já que este deve ser tratado e visto em sua mais ampla singularidade e subjetividade. Deste modo ao utilizar a humanização durante o processo de enfermagem (PE) o profissional qualifica o cuidado, juntamente com os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (DEs) da (NANDA-I), intervenções (NIC) e resultados de enfermagem (NOC). **OBJETIVO:** Aplicar o processo de enfermagem em paciente com úlcera arterial de forma humanizada e resolutive. **MÉTODOS:** Estudo de caso realizado em unidade de internação de um Hospital Geral da região nordeste do RS no mês de agosto de 2015. O paciente foi acompanhado por uma semana, durante os atendimentos eram aplicadas as etapas do PE de forma humanizada contando com a escuta ativa e orientações de acordo com a singularidade do paciente. Aprovado pela instituição. **RESULTADOS:** Paciente masculino, 84 anos, hipertenso, DM tipo 2, relatou que há um ano iniciou com dor, ardência e queimação em membro inferior direito (MID) e há seis meses iniciou com úlceras em MID. Internou no setor com queixa de claudicação intensa em MID. Apresenta membros inferiores com aquecimento, eritema, pele e unhas ressecadas, pulsos periféricos diminuídos, relato de dor escala 8, presença de ferida de úlcera arterial em MID (hálux e 2º dedo pododáctilo) com necrose coagulativa, odor fétido, ao redor da ferida presença de maceração, pele descamativa e hiperemiada. Diagnosticado através de arteriografia com oclusão de artéria femoral superficial (embolia e trombose). Paciente foi submetido a amputação de hálux e 2º dedo pododáctilo a direita com boa evolução pós-operatória. Diante dos dados foram elencados os DEs: Perfusão Tissular Periférica Ineficaz e Dor crônica. Para o tratamento desses DEs foram elencados os resultados de enfermagem NOC: Integridade Tissular: pele e mucosas e Satisfação do cliente. As intervenções NIC implementadas foram: Cuidados com local da incisão e Controle da dor. **CONCLUSÃO:** A utilização do PE com olhar humanizado retrata um cuidado diferenciado, melhora a colaboração e entendimento do paciente sobre as intervenções propostas resultando em um cuidado mais resolutive.

BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO CURATIVO À VÁCUO EM PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTINA DAIANA BOHRER¹; RAÍSSA OTTES VASCONCELOS²; THAÍS VANESSA BUGS³; ELISABETE TEIXEIRA DOS SANTOS DE CARVALHO⁴; LILI MARLENE HOFSTÄTTER⁵
^{1,2,3,5}UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL; ⁴HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Terapia de pressão negativa; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Pacientes com feridas complexas, como as úlceras venosas, muitas vezes extensas e crônicas, necessitam de tratamentos especiais, pois seu processo de evolução não é previsível, e ainda, podem apresentar ameaça à viabilidade do membro.¹ A utilização do sistema por pressão negativa no tratamento de feridas tem sua eficácia comprovada em grandes feridas, principalmente com perda de tecidos e com grande quantidade de exsudato². Este tem como benefícios a redução no tempo de cicatrização por meio da redução do edema local, contração da ferida, estímulo da neoangiogênese, remoção do exsudato, melhora do fluxo sanguíneo e diminuição da colonização bacteriana³. **OBJETIVO:** Relatar os benefícios da utilização do sistema de vacuoterapia no tratamento de um paciente com úlcera venosa. **MÉTODO:** Relato de experiência desenvolvido durante a prática assistencial no Programa de Residência em Enfermagem, na especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica em um Hospital escola no Oeste do Paraná. **RESULTADOS:** Paciente de 43 anos, internada para tratamento de Osteomielite crônica, devido à úlcera venosa de membro inferior esquerdo de grande extensão, tendo tal ferida evolução de 11 anos após pancada recebida no membro. Na internação apresentando lesão circundante em toda a perna, desde calcâneo ate região inferior de joelho, com presença de tecido desvitalizado e grande quantidade de drenagem de exsudato sendo necessária a troca de curativos 3 vezes ao dia e mais se necessário. Transferida para a unidade de clínica médica e cirúrgica para utilização de vácuoterapia. Após a instalação do curativo e início de antibioticoterapia, nas semanas seguintes, observou-se melhora significativa na evolução da ferida, como diminuição progressiva das bordas, diminuição do edema no membro, estimulação do processo de granulação do tecido e diminuição do exsudato além de referida melhora da dor na lesão. Além dos benefícios notáveis do tratamento para a paciente, tem-se também a diminuição de gastos com trocas de curativos frequentes devido à utilização de materiais em grande quantidade e tempo de serviço de enfermagem necessário a isso. **CONCLUSÃO:** Observou-se durante a prática assistencial de enfermagem que o uso da terapia por pressão negativa em úlceras venosas tem seus benefícios comprovados em relação ao uso do curativo convencional, tanto na evolução da ferida, quanto nos gastos com materiais e tempo dispensado de enfermagem.

PO - 422 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CUIDADOS ÀS ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA ESF DE PORTO ALEGRE-RS

PATRÍCIA ANELISE SILVA DA SILVA
UFRGS, CANOAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO: As unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são serviços que tem como objetivo principal oferecer serviços de promoção e prevenção em saúde. O cenário atual das ESFs da cidade de Porto Alegre-RS está voltado para o atendimento assistencial aos usuários conforme suas necessidades prioritárias, entre elas os cuidados de feridas. **OBJETIVO:** Apresentar um estudo de caso realizado em uma ESF da zona norte de Porto Alegre, sobre os cuidados às úlceras por pressão de uma usuária idosa. **MÉTODO:** Durante 90 dias uma usuária da ESF foi acompanhada diariamente, em seu domicílio, para realização dos cuidados e a realização de curativos nas suas úlceras por pressão. A cada troca de curativo foi realizada a avaliação das feridas e aplicação de cobertura conforme o tecido encontrado na ferida; as feridas foram fotografadas semanalmente, com aceite da usuária. A A.V.R.O possui 67 anos, diabética tipo II, hipertensa, reside com um filho e um neto. Esteve internada por 40 dias há mais de um ano, momento o qual iniciou as lesões. Na avaliação inicial a região sacra apresentava úlcera por pressão grau II, e úlcera por pressão grau II com placa de necrose seca em ambos calcâneos. Ao deambular era claudicante. Não apresentava edema nos membros inferiores e tinha pulsos tibial e pedioso presentes em ambos pés. **RESULTADOS:** As principais coberturas utilizadas conforme as úlceras foram: região sacra estava em processo de cicatrização, foi utilizado Alginato e AGE no leito, e triglicérides de cadeia média nas bordas; nas úlceras por pressão grau II com placa de necrose seca em calcâneos foi utilizada papaína sólida 5% no leito e TCM nas bordas. Foram orientados cuidados com a adesão ao tratamento medicamentoso para doenças prévias, alimentação, higiene e hidratação. Após os 90 dias de cuidados a úlcera da região sacra obteve melhora significativa, com fechamento total da ferida, e diminuição da dor no local. Já as úlceras dos calcâneos tiveram que ser desbridadas cirurgicamente em hospital da região, pois a papaína sólida não foi suficiente para degradar as placas de necrose e a dor na região havia aumentado. **CONCLUSÃO:** Para o cuidado integral das feridas os usuários precisam ser acompanhados em serviços de diferentes complexidades, pois nem sempre as ESFs têm insumos adequados para a realização dos curativos. As úlceras por pressão podem ser evitadas, mas caso aconteçam devem receber atenção, pois pode ser uma porta de entrada para infecções sistêmicas.

PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

CECÍLIA SARAIVA¹; MARIA DERLANGE PAIVA²; NILBA LIMA DE SOUZA³; NICLÉCIA CARLA PEREIRA DA FONSECA⁴;
SAMARA ISABELA MAIA DE OLIVEIRA⁵
^{1,3,4,5}UFRN, NATAL - RN - BRASIL; ²CONVATEC/CIRÚRGICA BEZERRA, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Recém-nascidos; Pele.

INTRODUÇÃO: Na assistência ao recém-nascido (RN) prematuro a preservação da integridade da pele constitui motivo de preocupação, pois as lesões predis põem ao risco de infecções. Nesse sentido, é necessário a constante avaliação da pele a fim de prevenir tais lesões. **OBJETIVO:** Identificar na literatura os cuidados realizados pela equipe de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros. **MÉTODO:** Revisão de literatura com o levantamento de artigos nas bases de dados Lilacs e Scielo, por meio dos descritores: pele, prematuro e cuidados de enfermagem. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português e inglês, nos últimos 5 anos, e que atendessem ao objetivo do estudo. **RESULTADOS:** Foram encontrados 179 artigos, destes 9 atendiam aos critérios de inclusão. Destacaram-se os seguintes cuidados: avaliação diária da pele do RN; atenção ao utilizar sabonetes, degermantes e antissépticos, pois o uso frequente retira o filme lipídico da pele e causam irritação; rodízio na coleta sanguínea e punções venosas; mudança de decúbito; hidratação da pele no uso de fototerapia, pois as fontes de aquecimento podem causar ressecamento e descamação da pele; atenção com a retirada de adesivos e eletrodos que favorecem rupturas e ulcerações da pele. **CONCLUSÃO:** A prevenção das lesões de pele no RN prematuro constitui um desafio para a equipe neonatal, pois exige uma prática embasada em evidência científica e avaliação constante para um cuidado seguro.

PO - 424 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS: A ENFERMAGEM COM ENFOQUE NA SEGURANÇA

ALBA PAULA MENDONÇA LIMA¹; VINICIUS LINO DE SOUZA NETO²; CAMILA TEDESCHI SEGATO³; DANIELE VIEIRA DANTAS DANTAS⁴; ANA ELZA OLIVEIRA MENDONÇA⁵

¹TECNOCENTER, NATAL - RN - BRASIL; ^{2,3,4,5}UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Idoso; Prevenção.

As úlceras por pressão afetam com maior frequência os pacientes debilitados, especialmente aqueles com idade avançada. Segundo o Ministério da Saúde são considerados frágeis, os idosos com mais de 75 anos, acamados, portadores de enfermidades incapacitantes e em situação de violência. Em nosso país o número crescente da população idosa, que sabidamente necessita de hospitalização e a necessidade de melhoria da qualidade assistencial, tornam de fundamental importância às medidas de prevenção as úlceras por pressão a serem implementadas pelo enfermeiro e demais membros da equipe de saúde envolvidos no cuidado, justificando a realização do presente estudo. **OBJETIVO:** Elencar as ações de enfermagem junto ao idoso hospitalizado com enfoque na segurança. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada de março a maio de 2015, nas bases de dados e bibliotecas eletrônicas indexadas a Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, MedLINE e BDENF. **RESULTADOS:** Foram selecionados dez estudos, que apontaram como cuidados fundamentais para a prevenção das úlceras por pressão em idosos: avaliação diária das condições da pele, especialmente nos locais de proeminência óssea; a adoção de ações sistemáticas de enfermagem com enfoque na manutenção da integridade da pele, como hidratação, higiene e mobilização no leito. E ainda, cuidados adicionais como aplicação de coberturas especiais para proteger a pele íntegra em locais de maior risco, aporte calórico, e a utilização de colchões específicos para minimizar a pressão. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro e sua equipe desempenham um importante papel na prevenção das úlceras por pressão, pois, permanecem mais tempo junto ao paciente e realizam cuidados diretos que possibilitam a inspeção diária da pele de todo o corpo. Assim, ao prevenir úlceras por pressão em idosos o enfermeiro promove a segurança do paciente, já contribui para a redução de complicações e consequentemente do tempo de internação hospitalar.

CUIDANDO DO “OSTOMIZADO” DE ACORDO COM O NANDA: ALTERAÇÕES PSICO-EMOCIONAIS VIVENCIADAS PELOS PACIENTES

BENEDITA GOES COSTA¹; LETHICIA BARRETO BRANDÃO²; DANNIELLE S DA SILVA³; RAQUEL LIRA PINHEIRO⁴
¹GOVERNO DO AMAPÁ, MACAPA - AP - BRASIL; ^{2,3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ-UNIFAP, MACAPÁ - AP - BRASIL.

Palavras-chave: Ostomia; Enfermagem; Autoimagem.

INTRODUÇÃO: O processo de cuidar é definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/cliente. A enfermagem, por estar sempre em contato direto com os pacientes tem a responsabilidade de promover, executar e ensinar o cuidado aos clientes ostomizados. **OBJETIVO:** Relatar a assistência de enfermagem ao paciente com gastrostomia baseado na tecnologia da NANDA. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um relato de experiência de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado em um hospital localizado no município de Macapá (AP). Como instrumento de pesquisa utilizou-se a observação ao paciente. **RESULTADOS:** Os pacientes ostomizados passam por várias situações que vem a ser um grande obstáculo em suas vidas, algumas vezes, até maior do que a própria condição que o levou a se tornar “ostomizado”. Esses pacientes devem ser amparados pela equipe de enfermagem, pois seus problemas são duradouros e cíclicos, desde uma possível infecção devido a sua ferida crônica, até problemas mais sérios como distúrbios em sua autoimagem. Dentre os domínios apontados por Nanda, podemos destacar o da autopercepção, que pode vir a ser considerado o que mais afeta esses pacientes, tais como: os distúrbios de identidade pessoal, baixa autoestima crônica e situacional, assim como distúrbios na imagem corporal. Diante dessas informações, a assistência prestada ao paciente desse estudo de caso foi realizada através das trocas de seus curativos, no qual a equipe foi explicando sua nova condição, para que o mesmo fosse capaz de aceita-la. Durante a realização dos procedimentos, a equipe buscou observar alterações emocionais que demonstrasse ou caracterizasse algum distúrbio ou mudança de comportamento, através de sua fala e do seu jeito de agir. A equipe chegou à conclusão que o paciente não chegou a desenvolver nenhum tipo de distúrbio durante o período de internação no hospital, porém, isso não anula os riscos que o paciente esteja exposto, assim como a necessidade de realizar um acompanhamento, para que no futuro não chegue a apresentar nenhuma alteração física ou mental. **CONCLUSÃO:** Nesta perspectiva, os enfermeiros tem atuação efetiva na implementação da sistematização do cuidado efetivo, para que as alterações tanto físicas quanto emocionais decorrentes deste processo cirúrgico definitivo sejam mais aceitas e superadas.

PO - 426 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DA HIDROFIBRA AG E SAF GEL NO TRATAMENTO DE QUEIMADURA PROFUNDA – UM RELATO DE CASO

DREICIENE MOREIRA SILVA; JESSICA CAROLINA CAMPOS PINHEIRO; HELLEN TAIVONA SANTOS; MARINA BAVARESCO CHOLMED, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Aquacel Ag; Saf-gel; Queimadura.

INTRODUÇÃO: Queimadura é a lesão na pele provocada geralmente pelo calor, mas também pode ser provocada pelo frio, pela eletricidade, por certos produtos químicos, por radiações e até fricções. A pele pode ser destruída parcialmente ou totalmente, atingindo desde pelos até músculos e ossos. Trata-se de um relato de caso desenvolvido em uma cidade do interior de São Paulo. O estudo de caso refere-se ao tratamento de um paciente portador de queimadura química de 3º grau superficial em regiões de terço médio distal e região da coxa do MID. **OBJETIVO:** Mostrar a eficácia de alguns produtos específicos, tanto em tempo de cicatrização quanto em qualidade de vida ao paciente, enfatizando assim um atendimento de maior qualidade e garantia de resultados. **MÉTODO:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi utilizado no estudo, curativos de tecnologia, como a Hidrofibra Ag, mais conhecida como Aquacel Ag e o Saf-gel, sendo um tipo de hidrogel. Cabe dizer que durante a realização do estudo foi solicitado ao paciente autorização para coleta de dados e registros fotográficos. **RESULTADOS:** Para análise dos dados utilizamos registros fotográficos, observações nas trocas de curativo e avaliações constantes da evolução. Tratando-se de queimadura de 3ª grau, o tempo de cicatrização sempre é maior, mas usando-se produtos de tecnologia tivemos efetividade da cicatrização em apenas 6 meses. **CONCLUSÃO:** Hidrofibra no seu eficiente processo de absorção forma um gel, que mantém a umidade da lesão, necessária para cicatrização. A prata reduz a carga microbiana evitando uma infecção, sendo um curativo eficiente em queimaduras. Enquanto o Saf-gel, um gel hidratante e absorvente para feridas, é composto de alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose sódica, sendo assim, capaz de promover hidratação em feridas secas, desbridamento autolítico e também absorção do exsudato da ferida, onde temos todos os meios necessários para uma cicatrização. A aplicação desses produtos no paciente ao qual foi endereçado o estudo de caso, houve-se uma cicatrização otimizada, reduzindo o tempo de cicatrização, dor, e melhorando assim a qualidade de vida.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA DE RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

DIVINA EDNA DA SILVA; ILAYNE ANTONIA GOMES PEREIRA; LUCIELE PEREIRA DA SILVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, CARMO DO RIO VERDE - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Ferida; Recém-nascido.

INTRODUÇÃO: A pele funciona como uma barreira, a qual é responsável pela proteção mecânica, defesa imunológica, termorregulação e controle da perda de fluidos corporais, sendo que no recém-nascido (RN) esta se encontra imatura, caracterizando uma permeabilidade cutânea muito elevada. A equipe de enfermagem deve avaliar constantemente a pele do neonato objetivando prevenir lesões, pois, desde a admissão até a alta hospitalar, o RN é submetido a vários procedimentos, entre eles instalação de cateteres, punções capilares, venosas e arteriais, sondagens, colocação de dispositivos adesivos, utilização de sensores, colocação de eletrodos, realização de higiene corporal, troca de curativos, mudança de decúbito, os quais podem levar ao surgimento de lesões. **OBJETIVO:** Pretendeu-se investigar as causas de lesões cutâneas em RN's em Unidades de Internação e quais as possíveis intervenções de enfermagem que se mostram eficazes na prevenção destas, analisando a abordagem do profissional frente ao cuidado do neonato e a sistematização da assistência pelo mesmo. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada foi de caráter qualitativo, cujos dados foram obtidos a partir de pesquisas nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde). A amostra de estudo totalizou 16 publicações onde posteriormente os artigos foram agrupados de acordo com a semelhança de conteúdo. **RESULTADOS:** Após análise das produções, foram encontrados: 31% dos artigos traziam a temática Importância da sistematização, a padronização das condutas profissionais e a construção de protocolos; 19% enfocavam a relação dos cuidados prestados pelos enfermeiros e os efeitos nocivos provocados pela hospitalização; 31% consideravam a necessidade de desenvolver pesquisas mais específicas na área da assistência e investimento em programas de treinamento para capacitação dos profissionais; 6% abordava a temática visão holística e diferenciado do paciente e 13% enfocava a importância da aplicação de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o gerenciamento dos serviços prestados. **CONCLUSÃO:** Em síntese, conclui-se que, para que o enfermeiro preste uma assistência com maior qualidade é necessário que os profissionais estejam sempre se qualificando para o mercado de trabalho.

PO - 428 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA RELACIONADA À ERISIPELA

TÂMARA RIBEIRO TORRES MAGALHÃES XAVIER; VERÔNICA ELIS ARAÚJO REZENDE; JULIANA OLIVEIRA DE SOUSA; SARA GABRIELLY DE SOUSA COSTA SOARES; KÁTIA CILENE GONÇALVES DA SILVA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Erisipela; Tratamento; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Erisipela é um processo infeccioso cutâneo, que pode atingir a gordura do tecido celular subcutâneo, causado por uma bactéria que se propaga pelos vasos linfáticos, sendo mais comum nos diabéticos, obesos e nos portadores de deficiência na circulação venosa dos membros. **OBJETIVO:** Descrever a assistência de enfermagem a um paciente com lesão de pele causada por erisipela. **MÉTODO:** Estudo descritivo do tipo relato de caso, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU-UFPI, no período de maio a agosto de 2015. Obteve-se autorização pelo cliente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** F.C.N.S, sexo masculino, 58 anos, sabidamente hipertenso e diabético, admitido no HU-UFPI no dia 06/05/2015, com diagnóstico médico de erisipela no membro inferior esquerdo. O paciente foi submetido a desbridamento cirúrgico e duas fasciotomias no MIE pelo cirurgião vascular. Após este procedimento a lesão encontrava-se sangrante e com áreas de esfacelos. A cobertura utilizada neste momento foi Rayon com AGE. Após 7 dias, a lesão evoluiu com redução do exsudato sanguinolento e aumento da área de esfacelo. Por esse motivo, foi iniciada terapia com papaína a 20%, duas vezes ao dia, associada ao desbridamento mecânico. No dia 29/05/2015 o paciente recebeu alta hospitalar, com leito da lesão 80% granulado e 20% de esfacelos, sendo encaminhado para o ambulatório de curativos do HU-UFPI. A partir de 02/06/2015 a cobertura adotada foi alginato de cálcio com prata, ocorrendo trocas programadas duas vezes por semana. Foi observado a melhora da lesão, com redução do exsudato, aproximação das bordas e leito da lesão 100% granulado após 40 dias, sendo encaminhado para cirurgia plástica. Após a abordagem cirúrgica, o paciente retornou ao ambulatório para curativos da área doadora e receptora de enxerto até a cicatrização final. Recebeu alta ambulatorial no dia 14/08/2015. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu descrever o tratamento da lesão causada por erisipela com evolução para cura, através da participação de equipe multiprofissional integrada e atuação da equipe de enfermagem de forma planejada, baseada em evidências, com uso racional de coberturas e utilização de técnicas que permitiram o desbridamento do tecido desvitalizado, controle da infecção e diminuição do exsudato.

TRATAMENTO TÓPICO DE DEISCÊNCIA CIRÚRGICA ABDOMINAL INFECTADA COM COBERTURA DE HIDROFIBRA DE ALGINATO DE CÁLCIO E CARBOXIMETILCELULOSE E PRATA: UM ESTUDO DE CASO

ANA ALMEIDA¹; MARISTELA LOPES GONÇALVES²; KARINA CHAMMA DI PIERO³

^{1,3}HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²COLOPLAST DO BRASIL, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões; Infecção da ferida operatória; Prata.

INTRODUÇÃO: Feridas cirúrgicas complicadas resultam da deiscência de incisões cirúrgicas, geralmente relacionadas à isquemia ou infecção e agravadas pelas condições clínicas dos pacientes. Os danos causados pelo aumento do tempo de internação hospitalar, o impacto dos custos do tratamento, devido ao retardo na cicatrização, uso de antibióticos e necessidade de coberturas antimicrobianas diárias, têm sido foco de preocupação em diferentes contextos da prática de saúde no manejo destas lesões. A escolha da cobertura antimicrobiana deve basear-se no fato dela possuir atividade antimicrobiana sustentada, promover um meio ambiente úmido, ser barreira antimicrobiana efetiva e absorver e reter o excesso de exsudato. **OBJETIVO:** Descrever o desempenho do uso de uma cobertura de hidrofibra de alginato de cálcio e carboximetilcelulose e prata no tratamento tópico de deiscência cirúrgica abdominal infectada e exsudativa. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa descritiva pelo método de estudo de caso. Realizada no ambulatório de tratamento de feridas de um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro durante 2 meses. Os dados foram obtidos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e conforme os termos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A lesão localizada em região abdominal apresentava 100% de esfacelos em sua extensão, exsudato seropurulento em grande quantidade e fétido. Dimensão inicial de 19 cm x 3,5 cm x 3,5 cm e descolamento de 5,0 cm em suas maiores extensões. A evolução da lesão foi acompanhada por mensuração com régua e registro fotográfico. As trocas foram realizadas de acordo com a quantidade de exsudato presente. A limpeza da ferida era feita com SF 0,9% antes da aplicação da cobertura. **RESULTADOS:** Com quatro dias de tratamento, havia apenas 40% de esfacelos e margens em franca contração. Aos 20 dias de tratamento 75% de granulação saudável estava presente indicando processo de cicatrização favorável, odor diminuído pelo controle da carga bacteriana, superficialização do leito, fechamento dos descolamentos de bordas, manutenção da pele periferida íntegra, sem dermatite ou maceração. **CONCLUSÕES:** O uso de hidrofibra de alginato de cálcio e carboximetilcelulose com prata proporcionou a rápida cicatrização e controle da microbiota local, absorção e retenção de exsudato, manutenção de meio úmido com efetivo desbridamento autolítico e redução da dor, com migração tissular e para regeneração tecidual.

PO - 430 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A UTILIZAÇÃO DA TERAPIA COMPRESSIVA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA VENOSA

GLAIS PALUMBO ROLIM; IVETE MARTINES MUNHOZ VILLAR; CRESLE ANDREI ZACARIAS; MARCELO GIPIELA; JANYNE DAYANE RIBAS

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAS, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Úlcera da Perna; Equipe de Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas constituem-se um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas acometidas. A terapia compressiva é uma das medidas importantes no tratamento do paciente com esse tipo de lesão, considerando que contribui para o retorno venoso e melhora a estase e o edema, refletindo em melhores condições clínicas na lesão e acelerando a cicatrização. Considerando a importância de um atendimento adequado a esta população, o Ambulatório de Feridas do município de São José dos Pinhais – PR, reconhece a relevância deste tipo de tratamento e o oferece a sua população.

OBJETIVO: Relatar a experiência do Ambulatório de Feridas de São José dos Pinhais na utilização da terapia compressiva no tratamento da úlcera venosa. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso acerca da experiência na utilização da terapia compressiva no tratamento da úlcera venosa. **RESULTADOS:** Atualmente 62% dos pacientes atendidos no Ambulatório de Feridas de São José dos Pinhais são acometidos por úlceras venosas. A terapia compressiva utilizada é a meia elástica/bota de unna associada a membrana de celulose. Através desse tratamento observa-se o alívio da dor e a rápida regeneração, com melhora da lesão já após o primeiro curativo. Notou-se que os pacientes tratados com esta terapia obtiveram êxito no tratamento e voltaram para suas atividades normais com uso de meia elástica, continuidade no tratamento, retornos para avaliação da equipe e substituição da meia elástica semestralmente. Por outro lado, os pacientes que não obtiveram resultado satisfatório, foram aqueles acometidos por comorbidades e os que não aderiram aos cuidados recomendados. Entre as vantagens observadas no tratamento com terapia compressiva estão a rápida evolução da ferida, e conforto dos pacientes. Entre as desvantagens apontadas pelos pacientes encontram-se a possibilidade de mau cheiro devido a troca apenas do curativo secundário. **CONCLUSÃO:** O tratamento torna-se eficaz com a corresponsabilização profissional/paciente. A terapia compressiva associada a outras terapias, reduz o tempo de cicatrização, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de úlceras venosas.

AÇÃO DA ESPUMA DE POLIURETANO ANTIBACTERIANA COM ABSORÇÃO 3D EM LESÃO POR FRATURA EXPOSTA

**DELMA GARRIDO BASTOS; RITA MARIA OLIVEIRA; RITA CASSIA PEQUENA; ZULENITA NOLASCO ANDRADE; ROSILDA ROSALINA SANTOS
HGE, SALVADOR - BA - BRASIL.**

Palavras-chave: Ação; Espuma; Ferida.

Fratura exposta é uma lesão de partes moles sendo maioria dos casos o fator determinante do prognóstico. Ocorre quando o osso rompe e atravessa a pele, seguido de hemorragia interna e risco de infecção. Lesões em tecidos moles podem englobar as lesões na estrutura da pele, músculos, tendões, ligamentos ou nos tecidos que cobrem os tendões e articulações. Por se tratar de uma alternativa em tecnologia no tratamento tópico de feridas, as espumas de poliuretano antibacteriana com dispensação sustentada de prata, apresenta como opção de tratamento das lesões infectadas, garantindo absorção e retenção de exsudato com manutenção do meio úmido e controle microbiano, auxiliando na cicatrização. Objetivo desse estudo foi evidenciar ação da espuma de poliuretano antibacteriana, no tratamento de fratura exposta com lesões de partes moles. Baseia-se no relato descritivo de um paciente internado em hospital público do estado da Bahia especializado em urgência e emergência. As de informações foram coletadas em prontuário, observação direta na evolução da lesão, mensuração e registros fotográficos com autorização de consentimento do paciente. Este estudo evidencia o caso de paciente do sexo masculino, 36 anos, vítima de acidente automobilístico com relato de trauma em membro inferior esquerdo, realizado exames radiológicos evidenciando fratura exposta de pé esquerdo com exposição articular e lesão de partes moles. Submetido a limpeza cirúrgica de tecido desvitalizado e encaminhado a internação. Evoluiu com sinais de infecção foi submetido a nova limpeza cirúrgica. Ficou em tratamento por 03 meses na ortopedia tendo alta para o ambulatório de lesão de pele para desospitalização. Iniciou no ambulatório com lesão irregular em calcâneo com medidas 10,5 x 3,0 cm e 0,5 cm de cavidade, tecido de granulação em 70% do leito, pequenos pontos de esfacelos e queratose em toda borda. Iniciado tratamento com espuma de poliuretano com absorção em 3 D e dispensação sustentada de prata, com um período de troca a cada 4 dias. Durante o tratamento foi realizado desbridamento mecânico da queratose. Após 42 dias de tratamento a lesão evoluiu com granulação total do leito com contração progressiva das bordas até fechamento total. Evidenciou-se que a cobertura utilizada favoreceu a cicatrização rápida num curto período de tempo, demonstrando assim uma resposta satisfatória com o uso da espuma de poliuretano com prata na evolução de ferida secundária a fratura exposta e lesão de partes moles.

PO - 432 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS A PACIENTES COM DIABETES EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTINA DAIANA BOHRER; LILI MARLENE HOFSTÄTTER; LUIS GUILHERME SBROLINI MARQUES; FABIÉLI BORGES; DENISE DE FÁTIMA HOFFMANN RIGO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Diabetes; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O diabetes Mellitus é doença universal, sua freqüência varia de acordo com a região do globo. A assistência de enfermagem a estes pacientes com feridas e lesões é atividade que compõe a rotina de enfermagem, exigindo um cuidar complexo e dinâmico, sobretudo quando se trata de feridas crônicas ou infectadas. O enfermeiro é o profissional capacitado para avaliar e intervir de forma autônoma no tratamento destas lesões.¹ **OBJETIVO:** Relatar as práticas do enfermeiro e residente de enfermagem frente ao cuidado ambulatorial de pacientes portadores de diabetes com feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido de fevereiro a julho de 2015 durante consultas de enfermagem a pacientes diabéticos com lesões de pele. O estudo foi realizado no ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **RESULTADOS:** Os atendimentos aos pacientes foram realizados em consultas pré-agendadas nas segundas e quartas. Após a consulta médica foi realizada consulta de enfermagem aos pacientes com feridas e lesões. Na consulta foram examinados o tipo da lesão, estadiamento, presença de odor ou exsudação, sinais flogísticos, áreas de necrose e tecido de granulação, além de avaliação psicológica, nutricional, presença de comorbidades, terapia farmacológica e condições socioeconômicas. Posteriormente é indicado o tratamento, por desbridamento, coberturas passivas, bioativas e/ou interativas ou, curativos abertos e instrução do paciente quanto ao uso e troca. São realizadas orientações ao paciente e acompanhante quanto hábitos alimentares saudáveis e tratamento de comorbidades. É utilizado linguagem simples, sem termos técnicos, a qual viabiliza a compreensão dos usuários. Houve um suporte adequado para o atendimento, ao admitir que, por trás da ferida, existe um ser humano com medos, e que sofre no seu cotidiano, necessitando de amparo e acompanhamento psicoemocional. O cuidado integral, considerando a realidade do usuário, desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo e propondo ações transformadoras pode melhorar a eficácia do tratamento.² **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento deste estudo possibilitou vivenciar uma assistência de enfermagem holística caracterizada pela autonomia do enfermeiro e pautada na educação em saúde. Neste sentido, a atividade foi de grande relevância tanto para enfermeiros e residentes como também para os pacientes que utilizam este tratamento.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE OSTOMIZADO EM DECORRÊNCIA DE CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

JULIA LEFFA BECKER SCHWANCK; KÁTIA LOPES INÁCIO
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE, CANOAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Educação em Saúde; Ostomia.

No Brasil, o câncer de cólon e reto está entre os mais frequentes. O número de casos novos no ano de 2014 foi da ordem de 32.600. O estado do Rio Grande do Sul é o terceiro estado brasileiro com maior incidência nos homens, e o segundo com maior incidência nas mulheres (INCA, 2014). Muitas vezes o único tratamento para o câncer de cólon e reto é a realização de uma ostomia, que compreende no desvio da eliminação intestinal para o abdome e consequente alteração da imagem corporal (POLETTTO e SILVA, 2013). Foi delimitado como objetivo caracterizar a produção científica publicada nas bases de dados sobre as orientações e cuidados de enfermagem disponibilizados no ambiente hospitalar e na atenção básica ao paciente ostomizado em decorrência de câncer. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As buscas foram realizadas no mês de outubro de 2014 nas bases de dados eletrônicas LILACS, BDNF e SciELO. Foram cruzados os descritores em ciências da saúde: ostomia, câncer, cuidados de enfermagem, educação em saúde e atenção básica. Quanto à seleção dos artigos, primeiramente avaliou-se o título e o resumo, caso esse fosse de encontro com os objetivos do estudo, passava-se para a leitura completa do artigo, restando, inicialmente, vinte e seis artigos. Desses, onze artigos estavam repetidos, restando para análise final quinze artigos. Em relação aos conteúdos dos estudos, a análise dos dados seguiu o método temático, desvelando quatro categorias: a) Orientações e cuidados de enfermagem ao paciente ostomizado; b) Percepções do indivíduo ostomizado sobre o autocuidado; c) Práticas de educação em saúde para o usuário portador de ostomia; e d) Promoção da saúde ao usuário ostomizado na Atenção Básica. A partir da realização deste estudo identificou-se falhas na assistência de enfermagem aos portadores de ostoma como a escassez de informações referente às possíveis complicações que possam ocorrer com o ostoma, esclarecimento de dúvidas insuficientes não contribuindo para o autocuidado, cuidados inadequados e falta de apoio psicossocial. Evidenciou-se que os cuidados e orientações de enfermagem, quando realizados corretamente, contribuem para uma melhor reabilitação do paciente ostomizado. Constatou-se que os cuidados de enfermagem são importantes para a reabilitação do usuário ostomizado e devem estar presentes em todos os níveis de atenção à saúde.

PO - 434 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DE PROTOCOLOS PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

ALYNE FERNANDES BEZERRA¹; LOUISE PASSOS VIGOLVINO²; GERLANE ÂNGELA DA COSTA MOREIRA VIEIRA³; MARTA MIRIAM LOPES COSTA⁴

^{1,2}RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/ HULW/ UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; ³UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL; ⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOAO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Pressure Ulcer; Protocols; Aged.

INTRODUÇÃO: A assistência de enfermagem é pautada na implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidado, por meio da implementação de protocolos e diretrizes internacionais concomitantemente ao Processo de Enfermagem. As úlceras por pressão é um fenômeno que ultrapassa os cuidados de Enfermagem por ser de etiologia multifatorial e multidisciplinar, e embora se conheça as suas causas, fisiopatologia e consequências causadas por elas, essas continuam sendo sério problema para os usuários institucionalizados, bem como para a própria instituição e comunidade. **OBJETIVO:** Buscar na literatura científica o uso de protocolos de prevenção de úlcera por pressão utilizados por enfermeiros. Objetivando responder a seguinte questão norteadora "de acordo com a literatura, os enfermeiros utilizam protocolos para a prevenção de UPs em idosos hospitalizados?". **MÉTODO:** Para tanto, foi feita uma busca na base de dados Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os seguintes descritores: "Pressure Ulcer" AND "Protocols" AND "Aged". Os artigos foram incluídos a partir do seu ano de publicação, de 2011 a 2015, e terem como sujeitos da pesquisa a inclusão de pessoas idosas. **RESULTADOS:** Foram encontrados 59 artigos, destes 44 estavam disponíveis na íntegra, após leitura dos resumos foram selecionados 15 artigos para compor esse estudo. Dos estudos encontrados, pode-se destacar que nenhum deles foi específico apenas para pessoas idosas, sendo também incluídos adultos. Os estudos encontrados demonstraram a importância da utilização de protocolos de prevenção de úlceras por pressão na prática da enfermagem, bem como a utilização das escalas validadas mundialmente, como a Escala de Braden, para a eficácia desses protocolos. **CONCLUSÃO:** Diante disso, é possível perceber a necessidades de pesquisas que abordem a eficácia da utilização de protocolos de UPs em pessoas idosas, uma vez que esse público é vulnerável a morbidades, sendo sua pele mais susceptível a rompimentos durante a internação hospitalar, e demandar de mais atenção da equipe de enfermagem.

SONO E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

LILIANE ECCO; LARA LAISE ALVES DA SILVA; RHAYSSA DE OLIVEIRA E ARAÚJO; ISABELLE KATHERINNE FERNANDES COSTA; GILSON VASCONCELOS TORRES
UFRN, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera varicosa; Qualidade de vida; Sono.

Pessoas com úlcera venosa (UV) relatam alterações em seu sono relacionadas a fatores como dor, odor desagradável e exsudato. A fadiga e o cansaço surgem como consequências que interferem negativamente na qualidade de vida (QV) dessas pessoas (SOUZA, 2009). Objetivou-se avaliar a qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa segundo horas de sono noturnas. Estudo descritivo realizado na Atenção Primária à Saúde de Natal/RN, entre fevereiro e setembro de 2014. Elegeram-se pessoas com UV ativa, com mais de 18 anos e com capacidade cognitiva de comunicação verbal (n=101 pessoas). Excluíram-se àquelas com úlcera cicatrizada ou mista. Utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e o Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36). Foi realizada análise descritiva e o teste de Mann-Whitney. O projeto foi aprovado no pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE nº 07556312.0.0000.5537). Predominaram mulheres (66,3%), com mais de 60 anos (61,4%), com companheiro (63,4%) e escolaridade até ensino fundamental (52,5%). Houve diferença significativa no escore total da QV ($p=0,005$) para as pessoas que dormiam até seis horas por noite, com pior média (Média 39,0, DP 20,0), comparado as que dormiam mais que seis horas por noite (Média 50,9, DP 19,8). As pessoas com UV que dormiam até seis horas por noite apresentaram pior QV em todos os domínios, com significância estatística em Aspectos Físicos ($p=0,001$), Aspectos Funcionais ($p=0,009$) e Aspectos Emocionais ($p=0,039$). A diferença também foi significativa nas dimensões Saúde Física ($p=0,007$) e Saúde Mental ($p=0,032$). Dessa forma, as pessoas com UV que dormiam somente até seis horas por noite tinham pior QV.

Referências:

SOUZA, Fábio Alexandre Melo do Rego. O corpo que não cura: Vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna. 2009. Dissertação (mestrado) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.

PO - 436 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: O USO DE POLIHEXAMETILBIGUANIDA (PHMB) ASSOCIADA A BANDAGEM DE COMPRESSÃO PARA TRATAMENTO DE FERIDA TRAUMÁTICA

BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA
HOSPITAL DE BASE, GUARA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência Enfermagem; Cicatrização; Polihexametilbiguanida.

INTRODUÇÃO: O número de vítimas de acidentes de trânsito no Brasil está em ascensão, apesar dos índices de mortalidade terem diminuído, o número de feridos aumentou. Foram 170,8 mil internações pelo SUS em 2013 tendo ocorrido um aumento de 7% quando comparado a 2012, segundo Observatório Nacional de Segurança Viária. O atendimento ao paciente politraumatizado pode englobar o cuidado e tratamento de feridas complexas com perda de revestimento cutâneo, agudas e extensas, associadas ao trauma ou não. Estas feridas são causadas por ferimentos descolantes de membros, amputações, esmagamentos, contusões e podem gerar exposição de tecidos moles e estruturas profundas como tendões e ossos. O tratamento adequado deste tipo de lesão é parte fundamental da recuperação do estado de saúde do indivíduo. **OBJETIVO:** Relatar a eficácia do uso da bandagem inelástica com impregnação de ácidos graxos essenciais associado ao PHMB. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso em acompanhamento no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, vítima de um acidente de automobilístico, politraumatizada grave. Apresentando ferida traumática extensa em MIE com queimadura de 3º grau. Apresentando grande área de tecido desvitalizado, com exposição do tecido adiposo e dor importante com uso de produto indicado pela equipe médica. Iniciado tratamento 1x/dia com limpeza com Soro Fisiológico 0,9% e solução de PHMB, cobertura com Hidrogel com PHMB 0,1% associado à bandagem impregnada com AGE e PHMB. Após 6 dias, a ferida apresentou diminuição importante do tecido desvitalizado, crescimento de tecido de granulação em vários pontos da lesão, melhora na diminuição da secreção, com controle da umidade e relato de não apresentar dor com o produto. No 8º dia a Cirurgia Plástica fez uma nova reabordagem cirúrgica com desbridamento, em um período de 12 dias de tratamento da ferida evoluiu com epitelização nas bordas, estimulação do tecido de granulação e desbridamento do tecido desvitalizado. **CONCLUSÃO:** Durante o período de 12 dias de tratamento a ferida apresentou evolução satisfatória com o uso das coberturas utilizadas, redução progressiva de sinais/sintomas de infecção local e sistêmica, melhora significativa do grau de dor e satisfação do cliente por ter que realizar o curativo 1x/dia. Paciente segue em acompanhamento com o Grupo de Curativo aguardando melhora do estado geral para posterior avaliação da cirurgia plástica para programação de enxerto.

IMPORTÂNCIA DA ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA ASSOCIADA À TERAPIA COMPRESSIVA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA VENOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO DO CONGO - SALVADOR – BAHIA

FABIANA VANNI BRITO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Escleroterapia com Espuma; Úlcera Venosa; Terapia Compressiva.

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa é caracterizada pelo fluxo sanguíneo reduzido através dos vasos sanguíneos periféricos, levando a isquemia e lesão da pele e tecidos adjacentes. A técnica de escleroterapia com espuma é um procedimento mini-invasivo, seguro e eficaz, ambulatorial, que substitui a cirurgia para tratar varizes e úlceras. Trata-se de uma mistura de Polidocanol com uma pequena quantidade de ar ambiente, que injetada na veia varicosa, provoca fibrose, fechando-a e desviando o sangue para as veias normais, restabelecendo a plena circulação. **OBJETIVO:** Demonstrar a importância da escleroterapia com espuma associada à terapia compressiva no efetivo tratamento da úlcera venosa. **MÉTODO:** Relato de caso de uma paciente acompanhada na Unidade de Saúde da Família Alto do Congo, no Bairro de Alto de Coutos, Salvador, Bahia. M.A.C., 54 anos, sexo feminino, hipertensa, vendedora ambulante, portadora a dois anos de úlcera venosa em membro inferior esquerdo. O acompanhamento iniciou-se no dia 29 de julho de 2014, estando a úlcera com 23 x 17 cm de diâmetros, infectada, exsudativa com odor fétido. Inicialmente foi aplicada a terapia compressiva com bota de unna inelástica associada ao uso de Carboximetilcelulose sódica com prata iônica, com troca a cada oito dias. Após o período de um ano, através de um convênio firmado entre o Hospital São Rafael e a Prefeitura Municipal de Salvador, a paciente teve acesso ao tratamento da escleroterapia ecoguiada com espuma, sendo a primeira aplicação em 03 de agosto de 2015. **RESULTADOS:** Nos primeiros 12 meses, com a terapia compressiva, houve uma redução considerável dos diâmetros da úlcera, atingindo 4 x 9 cm; porém, em vários momentos do tratamento, devido a ocupação da paciente, a mesma ausentava-se da unidade por períodos longos, regredindo nos avanços alcançados. Após a primeira aplicação da escleroterapia com espuma e mantendo o acompanhamento na unidade com terapia compressiva, houve uma significativa redução do tamanho da lesão, bem como total granulação da úlcera, atingindo níveis satisfatórios de epitelização da lesão em curto espaço de tempo (40 dias). **CONCLUSÃO:** Apesar das dificuldades no tratamento ambulatorial, relacionadas a ocupação laborativa da paciente, a úlcera cicatrizou em 100% com a associação da terapia compressiva e escleroterapia com espuma. Portanto a escleroterapia com espuma associada a terapia compressiva é muito eficaz no tratamento de pacientes que apresentam insuficiência venosa avançada e úlcera ativa.

PO - 438 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OS BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA EM PACIENTES COM VASCULOPATIA DE MEMBROS INFERIORES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

LETICIA PASSOS PEREIRA¹; IDILSO KIRCH²; KAREN FERREIRA DOS SANTOS³; EDSON FERNANDO MULLER GUZZO⁴
^{1,3,4}UFRGS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; ²UCS, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Insuficiência venosa; Exercício; Atividade motora.

INTRODUÇÃO: A insuficiência venosa crônica dos membros inferiores é a mais prevalente das doenças venosas, definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Em estágios avançados desta doença, ocorre comprometimento linfático e redução progressiva de capilares resultando em distúrbios tróficos e ulceração de perna. **OBJETIVO:** Relacionar a prática de atividade física com a prevenção e tratamento de insuficiência venosa, na perspectiva da prevenção de ulcerações de perna. **METODOLOGIA:** O estudo é do tipo revisão integrativa de pesquisa baseada em Cooper. A formulação do problema deu-se a partir da questão norteadora: a atividade física auxilia na prevenção e/ou tratamento da insuficiência venosa? A coleta de dados foi realizada nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Cochrane, Medline, Web of Science, Science Direct e Scopus, a partir dos descritores: insuficiência venosa, exercício e atividade motora. Ao aplicar-se os critérios de inclusão, obteve-se 65 artigos, que com o refinamento da leitura resultou em oito produções que compuseram a amostra deste estudo. Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se um quadro sinóptico para síntese e comparação dos dados. **RESULTADOS:** Foi revelado redução significativa na progressão de vasculopatia de membros inferiores, assim como relacionado maior nível de atividade física à menor frequência de doenças venosas e à prevenção para evolução a estágios mais avançados. Evidenciou-se ainda que treino de força não promove alterações negativas na estrutura das veias de homens treinados, assim como nas mulheres e que, crenças e medos foram associadas com menor nível de atividade física, essencial para combater a falta de mobilidade. Ainda foi constatado o benefício da atividade física juntamente à terapia de compressão comparado com a mesma terapia isoladamente, assim como ao nível de dor aumentado na ausência de exercícios. **CONCLUSÃO:** Fica evidente a importância do estímulo às atividades físicas aos pacientes acometidos por vasculopatias. A literatura esclarece que necessita-se mais estudos relacionando atividades físicas com prevenção e tratamento, pois já é sabido que estes exercícios são eficazes para esse fim. Ressalta-se também a importância da abordagem multiprofissional na prevenção e tratamento da insuficiência venosa e úlceras de estase, sabendo-se da necessidade de toda atividade física ser bem planejada e orientada.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA EM SALA DE RECUPERAÇÃO

FRANCIELLE DA COSTA VIEIRA¹; NOELUCY TELES FERREIRA²; ELISANDRA NOGUEIRA RAZERA³; AMANDA SCHNEIDER WEISSHEIMER⁴; ELENICE SPAGNOLO MARTINS⁵
^{1,2,4,5}CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - UNIFRA, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ³HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Bloco Cirúrgico; Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório é importante e concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, tanto as anestésicas como as com a ferida operatória, levando em consideração o nível de estresse, tempo de cirurgia em que o paciente passou, além do seu aporte calórico que é de extrema importância para a boa cicatrização da ferida operatória (ROSSI et al 2000). **OBJETIVO:** Relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem no olhar crítico-reflexivo sobre os cuidados com a Ferida Operatória (F.O) durante a passagem do paciente na sala de recuperação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, realizado durante as atividades teórico-práticas do 4º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, localizado na região central do Rio Grande do Sul, o estudo foi realizado num hospital de pequeno porte. Os dados foram coletados por meio de observação dos acadêmicos de enfermagem na sala de recuperação, analisando os cuidados da equipe de enfermagem com a ferida operatória onde os acadêmicos tiveram um olhar crítico-reflexivo sobre o processo fisiológico da F.O levando em consideração os problemas que podem vir ocorrer no primeiro instante do pós-operatório. Pois é essa competência que o acadêmico deve ter em mente. **RESULTADOS:** Observou-se que o cuidado com a ferida operatória é de extrema importância para a segurança do paciente assim como a enfermagem é responsável por esse procedimento, pois é neste cuidado que se tem noção da integridade da pele do paciente bem como mudanças patológicas no local onde se encontra a ferida operatória se no caso houver, trazendo um conforto mais eficiente para o paciente como o posicionamento do paciente sempre que necessário, assim como manter a umidade e a limpeza adequada na F.O. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a equipe de enfermagem tem o conhecimento técnico-científico sobre a FO e o cuidado a ser realizado durante o cuidado deste paciente na sala de recuperação. Para tanto, é necessário que os acadêmicos de enfermagem estejam preparados, de forma técnica e científica, para prestar uma assistência de enfermagem eficaz e de segurança e para acompanhar as constantes mudanças tecnológicas, econômicas e culturais do campo em que atuam.

PO - 440 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

UTILIZAÇÃO DE HIDROFIBRA AG EM PACIENTE COM NEUROPATIA PERIFÉRICA – RELATO DE CASO

DREICIENE MOREIRA SILVA; JESSICA CAROLINA CAMPOS PINHEIRO; HELLEN TAIVONA SANTOS; MARINA BAVARESCO CHOLMED, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Aquacel Ag; Neuropatia periférica; Hidrofibra.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença muito conhecida por suas complicações de amplos aspectos e dentre elas está a neuropatia diabética e o pé diabético. A Neuropatia periférica é o comprometimento dos nervos motores dos membros inferiores no indivíduo diabético que se determina por hipotrofia muscular, deformidades e pontos de pressão anormais. Pacientes que já desenvolveram esta neuropatia são considerados de alto risco devido à perda total da sensibilidade protetora dos pés, tornando-se assim mais vulnerável ao trauma e conseqüentemente a formação de lesões. **OBJETIVO:** Mostrar a eficácia da Hidrofibra Ag aplicada em um paciente residente no interior de São Paulo com neuropatia periférica, mostrando ao final a redução do tempo de cicatrização e a qualidade de vida dada ao paciente, efetivando assim um atendimento de maior qualidade e garantia de resultados. **MÉTODO:** Estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi utilizado no estudo, curativo de tecnologia a base de Hidrofibra Ag, mais conhecida como Aquacel Ag. Cabe dizer que durante a realização do estudo foi solicitado ao paciente autorização para coleta de dados e registros fotográficos. **RESULTADOS:** Para análise dos dados utilizamos registros fotográficos, observações nas trocas de curativo e avaliações constantes da evolução. Em se tratando de pacientes diabéticos, o processo de cicatrização é diminuído e lento, porém foi constatado que com o uso de curativo de tecnologia o tempo de cicatrização foi otimizado em 80 dias. **CONCLUSÃO:** A hidrofibra no seu eficiente processo de absorção forma um gel, que mantém a umidade ideal no leito da lesão necessária para cicatrização. A prata reduz a carga microbiana, evitando assim o risco de infecção. Através da utilização de Aquacel Ag no paciente ao qual foi dirigido o estudo de caso, nota-se a redução do tempo de cicatrização, otimização da dor, melhorando assim a qualidade de vida.

O USO DE HIDROPOLIMERO NO TRATAMENTO DE LESÕES COM TECIDO DE HIPERGRANULAÇÃO EM AMBULATÓRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DELMA GARRIDO BASTOS
HGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Hipergranulação; Espuma; Tratamento.

O tecido de hipergranulação é na atualidade um problema no tratamento de feridas. Este fenômeno pode surgir em todos os tipos de lesões e caracteriza-se por um excesso de tecido gerando tensão nas bordas, impedindo a migração das células epiteliais basais e retardando a cicatrização e gerando altos custos no tratamento. Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de descrever o uso de uma cobertura composta de espuma de hidropolimero com prata no tratamento do tecido de hipergranulação em portadores de feridas. Realizado em um ambulatório de tratamento de lesões de pele em um hospital público de Salvador, Bahia, Brasil, no período de novembro 2014 a abril de 2015 com pacientes vítimas de trauma com lesões apresentando tecido de hipergranulação. Utilizou-se espuma de poliuretano com prata realizando troca a cada três dias como alternativa para tratamento. Observou-se a redução significativa da hipergranulação, aproximadamente dois centímetros no período de duas semanas. Dessa forma, percebe-se que a espuma de poliuretano se constitui com uma alternativa eficaz no tratamento desse tipo de lesão por minimizar o trauma da remoção da cobertura, reduzir o tecido de granulação em excesso num curto período de tempo se comparado com outras coberturas, reduzindo os custos no tratamento.

PO - 442 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA DEMARCAÇÃO CIRÚRGICA DE UM ESTOMA POR UM ENFERMEIRO ESPECIALISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ROSELI INÊS RESENDE; MAYARA APARECIDA PASSAURA DA LUZ; LORENA MORAES GOETEM GEMELLI
UNIOESTE- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Demarcação Cirúrgica; Estomias; Estomaterapeuta.

INTRODUÇÃO: A ostomia é a confecção cirúrgica de uma abertura entre a pele e um ou mais órgãos e/ou cavidades com o intuito de desviar as eliminações intestinais e/ou urinárias, podendo ser, de caráter temporário ou definitivo. Diante disso, os pacientes ostomizados necessitam de um cuidado diferenciado exigindo do Enfermeiro conhecimento, habilidades e formação específica. Na cidade de Cascavel-PR os pacientes que precisam de atendimento, orientações de como conviver com a nova realidade e receber materiais específicos gratuitos, recorrem ao Núcleo Regional dos Ostomizados do Oeste do Paraná-Renascença. **OBJETIVO:** Demonstrar a importância do trabalho do Enfermeiro Estomaterapeuta na primeira consulta do sujeito em situação de cuidado, a fim de realizar demarcação cirúrgica prévia para confecção do estoma e contribuir para prevenção de potenciais lesões cutâneas. **MÉTODO:** O relato de experiência foi elaborado a partir das observações feitas durante as atividades voluntárias desenvolvidas juntamente com a Enfermeira Estomaterapeuta da instituição. **RESULTADOS:** Observamos que a Enfermeira especialista realiza atendimentos, baseado na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), levantando o histórico progresso do paciente, aspectos sócio-demográficos, bem como o exame físico. Desta forma, é possível identificar previamente potenciais agravos para indivíduo ostomizado. Constatamos também que a demarcação anatômica correta do local onde será confeccionado o estoma contribuirá para prevenir alterações cutâneas na região do periestoma, tais como, irritações na pele que contribuem para aumento da ocorrência de vazamento de conteúdos intestinais/urinários efluentes drenados. Neste sentido, a demarcação correta do estoma, resultará em um melhor autocuidado, bem como, evitando a ocorrência de lesões cutâneas e mantendo o estoma eficiente. **CONCLUSÃO:** A realização da demarcação prévia de um estoma, contribuiu para prevenção de quadros algícos, inadaptabilidade do sistema e irritação cutânea periestomal. Neste sentido, o Núcleo Renascença é importante para estabelecer o vínculo e diálogo necessário junto ao paciente e seus familiares na fase pré-operatória, a fim de proporcionar apoio para o enfrentamento das mudanças físicas, sociais e emocionais causadas pela cirurgia, levando ao retorno do convívio social.

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES NO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

ETIELE VELASQUEZ¹; ALCIONE CARVALHO DA SILVA²; ELENICE SPAGNOLO MARTINS³; FRANCIELI LORA DALCIN⁴; MILEIDI LORA DALCIN⁵

^{1,2,3,4}CENTRO UNIVERSITARIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL; ⁵UFMS, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção; Posicionamento.

INTRODUÇÃO: O profissional de enfermagem deve ter conhecimento sobre a posição cirúrgica, na qual oferece maior facilidade e segurança no ato anestésico-cirúrgico. Segundo o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), o enfermeiro juntamente com a equipe é quem organiza toda a preparação para o procedimento e posicionamento do paciente, levando em consideração: Avaliação pré-operatória e levantamento das necessidades do paciente; planejamento da assistência de enfermagem; implementação da assistência de enfermagem e avaliação pós-operatória. Durante a assistência é possível avaliar a vulnerabilidade do paciente quanto ao rompimento da integridade da pele, levando em consideração o período que estará na mesa cirúrgica, a abordagem dos problemas individuais e o planejamento das ações perioperatórias para evitar algum evento adverso (SOBECC, 2013). Sendo assim os idosos estando mais susceptíveis a danos na integridade da pele, pode sofrer alterações na qualidade de vida, deve-se levar em consideração a importância da prevenção de lesões de pele no período perioperatório, prevenindo agravos e promovendo a saúde dos pacientes. **MÉTODO:** Relato de experiência realizado durante as atividades teórico-práticas do 4º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, localizado na região central do Rio Grande do Sul. Este estudo foi realizado no mês de agosto de 2015 no bloco cirúrgico de um hospital escola. Os dados foram coletados por meio de observação em sala operatória. **RESULTADOS:** Observou-se que o posicionamento cirúrgico é realizado por toda equipe de saúde, os cuidados preventivos são observados tais como: manter lençol esticado, proeminências ósseas protegidas, paciente em posição confortável e segura. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a equipe de saúde realiza corretamente o posicionamento do paciente, evitando lesões na pele. Destaca-se a importância da Educação Permanente, bem como da conscientização da equipe de saúde para a realização dos procedimentos de posicionamentos corretos.

PO - 444 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL À FÍSTULA ENTEROCUTÂNEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RHEA SILVIA DE AVILA SOARES; SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA; LIDIANA BATISTA TEIXEIRA DUTRA SILVEIRA;
SIMONE KROLL RABELO; THAÍS DRESCH EBERHARDT
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Pele; Fístula.

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento de uma fístula digestiva é uma séria complicação, que acarreta angústia ao paciente, pela modificação em sua imagem corporal e dor devido a lesões subjacentes ao contato da pele com o efluente gastrointestinal, e ao profissional enfermeiro pela complexidade dos cuidados demandados. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da abordagem e cuidados multiprofissionais realizados a uma paciente portadora de fístula enterocutânea. **MÉTODO:** Estudo descritivo do tipo relato de caso da experiência apreendida após abordagem de paciente com fístula enterocutânea, no Pronto Socorro de um Hospital Universitário no interior do Rio Grande do Sul, sob o olhar do enfermeiro. **RESULTADOS:** Paciente de 77 anos internou para tratamento conservador de fístula enterocutânea de baixo débito, pós infecção de ferida operatória por VRE (Enterococos Resistente a Vancomicina), as principais ações foram instituição de Nutrição Parenteral Total, curativo com dispositivo placa de hidrocolóide mais bolsa de drenagem, proteção de área perilesional, antibioticoterapia e apoio psicológico. Pôde-se perceber a importância da proteção da pele exposta aos efluentes gastrointestinais com produtos específicos, para o conforto da paciente e para a regressão da ferida. Após aproximadamente quarenta dias, sob uma atenção multiprofissional, houve o fechamento da fístula. **CONCLUSÃO:** A experiência permitiu apreender a importância da constante avaliação do processo cicatricial, da atenção multiprofissional e da proteção do tecido perifístula para a cicatrização e conforto do paciente.

CONTROLANDO METALOPROTEASES EM ÚLCERA POR PRESSÃO CRÔNICA NO JOVEM COM LESÃO TRAUMÁTICA DE MEDULA ESPINHAL: ESTUDO DE CASO

KARINA CHAMMA DI PIERO; MARIANA GABRIELA DO AMARAL PEREIRA; MARIA ALICE PENETRA
UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão crônica; Lesão traumática de medula espinhal; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Lesão traumática de medula espinhal (LTME) é considerada problema de saúde pública pelo contingente alarmante de lesados medulares. Com diminuição da sensibilidade e mobilidade, indivíduos com LTME têm elevado risco para desenvolver úlcera por pressão (UPP). **OBJETIVO:** Relatar experiência do controlador de metaloproteases tópico em UPP. **MÉTODO:** Estudo de caso (GALDEANO ET AL, 2003): anamnese, exame físico e registro fotográfico após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde). Relato do caso: jovem, 23 anos, sexo masculino, pardo, vítima de arma de fogo, com seqüela de paraplegia, sensibilidade T9 à direita e T10 à esquerda. Evoluiu com UPP categoria IV em região isquiática direita, tratado pela Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele de um hospital universitário do Rio de Janeiro. O manejo da cronicidade da ferida ocorreu com base no TIME - Wound Bed Preparation in Practice (EWMA, 2004), sendo instituída terapia de alta tecnologia. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A terapia de alta tecnologia - matriz composta por 55% de colágeno, 45% de celulose regenerada oxidada (CRO) e prata-CRO 1%, foi instituída com objetivo de neutralizar o excesso de metaloproteases (MMPs) para possibilitar a reconstrução da matriz extracelular e regeneração tecidual (CULLEN, 2004). **CONCLUSÃO:** O tratamento de feridas deve estar sempre pautado no diagnóstico correto e status da ferida, para melhor manejo, conforme recomendações de consensos internacionais - melhores evidências científicas para melhores resultados na prática clínica.

Referências:

- ¹ Galdeano, Luzia Elaine; Rossi, Lídia Aparecida; Zago, Márcia Maria Fontão. Guia Instructiva para elaboracion de un estudio de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.3, 2003.
- ² European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice: MEP Ltda, 2004.
- ³ Cullen, B., Kemp, L., Essler, L. Rebalancing wound biochemistry improves healing: a clinical study examining effect of PROMOGRAN®. Wound Repair Regen. 2004 12(2) A4.

PO - 446 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

COLEGIADO DE ENFERMAGEM DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS: UM MODELO DE CO-GESTÃO EM CAMPO GRANDE/MS

IARA BARBOSA RAMOS¹; MARIANA PICOLLI DA LUZ DA LUZ²; GECILAINE DA SILVA³; ADRIANO MENIS FERREIRA⁴; DIANE XAVIER DOS SANTOS⁵

^{1,2}SESAU, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; ³SANTA CASA, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; ⁴UFMS, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; ⁵HOME CARE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem; Feridas; Gestão de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO: As feridas oneram o serviço público e interferem na qualidade de vida de pacientes e familiares, o que constitui um importante problema social que necessita de abordagem multiprofissional. A estratégia adotada pelo Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (SESAU) foi trabalhar com a gestão compartilhada na forma de colegiados. O colegiado gestor constitui-se como espaço coletivo e democrático de negociação e definição de prioridades com função deliberativa a fim de ampliar o grau de comunicação entre equipes, gestores e usuários e assim melhorar a qualidade na assistência. **OBJETIVO:** Relatar o processo de construção do Colegiado de Enfermagem da Qualidade da Assistência aos Portadores de Feridas da SESAU. **MÉTODO:** Relato de experiência sobre o processo de construção do Colegiado, formado por 10 enfermeiros voluntários com reunião ordinariamente mensal. **RESULTADOS:** A primeira reunião do Colegiado foi em 2008, com o intuito de criar protocolos para rotina de curativos porém sem sucesso devido número insuficiente de membros e desistências. No ano de 2010 foi retomada as reuniões de forma quinzenal na sede da prefeitura, reafirmando a necessidade de produzir um protocolo para sistematizar o tratamento/acompanhamento de feridas/estomas, estabelecer fluxos de atendimentos e padronizar os produtos. Foi iniciado o desenvolvimento do protocolo da SESAU tendo como base o de Belo Horizonte e Florianópolis. Através da Resolução nº 126 de 23 de abril de 2012 se institui o Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem composta por 6 colegiados, dando empoderamento na elaboração de normas técnicas. Desde então sua produção esteve estacionada até 2014. Já em 2015 o comitê em parceria com projeto de extensão da UFMS iniciou o Curso de Metodologia de Apoio as Equipes de Saúde para Enfermeiros visando fortalecer a qualidade dos serviços nas redes de atenção a saúde através da co-gestão, pelo processo formação-intervenção. O colegiado esboçou uma oficina para capacitar enfermeiros frente avaliação e tratamento de feridas. **CONCLUSÃO:** Há necessidade de agregar membros comprometidos em dar continuidade aos trabalhos visando finalizar a produção do protocolo, como também colocar em prática a proposta da oficina concomitante a publicação da competência ética/legal e autonomia dos enfermeiros na SESAU. Acreditamos que a co-gestão nos espaços coletivos seja o caminho para a democratização e progressiva qualidade dos serviços.

A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM ÚLCERAS DE PERNA

CARLA ALBERNAZ CAMPOS; FERNANDA MONTEIRO GARCIA; THAYANA NASCIMENTO DOS SANTOS; FERNANDA DOS ANJOS DE OLIVEIRA; LAIS DE ANDRADE ROSA
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera de perna; Cuidados de enfermagem; Ferimentos e lesões.

INTRODUÇÃO: Úlceras crônicas de perna são lesões de pele resultantes da perda circunscrita ou irregular da pele que ocorre abaixo do joelho, que levam mais de seis semanas para cicatrizar. Diferentes fatores, tais como a imagem corporal dor, dificuldades de mobilidade, diminuição da autoestima, isolamento social, incapacidade para o trabalho, alteradas e depressão afetam a qualidade de vida de pessoas com lesões crônicas de membros inferiores. **OBJETIVO:** Oferecer assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera venosa em uma perspectiva holística, visando a manutenção da qualidade de vida do mesmo. **MÉTODO:** Tratou-se de um relato de caso, uma vez que, este tipo de estudo tem origem na pesquisa clínica e psicológica, com a análise de modo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma dada doença. Este estudo foi realizado através de coleta de dados direto do prontuário do cliente. Os descritores utilizados foram: Úlceras de perna, Cuidados de enfermagem e Ferimentos e lesões. **RESULTADOS:** O profissional enfermeiro é essencial para melhoria da qualidade de vida de pacientes com úlceras de perna, uma vez que estão diariamente em contato com o mesmo e com sua ferida. É necessário ao profissional desenvolver habilidades técnicas e obter conhecimentos específicos para otimizar a cicatrização. Como profilaxia do aumento da ferida, o enfermeiro deve realizar a troca diária do curativo, avaliando a cada troca a necessidade ou não de mudança no tipo de cobertura, além de incentivar a ingestão hídrica e hidratação da pele e orientar o paciente quanto aos cuidados para evitar a infecção da ferida. **CONCLUSÃO:** O importante nos cuidados de enfermagem aos clientes com úlcera de perna independente da etiologia, é o estabelecimento de uma relação terapêutica que permita a coleta de informações detalhadas sobre o cliente, dos problemas que o cercam, possibilitando um plano de cuidados individualizado, que forneça resposta às suas reais necessidades e não apenas à sua ferida. O cuidado oferecido a esses clientes torna-se sempre um desafio pois requer sempre que o enfermeiro esteja cada vez mais capacitado e atualizado para atuar na assistência de enfermagem a esses clientes, proporcionando subsídios para que o mesmo estabeleça estratégias eficazes para melhorar a qualidade de vida.

PO - 448 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O MANEJO DA COLOSTOMIA PELAS RESIDENTES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL FEDERAL DO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE CASO

FERNANDA MONTEIRO GARCIA; DENISE DE ASSIS CORRÊA SÓRIA; THAYANA NASCIMENTO DOS SANTOS; FERNANDA DOS ANJOS DE OLIVEIRA; LAIS DE ANDRADE ROSA
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Colostomia; Câncer colorretal; Ferida.

INTRODUÇÃO: O relato de caso a partir da atuação de duas Residentes de Enfermagem, durante a assistência a pacientes para cirurgia de ostomia de um Hospital Federal do Rio de Janeiro. A colostomia é uma abertura cirúrgica no cólon, criada como um desvio fecal temporário ou permanente. As colostomias são necessárias quando há um quadro de obstrução do intestino grosso, como neoplasias malignas. As manifestações clínicas envolvem a constipação crônica, fraqueza, perda de peso. Esta requer cuidados especiais, com o objetivo de prevenir lesões da pele como: irritação da pele, hiperemia, infecções da pele, prolapso ou necrose do coto intestinal. Observamos as dificuldades dos ostomizados para o cuidado após a alta hospitalar. A rotina sobrecarregada acaba impossibilitando o enfermeiro de oferecer uma assistência individualizada. **OBJETIVOS:** Orientar os pacientes quanto ao processo cirúrgico, o que é uma colostomia; Ensinar aos pacientes a realizar a troca correta da bolsa e o seu esvaziamento, e empoderá-los quanto ao seu autocuidado. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso, baseado na vivência na Enfermaria de Cirurgia Geral. Após exames físicos em pacientes com câncer colorretal em pré e pós-operatório foi constatado déficit de conhecimento sobre a cirurgia e quanto ao autocuidado pós cirúrgico. Então, as autoras criaram um folder explicativo, este contém informações como: "O que é colostomia?"; "Como trocar sua bolsa de colostomia?"; "Cuidados com a pele"; "Orientações quanto a nutrição após colostomia", figuras de locais possíveis da colostomia e de como trocar a bolsa e outras informações. **RESULTADOS:** No momento do pré-operatório usa-se exclusivamente a fala para as orientações relacionadas a cirurgia. Uma vez que, o intuito das autoras é que o folder seja entregue no dia seguinte ao da cirurgia realizando a leitura do material juntamente com ele. E no final deve-se orientar como trocar corretamente a bolsa, utilizando como exemplo de troca a própria bolsa de colostomia do paciente. O presente relato teve intenção de chamar atenção da equipe, para salientar as orientações, possibilitando dessa forma intensificar o cuidado assistido e evitando prolapsos, feridas decorrentes da má colocação da bolsa, entre outras. **CONCLUSÃO:** Concluímos, que o impacto do folder foi positivo, contribuindo de forma eficaz para a equipe, pacientes e familiares visando melhoria do cuidado durante a assistência e possibilitando o empoderamento do paciente no autocuidado.

FATORES NEGATIVOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E ASSISTENCIAIS EM PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

LILIANE ECCO¹; VANESSA GOMES DA COSTA²; RHAYSSA DE OLIVEIRA E ARAÚJO³; ALINE MAINO PERGOLA-MARCONATO⁴; GILSON VASCONCELOS TORRES⁵
^{1,2,3,5}UFRN, NATAL - RN - BRASIL; ⁴USP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera varicosa; Avaliação em Saúde; Perfil de Saúde.

As úlceras venosas apresentam maior frequência entre as lesões em membros inferiores¹, sendo um grande problema de saúde pública pelo tratamento longo.² Objetivou-se analisar fatores negativos sociodemográficos, de saúde e clínicos de pessoas com UV. Estudo transversal, quantitativo realizado com uma população de 101 pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde, em Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil. Foi realizada a coleta entre fevereiro e setembro de 2014. Os instrumentos utilizados foram de caracterização sociodemográfica, clínica e assistencial. Verificou-se a associação da quantidade de fatores negativos sociodemográficos, clínicos e assistenciais com as variáveis que correspondiam a cada uma dessas partes do questionário. Para isto, utilizou-se o teste qui-quadrado. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - CAAE: 07556312.0.0000.5537. Nas características sociodemográficas pessoas do sexo feminino ($p < 0,001$), com idade igual ou maior a 60 anos ($p < 0,001$), estado civil com companheiro ($p = 0,003$), escolaridade até o ensino fundamental ($p < 0,001$) e sem profissão ($p < 0,001$) tiveram significativamente mais características sociodemográficas negativas. Nas características clínicas observou-se que pessoas não etilistas ($p < 0,001$) e não tabagistas ($p < 0,001$) apresentaram menos fatores clínicos negativos, assim como aqueles com dor moderada a intensa concentraram mais fatores clínicos negativos ($p = 0,006$). Nas características assistenciais verificou-se que utilização de material inadequado para o curativo ($p < 0,001$), ausência de terapia compressiva ($p < 0,001$), tratamento em domicílio ($p < 0,001$), ausência de orientação para terapia compressiva ($p < 0,001$) e para elevação dos membros inferiores ($p = 0,004$), ausência de exame doppler ($p < 0,001$), de referência e contra-referência ($p = 0,001$), de registros no prontuário ($p < 0,001$) e menos de quatro consultas ao ano com angiologista ($p < 0,043$) estiveram significativamente associados a maior quantidade de fatores negativos assistenciais. É essencial a avaliação sociodemográfica, de saúde e clínica e assistencial para ampliar o cuidado de enfermagem à pessoa com UV.

Referências:

¹ Barbosa JAG, Campos LMN. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enferm Glob*. 2010; (20):1-13.

² Reis DB, Peres GA, Zuffi FB, et al. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *REME Rev. Min. Enferm*. 2013; 17(1):107-11.

PO - 450 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ABORDAGEM ÉTICA DO ENFERMEIRO NA SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE FERIDAS

ILAYNE ANTONIA GOMES PEREIRA; DIVINA EDNA DA SILVA; LUCIELE PEREIRA DA SILVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS, CERES - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Assistência de enfermagem; Avaliação.

INTRODUÇÃO: Os tratamentos para feridas podem incluir métodos clínicos e cirúrgicos, visto que o curativo é o tratamento clínico mais utilizado. O Enfermeiro exerce papel de grande relevância na assistência ao paciente portador ou com risco de desenvolver ferida, pois este profissional mantém contato prolongado com o mesmo, avalia a lesão, planeja e coordena os cuidados, acompanha sua evolução, supervisiona e executa os curativos. Esta pesquisa objetivou verificar de que forma o Enfermeiro vem atuando na assistência aos pacientes portadores de feridas. A aplicação da assistência de enfermagem é essencial ao paciente portador ou com risco de desenvolver ferida, em razão deste profissional estar em contato por um longo período com o mesmo, avaliando a lesão, planejando e coordenando os cuidados, acompanhando sua evolução, supervisionando e executando os curativos. **OBJETIVOS:** Pretendeu-se analisar a abordagem ética do enfermeiro no processo de escolha do plano terapêutico e seus fatores relacionados para o tratamento de feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem de cunho quali-quantitativo, onde as referências foram levantadas a partir das bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e registrados em instrumento específico. A população de estudo totalizou 10 publicações e os artigos foram agrupados de acordo com a similaridade de conteúdo. **RESULTADOS:** Ao analisar a produção foram encontrados: 50% dos artigos traziam a temática Conhecimentos fisiopatológicos do enfermeiro sobre a ferida e qualificação do mesmo; 30% da produção enfocavam a visão holística do paciente e escolha em equipe; 20% consideravam a análise dos recursos materiais, financeiros e humanos envolvidos. **CONCLUSÃO:** Em suma, o processo de avaliação da ferida pelo enfermeiro é uma habilidade que requer conhecimento específico sobre a mesma e seus fatores relacionados, devendo considerar o paciente por completo, sendo necessária a padronização de critérios juntamente com a equipe após avaliar os recursos disponíveis na instituição. Faz-se necessário também adequar a instituição aos melhores planos de cuidado existentes e estar capacitando continuamente os profissionais.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ESTIMULANDO O AUTOCUIDADO EM PESSOAS COM ÚLCERAS HANSÊNÍCAS

TALITA MENDES DOS SANTOS; DAMILY RAQUEL WIERZYNSKI; TATIANE BARATIERI
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE, GUARAPUAVA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Papel do profissional de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Hanseníase.

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma patologia com agravos característicos de doenças de origem socioeconômica e cultural (BRASIL, 2008). Dentre as incapacidades e deformidades resultantes da hanseníase, destaca-se a úlcera neuropática. **OBJETIVO:** Conhecer os aspectos que envolvem o autocuidado e a assistência de enfermagem às pessoas com úlcera neuropática decorrente de hanseníase. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura utilizando as bases de dados: Lilacs e Pubmed. Quanto à composição da amostra, deu-se da seguinte forma: após a aplicação dos Descritores: leprosy, hansen's disease, ulcer/wound e nurse, e seus equivalentes na língua portuguesa e inglesa, obteve-se um total de 374 artigos sendo 207 na Pubmed e 167 na Lilacs. Os quais foram eleitos conforme os critérios de inclusão e exclusão, e após a leitura do texto completo, foram analisados 7 artigos. **RESULTADOS:** Após análise dos artigos teve como resultado a categoria analítica Autocuidado: um caminho a percorrer, a qual mostrou que as incapacidades que a doença apresenta associa-se com à deficiência de autocuidado, havendo a necessidade de ser estimulada pela assistência de enfermagem através da orientação aos pacientes quanto aos aspectos que envolvem a hanseníase, para que se sintam estimulados ao autocuidado, prevenindo incapacidades e melhorando a saúde. (DUARTE, AYRES, SIMONETTI, 2008; VIEIRA et al., 2004). **CONCLUSÃO:** O estudo apresentou a importância da realização da SAE para poder identificar e atuar frente aos fenômenos do próprio indivíduo como psicossociais, culturais, familiares e da própria patologia que interferem na incapacidade vivenciada pelo paciente com úlcera neuropática de hanseníase.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

Duarte, M.T.C; Ayres, J.A; Simonetti, J.P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008, 61.

Vieira, V.B; Patine, F.S; Paschoal, V.D.A; Brandão, V.Z. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. Arq Ciênc Saúde. 2004, 11.

PO - 452 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

REVISÃO INTEGRATIVA: QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS

BETÂNIA MENDES MALTA RODRIGUES COSTA
HOSPITAL DE BASE, GUARA - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Doença Crônica; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As feridas crônicas de membros inferiores é a caracterizada pela permanência da ferida por mais de 6 meses, onde há destruição de estruturas cutâneas, epiderme e derme, em alguns casos os tecidos mais profundos também são afetados, a cicatrização da ferida ocorre em períodos mais prolongados, algumas feridas tornam-se recidivantes e muitas vezes não cicatrizam por completo. Geralmente estão associadas a patologias crônicas como a hipertensão, doença vascular periférica, diabetes e anemia falciforme. Podendo então causar diversos impactos negativos sobre alguns ambitos da vida do cliente, como na qualidade de vida e a autoestima do mesmo. O cliente deve ser visto de forma integral, que visa não somente a cura, mais o bem-estar, o saber acolher e o respeito ao cliente, pois é visível o quanto os portadores de feridas crônicas sofrem psicologicamente, não só por sua imagem corporal, como também pela dor, incapacidade de realizar algumas atividades do dia a dia e emocionalmente. **OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo caracterizar quais os aspectos são abordados pelos autores em pesquisas nacionais, quanto a qualidade de vida (QV) em portadores de ferida crônica, suas expectativas em relação ao tipo de ferida, duração da mesma, sua alto imagem e tratamento. **METODOLOGIA:** Será realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a qualidade de vida em portadores de ferida crônica. É um método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE), tendo então como propósito, fomentar a utilização de resultados de pesquisa na prática do cotidiano da enfermagem com o objetivo de buscar o conhecimento científico para promover o cuidado, promoção e prevenção da saúde. Desta forma a revisão integrativa, permite a investigação, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema apresentado. Este trabalho é parte de um projeto mãe intitulado Estudo dos aspectos relacionados ao cuidado de feridas crônicas que foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, CAAE: 04194712.8.0000.5415 de acordo com a resolução 196/96 que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS ESPERADOS:** Espera-se com a revisão integrativa da literatura fornecer subsídios para resultados de pesquisa na prática da enfermagem, quanto a qualidade de vida de portadores de ferida crônica e apresentar os resultados no V Congresso Brasileiro de Prevenção e Tratamento de Feridas.

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PAULO HENRIQUE PANELLI¹; MICHELLE TEIXEIRA OLIVEIRA²; SEBASTIÃO EDIMILSON TEIXEIRA OLIVEIRA³
^{1,3}HGCA, FEIRA DE SANTANA - BA - BRASIL; ²TECNOVIDA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: UPP; Prevalência; UTI.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UPP) desenvolvem-se em virtude de alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes. Sua formação depende de uma série de fatores, porém o principal é a pressão extrínseca sobre determinadas áreas da pele. O risco de desenvolver úlceras se torna maior em pacientes em UTI, pois além das limitações da atividade e da mobilidade impostas ao paciente pela sua condição clínica, pela necessidade de haver controles mais rigorosos, associados às terapias de maior complexidade, somam-se outros fatores de risco, como uso de sedativos, alterações do nível de consciência, uso de drogas vasoativas e instabilidade hemodinâmica, que os tornam propensos a desenvolverem UPP. **OBJETIVO:** Relatar a experiência no manejo das UPP em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Público do interior da Bahia. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência profissional da medicina intensiva em uma UTI do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) no município de Feira de Santana-Ba. O relato reporta às experiências do ano 2015, tendo utilizado o aporte teórico do Scielo e Medline. **RESULTADOS:** O reconhecimento dos riscos aos quais os pacientes de UTI estão expostos para desenvolver UPP, não depende apenas do conhecimento e habilidade dos profissionais acerca dos cuidados, como também da existência de protocolos que norteiem as ações da equipe no controle do surgimento de UPP. Foi possível observar um alto índice de incidência e prevalência de UPP na UTI, sendo as regiões de maior ocorrência a sacral e os trocanteres. Foi identificado também a ocorrência em locais de baixa prevalência em estudos populacionais, região occipital e panturrilhas. Estes dados alarmantes remetem a consciência do dever que o profissional de saúde possui em estar atento as consequências que as UPP podem desencadear ao paciente, sua família e a instituição, uma vez que, prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação, aumentam o risco para o desenvolvimento de complicações e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional dos pacientes ao reduzir a sua independência na realização das atividades diárias. **CONCLUSÃO:** Espera-se que estudos desta natureza despertem nos profissionais de saúde o refletir e o agir de forma consciente, em ações conjuntas sobre a prevenção das úlceras, trazendo maior segurança aos familiares e ao paciente diante do processo saúde/doença.

PO - 454 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

INDICADORES PARA CONFIGURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL PARA PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS NA ÓTICA DE ENFERMEIRAS

MARINA VARGAS JORY; ANA PAULA DE OLIVEIRA DIAS; SONIA MARIA DIAS; GRAZIELLE STAMBASSI
UFJF, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Enfermagem; Cuidado Integral.

INTRODUÇÃO: No contexto da política pública a configuração de linha de cuidado a problemas ou grupos específicos é estratégia relevante para, expressar a articulação do fluxo da assistência para atendimento às reais necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade desde a criança até a pessoa idosa. **OBJETIVO:** Descrever indicadores para configurarem a linha de cuidado integral a pessoas com feridas crônicas na ótica de enfermeiras. **MÉTODO:** Estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. O cenário foi constituído de seis Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município mineiro. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: número 481.952 em dezembro de 2013. **RESULTADOS:** As falas das enfermeiras possibilitaram a construção de duas categorias com indicadores para configuração da linha de cuidado. São elas. Categoria princípios transformadores: reunia os seguintes itens indicados pelas enfermeiras: trabalho de equipe composta com diversos profissionais da saúde, educação permanente, capacidade de escuta, considerar o usuário como ser integral por meio de levantamento de seus dados de saúde para a avaliação clínica e social para a atenção às suas necessidades, estabelecimento de vínculo com o usuário, linguagem e comunicação compreensíveis, processos efetivos de referência e contra-referência e posição política de enfrentamento para busca de melhores condições de trabalho para o atendimento à população. Categoria instrumentos do processo de trabalho: foram destacados os itens que seguem: espaço físico para atendimento, insumos necessários para prestar o cuidado, acesso a equipamentos apropriados e acrescentaram as boas relações no trabalho para darem resolubilidades às questões postas pelo projeto terapêutico interdisciplinar. **CONCLUSÃO:** De modo singular, mas com propriedade de conhecimento, as enfermeiras desvelaram por meio das falas pressupostos que devem ser observados para a efetivação da linha de cuidado integral, de modo que o serviço de saúde seja centrado nas necessidades dos usuários e ampliação do acesso à rede de atenção. Enfatizaram também, a enfermagem participar politicamente ao citarem a busca pela melhoria das condições de trabalho para o aprimoramento do cuidado prestado à comunidade.

SINAIS DE INFECÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA: SHORT FORM HEALTH SURVEY – 36

RHAYSSA DE OLIVEIRA E ARAÚJO; ANNE CAROLINE RODRIGUES BARBOSA; LILIANE ECCO; ISABELLE KATHERINNE FERNANDES COSTA; GILSON VASCONCELOS TORRES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Infecção dos Ferimentos; Qualidade de Vida.

A úlcera venosa (UV) é um tipo de lesão crônica de difícil cicatrização¹. O seu estado influencia na qualidade de vida (QV)², por isso é importante avaliá-la corretamente. Objetivou-se analisar a associação entre sinais de infecção e QV das pessoas com UV, avaliada pelo Short Form Health Survey – 36 (SF-36). Estudo transversal, quantitativo, realizado na atenção primária à saúde, em Natal/Rio Grande do Norte. Incluíram-se pessoas com UV ativa e capacidade de comunicação verbal (n=49). Consideraram-se sinais de infecção: odor e exsudato purulento, febre, dor, hiperemia. Utilizou-se instrumento de avaliação da lesão e o SF-36. Neste os valores variam de zero a 100, progressivamente. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney) com valor de significância $p < 0,05$. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 07556312.0.0000.5537. Encontrou-se melhor QV entre os indivíduos com ausência de sinais de infecção, em todos os domínios e dimensões do SF-36. A variável sinais de infecção apresentou diferença significativa para Aspecto Funcional ($p=0,010$), Dor no Corpo ($p=0,025$), Vitalidade ($p=0,049$), Função Social ($p=0,013$), Dimensões Saúde Física ($p=0,007$) e Saúde Mental ($p=0,045$) e escore total ($p=0,008$). Quanto aos sinais específicos de infecção, as associações significativas foram: Escore total com odor e exsudato purulento ($p=0,004$) e dor ($p=0,002$); Dimensão Saúde Física com odor e exsudato purulento ($p=0,041$), dor ($p=0,004$) e febre ($p=0,049$); Função Social com odor e exsudato purulento ($p=0,013$) e dor ($p=0,002$); Saúde Mental com odor e exsudato purulento ($p=0,008$), dor ($p=0,011$) e hiperemia ($p=0,018$); Aspecto Funcional com odor e exsudato purulento ($p=0,015$) e dor ($p=0,010$); Aspectos Emocionais com odor e exsudato purulento ($p=0,045$), Dor no Corpo e Vitalidade com dor ($p=0,0008$; $p=0,034$, respectivamente). Encontrou-se associação de diferentes sinais de infecção com domínios e dimensões da QV, além do escore total.

Referências

¹ Scotton MF, Miot HA, Abbade LPF. Factors that influence healing of chronic venous ulcers: a retrospective cohort. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(3):414-22.

² Helen E, Mary C, Kathleen F, Patricia S, Ellie L. A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing.* 2009;18(11):1541-49.

PO - 456 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DA ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA IONICA E ABSORÇÃO 3D EM TRATAMENTO DE QUEIMADURA POR CHOQUE ELÉTRICO

ALERCIE NE MARINA SILVA; MARLENE TEIXEIRA; ADENILDES NASCIMENTO; JOELMA PINTO; JOSINEIDE CARDOSO HGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Choque; Ferida.

Queimadura é uma lesão na pele provocada pelo calor, pode ser causada pelo frio, eletricidade, produtos químicos, radiações e fricções. No choque elétrico, a gravidade extensão das lesões dependem do ponto de entrada da corrente, duração do choque e ponto de saída, podendo percorrer o organismo e atingir órgão vitais levando à morte. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia de uma cobertura de poliuretano com prata com absorção 3D no manejo do exsudato e cicatrização de uma lesão por queimadura elétrica com retardo na epitelização. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo com paciente do sexo masculino, 38 anos, vítima de queimadura de 2º e 3º grau secundária a choque elétrico em face anterior do braço E e HTE, assistido a nível ambulatorial em um hospital público de Salvador. A lesão do braço, apresentava-se com pontos de tecido granuloso, com esfacelo em 60% do leito; a lesão do hemitórax de menor extensão apresentava maior parte de granulação no leito, em acompanhamento por um período de dois meses, porém com uma evolução lenta da cicatrização e epitelização de bordas. Instituiu-se como opção de tratamento, a espuma de poliuretano com liberação sustentada prata iônica e absorção 3D, com troca de curativo em média a cada 6 dias acompanhadas de registro fotográfico após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **RESULTADO:** Após a utilização do curativo de espuma de poliuretano com prata para tratamento, observamos melhor manejo do exsudato, controle bacteriano efetivo, desbridamento autolítico do esfacelo e evolução da epitelização com contração progressiva das bordas da ferida. Após 54 dias de tratamento, além do intervalo aumentado de trocas, favorecendo o acompanhamento ambulatorial, obtivemos cicatrização total da lesão. **CONCLUSÃO:** O uso da espuma de poliuretano com prata evidenciou uma cicatrização rápida, menor frequência de trocas evidenciando a capacidade de manejo do exsudato, trazendo maior conforto ao paciente e eficaz controle microbiano através da liberação sustentada de prata. O resultado satisfatório dispensando a enxertia, demonstrando que a espuma com dispensação sustentada de prata e absorção superior 3D é eficaz no tratamento de queimaduras com perda de espessura parcial da pele.

USO DE HIDROGEL E GAZE COM PHMB PARA DESBRIDAMENTO DE NECROSE ÚMIDA EM QUEIMADOS

GIOVANA FERNANDES ARAUJO; ADRIANA ANDRADE NUNES DA SILVA
HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA, VITORIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Desbridamento; Hidrogel; PHMB.

INTRODUÇÃO: A queimadura é uma agressão cutânea que leva à destruição parcial ou total da pele e de seus anexos, assim como estruturas mais profundas. Numa ferida, a necrose é caracterizada por alterações morfológicas indicativas de morte celular. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da utilização de hidrogel e gaze com PHMB para desbridamento de necrose úmida em uma paciente queimada. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de relato de experiência construído a partir da implementação do uso de hidrogel e gaze com PHMB para desbridamento de necrose úmida em paciente queimada num hospital público no interior da Bahia. Os dados foram obtidos através de registros escritos e fotográficos sistematizados realizados ao longo do tratamento. Os curativos foram realizados às segundas, quartas e sextas-feiras. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** V.O.S., sexo feminino, 39 anos, sem patologias associadas, 60% de SCQ, apresentando queimaduras de 2° e 3° grau em face, tórax, MMSS e MMII, com extensas áreas de necrose e sem comprometimento das vias aéreas. Foi classificada como grande queimada, vítima de queimadura de etiologia térmica, produzida pelo calor de chamas. Permaneceu internada em UTI durante seis dias antes da transferência para a Clínica Cirúrgica. Iniciou acompanhamento com a equipe especializada em curativos especiais 8 dias após admissão no hospital e realização de desbridamento cirúrgico. Optou-se pela utilização de hidrogel composto por água e pelos hidrocolóides pectina e carboximetilcelulose sódica como cobertura primária e gaze 100% algodão, impregnada com PHMB como cobertura secundária. A associação foi perpetrada para fornecer à lesão o meio úmido necessário ao desbridamento autolítico sem deixar de oferecer uma cobertura antimicrobiana importante para a profilaxia ou tratamento de possíveis infecções. Foram realizados quatorze curativos, notando-se uma redução significativa das áreas de necrose com surgimento de tecido de granulação e epitelização no período de 28 dias. Durante o tratamento percebeu-se desbridamento mais lento das áreas que apresentavam queimaduras de 3° grau. **CONCLUSÃO:** Os curativos realizados utilizando cobertura de hidrogel com PHMB mostraram-se eficazes. Promoveram o desbridamento autolítico com diminuição da necrose úmida e estimulação da proliferação de tecido de granulação e epitelização, de aproximadamente 80% da área queimada, ao final de 28 dias de tratamento em ambiente hospitalar.

PO - 458 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CARCINOMA VERRUCOSO: RELATO DE CASO EM PORTADOR DE ÚLCERA DE VENOSA

ELIZABETH KÖBLINGER PEREIRA GONÇALVES¹; SUELI DE ARAUJO NOGUEIRA²; ARMANDO DE SOUZA RIBEIRO³; LIANA.

ROSA R FERNANDES⁴

¹HFB/IEDE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ^{2,3}HFB, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ⁴HFB/UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Carcinoma verrucoso; Úlcera venosa; Enfermeiro especialista dermatologia.

INTRODUÇÃO: O carcinoma verrucoso é uma variante clínico patológica incomum do carcinoma de células escamosas, de baixo grau, de crescimento lento, bem diferenciado e raramente ocasiona metástases, mas às vezes pode ser muito agressivo localmente em profundidade. Caracteriza-se clinicamente por pápula ou placa notavelmente verrucosa, branco-acinzentada. O Carcinoma verrucoso nos membros inferiores é uma doença dos idosos, que afeta homens e mulheres, e ocorre principalmente em úlceras venosas crônicas. O diagnóstico histopatológico é difícil. A extensão é principalmente loco regional. O tratamento médico é ineficaz, sendo a cirurgia a melhor opção. **OBJETIVO:** Descrever a adversidade em tratar lesões crônicas com recidivas há doze anos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso vivenciado com paciente que foi admitido no Ambulatório de Lesões de Pele de um Hospital Federal do Rio de Janeiro, para tratamento de lesão em membro inferior com diagnóstico de Insuficiência Venosa Crônica. **ESTUDO DE CASO:** Paciente 49 anos, masculino, admitido em 04/12/2014, com IVC CEAP 6. Início há doze anos após contato com soda cáustica e ácido muriático. A lesão fechou algumas vezes, apresentando a última recidiva há um ano e meio com piora e crescimento de lesão vegetante há seis meses. Lesão localizada em terço inferior, região pré-tibial e maléolo medial, extensa, superficial, bordas elevadas, com endureção, área central epitelizada e demais com tecido granulação com aspecto verrucoso, esfacelo e necrose; exsudato seropurulento, em média quantidade sem odor. Pulso pedioso presente. Solicitada avaliação: cirurgia vascular, dermatologia e nutrição. **RESULTADO:** Iniciou uso de carvão ativado com prata. Nutricionista orientou dieta específica. Avaliado pelo cirurgião vascular e dermatologista. Realizada biópsia em 03/02/15 que evidenciou material sugestivo de carcinoma verrucoso. Encaminhado para o INCA onde realizou diversos exames. Prognóstico inicial para amputação. No momento do ato cirúrgico em 06/08/15 optado por excisão de todas as camadas até tecido ósseo. Boa recuperação e aguardando enxertia. **CONCLUSÃO:** O tratamento de lesões crônicas é multifacetado necessitando de várias categorias profissionais. A presença do enfermeiro especialista em dermatologia, trás um olhar diferenciado desde o primeiro atendimento, permitindo o encaminhamento precoce para outro profissional com a finalidade de evitar atrasos no diagnóstico

IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

RHAYSSA DE OLIVEIRA E ARAÚJO¹; JESSICA MARIA AROUCA DE MIRANDA²; ALINE MAINO PERGOLA-MARCONATO³; ANNA CAROLYNA VIEIRA CAVALCANTE⁴; GILSON VASCONCELOS TORRES⁵
^{1,2,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL; ³UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Dor; Qualidade de Vida.

A úlcera venosa (UV) compromete as atividades diárias por diversos problemas, dentre eles a dor¹, sintoma frequente que relaciona-se com o impacto na qualidade de vida (QV)². Objetivou-se analisar o impacto da dor na qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa. Estudo quantitativo, transversal, realizado na atenção primária à saúde de Natal/ Rio Grande do Norte. A população foi composta de 101 pessoas com UV ativa e capacidade cognitiva para participar. Foram excluídas pessoas com UV de origem mista ou totalmente cicatrizada. Foi utilizado o questionário Charing Cross Ulcer Questionnaire (CCVUQ), traduzido e validado para o Brasil³. A coleta de dados entre fevereiro a setembro de 2014. Os dados foram organizados no Microsoft Excel e transportados para o SPSS, no qual foram realizadas análises descritivas e teste de Man-Whitney. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob CAAE: 07556312.0.0000.5537. Entre as pessoas que relataram dor, os domínios de QV apresentaram piores médias nos domínios da QV. Interação social teve média de 50,6 (DP=21,6), estética de 52,9 (DP=23,9), atividades domésticas 44,9 (DP=23,5), estado emocional de 58,1 (DP= 26,1) e a QV total de 53,9 (DP=16,2). Houve associação significativa entre a presença de dor e os domínios de interação social ($p=0,003$) e na QV total ($p=0,008$), além de apresentar aproximação significativa em estética ($p=0,078$) e atividades domésticas ($p=0,085$). A partir dos resultados é possível observar que, para esta população estudada, a presença da dor associa-se negativamente à QV da população com UV, sobretudo na interação social.

Referências:

¹ Lopes CR, Figueiredo M, Ávila AM, Soares LMBM, Dionisio VC. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. J Vasc Bras.. 2013; 12(1): 5-9.

² Dias TYAF, Costa IKF, Salvetti MG, Mendes CKTT, Torres GV. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. Acta Paul. Enferm. 2013; 26(6): 529-534.

³ Couto RC, Leal FJ, Pitta GBB, Bezerra RCB, Segundo WSS, Porto TM. Tradução e adaptação cultural do Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire - Brasil. J Vasc Bras. 2012; 11(2):102-7.

PO - 460 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DA OXIGENOTERAPIA POR CÂMARA HIPERBÁRICA EM ÚLCERA DIABÉTICA

DEYVISON LUIS PEREIRA¹; ANNA KARLA VIEIRA²¹OXIFOZ MEDICINA HIPERBÁRICA E TRATAMENTO DE FERIDAS, FOZ DO IGUAÇU - PR - BRASIL; ²UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ, FOZ DO IGUAÇU - PR - BRASIL.**Palavras-chave:** Oxigenoterapia Hiperbárica; Úlcera diabética; Complicações do diabetes.

INTRODUÇÃO: O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, metabólica, em que há elevação dos níveis de glicose no sangue. Possui um índice crescente de acometimentos e grande incidência de internações hospitalares no Brasil. A doença apresenta complicações, que podem trazer riscos ao paciente, como neuropatia, retinopatia e pé diabético. Este último caracteriza-se por úlceras de cicatrização lenta. Quando não tratadas, essas úlceras inicialmente superficiais podem penetrar nos tecidos subjacentes e produzir complicações, o que gera a necessidade de amputação em casos graves. Um dos tratamentos utilizados para esta complicação é a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), uma modalidade terapêutica que consiste na oferta de oxigênio puro, aplicado em câmaras individuais, ou coletivas, em pressão maior que a atmosférica. **OBJETIVOS:** Em virtude do alto índice de diabéticos sujeitos a complicações, objetivou-se relatar a evolução das feridas tratadas com OHB, identificar os principais tipos de feridas diabéticas com indicação ao tratamento, bem como, diagnosticar a eficácia do uso da OHB em feridas decorrentes da doença. **MÉTODOS:** O estudo foi desenvolvido no Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), de Foz do Iguaçu/PR, o qual disponibiliza este serviço por meio da empresa Oxifoz. O método utilizado foi o de análise retrospectiva de prontuários, através dos quais se verificou a evolução das lesões. Foram incluídos prontuários de pacientes possuindo feridas diabéticas crônicas, submetidos à terapêutica. O presente estudo teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer n. 045/2013-CEP. **RESULTADOS:** Acredita-se, após o estudo, que a OHB alcança resultados benéficos no tratamento de lesões crônicas nos diabéticos, onde neste estudo 70% dos pacientes apresentaram resultado positivo frente ao tratamento com OHB adjuvante e apenas 11,2% apresentaram piora ou nenhum resultado com o tratamento. **CONCLUSÃO:** O estudo contribui para a divulgação deste método de tratamento, sensibilizar sobre os riscos e benefícios, além de proporcionar novas oportunidades de trabalho aos profissionais da saúde, principalmente os de enfermagem, auxiliando na divulgação, em âmbito nacional desta técnica terapêutica.

ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA ANÁLISE MIDIÁTICA DE COMO PREVENÍ-LA

PAULO ROBERTO BOEIRA FUCULO JUNIOR; JOSÉ RICARDO GUIMARÃES DOS SANTOS JUNIOR; EVELYN ANDRADE DOS SANTOS; BIANCA POZZA DOS SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Prevenção; Úlcera por pressão; YouTube.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão são um sério problema de saúde pública e o elevado número de casos contribui diretamente na qualidade de vida da população, com isso, é importante que as pessoas previnam-nas. Devido ao longo período em que os pacientes passam acamados e pela falta de intervenção efetiva dos profissionais, as úlceras por pressão se destacam. Nesse contexto, é comum as pessoas buscarem informações na internet sobre prevenção, principalmente no site YouTube, que é considerado atualmente uma ferramenta educativa. **OBJETIVO:** Analisar as informações sobre prevenção de úlcera por pressão disponibilizadas no site YouTube. **METODOLOGIA:** Estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório. Utilizou-se como fonte de dados, o sítio de compartilhamento do YouTube e para a busca dos vídeos as **palavras-chave:** prevenção AND úlcera por pressão. Incluíram-se todos os vídeos que atenderam os seguintes critérios: abordar formas de prevenção de úlcera por pressão, ter sido publicado em português-brasileiro e não apresentar duplicidade no conteúdo. Foram identificados 1290 vídeos, após ser aplicada a ferramenta "data de upload" restaram 36, que foram analisados, e desses, excluídos 21. **RESULTADOS:** Selecionaram-se 15 vídeos publicados entre 2011 a maio de 2015. As orientações foram dadas por 15 enfermeiros, três médicos e um nutricionista, havendo prevalência de vídeos com natureza de reportagem/entrevista (11). As principais orientações para prevenir as úlceras por pressão, seguido do número de vezes citadas foi: realizar mudança de decúbito (13); utilizar colchão piramidal, almofadas de ar ou gel, dentre outros coxins (11); manter a pele hidratada (10); aliviar a pressão na pele (9); cuidar umidade excessiva (7); avaliar a pele constantemente (6); manter boas condições de higiene (6); realizar aporte nutricional (5); não deixar lençóis com dobras/amaçados em contato com a pele (3); não arrastar a pessoa ao mudá-la de decúbito (3); não massagear no local ou ao redor da úlcera (3); usar creme ou filmes de barreira (3); estimular a circulação (2); e outros (4). **CONCLUSÃO:** Em geral, as informações disponibilizadas no site pesquisado para prevenir as úlceras são satisfatórias. Entretanto, há necessidade de que instituições especializadas divulguem vídeos oficiais que agrupem o máximo possível de orientações, de modo que favoreça maior credibilidade ao conteúdo para o cuidado a ser ofertado à prevenção das úlceras por pressão.

PO - 462 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS FRENTE AO VÍNCULO COM O USUÁRIO EM UM AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM FERIDA CRÔNICA

TALITA MENDES DOS SANTOS; DAMILY RAQUEL WIERZYNSKI; TATIANE BARATIERI
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE, GUARAPUAVA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Vínculo; Humanização; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: O vínculo é um elemento necessário para a assistência de enfermagem, implica o reconhecimento dos usuários pelo serviço de saúde e profissionais da saúde como fonte satisfatória e habitual de atenção a suas necessidades de saúde. É importante para conhecer os indivíduos, e estabelecer uma relação de participação do profissional com o usuário, e atuação aos cuidados de saúde de forma integral (OLIVEIRA, SPIRI, 2006). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem, sobre o vínculo estabelecido entre acadêmicos de enfermagem e pacientes com ferida crônica atendidos no Projeto de feridas. **METODOLOGIA:** Estudo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência de acadêmicas de enfermagem no Projeto Feridas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. As acadêmicas realizaram atendimento durante quatro horas semanais, desde fevereiro de 2014, ao fim deste mesmo ano sob a supervisão de um docente do curso. **RESULTADOS:** Os atendimentos do Ambulatório de feridas, compreendem um arsenal teórico-prático importante, juntamente com os aspectos clínicos, tem-se uma abordagem com o contexto e os fatores em que o usuário está inserido. Através da aproximação, conforme as consultas evoluem, o usuário percebe que tem atenção para poder falar das suas necessidades, dificuldades e preocupações, através da escuta e do diálogo com os acadêmicos. Com o vínculo estabelecido, o usuário recebe as orientações com mais efetividade e acaba por participar do seu próprio cuidado, visto que percebe a preocupação, a atenção, e o cuidado prestado pelas acadêmicas. **CONCLUSÃO:** O ambulatório de feridas proporciona ao acadêmico a vivência da atuação da enfermagem que só é concretizada quando o vínculo é estabelecido. Isso ocorre por meio de uma relação de respeito e confiança, evidenciando que o vínculo com o usuário é fundamental para atender às necessidades de saúde e com isso melhorar a assistência prestada.

Referências:

Oliveira. E. M; Spiri. W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 4, n. 40, p.727-733, 2006.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO EM ÚLCERAS EM LARES GERIÁTRICOS

PAULO ROBERTO BOEIRA FUCULO JUNIOR; JOSÉ RICARDO GUIMARÃES DOS SANTOS JUNIOR; EVELYN ANDRADE DOS SANTOS; BIANCA POZZA DOS SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Prevenção; Úlceras.

INTRODUÇÃO: Devido às mudanças fisiológicas na pele, conforme o aumento da idade, o risco de lesão é maior. Com isso, a pessoa idosa deve ser avaliada diariamente para que não ocorra o surgimento de úlceras. Nesse contexto, o cuidador exerce papel fundamental na prevenção e deve estar capacitado a identificar alterações na integridade da pele que as caracterizem. **OBJETIVO:** Relatar ações de capacitação aos trabalhadores de lares de idosos, na prevenção e manejo de úlceras. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das capacitações realizadas aos profissionais, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, atuantes em lares geriátricos. Participaram das capacitações, 12 trabalhadores de três lares de idosos na cidade de Pelotas-RS. As ações foram realizadas por acadêmicos de enfermagem no mês de setembro de 2015. Para o desenvolvimento dessas, utilizou-se apresentação em PowerPoint com conteúdo de: caracterização, reconhecimento, prevenção e manejo de úlceras. **RESULTADOS:** Dos 12 profissionais que participaram da capacitação, houve predominância de cuidadores sem titulação profissional da área da saúde. A totalidade ficou satisfeita com as informações e demonstrou interesse pelo conteúdo trabalhado, tendo consciência da importância de conhecer, avaliar e estar preparado para tratar as úlceras. Determinados profissionais expuseram dúvidas, contaram casos e perguntaram sobre o assunto. Ao final da atividade, todos acreditaram ter sido um momento proveitoso e de troca de conhecimento e concordaram que irão dar maior atenção para as formas de prevenir as úlceras. Percebeu-se que os espaços ofertados para esse tipo de atividade nesses lares de idosos são raros, pois há resistência dos responsáveis em disponibilizar horários que não interfiram nas atividades laborais dos participantes. Com isso, nota-se a carência de informação referente a este assunto. **CONCLUSÃO:** A partir da atividade realizada, reconhece-se a importância de levar conhecimento aos trabalhadores que atuam no cuidado da pessoa idosa e a importância de capacitá-los a realizar avaliação e cuidados das úlceras, uma vez que desenvolvem o trabalho diariamente. Entendemos a necessidade de que haja a criação de um projeto de extensão que trabalhe nesses locais, capacitando os profissionais, para que o atendimento seja aprimorado e a qualidade de vida do idoso seja preservada.

PO - 464 - PÔSTER III - MANHÃ 27/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DA BARREIRA EM CREME AO REDOR DA FERIDA NEOPLÁSICA

RITA DE CASSIA FREITAS BANDEIRA; ADRIANE APARECIDA DA COSTA; DANIELE TAVARES DA SILVA; JOSÉ LUIS DA COSTA ALVES DE SOUSA
ICESP, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Oncologia; Barreira; Ferida.

A pele é o maior órgão do corpo humano. Suas principais funções são a regulação da temperatura corporal, absorção de Vitamina D e proteção contra agressões externas. Sua manutenção depende da umidade, nutrição e proteção. Pacientes oncológicos apresentam feridas neoplásicas exsudativas. O aumento deste exsudato favorece a umidade e carga bacteriana resultando em um processo denominado maceração. Para proteger a pele ao redor de feridas neoplásicas barreiras líquidas ou em creme são utilizadas, e fornecem hidratação e proteção. Existem várias barreiras: Petrolato aumenta a umidade. Óxido de zinco mascara a observação da pele. Hidrocolóides e filmes de poliuretano protegem a ferida, mas maceram a pele, Polímeros creme/líquido formam uma película impermeável e transparente. **OBJETIVO:** Verificar a eficácia de proteção do Comfeel Barrier Cream® contra o exsudato da ferida neoplásica. **MÉTODO:** 350 pacientes com ferida neoplásica, internados e ambulatoriais de um hospital público oncológico de São Paulo avaliados pelo serviço de estomatoterapia entre os meses de janeiro a setembro de 2015, utilizaram para proteção da pele ao redor da ferida neoplásica Comfeel Barrier Cream®. Pacientes e equipe de enfermagem foram treinados sobre o uso adequado do produto. Aplicação em pequena quantidade uma vez ao dia, na troca do curativo, garantiu a formação de uma película invisível, evitando excesso do creme e observação da pele. Os pacientes foram avaliados a cada 4 dias durante a internação até a alta hospitalar, e a cada 30 dias durante 6 meses no ambulatorio. **RESULTADOS:** Redução de 30% na dor e pruridos; diminuição nas trocas de curativos; diminuiu custos com a redução da colonização fúngica na umidade da pele ao redor da ferida. Foi observada adesão dos pacientes e profissionais ao tratamento, diante da melhora da integridade da pele. **CONCLUSÃO:** Creme Comfeel Barrier Cream®) demonstrou ser eficaz na proteção da pele ao redor de feridas neoplásicas. A aplicação diária evitou novas lesões e diminuiu o prurido e dor.

Referências:

Schuren J et al. A liquid film-forming acrylate for peri-wound protection: a systematic review and meta-analysis (3MTM CavilonTM no-sting barrier film). *Int Wound J* 2005;2:230-238.
Seaman, S. MANAGEMENT OF MALIGNANT FUNGATING WOUNDS IN ADVANCED CANCER *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 22, No 3 (August), 2006: 185-193.

AVALIAÇÃO DO CHARING CROSS VENOUS ULCER QUESTIONNAIRE (CCVUQ) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**RAFAELLA QUEIROGA SOUTO; VANESSA GOMES DA COSTA; LILIANE ECCO; ANNE CAROLINE RODRIGUES BARBOSA; GILSON VASCONCELOS TORRES
UFRN, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.**

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Qualidade de Vida; Avaliação em Saúde.

A Qualidade de Vida (QV) vem a cada dia ganhando destaque no atendimento integral da pessoa com Úlcera Venosa (UV)¹. A avaliação da QV por parte da enfermagem é importante para o planejamento da assistência, assim são necessários instrumentos fidedignos que resultem em dados reais sobre a QV dessas pessoas. Objetivou-se analisar o comportamento do CCVUQ em pessoas com UV atendidas na Atenção Primária à Saúde de Natal (APS). Este estudo tem o desenho transversal, com abordagem quantitativa e foi realizado em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Foram incluídas todas as pessoas atendidas na APS, totalizando 101 indivíduos com UV ativa, acima de 18 anos e com capacidade cognitiva de responder o questionário. Para coleta de dados foi utilizado Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, que é um instrumento específico de avaliação da QV em pessoas com UV. O mesmo fornece um escore geral de QV e em domínios: interação social, atividades domésticas, estética e estado emocional. Todos os escores variam de 10 a 100, de modo inversamente proporcional à QV. Os dados foram organizados no Microsoft Excel e analisados no SPSS. Utilizou-se correlação de Spearman entre os escores do CCVUQ, com valor de significância $p < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com CAAE: 07556312.0.0000.5537. Os quatro domínios do CCVUQ estiveram correlacionados positivamente com o escore total, com força moderada a forte: interação social ($r = 0,701$; $p < 0,001$), estética ($r = 0,794$; $p < 0,001$), estado emocional ($r = 0,731$; $p < 0,001$), atividades domésticas ($r = 0,591$; $p < 0,001$). Além das correlações com o escore total, o domínio interação social esteve correlacionado apenas com atividades domésticas ($r = 0,601$; $p < 0,001$) e com estética ($r = 0,248$; $p < 0,012$). Estado emocional esteve correlacionado com estética ($r = 0,845$; $p < 0,001$). Os resultados apresentados mostram que aquela pessoa que tinha prejuízo na interação social, também o tinha nas atividades domésticas e estética e aquele com o estado emocional abalado também apresentava diminuída sua QV em relação à estética. O instrumento mostrou-se válido para avaliação da QV nesta população estudada, sobretudo o seu escore total, visto que nem todos os domínios se correlacionaram entre si.

PO - 466 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

SINAIS DE INFECÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA: CHARING CROSS VENOUS ULCER QUESTIONNAIRE (CCVUQ)

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO; RAFAELA ARAÚJO OLIVEIRA; CAMYLLA CAVALCANTE SOARES DE FREITAS; RHAYSSA DE OLIVEIRA E ARAÚJO; GILSON VASCONCELOS TORRES
UFRN, CAMPINA GRANDE - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa; Infecção dos Ferimentos; Qualidade de Vida.

A úlcera venosa (UV) é uma ferida crônica de perna mais comum, com longo tratamento¹. Sabe-se que a qualidade de vida (QV) é interferida pelo estado da lesão, sendo bastante discutida na literatura². Objetivou-se analisar a associação entre sinais de infecção e QV de pessoas com UV, avaliada pelo CCVUQ. Estudo transversal, quantitativo, executado na atenção primária à saúde, em Natal/Rio Grande do Norte. Formou-se a amostra por conveniência, incluindo pessoas com UV ativa e comunicação verbal eficaz (n = 49). Considerou-se sinais de infecção: odor e exsudato purulento, febre, dor, hiperemia. Foram utilizados o instrumento de avaliação da lesão e o CCVUQ, que avalia QV por meio de quatro domínios (Interação social, Atividades Domésticas, Estética e Estado Emocional) e escore total. As pontuações variam de zero a 100, e quanto maior o escore, pior a QV. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial (Mann-Whitney), com valor de significância $p < 0,05$. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 07556312.0.0000.5537. Verificaram-se pontuações melhores relacionadas à QV entre as pessoas com ausência de sinais de infecção em todos os domínios do CCVUQ. Apontou-se diferença significativa entre a variável sinais de infecção e Estética ($p=0,025$), Estado Emocional ($p=0,002$) e escore total ($p=0,011$). Referente aos sinais específicos de infecção houve diferença estatística significativa em Estética e Estado Emocional para dor ($p=0,007$; $p=0,001$, respectivamente); Estado Emocional para febre ($p=0,043$). Houve associação de diferentes sinais de infecção com domínios da QV, além do escore total; corroborando para a necessidade de atentar quanto ao estado da lesão, uma vez que se relaciona a QV da pessoa com UV.

Referências:

¹ Gardner S. Using treatment pathways to improve healing of venous leg ulceration. Wounds UK [Internet] 2013 [acesso em 06 jun 2015] 9(1):67-75. Disponível em: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10773.pdf

² Walburn J, Weinman J, Scott S, Vedhara K. Exploring the characteristics of a venous leg ulcer that contribute to the emotional distress experienced by patients. EWMAJournal [Internet] 2012 [acesso em 06 jun 2015] 12(2): 36. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/77364825/exploring-characteristics-venous-leg-ulcer-that-contribute-emotional-distress-experienced-by-patients>

REABILITAÇÃO E AUTOCUIDADO DO PACIENTE ESTOMIZADO: UM ESTUDO DESCRITIVO

ADRIANA RODRIGUES ALVES DE SOUSA¹; SARA MACHADO MIRANDA²; ANA CAROLINA FLORIANO DE MOURA³
¹DDJ MEDICA, TERESINA - PI - BRASIL; ²UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL; ³UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Estomia; Autocuidado; Enfermagem.

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de investigar o processo de reabilitação e o preparo do cliente estomizado para o autocuidado. Estudo descritivo realizado com 107 estomizados cadastrados no programa de acompanhamento ao portador de estomia em um Centro de Referência a Estomizados. Os dados foram obtidos por meio de um questionário estruturado sobre aspectos relacionados ao processo de reabilitação e rede de suporte, e realizou-se análise estatística descritiva. Dos participantes, 97 eram colostomizados e 10 urostomizados. A maioria possuía tempo de estomizado entre 1 e 5 anos, afirmou boa adaptação e a necessidade de mais de 1 mês para sentir-se confortável após cirurgia. O tempo médio para cuidar da estomia foi 30,7 minutos, com relatos de limitações para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária. Em relação ao autocuidado, a maioria afirmou não apresentar dificuldades, e entre os que responderam positivamente, a troca do equipamento coletor e a higienização foram as principais. O enfermeiro foi o principal profissional apontado na realização de orientações sobre o autocuidado. Existem lacunas que dificultam o processo de adaptação do paciente com estomias e ressalta-se a necessidade de práticas eficazes e efetivas na orientação desses indivíduos, diante do desconhecimento sobre seus direitos.

PO - 468 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS ATRAVÉS DE VISITAS DOMICILIARES

ADRIELLE CHERMONT DA SILVA; MARIA DENISE SCHIMITH; LAIS FUZZER ROSSO; TIFANY COLOMÉ LEAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Visita domiciliar; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão (UP) se caracterizam por um conjunto de agravos, de origem intrínseca: idade, comorbidades, perda de função motora, carências nutricionais, uso de medicamentos e níveis de consciência, e por fatores extrínsecos: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. Diferentes estudos avaliaram a incidência e prevalência de UP em ambiente hospitalar e domiciliar, tais estudos revelaram que a incidência varia entre 3,6 e 66,6% (BRITO, SOARES E SILVA, 2014). Diante disso, nota-se a importância de intervenções com familiares de pacientes acamados, por estes apresentarem maior predisposição para o acometimento das UP, devido a sua debilidade motora. Ainda, se ressalta a necessidade de se trabalhar com a prevenção a fim diminuir hospitalizações desnecessárias, promovendo cuidados integrais em domicílio, a fim de ofertar melhor acesso, acolhimento e humanização (BRASIL, 2012). **OBJETIVO:** Relatar as ações sobre prevenção a UP, realizadas com familiares de pacientes acamados, desenvolvidas por uma acadêmica de enfermagem, em uma unidade básica de saúde (UBS), através de visitas domiciliares. **MÉTODO:** Relato de experiência sobre as ações realizadas frente a prevenção a UP, através de educação em saúde, com pacientes acamados, desenvolvidas por meio de visitas domiciliares (VD) em uma UBS desenvolvidas no período de agosto a setembro de 2014. **RESULTADOS:** Foram realizadas seis VD, após consulta em cadastro de acamados e contato com os usuários ofertando a realização da mesma, sendo realizado durante elas orientações em saúde referentes a higiene bucal e corporal, cuidados com administração dos medicamentos e com as refeições, sobre transporte e, principalmente sobre movimentação e mudança de decúbito, de modo a proporcionar melhor conforto ao paciente. Destaca-se a notoriedade que as orientações trouxeram para os familiares a que foram empregadas, pois estes sentiram-se mais seguros para realizarem as medidas de prevenção de UP. A educação em saúde mostrou-se como um mecanismo eficaz e evidenciou ser um importante recurso para fazer com que o conhecimento científico atinja o cotidiano de pessoas leigas, de forma simplificada, pois proporciona a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo assim subsídios para a adoção de novas condutas de saúde. **CONCLUSÃO:** As VD aproximaram os familiares e pacientes da unidade, estabelecendo vínculo e fazendo com o que familiar não se sentisse sozinho no processo de cuidado.

TERAPIA COM LED ASSOCIADA COM PHMB 0,3% EM PÓS-OPERATÓRIO DE AMPUTAÇÃO NO PÉ DIABÉTICO

CLAUDIA RENATA PÉRICO
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO, SANTOS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Cicatrização; LED.

INTRODUÇÃO: A terapia com luz de LED de baixa potência (diodo emissor de luz) para cicatrização de tecidos começou acidentalmente na década de 1960, e que poderiam utilizar na cura de células e tecidos danificados. A técnica foi usada pela nasa para acelerar a cicatrização de feridas no espaço. O LED foi aperfeiçoado e tem sido amplamente usado em analgesia, anti-inflamatório, cicatrizante e estético. São placas flexíveis de uso domiciliar seguro, de tamanhos e aplicabilidade e potência variáveis, contendo micro LED's sem emissão de UVB. Esta modalidade de têm como principais características: baixo risco de complicações, permite associação com outros tratamentos, pode ser mantida por longos períodos, com preço acessível, sem aumento da temperatura ou dano celular. **OBJETIVO:** Avaliar a eficácia da terapia com LED associado ao PHMB 0,3%. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, em paciente com pé diabético pós amputação de hálux, realizado em uma instituição pública de alta complexidade, com aplicações diárias durante o período de cicatrização, empregando uma placa de tamanho 10 x 12 cm com comprimento de onda de 628 nm envolvida com plástico diretamente sobre a lesão e manutenção de gel de PHMB 0,3%. Obteve-se o TCLE, os dados foram coletados a partir do prontuário do paciente, observação, avaliação e acompanhamento da evolução da ferida por meio de registro fotográfico e mensuração. Caso clínico: J.O.M.F, sexo masculino, 52 anos, diabético tipo II, em 5º PO de amputação de hálux. **RESULTADOS:** Foram realizadas 60 sessões de LED. Houve mudança na característica clínica da lesão, aumento do ritmo de granulação e epitelização, cessando o quadro de dor desde a primeira aplicação, diminuiu a ocorrência de espessamento da pele na borda da lesão, reduzindo a necessidade de desbridamento contínuo peculiar ao pé diabético. **CONCLUSÃO:** A terapia com LED é um recurso para o tratamento de pé diabético seguro, de baixo custo, nos aspectos cicatriciais evitando risco como infecção, e na redução da dor. Foi possível comprovar a eficácia da terapia associada a curativo com gel de polihexanida na cicatrização de feridas e reparação tecidual, sem causar dor nem efeitos colaterais ao paciente, somado ao menor custo de aquisição para os órgãos públicos e privados, manutenção de equipamentos e capacitação profissional, e os pacientes pode usufruir dos benefícios propiciados pelo LED no ambiente hospitalar, ambulatorial e residencial.

PO - 470 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: MAPEAMENTO CRUZADO

ALYNE FERNANDES BEZERRA¹; LOUISE PASSOS VIGOLVINO²; LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES³; JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA⁴; MARIA JÚLIA GUIMARÃES DE OLIVEIRA SOARES⁵

^{1,2}RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL/ HULW/ UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; ^{3,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Classificação; Cuidado de Enfermagem; Ferimentos e lesão.

INTRODUÇÃO: A classificação das intervenções de enfermagem (NIC) foi criada para fortalecer a classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA-I. A NIC é definida como um agrupamento das atividades de enfermagem com base em suas relações na determinação de designações de intervenções a este grupo de atividades¹. Os enfermeiros poderão organizar, ordenar o conhecimento, registrar e comunicar o cuidado realizado nos diversos cenários da prática por meio da utilização dessa classificação.² Podendo ainda proporcionar o uso de uma terminologia padronizada para a troca de informações entre um grupo de profissionais de enfermagem em diferentes regiões³. **OBJETIVO:** Identificar as ações de enfermagem para adultos e idosos hospitalizados com o diagnóstico "Risco de integridade da pele prejudicada" listadas pelos estudantes de Graduação em Enfermagem. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido em uma Universidade pública de João Pessoa/Paraíba com 33 discentes do 10º período de Graduação em Enfermagem que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo respeitou os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁵. Esta pesquisa foi encaminhada para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e recebeu parecer favorável sob CAAE 18217413.1.0000.5188. Os dados foram organizados em tabelas e analisados com base na estatística descritiva com suas respectivas frequências absolutas e percentuais. As atividades mais citadas pelos discentes foram: mudar de decúbito com 26 citações, avaliar a pele diariamente com 12 citações, hidratar a pele com 9. **CONCLUSÃO:** Muitas das atividades identificadas são semelhantes ao que preconiza a NIC. Foi observado que o uso das classificações de enfermagem contribui para um cuidado sistematizado, colaborando para a utilização de uma linguagem uniformizada, além de estabelecer ações prioritárias, auxiliando no desenvolvimento do planejamento de cuidados específicos e direcionados, resultando em maior resolutividade de problemas para os pacientes.

ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA: A INFLUÊNCIA DO PODER AQUISITIVO NO TRATAMENTO DE FERIDAS AO CLIENTE PORTADOR DE PÉ DIABÉTICO

SUELLEN MUNIZ VIANA MANHÃES; LUCIMAR BERNARDO DA SILVA DO NASCIMENTO; CLAUDEMIR SANTOS DE JESUS; CRISTIANE MORAES DE OLIVEIRA BROCHADO; VIVIANE MORAES DE OLIVEIRA PORTELA
FACULDADE DUQUE DE CAXIAS - UNIESP, DUQUE DE CAXIAS - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Diabetes Mellitus; Pé diabético.

Os enfermeiros são confrontados quanto à busca por conhecimento científico com o intuito de promover melhorias no cuidado prestado ao paciente portador de Diabetes Mellitus (DM), que é conceituada como uma síndrome metabólica caracterizada pela hiperglicemia permanente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. O estudo tem como objeto: as intervenções e contribuições do trabalho do enfermeiro no tratamento de feridas ao cliente portador de pé diabético com baixo poder aquisitivo nos setores de saúde. Já o objetivo foi de analisar as intervenções e contribuições do trabalho do enfermeiro no tratamento de feridas ao cliente portador de pé diabético com baixo poder aquisitivo nos setores de saúde. **MÉTODOS/PROCEDIMENTOS:** Este de revisão integrativa, cuja questão de pesquisa buscou: Como o enfermeiro realiza as intervenções e contribuições do trabalho do enfermeiro no tratamento de feridas ao cliente portador de pé diabético com baixo poder aquisitivo nos setores de saúde? Com os descritores: Diabetes Mellitus; Pé diabético; Cuidados de Enfermagem, elegemos os critérios de inclusão: artigos originais, escritos em português, pesquisa realizadas por enfermeiros, com recorte temporal de 2010 a 2014. Algumas ações preventivas de enfermagem para a prática do auto cuidado foram possíveis através da Teoria de Dorothea Elizabeth Orem, a qual preconiza a prática de atividades exercidas pelo próprio indivíduo como benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Contudo observamos que o seguimento de tais orientações, emigram vários fatores que ainda influenciam no tratamento do paciente com DM, como a dieta, o desinteresse pelo uso da medicação e o descaso em fazer parte dos programas de saúde. A conclusão evidenciou a este paciente com baixo poder aquisitivo, que no nível primário detecta-se previamente o risco e promove a educação ao indivíduo quanto ao uso de calçados e a higiene e alertar aos riscos de traumas e lesões; no secundário, o cuidado com as lesões já é existente, o que se torna necessário a correção das possíveis causas; e terciário envolve cuidados desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar e tratamento hospitalar evasivo, podendo levar a amputação.

PO - 472 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERAS POR PRESIÓN: VISIBILIZANDO NUESTRA REALIDAD

ERCILIO MIGUEL MARTINEZ; JOSE LUIS AVALOS; VIVIANA DE LOS ANGELES GALARZA; ELBA ISABEL RIOS; LILIANA ELIZABETH WOLHEIN
ESCUELA DE ENFERMERÍA UNAM, POSADAS - ARGENTINA.

Palavras-chave: UPP; Enfermería; Tasa.

Las úlceras por presión (UPP) son un problema a ser considerado en todas sus dimensiones tanto por los Sistemas de Salud como también por sus actores, especialmente por los profesionales de enfermería. Esta problemática iniciada por pequeñas lesiones que pueden producirse en apenas unas pocas horas, en ocasiones tarda meses en resolverse conlleva a una morbimortalidad importante siendo de 2 a 4 veces superior en personas de edad avanzada, como también en sujetos hospitalizados en servicios de cuidados intensivos. En esta investigación nos propusimos identificar la magnitud de la aparición de upp en el Hospital de mayor complejidad de la provincia de Misiones-Argentina e implicar al equipo asistencial en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención con posterior medición del impacto. Los escasos datos o referencias estadísticas sobre la temática, sumado a las evidencias significativas halladas, nos posicionan ante una situación incierta de alto riesgo. Este estudio cualicuantitativo de corte longitudinal, descriptivo y prospectivo abarca desde el mes de enero de 2013 a diciembre de 2015. La población conformada por todos los pacientes internados en los servicios: UTI, Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. Para el cálculo epidemiológico de las UPP se utiliza las directrices de clasificación e indicadores del Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento sobre Ulcera por Presión (GNEAUPP). Los valores obtenidos durante la primer muestra arroja una tasa de 24,20% para los sectores de internación general y de 57,89% para el sector de cuidados críticos. En la segunda toma en los sectores de internación general presenta una tasa de 23,76% de y de 42,10% en el sector de cuidados críticos. Estos resultados preliminares refuerzan nuestra hipótesis inicial sobre la dimensión de la problemática para el colectivo de enfermería y amerita un abordaje integral que permita identificar, gestionar riesgos reales y potenciales. El involucramiento pleno de los colegas en cada uno de los servicios es una gran empresa en sí mismo; complejo que implica entre otras cosas, replanteos técnico-administrativos y éticos inclusive. Como todo cambio que involucra elementos sociales suele lograrse en sucesivas etapas y con un trabajo constante que no claudica en el tiempo.

AUTONOMIA DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE CALCIFILAXIS

ERCILIO MIGUEL MARTINEZ; ARNALDO GUALFREDO ROMERO
ENFUHC, POSADAS - ARGENTINA.

Palavras-chave: Enfermería; Calcifilaxis; Autonomía.

INTRODUCCIÓN: La calcifilaxis es una alteración vascular rara, aunque grave, con una elevada tasa de morbimortalidad.

OBJETIVOS: Ofrecer un tratamiento alternativo a la amputación del miembro inferior. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 68 años de edad, peso de 65.50 kg, altura 1,63 mts con Insuficiencia renal crónica tratada con hemodiálisis desde hace 10 años, Fibrilación auricular, hipertensión. Paciente que recurre a nuestro servicio, acompañado por sus hijos, presentando unas ulceraciones en miembro inferior derecho que afecta región lateral externa y con otra lesión al maléolo interno, cuyo origen traumático data de más de 40 días. En ése tiempo fué evaluado por distintos profesionales médicos entre ellos el clínico, diabetólogo y vascular, quienes ante la evolución negativa del cuadro, según refiere el sujeto de cuidado y familia, proponen como mejor opción la "amputación alta". **MATERIAL Y MÉTODO NUESTRO:** se aborda el tratamiento local de las heridas mediante la técnica de cura avanzada que utiliza el esquema TIME como estrategia para la preparación del lecho de la herida. Secuencia de lavado con clorhexidina y solución fisiológica, previa analgesia local, desbride de la capa de biofilm, en la zona de peri lesión se aplica crema barrera, la cobertura primaria con productos a base de plata en pasta, gasa no tejida más apósitos comunes y vendas tipo cambrix, utilizando una frecuencia de cada 24 horas. En un lapso de 14 meses de curación, la ulcera cicatriza completamente.

CONCLUSION: El tratamiento de curación de heridas por posible calcifilaxis no está bien establecido y aunque se han descrito múltiples intervenciones con potencial terapéutico, ninguna de ellas es consistente. En cualquier caso el tratamiento tópico de las lesiones cutáneas continúa siendo fundamental, en nuestra realidad, frecuentemente subestimadas por profesionales de salud. Aunque que la pauta de cura descrita en nuestro caso clínico pueda tener observaciones técnico-científica, podemos exhibir un resultado indiscutiblemente positivo ante la inminencia de la amputación del miembro inferior, sustentado primordialmente por un desempeño profesional de Enfermería autónoma paradigmático por el contexto en que se desenvuelve.

PO - 474 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CAPACITAÇÃO DE SERVIDORES E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS (RELATO DE EXPERIÊNCIA)

ANELISE CAMILA SCHAEGLER; ROSACÉLIA RIBEIRO SOUSA; DÉBORA GONTIJO COELHO; SUELEN GOMES MALAQUIAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Educação permanente; Úlcera vascular; Cuidado de enfermagem.

INTRODUÇÃO: Pessoas com úlceras vasculares necessitam de cuidados específicos para melhora das condições das lesões, o que implica na necessidade de profissionais capacitados para prestar atendimento adequado e resolutivo. Para tanto, vivências nessa temática durante a graduação podem enriquecer a formação do enfermeiro. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada na capacitação de enfermeiros e estudantes de enfermagem na avaliação e tratamento de úlceras venosas. **MÉTODO:** Foi realizado o acompanhamento do curso teórico/prático, de 32 horas, intitulado "Abordagem de pessoas com úlceras vasculares". Este configurou-se parte das atividades de uma Ação de Extensão intitulada "Educação permanente de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com feridas nas unidades municipais de saúde de Goiânia – GO", que objetiva apoiar ações educativas sobre este tema, por meio de estratégias de levantamento de problemas relacionados à prática, planejamento, implementação e promoção de encontros para discussão sobre o atendimento realizado. **RESULTADOS:** Participaram do curso nove indivíduos, sendo 66,6% profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e 44,4% estudantes de enfermagem. Houve atividades teóricas e práticas, ambas utilizando metodologias problematizadoras, com intensas trocas de experiências entre estudantes e profissionais, os quais evidenciavam fragilidades e potencialidades das vivências da academia versus prática em atenção básica. Para o estudante de enfermagem participar dessas atividades torna-se relevante por mediar a reflexão da assistência a partir das boas práticas recomendadas por evidências científicas, bem como instigar uma compreensão maior da população com úlceras venosas e do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde. Dos temas trabalhados, destacou-se "terapia compressiva", em que foi realizado exercícios de aplicação de compressão elástica e inelástica. **CONCLUSÃO:** Considerou-se de grande aproveitamento para as estudantes envolvidas, a participação de atividades de educação permanente em um tema cuja população é, por vezes, negligenciada nos serviços de saúde. Atividades como esta oferecem contribuição importante na formação do graduando de enfermagem pelo fato de instrumentalizarem de forma mais abrangente às disciplinas curriculares, sendo uma ferramenta complementar para graduação.

BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ESTOMATERAPIA

ROSEMERE NINCK MENDONÇA; ADRIANA SERAFIM MATTOS; MONICA ROSANE SESMIL
HCPM, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Boas Práticas; Estomaterapia.

A assistência à saúde vem sofrendo modificações importantes nas últimas décadas. O serviço de Estomaterapia do Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (HCPM), criado em meados de 2001 surgiu como um dos modelos de atenção à saúde já consolidados em alguns hospitais. Os dados estatísticos comprovam que é cada vez mais expressiva a necessidade desta prática assistencial dentro da nossa realidade. **OBJETIVO:** Descrever o perfil do Setor de Estomaterapia; Apresentar uma síntese das boas práticas realizadas pelo Serviço de Estomaterapia do HCPM. **MÉTODO:** Estudo descritivo qualitativo e quantitativo. Material: com consentimento do diretor da unidade foi utilizado levantamento dos atendimentos à pacientes portadores de feridas, ostomias e incontinência urinária ocorrido nos anos de 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 e 2014. **RESULTADOS:** Foi observado que o número de atendimentos a pacientes com feridas apresentou-se maior em todos os anos comparando com os atendimentos de ostomias e incontinências. Com o crescente número de pacientes atendidos no HCPM houve a necessidade de ampliar o atendimento com a implementação de condutas específicas para os portadores de feridas, ostomias e incontinência urinária para outras unidades de saúde desta corporação. **CONCLUSÃO:** Através do presente estudo concluiu-se que as boas práticas foram essenciais para o crescimento e o bom desenvolvimento das profissionais enfermeiras e conseqüentemente do serviço de Estomaterapia para toda a instituição.

Referências:

Malagutti, William. Curativos, Estomia e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional. 2º ed. São Paulo, Martinari, 2011.
Silva, Roberto Carlos Lyra da. Feridas fundamentos e atualizações em Enfermagem. 3º ed. São Paulo. Yendis, 2011. Dealey, Carol. Cuidado de Feridas, um guia para enfermeiras. São Paulo, Atheneu, 1996.

PO - 476 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CASO DE ÚLCERA VENOSA TRATADO COM CREME DERMATOLÓGICO CONTENDO ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2%

JANAINA NAVARROS NAVARROS
CEEN, GOIANIA - GO - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Úlcera venosa; Ácido hialurônico.

INTRODUÇÃO: O portador de úlcera venosa é atendido com frequência em clínicas de tratamento de feridas, com trocas de curativos com sucessivas mudanças do tratamento tópico. Devido a sua origem vascular, são lesões de difícil reparação tecidual. Sendo assim, torna-se relevante a sistematização dos cuidados com esses pacientes e a redução do tempo de cicatrização dessas feridas. **OBJETIVO:** Relatar a experiência no tratamento de úlcera venosa crônica (UVC) com o uso de creme contendo ácido hialurônico, sal sódico, (AH) 0,2%, em paciente que não apresentou resultado positivo com o uso de bota de Unna. **MÉTODO:** Relato de caso. Paciente N.A.S., sexo feminino, 60 anos, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II (DMII), que em 2008 apresentou trombose no membro inferior esquerdo (M.I.E.) e UVC na região medial da tibia esquerda, com início há cerca de 6 anos. Iniciou-se o tratamento da UVC com bota de Unna durante 6 meses. Em 13/11/14, foi admitida no centro especializado de tratamento de feridas em Goiânia (GO). Iniciou-se o tratamento com hidrogel durante 5 meses não obtendo um resposta evolutiva. Posteriormente, em 12/05/2015, iniciou-se uso tópico de creme de AH 0,2%, 1 x dia. As lesões dos pacientes foram registradas diariamente em prontuários e por meio de fotos, com a finalidade de observar e registrar suas evoluções. **RESULTADOS:** O uso de bota de Unna e o hidrogel não demonstraram resultados satisfatórios, enquanto que a aplicação diária de creme de AH 0,2% proporcionou melhora na evolução do processo cicatricial, com redução esfacelos aderidos e realinhamento de bordas. Além disso, foi observado aumento do tecido de granulação e redução do odor. **CONCLUSÃO:** O emprego de curativo diário com creme AH 0,2% melhorou a resposta cicatricial da UVC, proporcionando aumento do tecido de granulação e demonstrando sua utilidade em pacientes que não respondem a outras terapias tópicas usadas sugerindo ser uma opção terapêutica eficaz na cicatrização dessas feridas.

TRATAMENTO AMBULATORIAL DE ÚLCERA VENOSA COM BOTA DE UNNA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAFAEL GUSTAVO MORAIS; RENATA CAMARGO ALVES; SABRINA FRANCISCA SENA
HOSPITAL 9 DE JULHO, SAO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera varicosa; Cicatrização; Curativo.

INTRODUÇÃO: Úlceras venosas podem ter origem de forma espontânea ou traumática, geralmente associada à disfunção da bomba muscular da panturrilha, ocasionando hipertensão venosa. Um dos métodos utilizados para seu tratamento é a terapia compressiva que promove o controle do edema e da hipertensão venosa, proporcionando melhora na taxa de cicatrização, diminuição da dor e queda na reincidência da lesão. As terapias compressivas dividem-se em elásticas ou inelásticas, sendo a mais tradicional entre as inelásticas a bota de Unna. Encontrada em formato de atadura e composta por óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada, produto aplicado diretamente no leito da lesão, exigindo compressão em torno de 35 a 40 mmHg na região do tornozelo do paciente e gradualmente menor abaixo do joelho. **OBJETIVO:** Relatar a evolução do tratamento de úlcera venosa de uma paciente submetida ao uso de bota de Unna. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso, realizado no Centro de Medicina Especializada do Hospital Nove de Julho, localizado em São Paulo, de 13 de março a 24 de julho de 2015, com a paciente M.F.J., 89 anos, do sexo feminino, idosa, portadora de úlcera venosa desde 2007 de média extensão, localizada no terço medial da perna (maléolo medial), curativo realizado 3 vezes por semana, no período de dois meses e uma vez por semana nos dois meses subsequentes. O uso das imagens foi autorizado através da assinatura do Termo de Autorização de uso da imagem. Os dados referentes à evolução da lesão foram registrados a cada troca de curativo em prontuário, considerando as variáveis: dor, edema, diâmetro da lesão, profundidade, exsudato, aspecto. O registro fotográfico foi realizado na 1a, 5a, 9a e 14a semanas. **RESULTADO:** 1ª consulta (13/03/2015) – Paciente apresenta claudicação à direita. Início do tratamento com Bota de Unna. Apresenta lesão no terço médio lateral da perna direita, de aproximadamente 16 cm de altura e 10 cm de largura com bordas irregulares, tecido de granulação, tecido desvitalizado no centro da lesão, bordas maceradas. Apresenta edema de MMII 3+/3+. Última consulta (24/07/2015) – Depois de dezenove semanas de tratamento com bota de Unna, a úlcera encontra-se cicatrizada. Paciente nega uso de analgésico e relata mudança na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** O uso da Bota de Unna aliado ao acompanhamento regular ambulatorial resultou na cicatrização total da úlcera venosa, diminuindo a dor crônica e com relato de melhora da qualidade de vida.

PO - 478 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DE ÚLCERA DE MARJOLIN: REVISÃO DE LITERATURA

THIAGO CRUZ PACHECO¹; MARCOS PEREIRA DIAS BARBOSA²¹EQUILIBRIO CARE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ²HOSPITAL DA POLICIA MILITAR, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**Palavras-chave:** Úlcera Marjolin; Dermato-Oncologia; Lesão oncológica.

INTRODUÇÃO: A úlcera de Marjolin foi descrita pela primeira vez no século XIX, por Jean Nicholas Marjolin (1828), para descrever úlceras malignas decorrentes exclusivamente de queimaduras. **OBJETIVO:** Analisar bibliografia disponível, definindo a patologia, epidemiologia, tipos de tratamento e prevenção e identificação precoce da úlcera de Marjolin. **MÉTODO:** O método adotado para o estudo é o descritivo do tipo revisão de literatura. Foram pesquisados artigos das seguintes bases de dados SCIELO, LILACS totalizando 09 estudos revisados e publicados. **RESULTADO:** Epidemiologia: Segundo Kowal-Vern & Criswell, em revisão de 412 casos de UM em pacientes queimados, a idade média do diagnóstico ocorre aos 50 anos. Estudos africanos realizados em 2012 descreveram a idade média como 38,2 anos. Daya & Balakrishan relataram o caso com a menor idade registrada na literatura, 13 anos. O intervalo de tempo entre a queimadura e o aparecimento da lesão é extremamente variável entre os estudos (1 mês a 64 anos), sendo que a média encontra-se em 36 anos. Quando o tempo de transição entre a presença da cicatriz e o desenvolvimento da neoplasia é menor do que um ano, classifica-se a úlcera de Marjolin como aguda e nesta predomina o Carcinoma Basocelular. Acima de um ano, define-se como crônica, é a mais prevalente e, na grande maioria, apresenta-se como Carcinoma Espinocelular. A idade do paciente, na época da injúria, influencia no período de latência, sendo esse inversamente proporcional à idade do paciente no momento da queimadura. (FILHO, 2013) Tratamento: É consenso em todos os estudos que a abordagem cirúrgica é primeira opção terapêutica, com elevado índice de amputação, podendo ter como terapia adjuvante Quimioterapias e Radioterapia. **CONCLUSÃO:** A úlcera de Marjolin é uma lesão Oncológica agressiva, sua aparição advém de cicatrizes de queimaduras e lesões traumáticas repetidas, seu início pode acontecer de forma aguda em até 1 ano após a cicatrização da lesão primária, porém sua maior incidência é de forma crônica, que em média aparece após 30 anos após a cicatrização da lesão primária, seu diagnóstico muitas vezes é tardio o que faz com que ocorra metástases e maior extensão de comprometimento tecidual, o que piora seu prognóstico, creio que sua prevenção esta baseada na educação da equipe multidisciplinar aumentando seu conhecimento sobre este tipo de lesão.

POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO DE ALARGAMENTO EM ÓSTIO DE GASTROSTOMIA E QUEIMADURA POR EXTRAVAZAMENTO DE RESÍDUO GÁSTRICO

THIAGO CRUZ PACHECO
EQUILIBRIO CARE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Alargamento em óstios; Ostomias; Gastrotomia.

A Gastrostomia pode ser definida como “uma abertura artificial anterior do estômago, cuja fixação se dá através do peritônio parietal, por meio de sutura em bolsa em torno do cateter ou tubo”. A principal indicação para a realização de Gastrostomia é o uso de tubo nasoenteral por mais de 30 dias, associado à incapacidade do paciente em manter ingestão oral suficiente. Geralmente através de sonda de alimentação de silicone, com diâmetro que variam de 14 a 26 French, com âncora ou balão de fixação interna e discos de fixação externa, que são colocadas por diversas técnicas, Gastrostomias percutânea endoscópica (PEG), Gastrostomias radiológica percutânea, Gastrostomias cirúrgicas, aberta (Stamm, Witzel, Janeway), Gastrostomias laparoscópica. As complicações do sistema, envolvem a infecção periestomal, extravasamento do conteúdo gástrico, tecido de hipergranulação (Granuloma), sangramento, obstrução da sonda, alargamento em óstio, desposicionamento por traumas entre outras. **OBJETIVO:** Divulgar alternativa para tratamento tópico em afecções de alargamento em óstio de Gastrostomia e queimadura química por extravasamento de resíduo gástrico. **METODOLOGIA:** apresenta resultado de caso clínico, onde ocorreu alargamento em óstio de Gastrostomia por remoção acidental, e subsequente queimadura química por extravasamento em resíduo gástrico. Sendo utilizado creme hidratante com Nanotecnologia, com a ação reparadora, hidratante, calmante, anti-irritante e anti-inflamatório, após secagem completa do hidratante uso de pasta de Hidrocolóide com o objetivo de obliterar e auxiliar na contração de óstio de gastrostomia, evitando nova reinternação hospitalar e procedimento cirúrgico. Estudo clínico apresenta possível conduta de sucesso no tratamento de complicações graves e recorrentes em óstios de Gastrostomia, onde ocorreu sucesso no tratamento da queimadura química por extravasamento gástrico, Obliteração completa de óstio evitando novo contato com conteúdo irritante, e contração completa do óstio de Gastrostomia.

PO - 480 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

MODELO DE PENSAMENTO CRÍTICO: ESTUDO DE CASO DE PACIENTE COM COLOSTOMIA

ALINE PADILHA MATTEI; GABRIELA DE SOUZA SANTOS; ALINE BATISTA MAURÍCIO; ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Educação superior.

INTRODUÇÃO: O pensamento crítico é um prisma da inteligência na Enfermagem, essencial na prática, na identificação do diagnóstico, obtenção de resultados e definição das intervenções; é uma habilidade que pode ser desenvolvida. Portanto, enfermeiros e estudantes de enfermagem dispõem de ferramentas para o aperfeiçoamento contínuo, o que por consequência contribuirá para a qualidade e segurança no cuidado (LUNNEY et al., 2011:27; STERNBERG, 1988; STERNBERG, 1997). Respondendo às necessidades de formação de profissionais críticos e que reflitam sobre suas práticas, a enfermeira norte-americana Mary Gay McCaffery Tesoro elaborou o modelo Developing Nurses' Thinking (DNT) (TESORO, 2011; TESORO, 2012) este traduzido e adaptado culturalmente para a realidade brasileira (JENSEN et al., 2013; JENSEN, 2014). **OBJETIVO:** Aplicar o Developing Nurses' Thinking Model em um estudo de caso sobre cuidados domiciliares para ostomia. **MÉTODO:** A pesquisa quase experimental foi realizada no segundo semestre de 2015 em universidade pública federal. Neste recorte da pesquisa participou acadêmica de enfermagem do sétimo período a qual recebeu o material composto pelo DNT e Estudo de Caso apresentado por Lunney et al. (2011). Os autores elencam um diagnóstico principal, o qual serviu de base para a análise do desempenho da estudante no estudo. Comitê de ética: estudo aprovado pelo Comitê de Ética da universidade sob número 1.081.356. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Após a leitura do caso e norteada pelo DNT a acadêmica identificou pistas que subsidiaram a problematização e a identificação de diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico principal identificado foi "visão negativa sobre a nova imagem corporal", diferentemente do apresentado por Lunney e colaboradores, os quais referem o diagnóstico "enfrentamento familiar comprometido". Porém, as intervenções propostas pela acadêmica foram tratamento psicológico e centralizados na família/paciente ostomizado, coincidindo com os autores. Conclui-se que o modelo DNT subsidiou satisfatoriamente a interpretação do caso e sua condução, sendo autoaplicável nesta experiência. Esta metodologia conduz o estudante para os preditivos do pensamento crítico, favorecendo a acurácia diagnóstica e contribuindo para intervenções de enfermagem direcionadas e seguras.

DA ELABORAÇÃO À PUBLICAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO DO GRUPO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

**JOSIANI FAUSTO DO NASCIMENTO; JAQUELINE CANTO BASTOS
UBS, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**

Palavras-chave: Lesões; Regimento; Cuidado.

O trabalho teve início no ano de 2005 com a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar do Estado com a confecção de um manual de Curativos. Este manual teve como objetivo a padronização das técnicas para realização dos curativos e das coberturas. Após um período as Comissões de curativos foram desvinculadas dessa coordenação, passando para a Coordenação de enfermagem. A partir dessa separação as Comissões de Curativos das Unidades passaram a ter encontros realizados na Secretaria Estadual de Saúde, de enfermeiros que trabalhavam com pacientes portadores de lesões e que perceberam um aumento da demanda do cuidado a esse paciente, nos diversos setores do hospital. Diante da complexidade/demanda esse cuidado e da necessidade de interdisciplinaridade entre os profissionais, os enfermeiros sentiram a necessidade de se organizarem para propor novos métodos de trabalho no gerenciamento dessas lesões. Diante dessa necessidade, os profissionais perceberam que não seriam suficientes apenas reuniões e discussões, mas a criação de um documento que respaldasse esse trabalho. O objetivo desse movimento foi a criação de um regimento para as comissões de curativo do estado, pois o Regimento Interno é um conjunto de regras estabelecidas por um grupo para regulamentar o funcionamento do mesmo, onde consta o detalhamento do funcionamento da entidade, visando o cumprimento da suas finalidades. A metodologia utilizada foram reuniões mensais para discutir essas diretrizes e a utilização das seguintes leis: 8080, 7498/86, portarias: 399 e 529, decreto 94.406/87 e a RDC 36, para respaldar o trabalho. Após 10 anos de trabalho o regimento foi publicado no dia 25 de março de 2015, Resolução SES nº1135, acreditamos que essa demora aconteceu devido às mudanças de governo e a falta de normativas do nosso conselho que respaldasse a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente portador de lesões no estado do Rio de Janeiro. Apesar da publicação do regimento, o trabalho ainda tem muito que evoluir. É de extrema importância a divulgação do regimento nas unidades, a conscientização dos demais profissionais e a prática diária do cuidado realizado a esses pacientes, tendo como respaldo esse regimento tão almejado.

PO - 482 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

FATORES NUTRICIONAIS: GRANDE INFLUÊNCIA NA CICATRIZAÇÃO DA FERIDA DO IDOSO

GRACE CAVALCANTI CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE ORTEGA; TATIANE FARIAS FARIAS DA ROSA SILVA; ANDREA DOS SANTOS DOS SANTOS GONÇALVES; PATRICIA CLARINDA DE MESSIAS DOS SANTOS; NELSON CARVALHO DE ANDRADE UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Nutrição; Cicatrização da Ferida; Enfermagem.

A nutrição é primordial para que haja êxito no tratamento, cicatrização e prevenção de lesões. As lesões teciduais estão diretamente ligadas ao aumento da taxa de mortalidade (88,1%), em idosos, com úlceras e estado nutricional debilitado. A desnutrição pode afetar o processo de cicatrização da ferida, favorecimento da deiscência das feridas, surgimento de lesões na pele e suscetibilidade às infecções. Objetiva-se com essa pesquisa, dissertar sobre a importância da nutrição da pessoa idosa e como esse fator interfere na cicatrização de úlceras por pressão. O método usado, trata-se de uma revisão de literatura com caráter explicativo, com abordagem qualitativa. Foi-se pesquisado sobre os fatores que interferem na cicatrização da ferida no idoso com destaque no fator nutricional. O paciente idoso apresenta menores respostas inflamatórias iniciais, o que retarda o processo de cicatrização. É possível que apresente, também, redução da circulação, retardando a migração de leucócitos para o local da lesão e da fagocitose. Por outro lado, há aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização. A ingestão adequada de macro e micronutrientes, bem como a hidratação apropriada, são necessárias para que a cicatrização ocorra. A nutrição é um aspecto importante relacionado tanto com o desenvolvimento das feridas, como com a sua cicatrização, desempenhando um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida, na diminuição do tempo de internamento, da mobilidade e da mortalidade. Existem fatores locais e sistêmicos que podem influenciar prejudicialmente o processo cicatricial. Do ponto de vista nutricional, destacar - se apenas fatores sistêmicos como, por exemplo, a desnutrição, deficiência de vitaminas A, C ou K, assim como a deficiência proteica e a do micronutriente zinco. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A avaliação precisa de feridas depende da compreensão do enfermeiro em relação à fisiologia da cicatrização e aos fatores que podem retardar este processo, tal como as condições necessárias à superfície da ferida para maximizar a cicatrização. Conhecer o valor nutricional necessário para a manutenção do organismo e a necessidade dos nutrientes para a regeneração celular, bem como da necessidade de proteção natural que estes nutrientes proporcionam é de suma importância.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NO CUIDADO ÀS ÚLCERAS VENOSAS

SARA GABRIELLY DE SOUSA COSTA SOARES; ROXANA MESQUITA DE OLIVEIRA TEIXEIRA SIQUEIRA; JAYLINE RIBEIRO MORAES; TÂMARA RIBEIRO TORRES MAGALHÃES XAVIER; ANTONIA MAURYANE LOPES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFPI, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde; Úlceras Venosas.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são feridas que se apresentam de forma irregular, únicas ou múltiplas, superficial no início e podem tornar-se profundas com bordas bem definidas, tamanhos e localizações variadas. **OBJETIVO:** Verificar nas evidências científicas as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado às úlceras venosas. **METODOLOGIA:** Trata-se um estudo descritivo, tipo revisão integrativa. Utilizou-se os bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic e Library Online (SCIELO). Para a elaboração da revisão integrativa fez-se a adoção de fases, a saber: definição do problema, inclusão, objetivo da pesquisa; concretização dos descritores, seleção dos artigos e definições das informações extraídas dos artigos, bem como categorização, análise, discussão e interpretação dos resultados. Utilizou-se a classificação com níveis de evidência proposta por Melnyk e Fineout – Overholt. Os descritores utilizados foram: Enfermagem and Saúde and Úlceras venosas. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, em português do período de 2006 até setembro de 2015. **RESULTADOS:** A seleção constituiu-se de 35 artigos, sendo que apenas 21 periódicos se enquadravam nos critérios de inclusão, e destes, 86% foram publicados no período de 2006 a 2010 e 14% entre os anos de 2011 a 2015, todos em língua portuguesa e textos completos. Quanto aos níveis de evidências 100% dos estudos apresentaram nível IV. A cerca das estratégias utilizadas para o cuidado nas úlceras venosas, 50% dos artigos evidenciaram uso da terapia compressiva e papaina quando necessário e reforçaram a importância do enfermeiro estomaterapeuta neste cuidado, 14 % revelaram que se utilizam da educação continuada para a busca de conhecimentos aprofundados sobre lesões crônicas e para oferecer assistência integral e direcionada, 34% dos artigos enfatizaram que tentam avaliar a qualidade de vida dessas pessoas acometidas para prever uma boa reabilitação. **CONCLUSÃO:** Observou-se que as estratégias no cuidado do paciente com úlceras venosas vão desde uso de coberturas, orientações da terapia compressiva, uma vez que há melhora nos sintomas de dor, edema e leva à cicatrização, até a qualificação profissional. Dessa forma, cabe ao enfermeiro desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes a fim de ofertar assistência de Enfermagem de qualidade baseada em evidências científicas a paciente com úlceras venosas.

PO - 484 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OS MICRO-ORGANISMOS CAUSADORES DE COLONIZAÇÃO NA ÚLCERA VENOSA: UMA BUSCA INTEGRATIVA

ELIETE GUERRA VIEIRA DA ROSA; MARIA NEIDE VERISSIMO; EDSON DE ABREU NUNES; JORGEANE DA COSTA BUENO; MARCOS NONATO DA SILVA
UNIVERSO, SAO GONÇALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Colonização; Úlcera venosa; Enfermagem.

OBJETIVO: Destacar os principais micro-organismos causadores da infecção no leito das úlceras venosas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, que pode ser definida como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A coleta dos dados foi realizada em agosto de 2014 nas bases de dados MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica ou Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS. A busca foi realizada com o operador booleano AND utilizando-se os descritores em inglês e português: Bacterial infections and varicose ulcer; leg ulcer and infection and nursing; Micro-organismos and úlcera venosa. Os critérios de inclusão utilizados foram: apresentar texto na íntegra disponível on-line, no idioma inglês, espanhol ou português, com ano de publicação entre 2004 e 2014. Foram excluídos os trabalhos que, após terem seus títulos e resumos analisados, apresentavam especificidades temáticas não relacionadas à questão proposta neste trabalho. **RESULTADOS:** Foram encontrados inicialmente 128 artigos, após a submissão destes aos critérios de inclusão e exclusão totalizou-se ao final 29 artigos. As úlceras venosas crônicas são contaminadas pelos micro-organismos presentes em sua grande maioria na flora residente da pele do próprio paciente. Os micro-organismos encontrados na revisão foram: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Streptococcus alfa hemolíticos, Corynebacterium sp, Família Enterobacteriaceae, Escherichia coli, Klebsiella Sp, Proteus Sp, Acinetobacter Sp. Ressalta-se também que mesmo estando presentes em todas as feridas crônicas, os microrganismos não interferem na cicatrização mesmo quando se encontram no leito da ferida; sendo assim, um dos fatores determinantes para que ocorra a infecção é o desequilíbrio na interação com o hospedeiro em favor do microrganismo e não a mera presença deste na úlcera de perna. Destacou-se que a manutenção do curativo secundário (saturado) ou seja com muita umidade, propicia um meio para a proliferação bacteriana, ocasionando a infecção na úlcera venosa: Mediante a busca realizada, pode-se concluir que há um significativo número de artigos publicados referentes a essa temática. A avaliação clínica e microbiológica das úlceras crônicas pode detectar precocemente o processo de infecção no leito da ferida.

TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PERNA COM ALGINATO DE CÁLCIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVIA LOPES GARCIA¹; LENNON DRIQUI COELHO DA CONCEIÇÃO²; VALERIA CRISTINA DA COSTA ROSA³; ANGELICA DA COSTA ROSA XAVIER⁴; ALCIONE MATOS ABREU⁵

^{1,2,3,4}UNIVERSO, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL; ⁵UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Curativos; Úlcera venosa.

OBJETIVO: Relatar a experiência do uso do Alginato de Cálcio e Sódio para o tratamento de uma úlcera venosa crônica.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, realizado em um Ambulatório, de junho a julho de 2011, com paciente do sexo feminino, de 86 anos, hipertensa e diabética, com úlcera venosa de grande extensão e recorrente, localizada no terço inferior do membro inferior direito, em uso de Alginato de Cálcio e Sódio, com periodicidade de troca duas vezes por semana. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização do registro fotográfico. As variáveis do estudo foram: grau de exsudação, profundidade da ferida, características dos tecidos lesionais e peri-lesionais, presença de odor, prurido, dor e estágio/ do edema. As trocas dos curativos foram realizadas duas vezes na semana. A redução do tamanho da úlcera foi avaliada a partir da observação do crescimento de tecido de epitelização nas bordas da úlcera venosa, principalmente as superiores. Relato de experiência: Início do tratamento com Alginato de Cálcio e Sódio em 13/06/2011: Paciente apresenta úlcera venosa circular em terço inferior da perna direita. Queixa-se de dor moderada a intensa e prurido intenso ao redor da ferida. Ao exame físico apresenta PA=170X100 mmHg; pele adjacente à ferida com lipodermatoesclerose, ressecada, com eczema e varicosidades. Edema nos membros inferiores graduados em 3+/4+. Úlcera com profundidade parcial, bordas irregulares e maceradas, sem odor fétido, com excessiva produção de exsudado sero-sanguinolento. Leito com tecido de granulação e pequenas áreas de esfacelo. Foi realizado curativo e iniciou-se o uso do curativo. Em 25/07/2011 depois do tratamento regular da úlcera venosa com Alginato de Cálcio e Sódio, a paciente mencionou ausência de dor no local da ferida, negou uso de analgésico há mais de um mês e diminuição significativa do prurido. Observou-se melhora na marcha e redução do edema para 1+/4+. A úlcera apresentou leito com tecido de granulação, bordas com tecido de epitelização e diminuição da produção de exsudado seroso. A paciente relatou melhora da qualidade de vida após o início do uso do Alginato de Cálcio e Sódio em decorrência da diminuição da produção de exsudado da ferida. **CONCLUSÃO:** O uso do Alginato de Cálcio e Sódio, aliado ao cuidado periódico de enfermagem, resultou na melhora do processo de cicatrização da úlcera venosa pois promoveu o aumento de tecido de granulação e epitelização.

PO - 486 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DE ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS (AGE) NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DE FERIDAS: UMA BUSCA INTEGRATIVA

VALERIA CRISTINA DA COSTA ROSA; EDMAR JORGE FEIJÓ; LENNON DRIQUI COELHO DA CONCEIÇÃO; ANGELICA DA COSTA ROSA XAVIER; ALLAN PACHECO DE AMORIM
UNIVERSO, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Ácidos graxos; Curativos; Feridas

INTRODUÇÃO: Os ácidos graxos essenciais (AGE) são compostos formados por uma longa cadeia de hidrocarboneto com um grupo carboxila terminal. O uso tópico de AGE é amplamente utilizado em países da América Latina, principalmente, no Brasil.

OBJETIVO: Descrever o uso de ácidos graxos essenciais na prevenção e tratamento de feridas. **MÉTODO:** Trata-se de uma Busca Integrativa, realizada em agosto de 2015 nas bases de dados MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica ou Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca foi realizada com o operador booleano AND utilizando-se os descritores em inglês e em português: dressings and linoleic acid; linoleic acid and wound healing. Ácidos Graxos essenciais e tratamento de feridas e hidratação. Os critérios de inclusão utilizados foram: apresentar texto na íntegra disponível online, no idioma inglês, espanhol ou português, com ano de publicação entre 2004 e 2015. Foram excluídos os trabalhos que, após terem seus títulos e resumos analisados, apresentavam especificidades temáticas não relacionadas à questão proposta neste trabalho. **RESULTADOS:** A maioria dos estudos científicos são nacionais, com animais e as descrições sobre os métodos são incompletos, as fórmulas utilizadas para os placebos são omitidas e a amostra pesquisada é geralmente pequena. O uso de AGE pode aparentar uma economicidade visto seu baixo custo, porém outros fatores devem ser considerados nesse aspecto, como a espalhabilidade e a oleosidade, fatores estes, que podem causar não só desconforto para o paciente, mas também problemas dermatológicos. Em um artigo de revisão, encontrou-se a falta de evidências científicas concretas sobre a eficácia do AGE na prevenção e no tratamento de feridas. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que há a necessidade de ensaios clínicos randomizados e duplo cegos com seres humanos, somente assim, poderá produzir evidências fortes sobre a utilização de produtos a base de AGE.

Referência:

Ferreira A M, Souza B M V, Rigotti M A, Loureiro M R D. The use of fatty acids in wound care: an integrative review of the Brazilian literature. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):745-53 www.ee.usp.br/reeusp/

AÇÕES PROPOSTAS PELOS ENFERMEIROS NA BUSCA DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O ATENDIMENTO EFICAZ NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

IVAN FLÁVIO SILVA; SANDRA MARIA CONCEIÇÃO; ELIZIA CALIXTO PAIVA; INGRIDY TAYANE GONÇALVES PIRES; MARIA MADALENA SALATIEL JULIO ANHANGUERA KROTON TABOÃO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermeiros; Úlcera por Pressão; Prevenção.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão é atualmente considerada um problema de saúde altamente complexa e multifatorial de alto custo tanto para a rede particular como para a rede pública de saúde (SCEMONS ET AL 2011). O desenvolvimento da úlcera por pressão pode ocorrer em menos de duas a seis horas, destacando desta forma a importância de uma detecção precoce dos pacientes vulneráveis, todo este processo de avaliação é privativo do Enfermeiro, já que o mesmo apresenta condições técnicas adequadas para evoluir e avaliar cada paciente que esteja sobre sua responsabilidade e assim classificando o risco de cada paciente em desenvolver ou não uma úlcera por pressão, fato esse encontrado no Exercício Profissional da Enfermagem lei 7498/96 que refere uma série de procedimentos competente ao enfermeiro. **OBJETIVO GERAL:** Descrever o processo da úlcera por pressão identificando os protocolos existentes para que o enfermeiro possa atuar com eficácia na prevenção. **METODOLOGIA:** Este trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa científica qualitativa descritiva, com base em artigos de revista e literaturas para proporcionar maior familiaridade com o problema, limitando-se artigos de revista e literatura com publicação nos últimos 10 anos. **DISCUSSÃO:** O enfermeiro ao por em prática suas ações deve proceder de forma segura garantindo ao seu paciente que a assistência realizada não lhe trará qualquer prejuízo além de aplicar os protocolos existentes para prevenção de úlceras por pressão. **CONCLUSÃO:** A busca do enfermeiro em novas ações tecnológicas para atualizar a assistência na prevenção de úlcera por pressão ainda hoje é muito complexa, é necessária muita pesquisa, conhecimento, competência técnica, científica e ética, garantindo uma assistência de enfermagem segura, com embasamento científico e de baixo custo para o sistema de saúde.

Referências:

Conselho Regional de Enfermagem – Coren Competência do Enfermeiro para Realizar o Procedimento de Troca de Sonda Parecer Técnico Nº 001/2012.

SCEMONS, Donna; Hilton, Denise. Nurse to Nurse cuidados com feridas em enfermagem. Porto Alegre 2011.

PO - 488 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

FERNANDA MARCHIORI NULL¹; DANIELLY DOS ANJOS FRESCHI²; GIOVANA RIBAU PICOLO³¹HOSPITAL SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL; ^{2,3}HOSPITAL SÃO CAMILO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.**Palavras-chave:** Dermatite; Incontinência urinária; Incontinência fecal.

INTRODUÇÃO: A manutenção da integridade cutânea é uma das preocupações dos profissionais de enfermagem. Isso porque, o extrato córneo – camada superficial da pele – confere uma barreira protetora, evitando lesões cutâneas decorrentes de possíveis fatores extrínsecos. Ao se considerar uma série de fatores ambientais que se relacionam com a idade e afetam a eficiência da barreira de hidratação da pele, tem-se aumento do risco de dermatite associada à incontinência (DAI) relacionada ao envelhecimento e, como concomitantemente, há maior risco de incontinência urinária e fecal nessa faixa etária. Mediante ao exposto, considera-se de suma importância que o enfermeiro esteja instrumentalizado para o cuidado de qualidade, para isso, é necessário existir profissionais envolvidos e qualificados que orientem a prevenção e o tratamento por meio de protocolos institucionais competentes e seguros, considerando que a padronização dos produtos é fator decisivo na eficácia e na redução dos custos. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e tratamento de DAI, em uma rede de hospitais particular de grande porte da cidade de São Paulo. **MÉTODO:** O Protocolo foi elaborado a partir do Consenso de DAI e através da escolha e padronização de materiais específicos para prevenção e tratamento de DAI. Foi instituído para todos os pacientes com incontinência o uso do creme barreira em todas as trocas, para pacientes incontinentes que evoluíam com hiperemia foi adicionado após o banho película protetora sem ardor em lenços de espuma e após e em todas as outras trocas creme barreira, quando havia desnudação mantivemos a película protetora sem ardor em lenços de espuma após o banho e em todas as trocas a utilização de creme a base de vitamina B5 associada ao hidrocolóide pó. Sempre reavaliando a cada 72h. Depois de elaborado e aprovado, foi realizado treinamento da equipe de Enfermagem do hospital, a fim de capacitar toda a equipe a aplicar o protocolo. **RESULTADOS:** Após a capacitação, foi possível observar uma redução das ocorrências de DAI e também de suas complicações. **CONCLUSÃO:** A implantação do Protocolo e o treinamento de toda a equipe de enfermagem resultou em uma maior conscientização da importância da vigilância sobre a integridade da pele do paciente e conseqüentemente a melhora do cuidado. Estas intervenções somadas levaram a uma queda significativa na incidência de DAI e maior envolvimento da equipe de Enfermagem na prevenção.

USO DE ALGINATO DE PRATA EM FERIDAS CRONICAS INFECTADAS: ANÁLISE DE CUSTO EFETIVIDADE PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

LUCIANA LOPES MENSOR¹; DANIELLE FRASSI BASTOS²; ADRIANO ANTONIO MEHL³

^{1,2}BBRAUN BRASIL, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL; ³HOSPITAL PILAR, CURITIBA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Alginato de Prata; Custo-Efetividade; Saúde Suplementar.

Curativos à base de prata vêm sendo empregados há anos na redução dos sinais clínicos de infecção e colonização de feridas. Entre as apresentações comerciais contendo prata para uso tópico disponíveis no Brasil, com alta capacidade de absorção de exsudatos, estão os curativos à base de alginato de prata em matriz de poliuretano, onde a prata encontra-se em estado iônico e pronta para o uso, ou seja, sem necessidade de ativação prévia. O nível de evidência atual já nos permite atribuir efetividade superior destes curativos na redução dos sinais clínicos de infecção, quando comparados a alternativas sem prata. **OBJETIVO:** Avaliar a custo-efetividade de curativos a base de alginato de prata versus alginato de cálcio para o tratamento de feridas crônicas infectadas, sob a perspectiva da Saúde Suplementar do Brasil. **MÉTODOS:** Análise de custo-efetividade do alginato de prata com base em dados clínicos provenientes de revisão sistemática de literatura, no que se refere à redução de sinais clínicos de infecção e melhora no estado bacteriológico das lesões, bem como nos custos médicos diretos para tratamento de feridas crônicas em estágio III ou IV, obtidos por análise de microcusteio. Foram realizadas análises em horizonte de tempo de 58 dias após diagnóstico de infecção ou colonização crítica, para os três subgrupos de pacientes portadores das feridas crônicas mais comuns: pé diabético, úlcera venosa de membros inferiores e úlcera por pressão. **RESULTADOS:** A razão de custo efetividade incremental mostrou-se favorável a incorporação do alginato de prata nos três subgrupos de pacientes em avaliação, evidenciando resultados de economia de recursos financeiros que variam entre 9 e 12 mil reais por paciente para o subgrupo de diabéticos e 8 e 11 mil reais por paciente para os não diabéticos (subgrupos úlcera venosa e úlcera por pressão). **CONCLUSÃO:** Curativos a base de alginato de prata podem constituir alternativas viáveis ao tratamento de feridas crônicas em estágios III e IV, trazendo benefícios tanto aos pacientes como ao sistema de saúde em avaliação, por evitar desfechos clínicos negativos associados a piora do quadro infeccioso e seus custos relacionados.

PO - 490 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CURATIVOS ESPECIAIS: VANTAGENS E DESVANTAGENS NA SUA UTILIZAÇÃO

JACIARA VIEIRA BORGES; RUAN AURELIO FERREIRA; GREICE LESSA
UNIBAVE, ORLEANS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Curativos Especiais; Hospital.

INTRODUÇÃO: As feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia. Com essas situações a pele precisa ser tratada e observada por profissionais para o acompanhamento da evolução, orientação e execução o curativo. Os curativos especiais são classificados como coberturas cada vez mais sofisticadas para acelerar o processo de cicatrização, minimizar desconforto ao pacientes, diminuir os custos hospitalares e o tempo de internação. **OBJETIVO:** Identificar as vantagens e desvantagens da utilização dos curativos especiais em relação à cicatrização, qualidade de vida do paciente e custos para a instituição. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Participaram do estudo quatro instituições hospitalares de caráter privado, filantrópico e autarquia municipal localizadas no sul de Santa Catarina, mais especificamente os coordenadores das comissões de curativos dos respectivos hospitais. Os dados foram analisados com base em Minayo (2015) do tipo análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE sob o Parecer nº 1.124.914 em junho de 2015. **RESULTADOS:** Como principais vantagens da utilização de curativos especiais, sugeriram: diminuição do tempo de internação, aumento da cicatrização, diminuição da infecção local, redução de trocas de curativo trazendo conforto e minimização da dor. Entre as desvantagens sobressaíram custo elevado com relação aos curativos tradicionais e a exigência de protocolos para sua utilização nos casos de convênios. **CONCLUSÃO:** De acordo com os resultados obtidos, observou-se que são amplas as vantagens dos curativos especiais devido a sua qualidade e diversidade porém deve estar principalmente associado a uma avaliação e indicação ideal. A diminuição do tempo de internação ocasiona poucos gastos com o tratamento, por isso o preço é um aspecto relevante a ser considerado. Outras desvantagens relacionadas aos produtos especificadamente refletem na utilização inadequada devido a falta de atualização dos profissionais em cuidados com feridas. Os conhecimentos produzidos por esta pesquisa não só da suporte para uma assistência hospitalar melhor com também são bases para estudos futuros.

PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO USO DA PLACA DE ELETROCAUTÉRIO

GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; ELISANDRA NOGUEIRA RAZERA; CARLA COMIN NUNES; NOELUCY TELES FERREIRA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Prevenção; Lesões; Eletrocautério.

INTRODUÇÃO: Eletrocautério é um aparelho de alta tensão elétrica em baixa tensão, usada para cortar e coagular os tecidos por descarga elétrica, utilizado em sala operatória (PARRA, GIANNASTTASIO, DINIZ, 2012). Este dispositivo utiliza uma corrente elétrica que passa através do corpo do paciente sendo neutralizada por meio de uma placa dispersiva, também chamada de placa neutra, que deve ser colocada em uma fibra muscular, em local limpo, seco e sem pelos. É importante observar que esta seja colocada após o paciente já estar posicionado, além de atentar para a retirada de adornos metálicos tais como brinco, corrente e anéis, cuidando para que a pele do paciente não fique em contato com partes metálicas da cama operatória (AFONSO et.al., 2010). Ao término do procedimento a remoção da placa neutra deve ser realizada com cuidado pois esse procedimento é essencial na prevenção de lesões diretas na pele. Para tanto, faz-se necessário que a enfermagem esteja atenta e comprometida em olhar esse paciente como um todo, pois no pós-operatório imediato é imprescindível que se realize um exame físico objetivando detectar alguma lesão instalada. **OBJETIVO:** Relatar a experiência enquanto acadêmica em relação ao uso da placa de eletrocautério. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, diante a vivência enquanto acadêmica do Curso de Enfermagem, em uma sala operatória, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto de 2015. **RESULTADOS:** A partir dessa vivência, observou-se que a maioria das vezes, é o técnico de enfermagem que manuseia a placa de eletrocautério no paciente, e que a placa é colocada no local mais próximo da ferida operatória. Constatou-se também, o cuidado para que o paciente não faça uso de adornos metálicos, e que não mantenham contato da pele com a cama cirúrgica. A placa é de uso descartável, e sempre colocado em uma fibra muscular, evitando proeminência óssea, superfícies com feridas e tecidos adiposos (SOBECC,2013). **CONCLUSÃO:** A partir das evidências observadas a placa neutra foi utilizada corretamente obedecendo padrões de segurança do paciente, prevenindo possíveis lesões causadas pelo uso inadequado da mesma. Nesse setor não há relatos recentes de ocorrências de queimaduras por eletrocautérios nos pacientes atendidos nesta instituição de saúde.

PO - 492 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TÉCNICA PARA RETIRADA DE GESSO NO MÉTODO PONSETI VISANDO REDUZIR O TRAUMA NA PELE DO RECÉM-NASCIDO

VALDELICE NONATO DOS SANTOS SOUZA; SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR; PATRÍCIA OLIVEIRA DE ALMEIDA; ANITA DA SILVA
UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE OSASCO, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Método Ponseti; Pé torto congênito; Tratamento.

INTRODUÇÃO: O pé torto congênito (PTC) é uma deformidade comum dos membros inferiores nos recém nascidos, há controvérsias em relação à etiologia e o tratamento, sendo classificado em quatro categorias: postural, idiopático, sindrômico e teratológico¹. Seu quadro clínico apresenta o tipo rígido e o flexível, conforme a gravidade das deformidades e a redutibilidade². **OBJETIVO:** Apresentar uma técnica para retirada de gesso no recém-nascido com pé torto congênito, visando a redução de trauma de pele após tratamento pela técnica de ponseti. **MÉTODO:** Estudo de caso em 2014, na Clínica Médica de atendimento primário ambulatorial, na cidade de Barueri, com método Ponseti para o tratamento do PTC no participante BHRP nascido no Hospital Francisco Moran de parto normal de 36 semanas. Este foi diagnosticado com PTC Bilateral, aos 2 meses no dia 20/04/2014, sendo submetido à manipulação médica corretiva e colocação de aparelho gessado um em cada perna semelhantemente na primeira consulta, permanecendo durante 5 semanas até a obtenção da correção da deformidade. **RESULTADOS:** O gesso foi retirado com o paciente na banheira de plástico com água morna, onde ficou com as partes engessadas submersas durante 20 minutos. A eficiência do método Ponseti foi detectada com a avaliação do paciente após o tratamento, sem quadro de dor, rigidez ligamentar e capsular ou fraqueza, com a técnica de retirada de gesso em água morna notou-se o resultado de redução de traumas decorrentes do uso de serra, bico de pato ou abridor de gesso, o que leva o recém-nascido a uma agitação grande. **CONCLUSÃO:** A técnica favorece a recuperação total do paciente, ao retirar o gesso deste modo temos a diminuição do stresse dos familiares e do paciente, evitando assim acidentes e traumas de pele na retirada do gesso.

Referências:

¹ Maranhão DAC, Volpon JB. Pé Torto Congênito. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In: Acta Ortop. Bras. Vol.19, nº 3, p.163-188. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v19n3/a10v19n3>> Acesso em: 27 abr. 2015.

² Lara LCR, Montesi Neto DJC, Prado FR, Barreto AP. Tratamento do pé torto congênito idiopático pelo método de Ponseti: 10 anos de experiência. In: Rev. bras. ortop. Vol. 48, n.4. São Paulo July/Aug. 2013.

O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE FERIDAS

ANITA DA SILVA; SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR; HADALLIELIDA LEITE DE OLIVEIRA; RORINEI DOS SANTOS LEAL; PATRÍCIA OLIVEIRA DE ALMEIDA
UNIVERSIDADE ANHANGUERA DE SÃO PAULO CAMPUS CAMPO LIMPO, BARUERI - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Avaliação de enfermagem; Classificação.

INTRODUÇÃO: A pele é o maior órgão do corpo e é o que mantém uma relação direta de contato com o meio externo, estando mais propensa ao desenvolvimento de danos, tais como diminuição de elasticidade, perda de sensibilidade e fragilidade capilar¹. **OBJETIVO:** Demonstrar como o enfermeiro deve classificar os tipos de feridas. **MÉTODO:** Revisão sistemática da literatura, com artigos científicos publicados em periódicos indexados com os descritores: feridas, cicatrização e avaliação em enfermagem e exame físico, combinados por meio do conector booleano "AND" e livros. **RESULTADOS:** Ferida é a perda da continuidade da pele, ou a mesma não íntegra. Podendo ser chamada de deformidade ou lesão, podendo ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica^{1,2}. As feridas são superficiais quando limitadas à epiderme, derme e hipoderme, e profundas, quando outras são atingidas (fásiais, músculos, aponeuroses, articulações cartilagens, tendões, ligamento, ossos, vasos e órgãos cavitários). No que se refere as classificações principais das feridas temos: feridas agudas (causadas por traumas ou cirurgias), as crônicas (processo cicatricial mais demorado, podendo estar relacionada com doenças de base tais como diabetes), espessura total (destruição tecidual da derme, envolvendo tecido subcutâneo, músculos ou as vezes ósseo), espessura parcial (destruição do tecido que atravessa a epiderme e a derme), larecação (bordas desiguais) e as úlceras, que dividem-se em arterial (por isquemia, incluindo dor e perda tecidual), venosa (perdas de epiderme em nível variado, causado por edema e outras sequelas), diabética (por trauma ou pressão como doença vascular relacionada a diabetes), e as úlceras por pressão (por isquemia secundária à compressão, conhecido também como úlcera de decúbito ou escara). Estas podem ter tecidos de granulação, esfacelos, fibrina, necrose dentre outros^{1,2,3}. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro avalia e classifica as feridas, mas para tal, precisa estar embasado cientificamente e ter conhecimento teórico prático para tal ação.

PO - 494 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA: USO DE CURATIVO DO TIPO ESPUMA COM PRATA EM FERIDA OPERATÓRIA DE TERATOMA SACROCOCCÍGEO

MARIA CRISTIANE SOARES DE LEMOS; JOSÉLIA MARIA LOPES DOS PRAZERES; LUCIANA HOLANDA TEIXEIRA MEDEIROS; MARA WANESSA LIMA E SILVA; ALYNE MARIA SAMPAIO GOMES
HOSPITAL REGIONAL NORTE, SOBRAL - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Teratoma; Curativo; Ferida operatória.

INTRODUÇÃO: O teratoma sacrococccígeo é um tumor benigno, composto pelas três camadas de células germinativas e com origem na falha de migração das células pluripotenciais. O tratamento de eleição é a ressecção completa do teratoma. A complicação mais frequente no tratamento das feridas é a ocorrência de infecção local ou sistêmica. Acompanhou-se a evolução de cicatrização de ferida operatória com o uso de cobertura antibacteriana com prata, que consiste em uma espuma macia de poliuretano com alta capacidade de absorção e retenção do exsudato. **OBJETIVO:** Descrever os benefícios do curativo tipo espuma com prata em ferida operatória com cicatrização por segunda intenção. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em hospital público estadual localizado em Sobral-CE, no período de agosto a setembro de 2015, em um paciente pós-operatório de ressecção de teratoma sacrococccígeo. Como conduta tópica, foi utilizado o curativo de espuma com prata por três semanas e após este período até a cicatrização, foi utilizado o ácido graxo essencial. A coleta de dados foi realizada por acompanhamento clínico e registros fotográficos, esses, autorizado pelo responsável legal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios da Resolução n.º 196/96, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **RELATO DO CASO:** paciente recém-nascido, sexo masculino, nascido de parto cesáreo, a termo, em pós-operatório, ferida operatória limpa, contendo pouco exsudato e com cicatrização por segunda intenção. Após a avaliação da equipe cirúrgica e de curativo da instituição, optou-se pelo curativo de espuma com prata. Neste período, as trocas ocorreram a cada dois dias, com excelente evolução no processo de cicatrização, possibilitando a alta hospitalar do paciente com cicatrização completa da ferida. **RESULTADOS:** Na evolução do tratamento observou-se o surgimento de tecido granulação, selamento de bordas, diminuição de edema, manutenção do meio úmido, absorção do exsudato. **CONCLUSÃO:** O uso das coberturas especiais diminuiu o número de troca, reduzindo o risco de infecção, a dor e o custo do tratamento. Além disso, favoreceu na diminuição do tempo de permanência no hospital.

Referências:

LEGBO, J.N, OPARA, W.E, LEGBO, J.F. Mature sacrococcygeal teratoma: case report. Afr Health Scien. 2008.
PRAZERES, S.J. Tratamento de Feridas: Teoria e Prática. Porto Alegre: Moria; 2009.

A FIXAÇÃO DO TUBO OROTRAQUEAL NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS LABIAIS

YTERFANIA SOARES FEITOSA SOARES FEITOSA; AURILENE LIMA DA SILVA LIMA SILVA; KARINY DA SILVA ARRAIS SILVA ARRAIS; JONATHAN BARBOSA CANTO BARBOSA CANTO; EMMILY MARIA DANTAS MACEDO SANTANA BESSA DANTAS MACEDO SANTANA BESSA
HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Assistência de enfermagem; Protocolos.

A intubação orotraqueal demanda do enfermeiro cuidado e manutenção do mesmo. Ainda hoje, utiliza-se, com frequência para fixá-lo, esparadrapo ou outra bandagem adesiva. As trocas das fixações podem ocasionar ulcerações labiais e faciais que podem ser identificadas como problema de segurança do paciente e representar um adicional nos encargos financeiros (BECCARIA, L.M., 2009). Cabe ao enfermeiro, em especial ao estomaterapeuta prevenir lesões de pele, e neste sentido, manter o cuidado da pele, contra lesões mecânicas ou químicas. O Serviço de Estomaterapia ao identificar lacunas como as descritas, no cuidado de enfermagem relativo a fixação do tubo orotraqueal, decidiu padronizar o uso de um dispositivo fixador com placa de hidrocoloide e tira de reposição acolchoada não estéril, ajustável, lavável e de fácil fixação no pescoço. Foi desenvolvido um protocolo para utilização com objetivo de manter a integridade da pele e segurança na manipulação do tubo. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência de hospital especializado no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, localizado em Fortaleza-CE, no período de janeiro e fevereiro de 2015. Os pacientes foram adultos com idade entre 30 e 60 anos, internados nas unidades de terapia intensiva, com permanência do tubo orotraqueal por mais de sete dias e com bom prognóstico. **RESULTADOS:** A fixação utilizada permaneceu cerca de 7 a 11 dias, proporcionou a mobilização/ reposicionamento segura do tubo orotraqueal, minimizando o risco de extubação, além de facilitar a higiene da cavidade oral e aspirações orotraqueais. Ademais, reduziu a ocorrência de úlceras labiais e de face, comuns anteriormente, quando eram utilizados fixadores tradicionais atingindo ao desfecho proposto. A boa adesividade e fácil manejo convalidam sua padronização pela instituição, que tem como fim maior prestar uma assistência de qualidade a seus pacientes, primando por uma assistência de excelência.

PO - 496 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

GUIDELINE PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUEIMADO ADULTO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

TATIANA MARTINS; FABIANA MINATI DE PINHO; LUCIA NAZARETH AMANTE; CARLA VIEIRA AMANTE SENNA; BRUNA TELEMBERG SELL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, SÃO JOSE - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Diretriz ou Diretrizes; Queimaduras.

INTRODUÇÃO: As queimaduras atingem as pessoas de todas as idades e ambos os sexos, é a principal causa externa de morte e constitui um problema de saúde pública. O atendimento hospitalar requer a organização de um guideline de cuidados de enfermagem ao paciente queimado adulto, cuja padronização melhora a segurança do paciente. Neste sentido, objetivou-se construir coletivamente com os enfermeiros um guideline voltado para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

MÉTODO: Realizado em um hospital de ensino, envolvendo 43 enfermeiros, das clínicas cirúrgicas, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva adulto e emergência adulto. A coleta dos dados foi através de Entrevista e Discussão em Grupo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer consubstanciado Nº 205.497. Os dados foram analisados de acordo com Bardin. **RESULTADOS:** Originaram-se três categorias: educação permanente; interdisciplinaridade e identificação das tecnologias de cuidado de enfermagem. A metodologia utilizada durante o estudo propiciou aos profissionais de enfermagem a oportunidade de repensar a prática do cuidado, possibilitando a construção coletiva do conhecimento e a troca de experiências entre os profissionais. Deste modo, todas as práticas educativas devem ser constantes no cotidiano do exercício desta função. Por outro lado, a enfermagem é uma profissão que presta assistência ao ser humano em todas as etapas de seu processo saúde-doença, além da organização de como fazer este cuidado, a interdisciplinaridade é constante entre as equipes envolvidas e os serviços. Para isto, a enfermagem necessita ter conhecimentos sobre o cuidado com o paciente queimado e de uma aprendizagem contínua sobre esta temática. As tecnologias de cuidado elencadas pelos enfermeiros compõem um guideline de cuidados de enfermagem que o padroniza. Ressalta-se que todas as ações de enfermagem serão continuamente avaliadas para que não sejam executadas de forma indiscriminada, casual ou arbitrária, mas sim de forma científica e planejada com vistas ao atendimento das necessidades do paciente. **CONCLUSÃO:** O método favoreceu o processo da elaboração do guideline, pois os enfermeiros repensaram sua prática, contribuindo para a padronização do cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto.

AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MARA WANESSA LIMA E SILVA¹; WESLLANY SOUSA SANTANA²; THALYTA PORTELA DE OLIVEIRA³

¹HOSPITAL REGIONAL NORTE, SOBRAL - CE - BRASIL; ²CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU, TERESINA - PI - BRASIL; ³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Terapia intensiva; Úlcera por pressão; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP em pacientes críticos internados nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) são: instabilidade hemodinâmica, limitação da mobilidade, estado geral comprometido, condição nutricional inadequada e idade. A identificação dos fatores de risco para UPP ocorre por meio de instrumentos de avaliação específicos. As escalas para avaliação de risco mais conhecidas são a de Norton, Gosnell, Waterlow, e a mais utilizada é a Escala de Braden. Esta escala avalia fatores de acordo com seis parâmetros: percepção sensorial, atividade e mobilidade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. **OBJETIVO:** Identificar pesquisas que abordem à avaliação do risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica referente à avaliação do risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Foi realizada leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa indexados nos bancos de dados Lilacs e Scielo. A busca dos dados foi efetuada no mês de maio do ano de 2015. A revisão teve início com o levantamento bibliográfico, leitura exploratória do material encontrado, de acordo com os critérios de inclusão: pesquisas que abordaram os descritores estabelecidos: "terapia intensiva" and "úlcera por pressão" and "risco" and "enfermagem" e que se encaixaram na temática, publicados em português, no período de 2010 a 2015 e disponibilizados na íntegra. **RESULTADOS:** Foram encontradas 26 publicações, sendo 20 no Lilacs, das quais três foram escolhidas, e no Scielo foram encontradas seis e destas foram selecionadas quatro. No final da busca restaram sete artigos. Os assuntos mais abordados nas publicações foram: classificação e identificação dos fatores de risco para UPP e análise da utilização de escalas de avaliação de risco para UPP em pacientes críticos. **CONCLUSÃO:** Percebe-se a importância da escolha e aplicação dos instrumentos de avaliação de risco para UPP de acordo com a realidade de cada instituição e com a população atendida, principalmente no ambiente de terapia intensiva.

Referências:

FERNANDES, SSNC; TORRES, VG. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude. Maringá, v. 7, n.3, Jul/Set. 2008.

GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. Úlcera por pressão. In: BORGES, E.L. et al. Feridas: como tratar. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2007.

PO - 498 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

O USO DO SORO FISIOLÓGICO 0,9 % EM LESÕES LIMPAS: UM ESTUDO DE CASO

RENATO AUGUSTO PESIBICZESKI; LIDIA GONÇALVES
SENAC PR, PATO BRANCO - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Soro Fisiológico; Ferida; Limpeza.

Percebemos que na literatura estrangeira existem muitas pesquisas referentes à limpeza de feridas, mas que, no Brasil, este tipo de estudo não é muito comum. Há uma tendência em se desenvolver pesquisas sobre os diferentes tipos de coberturas que devem ser utilizados nas lesões, porém não se tem atribuído a mesma importância à técnica de limpeza. O presente estudo relata o caso clínico de um paciente adulto, sexo masculino, 55 anos, portador de ferida pós-trauma de motocicleta, tratado apenas com Soro Fisiológico e bandagem convencional (gaze + ataduras). O paciente tinha lesões tipo sutura mais escoriações de médio e pequeno porte no dorso do pé D, sendo que o dedo mínimo acabou sofrendo amputação em decorrência do acidente. A coleta de dados foi efetuada através da anamnese e exame físico do paciente, utilizando-se um instrumento com dados relativos às condições do paciente e da lesão, bem como através do registro fotográfico da lesão. Os curativos foram realizados diariamente lavando-se a lesão apenas com SF aplicando o mesmo sob pressão usando o conjunto de seringa e agulha e proporcionando jatos de soros fisiológicos para irrigação da ferida, ao final de aproximadamente dez dias, observou-se a total cicatrização da lesão, sem a presença de infecção ou qualquer anormalidade. Não foram observados desconfortos ou complicações decorrentes do uso do produto, concluindo-se que o mesmo apresentou boa tolerabilidade e eficácia terapêutica para este caso em particular.

O USO DE COLAGENASE, SAF-GEL E CARVÃO ATIVADO EM ÚLCERAS DE PRESSÃO: UM ESTUDO DE CASO

RENATO AUGUSTO PESIBICZESKI¹; LIDIA GONÇALVES²

¹SENAC PR, PATO BRANCO - PR - BRASIL; ²L & R GESTÃO INTELIGENTE EM SAÚDE, PATO BRANCO - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Carvão Ativado; Úlceras; Feridas.

A elaboração deste trabalho teve como motivação o conhecimento das práticas dos profissionais da saúde (Enfermeiro, técnicos e auxiliares) e familiares dos pacientes portadores de feridas ocasionadas por úlcera de pressão. As feridas ocasionadas por úlcera de pressão são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles existentes no tecido, podem ser superficiais ou profundas e localizadas nas proeminências ósseas. Estas feridas tem sido uma grande preocupação para todos os profissionais Enfermeiros que trabalham com pacientes acamados em leito domiciliar retardando o processo de tratamento e prejudicando a eficácia do tratamento em geral, tendo a utilização de uma escala para avaliação de fatores e riscos, facilitando o planejamento dos cuidados preventivos e controles do grau de acuidade. A ideia para a elaboração do projeto surgiu durante a realização de curativos em um paciente domiciliar acamado, com dificuldades de melhora das úlceras de pressão ocasionadas por déficits motores. Durante a realização dos curativos em um paciente idoso (75 anos), tínhamos conversas informais com a esposa do paciente, relatando dificuldade para que houvesse a melhora das úlceras de pressão e que os métodos utilizados até então não estavam sendo eficaz, talvez devido a dificuldade de nutrição, de mobilidade e a falta de mudança de decúbito. Os tipos de curativos oclusivo e aberto com Colagenase e Saf-Gel não deram resultados expressivos no que tange expulsar o exudato da ferida, e com o método utilizado do carvão ativado tivemos um ótimo resultado de melhora em apenas duas semanas de tratamento, sendo que o exudato foi expelido da úlcera mais facilmente e com auxílio mecânico da debridação, ocorreu à melhora da ferida.

PO - 500 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DETERIORO EN LA INTEGRIDAD CUTÁNEA SECUNDARIA A USO REPETITIVO DE CLORHEXIDINA® Y CUIDADO DE ENFERMERÍA: RELATO DE CASO

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA¹; MARÍA ELIZABETH AGUILAR²; PATRICIA LAPEIRA³

¹UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN - COLOMBIA; ²PRAXIS, MEDELLÍN - COLOMBIA; ³UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA, SANTA MARTA - COLOMBIA.

Palavras-chave: Cicatrización de heridas; Cuidados de Enfermería; Enfermería.

INTRODUCCIÓN: Paciente de sexo masculino, 74 años, en julio del 2013, con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica, Linfoma no Hodking B difuso de células grandes en vertebras, laminectomía, paraplejia secundaria, en la segunda semana de hospitalización presentó una úlcera por presión (UPP) en región sacra, recibió 8 ciclos de quimioterapia, utiliza sonda vesical intermitente (5 veces al día). Tratado con antibioticoterapia por infecciones urinarias. El (PET-CT) reportó ausencia de compromiso tumoral. El cateterismo ha sido realizado por enfermera o auxiliar de enfermería en el domicilio utilizando técnica aséptica, clorhexidina® y solución salina para la higienización periuretral. En 2014 se identificó una lesión con aspecto eritematoso del tipo dermatitis por contacto en prepucio y úlcera de 4mm en meato urinario. **OBJETIVO:** Identificar precozmente deterioro en la integridad cutánea, aspecto fundamental del cuidado de enfermería y proporcionar cuidados, favoreciendo proceso de recuperación. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de caso, con consentimiento verbal y escrito para publicar anónimamente el caso. **RESULTADOS:** Diagnóstico "Deterioro de la integridad cutánea", secundario a uso repetitivo de clorhexidina®. Según la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). [1] Interconsulta con urología, se planearon las intervenciones centradas en el cuidado de enfermería en un contexto domiciliario, entre estas: higiene genital rutinaria durante el baño en ducha o en cama y la higiene periuretral con solución salina previa al cateterismo solo si hay presencia de secreciones. Por indicación médica se inició Saforelle loción y crema®, Desitin crema® y fitostimoline® gel para proteger el área genital y periuretral. **CONCLUSIÓN:** El soporte científico mostró que si bien existen controversias respecto a la técnica de higienización periuretral, la tasa de infección en el trato urinario no se altera con la higienización del perineo con agua estéril o no, con el uso de solución de iodo-povidona o clorhexidina®; o aplicando técnica aseada o estéril. [2] Los cuidados de Enfermería oportunos y eficientes favorecen la recuperación y disminuye la ansiedad en el paciente y la familia.

DETERIORO EN LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN GENITALES SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA Y CUIDADO DE ENFERMERÍA: RELATO DE CASO

MARÍA ANGÉLICA ARZUAGA¹; LUIS EDUARDO PAIVA²; PATRICIA LAPEIRA³

^{1,2}UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN - COLOMBIA; ³UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA, SANTA MARTA - COLOMBIA.

Palavras-chave: Cicatrización de heridas; Cuidados de Enfermería; Enfermería.

INTRODUCCIÓN: Paciente de sexo masculino, 74 años, en julio del 2013, fue realizado un diagnóstico médico de Linfoma no Hodgking B difuso de células grandes, localizado en vertebras, laminectomía, paraplejia secundaria, inicialmente con sonda vesical permanente, en la segunda semana de hospitalización presentó una úlcera por presión (UPP) en región sacra, recibió 8 ciclos de quimioterapia, desde diciembre del 2013 utiliza sonda vesical intermitente (5 veces al día). Ha presentado algunas infecciones urinarias, tratadas y con buen resultado en su momento. Se le realizan cultivos de orina periódicamente tanto para diagnóstico como de control postratamiento. En abril del 2014 presentó lesiones exfoliativas en pene y testículos de aspecto blanquecino. Como antecedentes es importante anotar que registra una insuficiencia renal crónica. La Tomografía por Emisión de positrones (PET-CT) del 22-07-2014 reportó ausencia de compromiso tumoral. **OBJETIVO:** Identificar precozmente deterioro en la integridad cutánea, aspecto fundamental del cuidado de enfermería y proporcionar cuidados favoreciendo el proceso de recuperación. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de caso, fue solicitado consentimiento verbal y escrito al paciente para publicar el caso. Se identificó el diagnóstico de "Deterioro de la integridad cutánea", secundario a quimioterapia, la lesión se localizó en testículos y pene. Según la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).[1] Este diagnóstico ha sido definido como el estado en el cual el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en el tejido epidérmico y dérmico. Fue necesaria la interconsulta con urología y se planearon las intervenciones y el seguimiento de enfermería, centrando el cuidado de enfermería en un contexto domiciliario. Entre las actividades se realizó higiene genital con solución salina y aplicación tópica de fitoestimoline crema, se conversó con el paciente y el grupo familiar para que comprendieran el proceso y disminuyeran la ansiedad. De igual forma se hizo un registro fotográfico de las lesiones para evaluar las mismas. **CONCLUSIÓN:** El proceso de quimioterapia conjuntamente con el compromiso inmunológico y nutricional en personas con cáncer favorece el deterioro en la integridad cutánea, incluyendo el área genital, generando ansiedad en el paciente y la familia. Los cuidados de Enfermería oportunos y eficientes favorecen la recuperación y disminuye la ansiedad en el paciente y la familia.

PO - 502 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

EFEITOS DA UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO SOBRE A INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

JOSILENE DE MELO BURITI VASCONCELOS¹; MARIA HELENA LARCHER CALIRI²¹UFPB, JOAO PESSOA - PB - BRASIL; ²EERP/USP, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.**Palavras-chave:** Úlcera por Pressão; Protocolo de Prevenção; Incidência.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UPP) é um problema sério e com elevados índices de incidência nos pacientes críticos, principalmente, devido aos diversos fatores de risco a que esses estão expostos. A incidência de UPP é considerada indicador da qualidade da assistência em saúde e do cuidado de enfermagem. No Brasil, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada o setor referência para monitoramento desse indicador. **OBJETIVO:** Avaliar a incidência de úlceras por pressão na UTI antes e após construção e utilização de um protocolo de prevenção de prevenção. **MÉTODO:** Estudo longitudinal, descritivo e comparativo, realizado em UTI Geral Adulto de Hospital de Ensino, em João Pessoa – PB, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob protocolo CEP/HULW nº 451/11. Foi desenvolvido em duas etapas, antes e após intervenção para construção e utilização do protocolo, resultante de processo interacional entre a equipe de saúde e a pesquisadora. A amostra, definida por acessibilidade, incluiu os pacientes internados sem UP, que permaneceram por no mínimo 48 horas, e totalizou 38 pacientes na fase pré-protocolo e 42 na fase pós-protocolo. A coleta de dados ocorreu no período de três meses, em ambas as fases, por meio de observação das condições de saúde e da pele dos pacientes, com avaliação inicial nas primeiras 24 horas após a admissão e reavaliações a cada 48 horas, até a alta ou óbito. **RESULTADOS:** Os dados mostraram uma incidência de UP de 35,7% antes do protocolo e 8,4% após a sua utilização no serviço. Houve aumento da média do tempo ($15,3 \pm 10,1$) em que os pacientes permaneceram sem UP na fase pós-protocolo, comparando-se à fase pré-protocolo ($9,6 \pm 9,1$). **CONCLUSÃO:** A utilização do protocolo exerceu impacto significativo na redução da incidência de UP e no tempo de ocorrência da lesão. Esses resultados corroboram a importância do uso desses instrumentos como forma de oferecer uma assistência preventiva uniformizada. Ressalta-se a necessidade de seu uso sistemático e contínuo, o qual demanda um processo de educação permanente dos profissionais, que promova consciência e mudança comportamental voltada para prevenção da UP.

EFEITOS DOS CURATIVOS AVANÇADOS DE HIDROGEL COM NANOPARTÍCULA DE PRATA NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS DE PERNA

LUCAS SILVA TEIXEIRA; ROBERTA AZOUBEL; JANAINA SOUSA DIAS BORGES; RONNEY PEREIRA CABRAL; ZELIA PEIXOTO DE LIMA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA, JEQUIÉ - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Hidrogel; Laser; Úlcera da perna.

As úlceras de perna são graves e de abrangência mundial, sendo responsáveis por índices de morbidade e mortalidade significativos. Destacam-se no tratamento o curativo de hidrogel com nanopartícula de prata. **OBJETIVO:** Verificar o efeito do laser associado aos curativos avançados de hidrogel com nanopartícula de prata na cicatrização de úlceras de perna. **METODOLOGIA:** Estudo de intervenção, quase-experimental realizado na UESB/BA, em parceria com IPEN/USP no período de Março de 2014 a Março de 2015, cada paciente foi atendido por 6 meses, tendo alta antecipada, no caso de completa cicatrização. Após limpeza da lesão com soro fisiológico, foi aplicado laser (diodo) AlGaInP, comprimento de onda 660 nm, na forma pontual, intensidade de 18J, nas bordas e leito da lesão, com distância de 1 cm entre os pontos. Após laser, curativo de hidrogel foi aplicado diretamente sobre a lesão, como curativo primário, e as gazes sobre o hidrogel, como curativo secundário. Foram avaliadas a dor (escala análoga visual de dor), área da lesão (maior comprimento vertical x maior comprimento horizontal) e Aplicada a Escala Chonic Ulcer Scale for healing (CUSH) Escala que avalia em conjunto a área, a quantidade de exsudato da lesão e a área, variando de 0 a 17. Quanto menor a escala, melhor a evolução do paciente. **RESULTADOS:** Quanto as características das lesões, dos 22 pacientes atendidos, 40% eram portadores de úlceras venosas, 5% úlcera arterial, 15% diabéticas, e 20% secundárias a erisipela e 5% anemia falciforme. Em relação à dor (Dor Inicial 4,10/Dor Final 0,71), Área (Área Inicial 51,76/Área Final 16,28) e Escore CUSH (Escore CUSH Inicial 12,71/Escore CUSH Final 5,86), pode-se observar que, em média, os valores finais da dor, área e escore CUSH são mais baixos que os valores iniciais. Para avaliar o efeito do tempo, da área, da dor, e das interações entre essas variáveis, na evolução da escala CUSH, medido no momento inicial e final, foi desenvolvido o modelo de ANOVA. Foi detectado efeito estatisticamente significativo da área e do tempo, com p-valor igual a 0,0011 e menor que 0,0001, respectivamente. Foi detectado ainda o efeito da interação entre área e tempo, com p-valor igual a 0,0025. Isso indica que, nos diferentes momentos (inicial e final), há um efeito estatisticamente significativo da área. **CONCLUSÃO:** O laser associado a curativos de Hidrogel com nanopartícula de prata reduziram dor e área das lesões secundárias a úlceras de perna.

PO - 504 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

USO DO MONOFILAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

TALITA FARIAS FEITOSA; MOELISA QUEIROZ DOS SANTOS DANTAS; CÁSSIA BRITO DA SILVA
UNIÃO METROPOLITANA DE ENSINO E CULTURA - UNIME, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Pé Diabético; Avaliação de Risco; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Mais de 10% dos pacientes diagnosticados com DM tem predisposição para o desenvolvimento de úlceras nos pés. Na maioria das vezes os portadores de DM só percebem a existência de uma lesão quando esta encontra-se em um processo de infecção avançado, o que dificulta o tratamento e aumenta a taxa de incidência das amputações. **OBJETIVO:** Verificar na produção científica o grau de confiabilidade do monofilamento de Semmens-Weinstein como um instrumento de avaliação do risco para o pé diabético. **MÉTODO:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura realizada a partir de consulta nas bases de dados eletrônicas CINAHL, MEDLINE, SCOPUS e SCIELO, realizada nos meses de março e abril do ano de 2015. Utilizamos o descritor pé diabético, sendo este referenciado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e a palavra-chave monofilamento para este levantamento bibliográfico, tanto na língua portuguesa, quanto na língua inglesa. Usamos os operadores booleanos "e" e "and", mas obtivemos melhores resultados utilizando o descritor e a palavra-chave separadamente. Para a inclusão dos artigos na revisão foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos indexados nas bases de dados descritas previamente, artigos publicados na íntegra em língua portuguesa e/ou inglesa e publicados nos últimos cinco anos, que compreenderam os anos de 2010 a 2015. **RESULTADOS:** foram selecionados 06 (seis) artigos, compreendendo 05 (cinco) estudos transversais e 01 (um) estudo de coorte. Os seis artigos incluídos na revisão são provenientes de revistas médicas, e não foi encontrada nenhuma publicação de enfermagem que atendesse ao objetivo. **CONCLUSÃO:** O monofilamento de Semmens-Weinstein é um instrumento que tem o melhor desempenho para a avaliação de risco para o pé diabético.

TRATAMENTO DE PÊNFIGO FOLIÁCEO COM PHMB E NANOTECNOLOGIA WISE - RELATO DE EXPERIÊNCIA

SULAMITA REBECA FERNANDES SILVA¹; ANDRÉA PACHECO DA SILVA DULTRA²; JUDITH ANDRADE MELO³
¹CENTRO UNIVERSITÁRIO JORGE AMADO, SALVADOR - BA - BRASIL; ²HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS, SALVADOR - BA - BRASIL; ³TOP SAÚDE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Tratamento de pênfigo foliáceo; Nanotecnologia wise e PHMB; Feridas.

INTRODUÇÃO: Pênfigo Foliáceo doença autoimune, não contagiosa, desencadeada quando o sistema imunológico produz de forma equivocada excesso de anticorpos contra estruturas da pele, que são responsáveis pela união entre as células, fazendo com que as células se separem promovendo passagem de líquido e formação de flictenas na pele. São lesões dolorosas com sensação de ardência e queimação. O Pênfigo Foliáceo pode aparecer em qualquer idade, mas é mais frequente em pessoas a partir dos 40-50 anos, em ambos os sexos. É diagnosticado no mundo todo e conhecido como "fogo selvagem". **OBJETIVO:** Relatar os benefícios do uso da terapia com PHMB (polihexanida biguanida) e Nanotecnologia Wise no processo cicatricial em paciente com Pênfigo Foliáceo. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência iniciado em 27/02/2015 e concluído em 07/03/2015 com PHMB e Nanotecnologia Wise em uma paciente com Pênfigo Foliáceo. Acompanhado o caso através de fotografia, e submetido aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo saúde humana- Resolução de nº 196/96 do Congresso Nacional de Pesquisa. **RESULTADOS:** Paciente M.G. O sexo feminino, 72 anos, portadora de Pênfigo Foliáceo, com queixa de ardência e queimação, sem resultado com outras terapias convencionais. Realizado curativo com limpeza das lesões com PHMB solução e aplicação de Nanotecnologia Wise durante oito dias, com troca a cada 24 horas. Os resultados deste estudo constataram a efetividade do tratamento com PHMB e Nanotecnologia Wise em curto intervalo de tempo, pela eficiência do PHMB, um antimicrobiano não citotóxico e compatível com todas as terapias tópicas para feridas e a Nanotecnologia Wise, que promoveu a penetração dos ativos de ação reparadora, hidratante, calmante, antioxidante e cicatrizante nas camadas mais profundas da pele, contribuindo para o equilíbrio hídrico da pele e sua maturação. **CONCLUSÃO:** Concluímos que, o uso de PHMB solução associada à cobertura das lesões com Nanotecnologia Wise teve resultado satisfatório, evitando-se infecção e acelerando-se o processo cicatricial das lesões resultantes do rompimento dos flictenas na pele, provenientes do Pênfigo Foliáceo.

PO - 506 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

QUALIDADE DE VIDA DOS PORTADORES DE ÚLCERAS VASCULOGÊNICAS: ESCALA DE FERRANS E POWERS

BRUNA TELEMBERG SELL¹; TATIANA MARTINS²; LUCIA NAZARETH AMANTE³; MONIKE VENTURA DE SOUZA⁴; MARIA FERNANDA LEHMKUHL LOCCIONI⁵

¹HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS / POLICLÍNICA DE BARREIROS, SAO JOSE - SC - BRASIL; ^{2,3,4,5}UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Úlcera Varicosa; Doença Arterial Periférica.

INTRODUÇÃO: A úlcera vasculogênica é uma doença crônica de origem arterial ou venosa. Causa expectativas, medo e ansiedade, além de afetar a qualidade de vida dessas pessoas, pelas mudanças ocorridas na execução das atividades da vida diária, restrições sociais e afastamento da vida profissional. As dificuldades encontradas estão desde problemas para caminhar, dançar e realizar suas atividades cotidianas, até problemas econômicos em virtude da restrição nas atividades laborais. **OBJETIVO:** Conhecer o perfil clínico e demográfico e verificar o Índice de Qualidade de Vida (IQV) das pessoas com úlcera vasculogênica internadas em unidade de clínica médica e cirúrgica e acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário no período de agosto a outubro de 2011. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, descritivo realizado com 31 pacientes com úlcera vasculogênica a partir de uma entrevista estruturada e do instrumento de Ferrans e Powers – Versão Feridas. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos com parecer nº 2102/11. **RESULTADOS:** Observou-se a prevalência de úlceras vasculogênicas em homens, pessoas idosas, casadas, aposentadas, tabagistas com média de 31 anos. Constatou-se um maior número de pessoas com úlcera arterial localizadas dos pododáctilos ao terço inferior da perna. O tipo de tecido presente na ferida mais prevalente foi o de granulação/epitelização. A média de tempo de úlcera de 84,16 meses. As doenças associadas mais prevalentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O IQV varia de 0 a 30 e neste estudo apresentou a média de 20,35 (DP 3,647). A mediana foi de 19, sendo o valor mínimo encontrado 14 e o máximo 24. **CONCLUSÃO:** A partir destes dados percebe-se que no geral a qualidade de vida destes pacientes é satisfatória, mas vale destacar que dos sujeitos entrevistados, nenhum atingiu o escore máximo. O estudo aponta que as úlceras vasculogênicas dificultam a realização das atividades diárias, causam problemas sociais e profissionais exigindo mudanças e adaptações, sendo imprescindível a elaboração de mais estudos que criem ou atualizem protocolos para o cuidado, aprofundando e buscando conhecimento técnico-científico. Por outro lado, há que se investir na melhoria da qualidade da assistência realizando capacitações para a equipe multiprofissional, além de focar na educação em saúde tanto para os profissionais como para os familiares e/ou cuidadores visando o conforto e a segurança do paciente.

USO DE HIDROGEL E HIDROCOLOIDE EM ÚLCERA POR PRESSÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

GIVANILDO CARNEIRO BENICIO¹; ADELAIDE SILVA RODRIGUES²; ILANA FARIAS MOURA³

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA - CE - BRASIL; ²FACULDADE MAURICIO DE NASSAU, FORTALEZA - CE - BRASIL; ³FACULDADE MAURICO DE NASSAU, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Úlceras por Pressão; Terapêutica; Enfermagem.

As úlceras por pressão representam uma grave problemática de saúde pública, que acomete milhares de pessoas em todo o mundo. Desse modo, conhecer as intervenções que reduzam os riscos de complicações, que aceleram o processo cicatricial e minimizam o sofrimento do indivíduo acometido pela lesão torna-se essencial. Tendo em vista a magnitude da problemática e a escassez de evidências científicas que apontem a melhor opção de tratamento das UP, este estudo objetivou realizar uma revisão sistemática sobre o uso do hidrogel e hidrocoloide no tratamento da UP, identificar os estudos sobre essas duas tecnologias e as terapias tópicadas adotadas na comparação, identificar o resultado do uso do hidrogel ou hidrocoloide na cicatrização das UP e analisar os desfechos do uso dessas tecnologias na UP em adultos e idosos. Realizou-se uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais do tipo coorte histórico, nacionais e internacionais, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol a partir de 1994, que abordaram pacientes adultos e idosos portadores de UP em tratamento com hidrogel e/ou hidrocoloide. Os estudos foram identificados eletronicamente por meio de bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS/BIREME, COCHRANE DATABASE, CINAHL e WEB OF SCIENCE, além de buscas manuais. Dois revisores independentes avaliaram e aplicaram os critérios de inclusão nos estudos, a fim de selecionar os relevantes para a revisão. A qualidade metodológica foi avaliada por meio da escala de Jadad e os artigos classificados em três categorias (A, B e C) de acordo com o sigilo de alocação. Os dados foram agrupados e analisados por desfechos. Para análise estatística utilizou-se o programa Bioestat 5.3[®] e o Review Manager 5.0 da Colaboração Cochrane. Onze estudos foram incluídos, todos classificados como ensaios clínicos randomizados. Dez compararam o hidrocoloide com diferentes terapias e um, comparou dois hidrogéis no desbridamento de UP. No controle do exsudato, evidenciou-se uma superioridade dos curativos de espuma em relação ao hidrocoloide. Quanto ao desbridamento, dois hidrogéis foram comparados, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os produtos avaliados. Sugere-se a realização de novos estudos para que se estabeleça quais os produtos mais eficazes, bem como o real benefício dos curativos especiais, um em relação ao outro, no tratamento de úlceras por pressão.

PO - 508 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM ÚLCERA VENOSA: UM RELATO DE CASO

SABRINA OLIVEIRA BORGES; ALCIONE MATOS ABREU; ISABELLE ANDRADE SILVEIRA; BEATRIZ GUITTON
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE -UFF, NITEROI - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Úlcera Venosa; Assistência.

INTRODUÇÃO: As úlceras venosas são lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem à percentual que varia aproximadamente de 80 a 90% das feridas encontradas nesta localização e configuram problema mundialmente grave, sendo responsável por considerável impacto socioeconômico, como a perda de dias de trabalho, aposentadoria precoce e os gastos com a terapêutica, em geral, prolongada, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. **OBJETIVO:** Descrever os principais diagnósticos de enfermagem em uma paciente com úlcera venosa. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso obtido em um ambulatório de reparo de feridas de um hospital universitário do município de Niterói realizado no mês de setembro de 2015. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. Para análise de dados o estudo adotou a taxonomia II da NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) para o estabelecimento dos Diagnósticos. Relato de caso: Paciente M.A.B, 55 anos, negra, casada, 2 filhos, hipertensa, obesa, com dificuldade para deambular, diagnóstico médico de Úlcera Venosa. Relata que a lesão gera repercussões negativas na esfera social e econômica. **RESULTADOS:** A partir da realização da Consulta de Enfermagem foi possível identificar os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Queda, Integridade Tissular Prejudicada, Integridade da Pele Prejudicada, Interação Social Prejudicada, Auto Controle Ineficaz da Saúde, Deambulação Prejudicada, Distúrbio na Imagem, Padrão de Sono Prejudicado. **CONCLUSÃO:** É observado impacto tanto no aspecto físico como psicossocial, que incluem a dor, dificuldades para se locomover, limitações no trabalho doméstico, nas atividades sociais, vergonha de expor as pernas e limitação das atividades de lazer. Por isso, a necessidade de um atendimento multiprofissional. Neste, a Enfermagem se destaca por prestar um serviço ampliado as pessoas com úlcera venosa a partir das avaliações das lesões, dos Diagnósticos de Enfermagem, realizações de curativos e encaminhamentos necessários, além de ações educativas para evolução favorável do processo de cicatrização e prevenção do aparecimento de novas lesões e ocorrência de recidivas.

ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER

JAYLINE RIBEIRO MORAES; ROXANA MESQUITA DE OLIVEIRA TEIXEIRA SIQUEIRA; SARA GABRIELLY DE SOUSA COSTA SOARES; ANTONIA MAURYANE LOPES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde; Síndrome de Fournier.

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Fournier é uma doença rara, provocada por uma infecção bacteriana que afeta as regiões genitais, perineal e perianal, que atinge a camada interna da parede de uma artéria provocando a morte das células e ocasionando uma fasciite necrotizante. A predisposição à gangrena de Fournier está associada a estados de imunossupressão, doenças crônicas, alcoolismo, senilidade, obesidade, anormalidades no sistema urológico e doenças de colos-retais. **OBJETIVO:** Verificar nas evidências científicas as estratégias utilizadas na assistência de pacientes com síndrome de Fournier. **METODOLOGIA:** Trata-se um estudo descritivo, tipo revisão integrativa. Utilizou-se o banco de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a elaboração da revisão integrativa fez-se a adoção de fases, a saber: definição do problema, inclusão, objetivo da pesquisa; concretização dos descritores, seleção dos artigos e definições das informações extraídas dos artigos, bem como categorização, análise, discussão e interpretação dos resultados. Os descritores utilizados foram: Enfermagem and Saúde and Síndrome de Fournier. Os critérios de inclusão foram: os artigos publicados na íntegra, no período de 2006 a 2015. **RESULTADOS:** A seleção constituiu-se de 41 artigos, sendo que apenas 10 artigos enquadraram-se nos critérios de inclusão. Destes, 70% foram publicados em língua portuguesa, 20% em inglês e 10% em espanhol. A cerca do tratamento de pacientes com Síndrome de Fournier, 90% da literatura relatou a importância da assistência qualificada por uma equipe multiprofissional, incluindo intervenção precoce com antibioticoterapia, desbridamento consecutivo, bem como, aproximação das bordas por sutura simples até uso de retalhos e enxertos nas lesões extensas e 10% dos artigos relataram os fatores relacionados com a mortalidade e a percepção dos pacientes e cuidadores a cerca da patologia, evidenciando a necessidade de treinamento tanto nos aspectos cognitivos e psicomotores. **CONCLUSÃO:** Observou-se que o tratamento adotado na condução dos casos, como rápida intervenção, desbridamento precoce e antibioticoterapia de amplo espectro, juntamente com abordagem multidisciplinar, demonstrou-se bastante eficaz no controle da doença, reduzindo a mortalidade. Dessa forma, nota-se a importância de uma assistência de enfermagem qualificada, baseada em evidências, para melhor gerenciamento, avaliação das lesões e melhoria da qualidade de vida do paciente.

PO - 510 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PADRONIZAÇÃO DO CARRINHO DE CURATIVO: CONTRIBUIÇÕES PARA REDUÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO DISTRITO FEDERAL

JÉSSICA MORAES; ALEXANDRA LINO; LUCIENE NATIVIDADE.
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA - DF - BRASIL.

Palavras-chave: Infecção hospitalar; Educação em enfermagem; Protocolos.

INTRODUÇÃO: Sendo as infecções hospitalares um evento adverso comum, é de grande importância o controle para redução de riscos. A infecção hospitalar é multifatorial, ou seja, desde a não prática da lavagem das mãos até o uso de equipamentos invasivos. Segundo Giarola ET AL (2012) o enfermeiro tem papel de educar toda a equipe de saúde, planejando, implementando e participando dos programas de qualificação contínua. O enfermeiro realiza procedimentos invasivos e não invasivos sendo que o mais executados é o curativo, para realizá-lo é comum o enfermeiro utilizar como suporte o carro de curativo. É função do enfermeiro, realizar técnicas adequadas ao manuseio do carrinho de curativos, controlando o risco de infecção pelo mesmo.

OBJETIVO: Avaliar a importância da padronização do carrinho de curativos para redução de infecção hospitalar em um hospital público do Distrito Federal. **MÉTODOS:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa – FEPECS/SES-DF, Nº 38511714.0.0000.5553, trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e quantitativo realizado na Unidade de Clínica Médica de um hospital público do Distrito Federal. A amostra foi selecionada por abordagem intencional, ou seja, subordinada aos objetivos do pesquisador, sendo constituída pelo carrinho de curativos da unidade de Clínica médica/HBDF. Foi realizada coleta de material microbiológico através de swab estéril durante 12 dias para teste piloto. Nos primeiros 6 dias foram efetuadas as coletas sem implementar medidas para a padronização. Após este período, foram implementadas medidas para padronização do carrinho de curativos, em seguida realizada nova coleta, durante 6 dias, seguindo os mesmos critérios. As amostras foram encaminhadas ao Laboratório de Análises Moleculares de Patógenos no Departamento de Biologia Celular da Universidade de Brasília. **RESULTADOS:** As primeiras 12 amostras sem padronização apresentaram os seguintes **RESULTADOS:** 24 staphylococcus aureus, 28 pseudomonas aeruginosa e 18 bactérias gram-negativas. Após a padronização não houve crescimento de micro-organismos em nenhuma amostra. **CONCLUSÃO:** Trata-se de um projeto-piloto, onde continuará por mais um mês a coleta de material microbiológico, para solidificar os dados. Notou-se que não houve nenhum crescimento de micro-organismos no carrinho com a implementação da padronização, nos dando a conclusão de que tal protocolo, quando bem executado, diminui a capacidade de transmissão de micro-organismos pelo carro de procedimentos.

ÚLCERAS POR PRESSÃO TRATADAS COM CREME CONTENDO ÁCIDO HIALURÔNICO 0,2%

JOÃO CEZAR CASTILHO¹; ROSELI MANGUEIRA DOS SANTOS²; MARIA MADALENA SOUZA BENTO³; ROSA ALICE DE FÁTIMA FRANZOLIN⁴; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA⁵

^{1,4}FACULDADE DE JAGUARIÚNA - FAJ, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL; ^{2,3}PROGRAMA MELHOR EM CASA, JAGUARIÚNA - SP - BRASIL; ⁵UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Úlcera por pressão; Ácido hialurônico.

INTRODUÇÃO: Algumas úlceras por pressão (UP) não cicatrizam com produtos usualmente padronizados nas unidades de saúde. Nesses casos, torna-se interessante o uso de novos adjuvantes no processo de cicatrização como, o creme à base de ácido hialurônico (AH). **OBJETIVO:** Relatar a experiência no tratamento de UP com o uso de creme de AH 0,2%. **MÉTODO:** Relato de caso de paciente atendido pelo Programa Melhor em Casa de Jaguariúna-SP. Paciente, feminina, 79 anos, portadora de doença de Alzheimer e glaucoma, com UP na região plantar do pé direito e 5º pododáctilo do mesmo membro. A UP na região plantar evoluiu para osteomielite e foi tratada com antibioticoterapia sistêmica. No dia 08/07/15, iniciou-se limpeza com clorexidina 2% e soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%), além da aplicação de placa de hidrofibra com alginato. No dia 03/08/15, iniciou-se aplicação de ácidos graxos essenciais (AGE). Devido à falta de evolução positiva, em 20/08/15, iniciou-se limpeza diária e aplicação de fina camada de AH 0,2% (1x/dia). A UP no 5º pododáctilo apareceu em 23/07/15. Foi iniciado curativo com limpeza diária e aplicação de AGE. Após 11 dias, a lesão se agravou. Em 03/08/15, optou-se pela aplicação tópica de AH 0,2%. As evoluções dos casos foram acompanhadas e avaliadas diariamente pela enfermeira. Os resultados foram registrados em prontuários do programa assistencial e por meio de fotos. **RESULTADOS:** Após 26 dias de uso tópico de AH 0,2%, foi observada completa cicatrização da UP na região plantar. No caso da UP do 5º pododáctilo, o tratamento tópico com AH cicatrizou a lesão em 20 dias. **CONCLUSÃO:** O curativo envolvendo o uso de AH 0,2%, além de melhorar o processo de cicatrização, preveniu o agravamento do quadro clínico da paciente para possível amputação do membro envolvido.

PO - 512 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR E USO DE CURATIVOS ESPECIAIS EM PACIENTE JOVEM ACOMETIDA POR SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON, UM RELATO DE CASO

CÍNTIA ARAÚJO MATOS¹; KAÍQUE MOREIRA DE SOUZA²; MARÍLIA SOARES FREITAS³; ROSÂNGELA FERRAZ BRITO⁴¹CLÍNICA CURATIVA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; ²SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, ITAPETINGA - BA - BRASIL; ³MEDERI DO SUDOESTE, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL; ⁴CLÍNICA CURATIVA, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA - BRASIL.**Palavras-chave:** Clínica; Curativa; Conquista.

INTRODUÇÃO: Enquanto enfermeiros que tratam de pacientes com diversos tipos de feridas observamos a importância da intervenção precoce e acompanhamento multidisciplinar de saúde no tratamento de pacientes acometidos pela Síndrome de Stevens Johnson. O presente estudo propõe responder a seguinte questão: Quais intervenções multidisciplinares devem estar associadas ao uso de curativos especiais no tratamento de pacientes acometidos pela Síndrome de Stevens Johnson, durante o curso da patologia? **OBJETIVO:** Esse estudo tem como objetivo apresentar as intervenções multidisciplinares que estão associadas ao uso de curativos especiais utilizados para o tratamento precoce da Síndrome de Stevens Johnson. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de caso clínico de uma paciente jovem acometida pela Síndrome de Stevens Johnson após uso de antibióticos durante tratamento de odinofagia. Desenvolvido numa Clínica de Tratamento a Lesões Cutâneas - Curativa, em Vitória da Conquista, Bahia, no período de janeiro a fevereiro de 2013. Os dados foram coletados a partir de relatórios médicos e de enfermagem, e a documentação da evolução da ferida, foi realizada com fotografia digital. **RESULTADOS:** Paciente jovem de 20 anos, com história de crise de ausência e uso regular de lamotigina, apresentou quadro grave de Síndrome de Stevens Johnson com intenso prurido e formação de placas eritematosas em face, tronco, formação de exulceração em mucosa oftálmica e oral e bolha em região genital após uso de antibióticos para tratamento de odonofagia. Foi acompanhada por equipe multidisciplinar em unidade de terapia intensiva com uso de curativos especiais, gaze não aderente rayon e AGE - ácidos graxos essenciais e sessões de oxigenoterapia hiperbárica. As lesões foram epitelizadas em quinze dias após início do tratamento e a paciente recebeu alta hospitalar após vinte e sete dias de internamento livre de riscos. **CONCLUSÃO:** Concluímos que uma abordagem precoce e multidisciplinar foi de grande importância para o tratamento e resolução do caso em curto espaço de tempo após intervenções individualizadas e adequadas. O uso dos curativos especiais associado a oxigenoterapia hiperbárica, auxiliou na cicatrização das lesões, minimizando os danos e riscos causados pela patologia. Foi imprescindível a associação dessas terapias para a acelerar o tempo de cicatrização das lesões.

RELATO DE CASO SOBRE A TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA EM UM PACIENTE COM ÚLCERA POR PRESSÃO NO SAD UBERLÂNDIA-MG

ÉRICA CARNEIRO DE LIMA E SILVA; SÚELLEN SIQUEIRA DE SENE; GHEYSA CHIPER CUNHA; THAÍS FERNAANDA PIMENTA SAD - UBERLANDIA MG, UBERLANDIA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidador; Assistência domiciliar; Curativo.

INTRODUÇÃO: A terapia de feridas por pressão negativa (TFPN) é uma tecnologia invasiva, uma vez que o curativo entra em contato com a ferida aberta, ou seja, tecidos mais profundos e não apenas com a pele íntegra. O tratamento baseia-se na distribuição homogênea de pressão negativa na superfície da ferida, através de um filme oclusivo associado a um material poroso conectado em uma bomba capaz de produzir 80-125mmHg de pressão negativa. Os benefícios terapêuticos dessa modalidade de tratamento, estão relacionados a contração da ferida, eliminação de exsudato e de tecido desvitalizado, melhora do aporte sanguíneo e promove a formação de tecido de granulação. **OBJETIVO:** Relatar experiência positiva do Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia-MG (SAD) no tratamento de úlcera por pressão (UPP) com a TFPN. Descrição: Paciente JBSF, 56 anos, em cuidados paliativos oncológico, portador de tumor cerebral, vigil, pouco contactuante, dependente total para atividades básicas de vida diária, múltiplas UPPs, com alimentação alternativa por gastrostomia. Foi admitido no SAD em 27 de maio de 2014, após 4 meses de internação, desenvolveu as UPPs, sendo a ferida sacral de maior complexidade e sem resposta a tratamentos anteriormente realizados. No dia 05 de novembro de 2014 foi iniciado a TFPN em UPP sacral grau IV, secretiva, com 9 cm de profundidade, cavitária em bordas, 2,5 cm de diâmetro, com tecido de granulação. A troca do curativo era realizada a cada 5 dias, por apresentar-se exsudativa. Após três trocas, houve uma diminuição significativa da profundidade para 0,5 cm, aproximação de bordas e melhora da evolução da ferida. O fechamento definitivo da UPP foi concluído com tratamento convencional (Ácidos Graxos Essenciais). **CONCLUSÃO:** Com o uso da TFPN mostrou resolutividade em caso de feridas crônicas e sem evolução com coberturas convencionais, em um intervalo de tempo curto, foi possível melhorar a homeostase da ferida, diminuir o tamanho, profundidade e complexidade da área cruenta, proporcionando melhor qualidade de vida para o paciente/cuidador.

PO - 514 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA ORIENTAÇÃO DE CURATIVO DOMICILIAR NO PROGRAMA MELHOR EM CASA DE UBERLÂNDIA-MG

ÉRICA CARNEIRO DE LIMA E SILVA; TACIANA ALVES SOUSA; MAYARA MARTINS MENDES; POLLYANE LILIANE SILVA SAD - UBERLANDIA MG, UBERLANDIA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidador; Assistência Domiciliar; Curativo.

INTRODUÇÃO: O Programa Melhor em Casa de Uberlândia (PMCU) assiste a diferentes tipos de pacientes, como os que necessitam de curativos em decorrência das consequências de suas patologias e comorbidades. No período de Abril a Agosto de 2015, 49,5% dos pacientes necessitaram de algum tipo de curativo e 35,6% destes, possuem úlcera por pressão (UPP). Na atenção domiciliar, os profissionais especializados devem orientar a técnica de curativo ao cuidador imediato. Para que fosse efetivo o cuidado das úlceras, as equipes multiprofissionais depositaram extrema confiança nos cuidadores e se dispuseram de instrumentos, muitas das vezes lúdicos, para a prescrição dos curativos. **OBJETIVO:** Relatar as estratégias utilizadas na orientação ao acompanhante e/ou cuidadores sobre curativos domiciliares a pacientes assistidos pelo PMCU. **METODOLOGIA:** A técnica utilizada foi a confecção de prescrições impressas, explicativas, sistematizadas, desde a higienização até cobertura adequada para cada lesão e tecido. Também foram utilizadas ilustrações coloridas a fim de esboçar a úlcera e seus diferentes aspectos, promovendo a identificação dela por meio de cores e formas. **RESULTADO:** Constatou-se a melhora das lesões, segundo evolução observada semanalmente pela equipe multiprofissional, também foi possível identificar a autonomia do cuidador, fazendo com que ele se sentisse responsável por parte do tratamento. **CONCLUSÃO:** Foram observadas uma boa receptividade por parte do cuidador ao receber as orientações e uma melhora na comunicação entre a equipe e família, contribuindo, sobremaneira, para o sucesso da estratégia proposta, além de melhorar a qualidade de vida.

TRATAMENTO DE FERIDAS: QUAL O MELHOR MANEJO?

CRISLENE CAPELLER¹; CHEILA BUENO COSTA²; MARLA TATIANE SANTOS³

¹HSL. PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; ²MAXIMEDSUL, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL; ³HSL.PUCRS, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Úlceras; Tratamento.

INTRODUÇÃO: O tratamento de feridas busca melhores resultados cicatriciais em menor tempo possível. Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra ataque². A idade avançada está associada a uma série de alterações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas e, muitas vezes, as doenças crônicas, que tornam o indivíduo mais suscetível ao trauma e à infecção³. **OBJETIVO:** Relatar a experiência no tratamento de ferida no Idoso em um Hospital Universitário na cidade de Porto Alegre /RS. **MÉTODO:** Relato de experiência. Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente, autorizando o registro de imagens da lesão. **RESULTADOS:** D.O.L., feminino, 83 anos, hipertensa, dislipidêmica, interna no dia 13/04/2015 por piora de abscesso em membro inferior direito, drenada pelo médico assistente no dia 10/04/2015. No dia 15/04/2015 o grupo interdisciplinar de cuidados cutâneos iniciam tratamento com hidrogel a base de alginato, a ferida apresentava necrose de liquefação úmida com odor fétido, bordas descoladas e áreas sangrantes. No dia 20/04/2015 ferida com piora do aspecto medindo 19x12cm, modificado a tecnologia. Início da placa de alginato de cálcio e sódio. Em 09/05/2015 ferida medindo 4x5cm presença de tecido de granulação, recebe alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial do grupo interdisciplinar de cuidados cutâneos. **RESULTADOS:** As tecnologias escolhidas foram com base no reconhecimento do tipo de tecido. Os empregos de gel a base de alginato foi devido à necessidade de desbridamento químico, mas não houve resposta satisfatória. Optou-se pelo alginato em placa cálcio e sódio, pois a ferida muito exsudativa demandava curativo com alto poder absorvente. O Sódio do exsudato e o cálcio do alginato sofrem uma troca iônica formando um gel. Este por sua vez não adere na ferida. O cálcio livre amplia a cascata de coagulação, promovendo o processo de cicatrização. **CONCLUSÃO:** A evolução das feridas deve-se a criteriosa seleção do tratamento do Enfermeiro, no reconhecimento do tipo do tecido, viável ou não viável, considerando a sua efetividade, mecanismo de ação, frequência de troca dos curativos. A implementação da terapia tópica teve por objetivo criar um microambiente local adequado no leito da lesão sem atrapalhar o processo de cicatrização.

PO - 516 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TERAPEUTICA UTILIZANDO CURATIVOS BIOLÓGICOS NO TRATAMENTO DA GOTA TOFÁCEA CRÔNICA

GIVANILDO CARNEIRO BENICIO¹; ILANA FARIAS MOURA²; IVANDO AMANCIO JUNIOR³; ADELAIDE SILVA RODRIGUES⁴
¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA - CE - BRASIL; ^{2,3,4}FACULDADE MAURICIO DE NASSAU, FORTALEZA - CE - BRASIL.

Palavras-chave: Gota Tofácea; Curativos Biológicos; Terapêutica.

A gota é uma doença crônica caracterizada por crises agudas e recidivantes e com depósitos de uratos de sódio nos tecidos. É consequência do excesso de ácido úrico no sangue (hiperuricemia) e somente aparece após anos. Na maioria dos casos a gota é primária e provém de uma hiperuricemia de etiopatogenia complexa e mal-elucidada, relativamente mais frequente no adulto do sexo masculino. A Gota tofácea crônica caracteriza-se pelo achado de tofos (depósito de urato) em vários tecidos, principalmente subcutâneo periarticular e articular em pacientes com doença de longa evolução após muitos surtos de artrite. Caso: Homem caucasiano, 60 anos, apresenta história de gota tofácea, episódios recorrentes de artrite com tofo grande, acinzentado, doloroso e ulcerado com presença de material calcário em região articular suprapatelar. Deambulação claudicante, febre (37,6°C) e aos exames apresentava leucocitose: 14.524 mm; PCR elevada: 7.21 md/ml e elevado ácido úrico sérico: 14 mg/dl. A terapêutica foi uso de prata e carvão ativado com hidrogel no decorrer de um mês. Após 2 meses de tratamento com curativos biológicos e correlatos a cicatrização ocorreu de maneira completa.

KERLIX UTILIZADO COMO ADJUVANTE NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDA EM PACIENTE COM MEDIASTINITE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

TATIANA DE JESUS SILVA; ANA CARLA ARAUJO BRITTO; CLÁUDIA SILVA CHAVES
HOSPITAL DA CIDADE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Mediastinite; Compressa Kerlix; Curativo.

INTRODUÇÃO: Uma das graves complicações da cirurgia de revascularização do miocárdio é a infecção de ferida operatória profunda, estando ela associada a altas taxas de morbi-mortalidade, com consequente aumento de custos médico-hospitalares, internamentos prolongados e reintervenção cirúrgica. A equipe responsável pela condução clínico-cirúrgica dos pacientes acometidos por esse tipo de infecção deve utilizar as melhores evidências disponíveis para individualizar o tratamento com segurança e eficácia. Nesse sentido, as coberturas especiais surgem como terapia coadjuvante no tratamento das feridas operatórias profundas. O tratamento com gaze impregnada com PHMB proporciona absorção, redução do extravasamento de exsudato e atua como uma barreira biológica contra os agentes patógenos. **OBJETIVO:** Relatar a efetividade da compressa Kerlix como terapia adjuvante em um paciente com mediastinite pós-cirúrgica de revascularização miocárdica. **MÉTODO:** Relato de experiência a partir da assistência prestada a um paciente com mediastinite pós-cirúrgica de revascularização miocárdica, que utilizou curativo Kerlix no tratamento da infecção da ferida operatória esternal. O tratamento com Kerlix foi feito por um período de 17 dias, compreendendo 10 trocas. A evolução da área lesada foi acompanhada pela mensuração da largura, comprimento e profundidade e registro fotográfico, conforme protocolo do serviço. **RESULTADO:** Houve contração da ferida, com redução de todas as suas dimensões, aumento da área de granulação e redução de fibrina, além da manutenção da pele íntegra, sem dermatite ou maceração ao redor da lesão. **CONCLUSÃO:** O uso da compressa Kerlix como terapia adjuvante no tratamento de mediastinite após cirurgia de revascularização miocárdica apresentou resultados satisfatórios, dispensando reintervenção cirúrgica.

PO - 518 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO NA SALA DE CURATIVOS DE UM CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE COM O TRATAMENTO DE BOTA DE UNNA EM PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA

RUTH FERREIRA VALVERDE
CMS HAMILTON LAND, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera venosa; Bota de unna; Tratamento ambulatorial.

INTRODUÇÃO: A bota de Unna é opção de terapia compressiva para tratamento de feridas nas unidades de atenção primária. Paciente R.A.P., 56 anos, foi acolhido no C.M.S proveniente de um hospital público. Na data de 05-01-2015 iniciou-se avaliação. Consulta de enfermagem e acompanhamento das lesões cutâneas da sala de curativos. O paciente nega diabetes, se queixa de dor local e dificuldade em deambular, edema (++++/4), esfacelo, tecido desvitalizado, pontos necróticos, tecido cutâneo violáceo, pele ressecada e descamação intensa. Porta lesão crônica venosa profunda desde 2013, medição de 9 x 7 cm em MID na face anterior e lateral 2 x 2 cm, grau 2. Após desbridamento, aplicou-se Bota de Unna nas datas 28-07-2015, 03-08-2015, 10-08-2015. Feito Doppler em 03-08-2015, ITB=0,93. A aplicação da Bota de Unna melhorou o retorno venoso, reduziu o processo inflamatório, exudato, edema, acelerou cicatrização, melhorou a autoestima do paciente. **OBJETIVO:** Relatar experiência do enfermeiro com o uso da Bota de Unna em paciente com úlcera venosa crônica. **METODOLOGIA:** Foram incluídos na amostra pacientes usuário do SUS, portadores de úlcera venosa, de maior compromisso com a proposta do trabalho executado. **RESULTADO:** A terapia compressiva com Bota de Unna tem excelente aproveitamento pois proporcionou melhora progressiva da lesão, promoveu redução do edema e da dor, melhora da circulação, melhora da hidratação cutânea, evidente granulação e retração progressiva da lesão no curto prazo de 15 dias de aplicação prescrita de 7/7 dias a troca, proporcionou maior economia, melhor durabilidade e conforto ao paciente, sem restringi-lo de suas atividades. Parâmetros da medição da lesão: Inicial 09-01-2015= 9 x 7 cm / 09-10-2015= 2 x 3 cm, portanto, houve retração do leito da lesão de 07 cm e evidencia o resultado positivo deste tratamento. Este estudo ainda está em andamento e pretende somar-se em relatório conclusivo ao término do tratamento.

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES OSTOMIZADOS ATENDIDOS NO NÚCLEO DOS OSTOMIZADOS DO OESTE DO PARANÁ - RENASCER

LUIS GUILHERME SBROLINI MARQUES; LORENA MORAES GOETEM GEMELLI; DENISE DE FÁTIMA HOFFMANN RIGO; THAÍS VANESSA BUGS; ANAIR LAZZARI NICOLA
UNIOESTE/HUOP, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Ostomia; Educação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Ostomia é a abertura de um órgão por meio de ato cirúrgico, formando um orifício que possui contato com o meio externo para eliminações de dejetos, secreções, fezes, urina, ou para manter um aporte nutricional adequado. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferenciados por exemplo: no intestino grosso = cólon = colostomia, no intestino delgado = íleo = ileostomia. Sendo realizados devido a condições patológicas do indivíduo.¹ **OBJETIVO:** Apresentar o perfil dos pacientes atendidos no Núcleo dos Ostomizados Renascer durante a assistência de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de caso desenvolvido pelos residentes de enfermagem do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Durante o período de março a abril de 2015, totalizando em trinta e três (33) atendimentos no Núcleo Regional dos Ostomizados do Oeste do Paraná-RENASCER, em Cascavel, Paraná. **RESULTADOS:** O núcleo atende pacientes usuários de ostomias e seus familiares, com o objetivo de educar estes em relação aos cuidados diários, alimentação, desmistificação das ostomias e muitas vezes suporte sempre integrando o binômio (paciente + familiar) no cuidado. Dos 33 pacientes atendidos durante este período 17 (51%) eram do sexo feminino, a faixa etária varia entre 7 meses e 99 anos. Mais da metade dos pacientes 65% (22) eram portadores de colostomia, 11 (30%) ilioestomia e 5% eram de outro tipo de ostomia (cistostomia, jejunostomia e gastrostomia). Do total dos pacientes 19 (57%) eram classificados como ostomias temporárias, tendo pacientes nesta classificação em uso de ostomia por mais de 4 anos. Usuários em condições definitivas 11 (33%) com pacientes em uso de colostomia por mais de 8 anos. Durante este período trabalhamos com os pacientes essencialmente na troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, observação da perspectiva do paciente a respeito do tratamento, vida e cotidiano, buscando compreender medos e angústias, bem como prestar atendimento técnico especializado, sempre estimulando o paciente a ser protagonista no seu cuidado. **CONCLUSÃO:** O desenvolvimento deste estudo possibilitou caracterizar dos pacientes atendidos no núcleo de ostomias. Além de, vivenciar uma assistência de enfermagem caracterizada pela autonomia do enfermeiro e pautada na educação em saúde. Sendo de relevância para os residentes como também para os pacientes que utilizam este tratamento.

PO - 520 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL E FUNCIONALIDADE NA EPIDERMOLISE BOLHOSA: RELATO DE CASO

MARIANA GABRIELA DO AMARAL PEREIRA; KARINA CHAMMA DI PIERO; JULIANA REIS TORRES VASCONCELOS; SANDY MAIRA ALMEIDA DE ANDRADE
UFRJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Epidermólise Bolhosa; Funcionalidade; Feridas.

INTRODUÇÃO: A epidermólise bolhosa é uma desordem genética definida por uma falta de colágeno, sendo manifestada por bolhas que podem surgir espontaneamente ou serem desencadeadas por algum trauma. Os achados cutâneos da doença podem incluir bolhas, ulcerações, calvície cicatricial e pregas distróficas; enquanto os achados extracutâneos manifestam-se em mucosa bucal, dentes, esôfago, laringe, trato gastrointestinal, entre outros. O estado funcional se refere às capacidades que o indivíduo tem na realização de tarefas diárias, dentre elas a higiene, alimentação, mobilização e eliminações. Entende-se, nesse trabalho, funcionalidade como o aspecto positivo, e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Dessa forma, serão abordadas dentro da funcionalidade: as estruturas e funções do corpo, a participação nas atividades de vida diária e a habilidade do indivíduo em desempenhar com sucesso estas atividades. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo verificar e analisar a relação entre as feridas de pele ocasionadas pela epidermólise bolhosa e a funcionalidade do indivíduo atendido na Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele (COMEIP) em um hospital universitário do Rio de Janeiro. **MÉTODO:** O relato de caso desse estudo foi construído a partir da coleta de dados de história clínica e aplicação da avaliação funcional BARTHEL por uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional, mediante Termo de Compromisso Livre e Esclarecido assinado conforme 466 de 2012. **RESULTADOS:** A escala BARTHEL evidenciou pontuação 65/100, com comprometimento nas áreas: BANHO, USO DO TOILET, MOBILIDADE e ESCADAS; e pontuação máxima nas áreas: ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADES ROTINEIRAS, VESTIMENTA, ELIMINAÇÕES e TRANSFERÊNCIAS. Portanto, mesmo com múltiplas ulcerações difusas pelo corpo, o paciente mantém certo grau de funcionalidade em suas atividades cotidianas. **CONCLUSÃO:** Através deste estudo pode-se ressaltar a importância da abordagem multiprofissional integrada no cuidado para melhor adaptação das atividades de vida diária aos indivíduos portadores da epidermólise bolhosa.

MANEJO DE UMA FERIDA TUMORAL NO DOMICÍLIO

ALINE BARROCO LUDWIG; GUILHERME EMANUEL BRUNING; JERONIMA DA SILVEIRA ARNOUD
GHC, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida aberta; Curativos; Cuidados domiciliares de saúde.

INTRODUÇÃO: Estima-se que aproximadamente 10% das pessoas com câncer metastático irão desenvolver uma ferida tumoral.¹

OBJETIVO: Relatar estudo de caso de um paciente portador de ferida oncológica, internado no Programa de Atenção Domiciliar (PAD) do Grupo Hospitalar Conceição. Relato do Caso: Paciente de 39 anos, internou no PAD com o diagnóstico de neoplasia de língua para cuidados paliativos. Acamado, lúcido, orientado, recebendo dieta enteral e ventilando por traqueostomia. Presença de ferida oncológica extensa em região cervical direita, estágio 4, com aspecto fungóide, tecido necrótico, friável, exsudato abundante, odor grau III e sinais de dor intensa. Paciente permaneceu internado durante 22 dias, evoluindo para óbito devido à rápida progressão da doença oncológica. Os curativos e demais cuidados diários demandados foram realizados pela sua esposa, a única cuidadora. Ao longo da internação, aplicamos sobre a ferida metronidazol tópico, cobertura com alginato de cálcio e tela de silicone, associado ao uso sistêmico de metronidazol. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Todos os curativos realizados foram precedidos do uso de morfina para controle da dor. Esta conduta é corroborada por estudos que demonstram a efetividade da farmacoterapia com opióides a fim de reduzir o sofrimento dos pacientes oncológicos em 75% a 90%, modificando o componente afetivo-motivacional da dor, produzindo aumento da sua tolerância.² O objetivo do metronidazol tópico é controlar o odor, reduzindo sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária. A associação com metronidazol via sistêmica está indicado nas feridas com odor grau II ou III, visando acelerar o seu controle.³ Evidenciamos que o alginato de cálcio foi eficaz para o controle do sangramento e redução do exsudato, e que, após a suspensão do metronidazol via oral, o odor se intensificou, demonstrando que a associação entre este fármaco via sistêmica à via tópica reduziu significativamente este sinal. **CONCLUSÃO:** O manejo da ferida neoplásica é um desafio para os profissionais no que diz respeito ao controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos, principalmente pelo fato da cicatrização da ferida não ser o objetivo, e sim, a promoção de conforto e qualidade de vida aos pacientes.

PO - 522 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

LISIANE DOBLER DOBLER PRZYBULINSKI DE SOUZA; KARINE DANTAS GRESSLER; NANSI DA SILVA TEIXEIRA; ZAIRA TERZINHA PEREIRA DE LIMA
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida Operatória; A importância do Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) é indicada aos pacientes com obstruções coronarianas, sem condições de recuperar através da angioplastia. As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo. **OBJETIVO:** Aplicar o Processo de Enfermagem (PE) em um paciente com CRM no sexto dia do pós-operatório. **MÉTODO:** Estudo de Caso realizado em um Hospital Escola do RGS com a implantação do PE validado pelo COREN/RS desde 2013. Estudo aprovado através do projeto: Estratégias de Ensino e Assistência em um Hospital Escola sob o protocolo 02/2015. Foi incluído um paciente no sexto dia do pós-operatório de CRM proveniente de uma unidade de internação cirúrgica. Utilizou-se o PE segundo NANDA-I, Nursing Interventions Classification (NIC), com instrumento de coleta para exame físico baseado nas Necessidade Humanas Básicas (NHB). Os dados foram coletados no prontuário eletrônico e no exame físico realizado à beira do leito, no mês de junho de 2015. **RESULTADOS:** Masculino, 66 anos, casado, hipertensão arterial prévia, hipercolesterolemia, queixas algíca na ferida operatória (FO) do tórax e membro inferior (MIE), (veia safena retirada) com dor dois (2) através da escala numérica, hematomas em FO e perfusão periférica alterada nas extremidades do MIE. Foi elencado como principal o DE Integridade Tissular Prejudicada implementando-se as intervenções NIC de Cuidados com as Lesões (FO) como: Realizar curativo em FO com soro fisiológico a 0,9% uma vez ao dia, Manter MIE envolvido com algodão laminado, Observar sinais flogísticos em FO, Manter Membros Inferiores elevados, Avaliar dor e avisar se ≥ 2 . **CONCLUSÃO:** O paciente recebe alta no oitavo dia de internação, sem sinais flogísticos em FO, sem dor e incisão cirúrgica com sutura presentes. Nas orientações de alta foram incluídos cuidados domiciliares relacionados a curativos, atividades físicas, elevação do MIE, uso de medicações prescritas e avaliação no décimo dia no Ambulatório com médico e enfermeira.

A PESSOA IDOSA COM SKIN TEARS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

MARIA FERNANDA LEHMKUHL LOCCIONI; MARGARETH LINHARES MARTINS; TATIANA MARTINS; RODE DILDA MACHADO DA SILVA; CILENE FERNANDES SOARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, SÃO JOSÉ - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Assistência Domiciliar aos Idosos; Ferimentos e Lesões.

INTRODUÇÃO: Skin Tears (ST) é uma ferida traumática que ocorre principalmente nas extremidades do corpo de idosos, resultantes de fricção ou da combinação de fricção com cisalhamento, levando a separação da epiderme com a derme ou do total afastamento da epiderme e da derme com as estruturas adjacentes¹ ST são caracterizadas pelo formato irregular e imprevisível, leito da ferida raso e friável, profundidade limitada à derme e presença de retalho de pele. Ocorrem de 50% a 80% em membros superiores e 15% a 40% em membros inferiores² e são mais comuns que úlceras por pressão³. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da assistência de enfermagem em domicílio, de um idoso com ST. **MÉTODO:** Qualitativo descritivo, do tipo estudo de caso, sobre J.U.L., sexo masculino, 80 anos, caucasiano, deambulante, hiperativo, cardíaco, com plaquetopenia, apresentando varizes em membros inferiores, diagnóstico de ST-1b (Sistema de Classificação STAR-Lesão por Fricção) 4 em membro inferior direito, devido à lesão por fricção ocasionada após colisão a um banco de madeira. O idoso foi avaliado após 24 horas do acidente no domicílio. Pesquisa realizada de 21 de abril a 21 de maio de 2014. O cuidado foi realizado pela enfermeira assistencial e uma enfermeira Estomaterapeuta, sendo os encontros realizados conforme evolução do quadro clínico e resposta à terapia tópica. **RESULTADOS:** A terapêutica iniciou com limpeza com Solução Fisiológica 0,9% aquecida, remoção do retalho, proteção perilesional com selante, cobertura da ferida com hidrofibra de prata, filme de algodão com poliéster e fixação com fita antialérgica não aderente. Após 15 dias, conforme a resposta positiva a terapia, optou-se por cobertura com placa de hidrocolóide até a cicatrização total. J.U.L. e seus familiares foram orientados à importância de práticas preventivas, como, cuidados locais com a pele, banhos mornos e curtos, protetores de ambiente, e outros, a fim de evitar outras lesões. Além disso, informou-se aos familiares sobre os riscos e cuidados necessários para a prevenção de Úlcera Vasculogênica. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico da lesão e a terapia tópica adequada conforme a fase evolutiva da ferida somados as orientações de cuidados para prevenção de complicações e do surgimento de outras lesões, proporcionaram a completa cicatrização da ST. A terapia tópica é um elemento do conjunto de ações de cuidado, que quando bem instituído e seguido rigorosamente proporciona maior qualidade de vida para a pessoa com ST e sua família.

PO - 524 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DA CITOTOXICIDADE DO TEA TREE OIL (MELALEUCA) EM FIBROBLASTOS DÉRMICOS HUMANOS

VANESSA YURI SUZUKI¹; PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA²; CARLOS ROCHA OLIVEIRA³; LYDIA MASAKO FERREIRA⁴
^{1,4}UNIFESP, SÃO PAULO - SP - BRASIL; ^{2,3}UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI, SÃO PAULO - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Melaleuca; Fibroblastos; Citotoxicidade.

INTRODUÇÃO: Nos últimos anos, a procura por novos agentes capazes de auxiliar na regeneração cutânea vem crescendo de maneira exponencial. Neste sentido a busca por alternativas naturais de tratamento aumentam a cada ano. Uma destas possibilidades que vem sendo explorada é o uso do óleo essencial de Melaleuca alternifolia, uma planta nativa da Austrália, que apresenta diferentes ações, entre dentre elas ação antifúngica e antimicrobiana contra muitas bactérias. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho foi avaliar a atividade citotóxica/proliferativa em linhagem celular de fibroblastos dérmicos humanos (CCD-1072sk). **MÉTODOS:** Para determinação da viabilidade celular e da concentração inibitória 50% (IC50%), foram utilizadas, respectivamente, os métodos de azul de tripano e o teste de redução do MTT à formazan. Além disso, realizou-se o teste de fragmentação de DNA, para possível achado de dano em DNA. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos mostraram que o óleo essencial de melaleuca mostrou citotoxicidade apenas em concentrações superiores a 25% ($p < 0,05$), tanto no teste de MTT como na coloração por azul de tripano. Além disso, ensaios de fragmentação de DNA, para detecção de danos genéticos e apoptose, foram realizados e mostraram que as concentrações utilizadas não induziram a fragmentação de DNA. **CONCLUSÃO:** Os resultados sugerem que a melaleuca, nas concentrações testadas não provocou citotoxicidade nos fibroblastos utilizados, sendo importante alvo para novos estudos no desenvolvimento de novos agentes para o tratamento de feridas.

FATORES DE RISCO PARA DEISCENCIA DE FERIDA OPERATORIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

ANTONIO FRANCISCO MACHADO PEREIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI, TERESINA - PI - BRASIL.

Palavras-chave: Deiscencia; Ferida; Transplante.

INTRODUÇÃO: A pele é a principal barreira de proteção do organismo e tem como funções básicas impedir a perda excessiva de líquidos e proteger da ação de agentes externos. A magnitude e incidência de deiscência em ferida operatória de pacientes transplantados renais têm despertado atenção de pesquisadores e profissionais preocupados com a qualidade da assistência, maior tempo de internação, infecção e aumento de custos. O tratamento de uma ferida depende dos fatores locais e sistêmicos relacionados. **OBJETIVO:** Estabelecer a incidência da deiscência de ferida operatória e identificar fatores de risco para deiscência de ferida operatória em pacientes transplantados renais. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo epidemiológico prospectivo não intervencional com uma amostra de 480 pacientes transplantados renais com doador vivo e falecidos. Destes 56 (11,66%) apresentaram deiscência de ferida operatória. As variáveis coletadas foram demográficas, tipo de doador, tempo de cirurgia, tipo de anastomose ureteral, tempo de permanência da sonda vesical e Índice de Massa Corpórea (IMC). As possíveis variáveis de risco foram analisadas univariavelmente e, posteriormente, multivariado, utilizando o método de regressão logística. O nível de significância estatística foi $p < 0,05$. **RESULTADO:** Foram analisados 480 pacientes transplantados renais (61,5% masculino), idade média 41,56 anos. A incidência de deiscência de ferida operatória foi de 11,6%. Os resultados univariados para DFO foram os seguintes: idade > 42 anos (OR 3,20 IC 1,7-6,04, $p < 0,05$), uso de rapamicina (OR 2,6 IC 1,3-5,2, $p < 0,05$), doador falecido (OR 2,2 IC 1,24-3,8, $p < 0,05$), diabetes mellitus (OR 2,5 IC 1,2-5,2, $p < 0,05$), tempo de cirurgia $> 2h$ (OR 2,6 IC 1,1-5,8, $p < 0,05$), anastomose vesical não-Gregoir (OR 2,1 IC 1,2-3,7, $p < 0,05$), circunferência abdominal $> 88cm$ (OR 2,3 IC 1,3-4,2, $p < 0,05$), índice de massa corpórea $> 24kg/m^2$ (OR 2,3 IC 1,3-4,3, $p < 0,05$), tempo de sondagem vesical > 4 dias (OR 2,1 IC 1,2-3,7, $p < 0,05$). Entretanto em análise multivariada foram significantes os seguintes fatores: Idade > 42 anos (OR 2,7 IC 1,32-5,4, $p < 0,05$), uso de rapamicina (OR 2,9 IC 1,1-7,5, $p < 0,05$), diabetes mellitus (OR 2,33 IC 1,02-5,3, $p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** A deiscência de ferida operatória em transplantado renal é um fenômeno de etiologia multifatorial. Neste estudo foram identificados de forma objetiva os fatores de risco. Estratégias orientadas à intervenção em pacientes com estes fatores podem influir de forma positiva no prognóstico desta complicação freqüente nos pacientes receptores de transplante renal.

Referências:

- Humar A, Matas A. Surgical complications after kidney transplantation. *Semin Dial* 2005;18:505-10.
- Grim S, Slover C, Sankary H, Oberholzer J, Benedetti E, Clark N. Risk factors for wound healing complications in sirolimus-treated renal transplant recipients. *Transplant Proc* 2006;38:3520-3.
- 2007 Annual Report of the U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients. *Transplant Data 1997-2006*. In: Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Division of Transplantation, Rockville, MD; 2007.
- Knight R, Villa M, Laskey R, et al. Risk factors for impaired wound healing in sirolimus-treated renal transplant recipients. *Clin Transplant* 2007;21:460-5.

PO - 526 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

IMPLEMENTAÇÃO DE INSTRUMENTO DE CONTROLE DE ÚLCERA POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ARIANE MARTELET DELLA- FLÓRA MARTELET DELLA-FLÓRA; JÉSSICA KELLY PEREIRA SILVA; ADRIANA DALL ASTA PEREIRA; CARLA LIZANDRA DE LIMA FERREIRA; PRISCILA MELLO MENDOZA CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Enfermagem; Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) trata de pacientes em condições graves, que necessitam monitoramento contínuo. Estas condições podem favorecer o surgimento de úlceras por pressão (UPP). Estas estão associadas a vários fatores, tais como: nutrição, mobilidade, hidratação e principalmente diminuição ou ausência de fluxo sanguíneo no local devido a pressão exercida pelo meio externo (PEDROSA et al 2014). **OBJETIVO:** Relatar a implementação de um instrumento para avaliação de UPP. **METODOLOGIA:** Relato de experiência realizado durante Estágio I do VII semestre do curso de graduação em Enfermagem, em UTI de um hospital escola. **RESULTADOS:** Durante o estágio na UTI percebeu-se a necessidade de elaborar um instrumento para avaliação e controle de úlceras por pressão (UPP). Após pesquisa on-line sobre a temática das UPP elaborou-se um instrumento objetivo, no qual continha: identificação do paciente, Escala de Braden, que utiliza determinantes considerados críticos como intensidade, duração da pressão, tolerância da pele, estrutura e suporte para cada força; características das lesões (local da lesão, tipo de exsudato, tamanho da lesão, desbridamento) e a conduta a ser adotada para tratamento ou prevenção. A implementação de um instrumento visa diminuir ou impedir o aparecimento da lesão, já que esta debilita o indivíduo, tornando-o vulnerável a infecções (SERPA, SANTOS, QUEIROZ, 2011). **CONCLUSÃO:** A implementação do instrumento incentivou a equipe de enfermagem nos cuidados as pessoas com UPP. Assim, espera-se reduzir a incidência de UPP na unidade, bem como se promova um tratamento adequado caso elas apareçam. A inclusão da escala de Braden no instrumento elaborado foi aliada na tomada de decisão clínica ao predizer o desenvolvimento das UP. Sugere-se investimento na elaboração e utilização de instrumentos avaliativos como esse a fim de reduzir os índices de mobilidade por infecções.

ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REALIDADE IMPACTANTE E DE ALTO CUSTO

**MICHAEL VIEIRA AMARANTE; BRUNA BRAZACA; SIMONE ARAÚJO; SILVANA ROSSETTO; RAFAELA MAURE BELCAMINO
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO - RS - BRASIL.**

Palavras-chave: Úlceras por pressão; Enfermagem; Assistência.

O cenário atual do sistema de saúde brasileiro desafia os profissionais de saúde à melhoria contínua, quer seja pelo perfil dos pacientes, quer seja pela complexidade do atendimento. Muitos pacientes, institucionalizados ou não, apresentam restrição de mobilidade, tornando-se suscetíveis ao desenvolvimento de uma série de consequências indesejáveis, dentre elas as úlceras por pressão (UPPs). As UPPs caracterizam-se como lesões da pele e/ou do tecido subjacente, comumente sobre a área de proeminência óssea que resulta da pressão ou associação entre pressão e cisalhamento causado pela fricção. Internações prolongadas e a morbidade dos pacientes elevam a incidência das UPPs nas instituições hospitalares e acarretam aumento dos custos e do tempo de internação. Trata-se de um problema multidisciplinar que pode acarretar dor e sofrimento aos pacientes, portanto toda a equipe de saúde é responsável por avaliar os fatores de risco e instituir medidas de prevenção e tratamento dessas úlceras. Relatar um caso clínico de úlcera por pressão de um paciente atendido em um serviço hospitalar de alta complexidade. O presente trabalho constitui-se em relato de caso sobre úlcera por pressão, ocorrido em hospital do norte do Rio Grande do Sul. Paciente masculino, com 21 anos, vítima de acidente de motocicleta com politraumatismo, permaneceu internado por cerca de 50 dias, com restrição de mobilidade, pela gravidade do caso, tendo desenvolvido úlcera por pressão estágio III em região sacral. Durante a internação, foi acompanhado pela equipe de Pele da instituição que o seguiu, após a alta hospitalar em ambulatório. O paciente, durante cinco meses, recebeu orientações e realizou curativo diário com Fitoscar® pomada e gaze não aderente no ambulatório do município de origem, sendo reavaliado pelo serviço semanalmente. Durante esse período, foi possível observar a cada retorno melhora significativa na cicatrização da lesão. Com o uso da pomada, observou-se aceleração no processo de granulação tecidual, bem como redução do exsudato da ferida. O paciente teve alta ambulatorial com a lesão totalmente cicatrizada. Evidencia-se que nem todos os casos de UPPs podem ser evitados em decorrência do quadro clínico dos pacientes, porém sempre é necessário o acompanhamento por profissionais qualificados, com conhecimento nas estratégias de prevenção e tratamento destas lesões para obtenção de melhores resultados.

PO - 528 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA COM A BOTA DE UNNA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALCIONE MATOS ABREU¹; BEATRIZ GUITTON²; AMILTON DOUGLAS FERREIRA DE ARAÚJO³; SABRINA OLIVEIRA BORGES⁴; MARCO GIOVANNI CAFFARO⁵

¹VICE-PRESIDENTE SOBENFEE, NITERÓI - RJ - BRASIL; ^{2,4}UFF, NITEROI - RJ - BRASIL; ^{3,5}UNIVERSO, SÃO GONÇALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Bota de Unna; Úlcera venosa; Enfermagem.

OBJETIVO: Descrever o processo de cicatrização de um paciente com úlcera venosa em membro inferior submetido ao tratamento com a Bota de Unna por 12 semanas. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas de um hospital público de Niterói/ RJ, entre julho á setembro de 2011. Antes de se iniciar esse estudo, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para o registro fotográfico. O registro fotográfico e a planimetria foram realizados em quatro momentos. As trocas dos curativos utilizando a Bota de Unna foram realizadas durante as consultas de Enfermagem, com periodicidade semanal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº 32710 com CAAE: 0252.0.258-000-10. Relato de Experiência: Paciente do sexo masculino, hipertenso, com 64 anos de idade, auxiliar de serviços gerais, com ensino fundamental incompleto. Apresenta úlcera venosa recorrente de média extensão em membro inferior direito, com inicio em maio de 2010. Relata queixas álgicas e prurido intenso ao redor da ferida. Ao exame físico apresentou pressão arterial PA= 110x80 mmHg, glicemia em jejum de 89mg/dl; pele adjacente à ferida com lipodermatoesclerose, ressecada, com eczema e varicosidades. Membros inferiores edemaciados 4+/4+. Úlcera com 28 cm² de extensão, com profundidade parcial, bordas irregulares e maceradas, leito da lesão com tecido de granulação, sem odor fétido, com média quantidade de exsudato serosanguinolento. Depois de doze semanas de tratamento da úlcera venosa com a terapia compressiva inelástica (Bota de Unna), com troca semanal deste produto, a úlcera encontrou-se cicatrizada. O paciente referiu redução considerável da dor e do prurido e negou o uso de analgésico há mais de um mês. Observou-se melhora da marcha e redução do edema de 1+/4+ e da produção de exsudato. **CONCLUSÃO:** Recomenda-se o uso da Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas, aliado ao acompanhamento regular ambulatorial do paciente pelos profissionais de saúde inclusive do enfermeiro e do médico angiologista. Outro fator relevante é o envolvimento do paciente, considerando que o tratamento é longo e está relacionado à doença de base. A falta de adesão do paciente ao tratamento pode comprometer diretamente os resultados do processo de reparo tecidual das úlceras venosas.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO CLIENTE COM ERISPELA: UM RELATO DE CASO

HORANICE CONCEIÇÃO BARBOSA DE BRITO; ELIANE MARTINS AMBRÓSIO; DORIANE FATÍMA DE ARAUJO EVANGELISTA HERF, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Erisipela; Cuidados de Enfermagem; Procedimento Curativo.

A Erisipela é uma infecção em geral estreptocócica da derme profunda e tecido subcutâneo superficial, com envolvimento linfático exuberante. É causa frequente de urgência dermatológica. Em geral erisipela bolhosa acomete clientes imunossuprimidos, diabéticos descompensados e HIV. Trata-se de um relato de caso cujo objetivo é relatar os cuidados a um cliente com erisipela de grande extensão no membro inferior esquerdo. A realização deste estudo ocorreu em um Hospital Estadual localizado no Rio de Janeiro. O presente caso será relato de experiência de um cliente com diagnóstico de erisipela, DM, renal crônico e infecção do trato urinário. Acompanhado pela Comissão de Curativos com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo cliente. Os dados foram obtidos através de anamnese, prontuário e registro fotográfico. Cliente A.P.M, sexo masculino, 68 anos, aposentado, diabético, renal crônico e infecção do trato urinário. Admitido no hospital com diagnóstico de erisipela no MIE, realizados exames laboratoriais com resultados alterados e iniciado antimicrobiano (Vancomicina). Lesão extensa em coxa esquerda e na região poplíteia, ambas com 100% de necrose aderida, moderado exsudato e sem odor. Área perilesional com flictenas e flogose. Realizado desbridamento cirúrgico de toda área necrosada. Iniciado tratamento com PHMB e Hidrofibra com prata. A periodicidade de troca das coberturas foi a cada 48h. Na última fase observado diminuição das lesões com 100% de tecido de granulação e contraturas de borda. Apesar do cliente ser portador de comorbidades, apresentou uma boa evolução da lesão de grande extensão com terapia tópica adequada e de acordo com as fases do processo cicatricial. Observamos que o comprometimento da equipe multidisciplinar é de grande importância em todo tratamento de feridas. Como terapêutica o PHMB age como descontaminante diminuindo a carga microbiana. A hidrofibra preencheu os quesitos do curativo ideal após desbridamento, auxiliando no preenchimento de cavidade, absorvendo o exsudato e ajudando na remoção do tecido desvitalizado. Curativo não aderente indicado para ser utilizado em feridas, desde secas a altamente exsudativas, nas quais se pretenda evitar a aderência do curativo e o acúmulo de exsudato. Protegendo o tecido regenerativo, minimizando a dor e o trauma durante a mudança de cobertura.

PO - 530 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FERIDAS CRÔNICAS EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LILI MARLENE HOFSTÄTTER; LETÍCIA DA SILVA SCHRAN; ROSELI INÊS RESENDE; MAYARA APARECIDA PASSAURA DA LUZ; VANESSA BORDIN
UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas Crônicas; Idoso; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A pele é um dos órgãos que mais sofre mudanças com o avanço da idade. Dentre as principais alterações decorrentes do envelhecimento, ressaltam-se: fragilidade cutânea, perda da sensibilidade, diminuição da elasticidade, distúrbios no estado metabólico, alterações na circulação sanguínea e declínio das glândulas sudoríparas e sebáceas acarretando em distúrbios na termorregulação e, conseqüentemente uma pele ressecada. Essas modificações fisiológicas somadas, especialmente, as alterações na circulação sanguínea, a diminuição da mobilidade e ao declínio do tônus muscular, tornam os idosos mais suscetíveis a desenvolver úlceras crônicas. **OBJETIVO:** Relatar a vivência cerca das condutas do enfermeiro e docente na avaliação de feridas em idosos em atendimento ambulatorial. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvida no mês de outubro de 2014, em um ambulatório de feridas de um Hospital escola. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Durante o acompanhamento, percebeu-se que para realização de curativos em idosos, os enfermeiros buscam considerar as necessidades individuais, os fatores de risco que estão interferindo no processo de cicatrização, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos, avaliam as condições da ferida, a localização, o tamanho, a pele perilesional, o leito e as bordas da lesão, presença de exsudato ou necrose e a partir das evidências clínicas e dos recursos disponíveis no serviço planejam intervenções objetivando a cura e a prevenção da reincidência das lesões, considerando a escolha correta da cobertura e a técnica adequada, avaliam a necessidade de reajustes de acordo com a evolução da ferida. O cuidado constante realizado pela enfermagem favorece ao idoso e aos cuidadores à adesão ao tratamento através da orientação para realização dos curativos no domicílio e pelo incentivo ao autocuidado, visando à autonomia do cliente sobre seu estado de saúde. **CONCLUSÃO:** A vivência por meio do cuidado direto e alicerçado na teoria, possibilitou a aplicação de planos de cuidados particularizados, conforme a necessidade de cada idoso, visando sua recuperação. Vale ressaltar que o cuidado integral do ser idoso depende não apenas da cicatrização da ferida crônica, mas, principalmente da prevenção dessas lesões, o que irá contribuir para uma melhor qualidade de vida.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESTOMIZADO DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRICILA REGINA MOTERLE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Estomia; Enfermagem; Epidemiologia.

A palavra estomia é de origem grega e significa abertura sendo utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. Os estomas podem ser classificados como temporário ou definitivo, sendo que este permanecerá durante toda a vida da pessoa. Dentre os tipos de estomias, a colostomia é um processo cirúrgico de exteriorização do cólon na parede abdominal que proporciona um novo curso para eliminar o material fecal. As principais causas que levam à realização de estomas intestinais são os traumatismos, doenças inflamatórias, tumores e câncer do intestino. O paciente que é submetido à confecção de uma estomia passa por um procedimento agressivo que altera tanto sua fisiologia gastrointestinal quanto sua autoestima, imagem corporal, sexualidade, além de milhares de outras modificações em sua vida que tem constituído um desafio para os cuidadores da equipe multidisciplinar que o atendem. **OBJETIVO:** Descrever o perfil clínico epidemiológico e assistência prestada aos pacientes com estomias internados em um hospital público de Porto Alegre/RS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência durante o estágio de enfermagem no Serviço de Atenção ao Paciente Estomizado. Foram acompanhados 08 pacientes internados atendidos por consultorias solicitadas ao serviço. Relato: Dentre os pacientes atendidos, 5 são homens e 3 mulheres. O adenocarcinoma de cólon foi o diagnóstico médico mais evidente e em 6 casos os estomas foram considerados temporários. Ao aspecto do estoma, 5 pacientes apresentaram uma coloração roseada com ausência de prolapso. Quanto à pele periestomal apenas 3 casos apresentaram dermatite irritativa. Todos pacientes referiram alterações quanto à autoestima, autoimagem e comunicação. As observações e atividades desenvolvidas junto aos pacientes atendidos pelo serviço de estomizados durante a internação hospitalar possibilitou desenvolver ações quanto aos processos auto-cuidado do paciente em relação ao novo dispositivo coletor desde a sua demarcação cirúrgica, provocando discussão sobre plano de ação para o mesmo; disponibilização de materiais e inserção no Programa do Estomizado por meio de referências quando em alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro tem um papel importante como educador do indivíduo, no planejamento de ações programáticas de reabilitação de pessoas com estomas intestinais, havendo necessidade de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar sistematizado para atender às demandas desse usuário.

PO - 532 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PELA ESCALA DE BRADEN

LUANA COELHO CARIBE¹; MARIA EMILIA LUSTOSA BRASILEIRO²; PLACIANNE ALVES DE SOUZA³; RACHEL MOLA DE MATTOS⁴; FLAVIA BEZERRA DE SOUZA MELO⁵

¹UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ^{2,3,4,5}UPE, PETROLINA - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Fatores de Risco; Escala de Braden.

A Úlcera por Pressão (UP) pode ser definida como uma lesão localizada, acometendo pele e/ou tecidos subjacentes, usualmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão, ou pressão associada a cisalhamento e/ou fricção. A pressão excessiva aplicada sobre essa proeminência é exercida sobre todos os tecidos abaixo do osso. Portanto, a pele, tecido celular subcutâneo, fáscia e músculos são afetados concomitantemente. Por envolver a pele e tecidos adjacentes, a UP ocasiona a má circulação sanguínea local, gerando necrose, ulceração da pele em demais tecidos e infecção secundária crônica. Graças ao material exsudativo, seroso, crostoso ou hemorrágico presente na superfície da UP, esta se torna um excelente meio de cultura para o desenvolvimento de muitas espécies bacterianas. A UP representa gastos elevados para o paciente, família, instituições de saúde e sociedade como um todo. A condição exige a continuidade e o prolongamento do cuidado que não termina com a hospitalização, trazendo consequências socioeconômicas, pois aumenta a morbi-mortalidade, prejudicando a qualidade de vida do paciente e da família, gerando mais gastos em recursos muitas vezes já escassos. O objetivo desse estudo foi identificar fatores de risco através da escala de Braden para o desenvolvimento de UP em pacientes admitidos na Clínica Médica e U.T.I. Estudo observacional, de coorte transversal tipo inquérito com abordagem qualitativa efetuado em um hospital de Petrolina, durante os anos de 2011 e 2012. Participaram 768 pacientes, onde a maioria (74,3%) encontrava-se internada na Clínica Médica. Consoante aos princípios éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, o trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UPE) sob protocolo n° 0026.0.097.000-10, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Observou-se um predomínio do sexo masculino. Houve associação significativa quanto sexo/escala de pontuação de risco, com predomínio do sexo masculino (59,76%) nos três níveis de risco. Entre os pacientes estudados, 5% apresentaram risco baixo para o desenvolvimento de UP, seguido de 24,9% em risco moderado e 20,6% em risco alto. Os fatores de riscos envolvidos de acordo com a escala de Braden mais prevalentes foram: atividade, mobilidade e forças de fricção e cisalhamento. A avaliação de risco atua como uma ferramenta para a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde.

PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR QUEIMADURAS E CORROSÕES NO BRASIL

MARIA LEONOR PAIVA DA SILVA; CRISTIANE DA SILVA RAMOS MARINHO; CECÍLIA NOGUEIRA VALENÇA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL - RN - BRASIL.

Palavras-chave: Queimaduras; Banco de Dados; Internações.

INTRODUÇÃO: A ocorrência da queimadura e corrosões em qualquer fase do ciclo da vida é considerada como um evento que pode causar danos físicos, psicológicos e familiares ao paciente independentemente de sua extensão. Aqueles que necessitam de internação hospitalar tendem a vivenciar momentos de estresse mais acentuados decorrentes da perda da autonomia, da dependência de cuidados, dos procedimentos desagradáveis e necessários, da tensão constante, da despersonalização, do afastamento do trabalho, das mudanças corporais e da separação da família. Por outro lado, uma importante arma no combate a esses eventos é a prevenção, onde países com alta renda têm feito progressos consideráveis na redução das taxas de mortes de queimaduras, através de uma combinação de estratégias de prevenção e melhorias no atendimento de pessoas afetadas por queimaduras. Em países cujos avanços na prevenção e cuidados foram incompletamente aplicados não ocorreu a redução significativa nas taxas de morte relacionada com queimaduras e incapacidade. **OBJETIVO:** Caracterizar as internações por queimaduras e corrosões no Brasil. **MÉTODO:** Estudo exploratório, descritivo, quantitativo, realizado de janeiro de 2008 a dezembro de 2014, com base nos dados do DATASUS. **RESULTADOS:** Foram notificados 176.653 casos de internação por queimaduras e corrosões no Brasil. As regiões com maior número de notificação de internações por esses eventos foram a região sudeste com 33,47% e a região nordeste com 28,97%. Houve um predomínio de 62,70% das vítimas do sexo masculino, com destaque para a faixa etária de 1 a 4 anos, respondendo por 18,41% das internações. O serviço público foi responsável por 62,40% das internações. De 2008 a 2014 foram gastos R\$ 375.979.420,08 no tratamento das queimaduras e corrosões. No que tange o número de óbitos por queimadura e corrosões, evidenciou-se um quantitativo de 5.232 de mortes. **CONCLUSÃO:** Os acidentes envolvendo queimaduras e corrosões geram um ônus ainda muito elevado para a Saúde Pública do Brasil, além de um alto número de incapacidades que desestruturam muitas relações familiares. No entanto, o investimento por parte das entidades governamentais no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas pode contribuir com a diminuição dos casos de queimaduras e corrosões e, conseqüentemente, os gastos econômicos e sociais decorrentes desses eventos.

PO - 534 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: TRATAMENTO DE QUEIMADURA COM USO DE FITOTERAPIA

CINTIA ANDRADE SANTANA; VANESSA MINHOTO PROÊNCIO; SUELY PORTO PRADO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Fitoterapia; Atenção primária.

INTRODUÇÃO: Queimaduras são lesões agressivas que podem acarretar em sequelas físicas e emocionais ao paciente. Trata-se de registros traumáticos como dor, risco de infecção, risco de deformidades e submissão de cuidados. No Brasil estima-se que ocorram 1.000.000 de acidentes por queimadura ao ano. Mostra-se portanto necessário que os profissionais envolvidos na atenção primária estejam aptos a realizar o seguimento dessa enfermidade. O uso de fitoterápicos como agentes cicatrizantes já é bem reconhecido e vem sendo incentivado recentemente pela Prefeitura Municipal de Campinas com a reativação da farmácia de manipulação vinculada a essa instituição e cursos de capacitação ministrados aos profissionais de saúde da rede básica.

OBJETIVO: O presente estudo relata o caso clínico de um paciente de 24 anos, vítima de queimadura de segundo grau causada por fogos de artifício em membro inferior direito ocupando uma área de 4% de superfície corpórea. Para tal foi eleito o uso de Aloe barbadensis Miller popularmente conhecida como babosa como cobertura principal do curativo diário desse paciente. A fórmula escolhida foi creme a 25% associado à cobertura secundária de gaze embebida em loção oleosa de ácidos graxos essenciais.

MÉTODO: Acompanhamento diário mediante ao comparecimento do paciente à unidade básica de saúde sendo realizado registro fotográfico periódico. O curativo foi realizado por profissional técnico.

RESULTADO: Houve epitelização com completa restauração do tecido epitelial em 20 dias. O Paciente tolerou bem o tratamento comparecendo espontaneamente à unidade e estabelecendo bom vínculo com a equipe de referência relatando alívio da dor e satisfação com os resultados do seu tratamento.

CONCLUSÃO: O uso do fitoterápico Aloe Vera foi eficaz no tratamento da queimadura em questão.

USO DO GEL DE METRONIDAZOL EM LESÃO TUMORAL EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO: RELATO DE CASO

MANOELA GARCIA DIAS; ELIZA MAFFIOLETTI FURTUNATO LEOCÁDIO ESTEVES; ANALICE LIMA DE ALBUQUERQUE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Lesão Tumoral; Metronidazol; Câncer de Cabeça e Pescoço.

INTRODUÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato de caso do uso de metronidazol gel a 0,8% em lesão tumoral como cobertura primária no curativo, em um paciente com câncer avançado, sendo acompanhado em uma unidade de referência em cuidados paliativos oncológicos, no município do Rio de Janeiro. Ressalta-se que o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, e é um problema de saúde pública mundial, e muitos que recebem o diagnóstico de câncer evoluem para cuidados paliativos, quando a terapêutica curativa não é mais a proposta, tem vista a evolução da doença. Nesse momento, a presença de lesões tumorais é um dos sinais mais comuns na fase avançada da doença, assim como sintomas como dor, fadiga, dispnéia e tristeza. Sendo assim, uma das atribuições do enfermeiro é avaliar tais sinais e sintomas e propor um plano assistencial, de acordo com os diagnósticos de enfermagem nessa fase. **OBJETIVO:** Relatar o sucesso da terapêutica com o uso de metronidazol gel a 0,8%, para obter a redução do odor de grau III para grau 0. Caso: JAGQ, 72 anos, neoplasia maligna de pele, estágio IV, localmente avançada, apresenta lesão em região bucinadora direita há aproximadamente 8 anos, de crescimento progressivo, apresentando infecção no sítio da lesão tumoral localizada em hemiface direita, estágio IV, com odor grau III, recebe dieta por cateter nasointestinal, alerta e orientado, e coopera com os cuidados. **MÉTODO:** O curativo da lesão tumoral era realizado diariamente pela enfermeira, no turno da manhã e no turno da noite. Toda evolução da ferida era relatada em prontuário. O curativo era realizado da seguinte forma: limpeza com soro fisiológico a 0,9% e clorexidina degermante, após a retirada da solução de clorexidina, procurava manter a ferida seca ao redor, porém não realizava esse procedimento no interior da lesão, em seguida era aplicado o gel de metronidazol no leito da lesão e coberto com gaze embebida em vaselina líquida. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Houve uma melhora do odor da lesão de grau III para grau 0, no intervalo de tempo de 7 dias, e assim como a melhora significativa no convívio social com seus pares. **CONCLUSÃO:** É relevante o cuidado com essas lesões, e a ação do enfermeiro na avaliação e cuidados das mesmas, a fim de promover uma melhor qualidade de vida, e maior conforto, em especial nessa fase do tratamento, em que todo cuidado visando o bem-estar faz toda a diferença para o paciente.

PO - 536 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O VIVER COM FERIDAS : UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ALINE RIBEIRO GUERRA; ELIANE PEREIRA RAMOS; SERGIO HENRIQUE DA SILVA MELO; ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA; FABIANA LOPES JOAQUIM
UFF, SÃO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Idoso; Fenomenologia merleaupontiana; Ferida.

INTRODUÇÃO: As mudanças nos paradigmas de saúde tem mostrado aumento da expectativa de vida. Estima-se que em 17 anos esse número aumentará para 33 milhões, o que nos dará o posto de 6º país em população idosa do planeta, a mudança no perfil de saúde da população resultou em um aumento das doenças crônicas, destacando-se a hipertensão e a diabetes, acarretando na predominância de morbidades incapacitantes e no desenvolvimento de feridas, o que pode causar impacto significativo na independência, autonomia, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos. **OBJETIVO:** Identificar na literatura produções científicas sobre a percepção de idosos sobre o viver com feridas com base na fenomenologia, além de discutir as contribuições da enfermagem para a melhoria da qualidade de vida para idosos com feridas. **MÉTODO:** Revisão integrativa nas bases de dados LILACS, Cochrane, com os descritores: Idoso, Enfermagem, Feridas. Foram critérios de inclusão: recorte temporal de 10 anos e aderência à temática. Foram excluídos artigos que não atenderam ao tema em questão. **RESULTADOS:** Foram identificadas 37 publicações que atendiam aos objetivos, com maior prevalência dos estudos do tipo revisão de literatura. Entre as bases de dados pesquisadas observamos a base de dados Cochrane contendo apenas 1 publicação e LILACS com 36 obras. No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, constituindo assim, um sério problema de saúde pública. Porém não há dados estatísticos que comprovem este fato, devido os registros desses atendimentos serem escassos. Contudo, o surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população. **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou que idosos com feridas percebem-a como dor, sofrimento prejudicando a qualidade de vida pela recidiva da ferida e limitações impostas por ela, além do preconceito e constrangimento por terem no corpo uma marca que os excluem socialmente. O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento do cuidado às feridas. Entretanto, o foco desse cuidado não deve ser somente a ferida, e sim o idoso com ferida, uma vez que a forma de cuidar é afetada pelo ambiente físico, emocional e cultural é importante considerar que a ferida interfere diretamente na qualidade de vida e na execução das atividades de vida diária, o cuidado deve contribuir para diminuir o tempo de cicatrização das feridas, além de promover o bem-estar e manutenção da capacidade funcional desse idoso.

BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DA SULFADIZAINA DE PRATA 1% COMO AGENTE TÓPICO NO TRATAMENTO DE PACIENTES QUEIMADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

ANA CASSIA DE OLIVEIRA GERONIMO; MARCIA EIKO KARINO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Queimadura; Agente tópico; Sulfadiazina de prata.

INTRODUÇÃO: No Brasil, estima-se que dois milhões de pessoas ao ano sofrem queimaduras. As queimaduras são lesões cutâneas causadas pela ação direta ou indireta do calor, e escaldamento, o contato com superfície aquecida, a corrente elétrica e também por agentes químicos. Os protocolos para tratamento de feridas provocadas por queimaduras podem variar de um hospital para outro. Aspectos que indicam a gravidade da ferida como, por exemplo, a localização, profundidade, extensão, agente causador do trauma, estado nutricional dos pacientes, presença de doenças crônicas degenerativas e faixa etária, afetarão o processo de cicatrização e influenciarão na escolha do tratamento da ferida. **OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo descrever, mediante revisão de literatura, os benefícios da utilização da sulfadiazina de prata 1% no tratamento de queimaduras em pronto socorro e Centro de queimados em todo Brasil. **METODOLOGIA:** Foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos, mediante pesquisa nos Bancos de Dados Lilacs. Para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: queimaduras, curativos e agentes tópicos. As publicações encontradas foram organizadas como de pesquisa e de revisão. **RESULTADOS:** Dos 5 artigos avaliados tema relacionado a tratamento de pacientes com queimaduras, foi possível observar que existe um consenso entre os hospitais em relação a utilização de terapia tópica em primeiro momento, sendo a sulfadiazina de prata 1% o agente tópico de primeira escolha em todos os artigos revisados. Isso se explica, por seu poder bactericida. Possui efeito contra bactérias gram-negativas e gram-positivas, como *Klebsiella* sp e *Candida albicans*, já que a perda da proteção conferida da pele, principalmente em queimaduras de 2° e 3° grau, predispõe ao paciente a desenvolver infecção sistêmica e local. Outro de seus benefícios é a facilidade de aplicação e remoção, e não há relatos na literatura sobre efeitos colaterais relacionados a esse agente tópico. De modo geral existe relato de pacientes que esse agente causa sensação de frescor, aliviando assim as dores causadas pela queimadura. Recomenda-se a sua utilização nos primeiros dias da queimadura, enquanto a presença de tecido necrótico e infecção, para melhor cicatrização. **CONCLUSÃO:** Através de revisões, podemos evidenciar os benefícios da utilização da Sulfadiazina de prata 1% como agente tópico no tratamento de pacientes queimados.

PO - 538 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PÉ DIABÉTICO: MEDIDAS PREVENTIVAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

TAYNAN DA SILVA CONSTANTINO; PAULA CAROLINA VALENÇA SILVA; GLÍCIA MARIA DE OLIVEIRA
UFPE, RIBEIRÃO - PE - BRASIL.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Pé Diabético.

É denominado de pé diabético um estado fisiopatológico caracterizado por ulcerações nos pés dos indivíduos diabéticos, que são lesões cutâneas com perda do epitélio, podendo acometer também músculos e ossos. As lesões geralmente são causadas por traumas intrínsecos ou extrínsecos como neuropatia periférica, doença vascular periférica e alteração na biomecânica, as úlceras podem evoluir para quadros mais graves como gangrena e até a amputação do membro, desta forma faz-se necessária à atuação da enfermagem na adoção de medidas preventivas e de educação em saúde. **OBJETIVO:** Descrever medidas preventivas direcionadas ao pé diabético com ênfase na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de periódicos indexados nas bases de dados (LILACS) e (MEDLINE). Foram selecionados artigos publicados entre 2008 a 2014, utilizando-se os descritores: pé diabético, diabetes mellitus e cuidados de enfermagem, todos os artigos continham um ou mais descritores. **RESULTADOS:** Para prevenir o aparecimento das úlceras e diminuir o número de amputações é necessário que o profissional de enfermagem preste uma assistência sistematizada, com identificação e mapeamento dos riscos baseados nos aspectos clínicos como: lesão inicial, sensibilidade ao monofilamento Semmes-Weinstein de 10g, sensibilidade ao diapasão de 128 Hz, avaliação dos pulsos tibial posterior e pedioso e classificação dos riscos podendo ser utilizado o sistema de Wagner e classificação do risco de amputação, estas medidas combinadas com a história da doença permitem ao enfermeiro implementar a intervenção terapêutica ou preventiva apropriada. No entanto a colaboração do paciente é fundamental, o controle dos índices glicêmicos e os cuidados com os pés retardam o aparecimento de lesões. Grande parte dos pacientes diabéticos desconhecem os cuidados preventivos que devem ser adotados com os pés, pele, unhas e calosidades este cenário reforça a necessidade de medidas de educação em saúde de autocuidado como: cartilhas, palestras e visitas domiciliares, que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, juntamente com os demais profissionais de saúde. **CONCLUSÃO:** A enfermagem tem papel fundamental nas ações de atenção básica e da integralidade do cuidado, deve-se estimular colaboração do paciente na prevenção e tratamento, como também examiná-lo de forma holística, levando em consideração sua formação humana como um todo.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES PARA PACIENTES DIABÉTICOS PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS

MARIA CLARA GIORIO DUTRA KRELING; TELMA APARECIDA DOS SANTOS SARAGNOLI; MARCIA PASCHOALINA VOLPATO
UEL, LONDRINA - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Hábitos alimentares.

INTRODUÇÃO: Os pacientes diabéticos portadores de úlceras crônicas devem ter um hábito alimentar adequado no sentido de controlar o nível da sua glicemia, tendo como base o conhecimento sobre a influência da hiperglicemia no processo de cicatrização de sua lesão. **OBJETIVOS:** Verificar o conhecimento e a ingestão alimentar de pacientes diabéticos portadores de úlceras crônicas antes e após a educação em saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo realizado com 12 pacientes em atendimento ambulatorial. O estudo foi realizado em três etapas, sendo que a primeira compreendeu-se de uma entrevista a fim de identificar os principais erros e acertos do hábito alimentar dos pacientes e subsidiar a elaboração do material de educação em saúde. Na segunda etapa foi realizada a educação em saúde por meio de orientações individuais realizadas no domicílio do paciente com o auxílio de um folder elaborado especificamente para este fim. Na terceira etapa realizou-se a "avaliação" por meio de entrevista a fim de verificar se os conhecimentos foram apreendidos e se houve mudança no hábito alimentar. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina nº 054/2014. **RESULTADOS:** Verificou-se que 33% dos pacientes acreditavam que a alimentação interfere no processo de cicatrização. Após a intervenção, verificou-se que todos os pacientes (100%) disseram que a alimentação interfere no nível de glicemia e consequentemente no processo de cicatrização. Dentre os principais resultados, quanto aos tipos de alimentos que podem ser ingeridos por não prejudicarem o processo de cicatrização, a salada foi citada em 28% dos alimentos descritos antes da educação em saúde, e em 41% após a mesma. E em relação aos alimentos que não devem ser ingeridos por prejudicarem o processo de cicatrização, o doce foi citado em 25% dos alimentos descritos antes e em 40% após a intervenção. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que os pacientes apresentaram conhecimento acerca do tema após a educação em saúde, contudo, verifica-se que ainda há dificuldades para a maioria. Ressalta-se a necessidade de um acompanhamento contínuo destes pacientes, sendo que embora uma abordagem demonstre resultado positivo sobre o conhecimento dos pacientes em relação aos alimentos que ajudam e prejudicam o processo de cicatrização de suas lesões, ainda não é suficiente para a concepção e mudança de hábitos alimentares para a maioria deles.

PO - 540 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA E INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, CONFORME NANDA-I (2012-2014), EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA NOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA CRÔNICA DE ETIOLOGIA DIVERSA 1

BÁRBARA CRISTINA TAVARES; ELIANE MATOS
HU/UFSC, FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL.

Palavras-chave: Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Úlcera Crônica.

Um diagnóstico é considerado acurado quando o enfermeiro se aproxima da realidade do paciente, sendo importante o enfermeiro identificar a relevância, especificidade e coerência do mesmo. **OBJETIVO:** Verificar o grau de acurácia dos Diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada (NANDA-I, 2012-2014) nos pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa internados em um serviço de emergência adulto. **MÉTODO:** Abordagem quantitativa do tipo descritivo prospectivo, longitudinal de amostra intencional, não probabilística, realizado a partir da consulta aos dados dos prontuários de 41 pacientes portadores de úlcera crônica de etiologia diversa (pressão, arterial e venosa) internados no serviço de Emergência, no período de Setembro a Dezembro de 2013. Nove enfermeiros colaboraram na inclusão experimental da etapa diagnóstica segundo NANDA-I, identificando esses Diagnósticos de Enfermagem e a acurácia. Comitê de ética: aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 19715413.90000.0121. **RESULTADOS:** Enfermeiros identificaram 138 diagnósticos de Integridade da Pele Prejudicada e 18 de Integridade Tissular Prejudicada, revelando uma tendência estatística significativa para a ocorrência do grau de acurácia alta no diagnóstico de Integridade da Pele Prejudicada e baixa acurácia para Integridade Tissular Prejudicada. **DISCUSSÃO:** Identificou-se dificuldade dos enfermeiros em trabalhar com a classificação diagnóstica e que a acurácia diagnóstica depende da habilidade e experiência clínica do enfermeiro para identificação dos problemas de saúde. **CONCLUSÃO:** Conhecer a acurácia diagnóstica é fundamental para o planejamento de cuidados de enfermagem aos pacientes portadores de úlceras crônicas.

Referência:

¹ Recorte da dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada: Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem de Integridade da Pele Prejudicada e de Integridade Tissular Prejudicada da NANDA-I (2013) em serviço de emergência.

EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRAS NA UTILIZAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA TRATAMENTO DE FERIDAS: UM RELATO DE SUCESSO

MONIQUE MARRAFA MUNIZ BARRETO¹; PAOLA DE AZEVEDO CASTRO²; ALINE RIBEIRO³

^{1,2}CBMERJ, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL; ³3M, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Enfermagem; Tratamento.

INTRODUÇÃO: O conceito de ferida perpassa além da interrupção da pele, pois atinge também o emocional do indivíduo. O tratamento de feridas é de suma importância para a recuperação tanto do tecido como também da autoimagem lesada. Reconhecendo a importância no tratamento de feridas, a CCIH juntamente com as enfermeiras do pavilhão psiquiátrico de um hospital militar do Rio de Janeiro uniram esforços para tratamento de uma ferida. **OBJETIVO:** Relatar o caso de uma paciente com deiscência cirúrgica pós histerectomia total. **RELATO DO CASO:** Em 16/06/15 foi realizado o primeiro curativo. A ferida se encontrava com dimensão de aproximadamente 10 cm x 2,5 cm. Foi realizada limpeza da ferida com solução de PHMB e deixado agir por 15 minutos. Realizado preenchimento com alginato de cálcio e utilizado Cavilon protetor cutâneo nos bordos da lesão. Para cobertura secundária utilizou-se Tegaderm absorvent. Foram realizadas 03 trocas a cada 72h com melhora gradual do aspecto e extensão da ferida. No dia 26/06/15 foi trocado o alginato de cálcio pela prata Tegaderm Ag Mesh, e após 72h observou-se redução de aproximadamente 50% da extensão da ferida. Em 15/07/15 a prata foi substituída pelo Polymem que foi mantido até o final. Em 18/08/15 a ferida já se encontrava completamente cicatrizada. **CONCLUSÃO:** Os curativos utilizados foram extremamente eficazes, contribuindo para um menor tempo de cicatrização. Com isso, demonstra-se a importância do enfermeiro em conhecer as novas tecnologias para tratamento de feridas para que haja redução do tempo de tratamento. A cliente teve alta hospitalar demonstrando satisfação com os resultados não apenas pela cicatrização como redução dos medos e anseios inerentes de um indivíduo portador de feridas.

PO - 542 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OS PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DA BOTA DE UNNA

ALCIONE MATOS ABREU¹; BEATRIZ GUITTON¹; TATIANE FARIAS FARIAS DA ROSA SILVA³; LEONARDO ANTUNESANTUNES BARBOSA⁴; PATRICIA CLARINDA DE MESSIAS DOS SANTOS⁵¹VICE-PRESIDENTE SOBENFEE, NITERÓI - RJ - BRASIL; ²UFF, NITERÓI - RJ - BRASIL; ^{3,4,5}UNIVERSO, SÃO GONCALO - RJ - BRASIL.**Palavras-chave:** Bota de Unna; Úlcera venosa; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A bota de Unna é uma terapia compressiva inelástica, considerada o melhor tratamento para úlceras venosas, pois seu principal mecanismo de ação, consiste em auxiliar o retorno venoso e manter o leito da úlcera venosa úmido. **OBJETIVO:** Descrever os principais cuidados de enfermagem na aplicação da Bota de Unna em pacientes ambulatoriais com úlceras venosas. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas de um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro, no período de junho a dezembro de 2011, com uma amostra total de dez pacientes com úlceras venosas, que realizaram o tratamento das úlceras venosas com a Bota de Unna por 12 semanas. Sendo as trocas dos curativos eram realizadas uma vez por semana pela Enfermeira pesquisadora no Ambulatório. Estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através do registro de Protocolo 327/10 e CAAE: 0252.0.258.000-10. **RESULTADOS:** Os principais cuidados de enfermagem são: 1-Realizar o ITB (Índice Tornozelo Braço), só aplicar a terapia se o valor mensurado for >0,9; 2-Priorizar o uso da Bota de Unna em pacientes ambulatoriais, 3-Elevar os membros inferiores dos pacientes acima do nível do coração por no mínimo quinze minutos antes da realização desse curativo compressivo; 4- Retirar com cuidado o curativo anterior; 5- Realizar limpeza da úlcera venosa com solução fisiológica; 6- Secar somente a pele adjacente e preservar o leito da úlcera úmido; 7-Realizar a hidratação das bordas das úlceras; 8-Aplicar a Bota de Unna de forma ascendente; 9- Aplicar gazes e atadura crepom simples como curativo secundário; 10- Observar sinais e sintomas de cianose e de desconforto após a aplicação da terapia inelástica; 11-deixar o paciente em repouso com elevação dos membros inferiores após a aplicação do curativo por no mínimo 15 minutos. 12- Manter a Bota de Unna até sete dias em contato com a úlcera venosa. 13- Registrar em Prontuário todo o procedimento realizado e a evolução do processo de reparo tecidual da úlcera, além dos dados clínicos e sócias do paciente. **CONCLUSÃO:** O uso da terapia compressiva para o tratamento e prevenção das úlceras venosas vem sendo considerado "padrão ouro" pelos profissionais de saúde tanto nacionalmente quanto internacionalmente. Por esta razão conhecer e adquirir informações sobre produtos e tecnologias para o tratamento de feridas é extremamente importante para que o profissional de saúde possam manipulá-las com efetividade.

AS ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO ACAMADO, FÍSICAMENTE AFETADO

ALINE RIBEIRO GUERRA; SERGIO HENRIQUE DA SILVA MELO; ELIANE PEREIRA RAMOS; ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA; FABIANA LOPES JOAQUIM
UFF, SÃO GONCALO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Idoso; Enfermagem; Feridas.

INTRODUÇÃO: O envelhecimento é um fenômeno natural da vida do indivíduo e está submetido a fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, econômicos e políticos. Sabemos que, o envelhecimento da população é um dos maiores desafios das últimas décadas. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Com o avançar da idade surgem sensíveis alterações no estilo de vida da população idosa, por problemas de saúde ou mesmo pelo processo fisiológico do envelhecimento, que se configura como um processo múltiplo e desigual de comprometimento e decadência das funções que caracterizam o organismo vivo em razão do tempo de vida. **OBJETIVOS:** Identificar as principais necessidades dos idosos acamados, fisicamente afetados, discutir as principais necessidades que o idoso acamado necessita da enfermagem e descrever o medo e a dor do idoso acamado e suas principais necessidades. **MÉTODO:** Revisão integrativa nas bases de dados LILACS, Cochrane, com os descritores: Idoso, Enfermagem, Feridas. Foram critérios de inclusão: recorte temporal de 10 anos e aderência à temática. Foram excluídos artigos que não atenderam ao tema em questão. **RESULTADOS:** Foram identificadas 69 publicações que atendiam aos objetivos, com maior prevalência dos estudos do tipo revisão de literatura. Entre as bases de dados pesquisadas observamos a base de dados Cochrane contendo apenas 1 publicação e LILACS com 68 obras. **CONCLUSÃO:** A população brasileira está em processo de envelhecimento, embora isso venha acontecendo em ritmos diferentes de região para região. Esse processo deve ser considerado ao se decidir pelo planejamento de estratégias em relação às políticas próprias envolvendo saúde/previdência. Essa transformação demográfica causa impacto significativo sobre os custos do estado à medida que os problemas crônicos dos idosos relacionam-se à sua saúde e ao seu papel social. Isto requer o uso de mais infraestrutura, de tecnologias mais complexas e de profissionais capacitados, o que torna as intervenções mais onerosas a partir da permanência em lares para idosos ou internações hospitalares. Cabe aos enfermeiros na atuação preventiva, identificar as principais necessidades dos idosos acamados, fisicamente afetados, discutir as principais necessidades que o idoso acamado necessita da enfermagem.

PO - 544 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

COMPLICAÇÕES DO PÉ DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: IMPLEMENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

GECLAINE DA SILVA¹; MARIANA PICOLLI DA LUZ DA LUZ²; ELIZANDRA DE SOUZA PINHEIRO³; PRISCILA DELBONI MEDINAS⁴; IARA BARBOSA RAMOS⁵

¹SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL; ^{2,3,4,5}SESAU, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Pé diabético; Protetor plantar.

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica em franco crescimento nos países desenvolvidos que acarreta elevados custos humanos, sociais e econômicos. Dentre as complicações, as úlceras dos pés representam a maior causa de amputação não traumática das extremidades inferiores. A neuropatia diabética pode estar presente antes da detecção de perda de sensibilidade protetora, resultando em maior risco de desenvolver úlcera. Assim, é fundamental a aplicação de um adequado instrumento de avaliação dos pés das pessoas com DM visando mitigar as complicações neuropáticas periféricas e subsidiar a indicação precoce da palmilha, a fim de ofertar uma melhor redistribuição de carga pressórica plantar durante a marcha. Diante disso, o Colegiado de Enfermagem da Qualidade da Assistência aos Portadores de Feridas da Secretaria Municipal de Campo Grande/MS-SESAU debateu entre outros temas de cuidados com feridas na atenção primária a saúde, a implementação de uma das estratégias de prevenção às complicações com os pés. **OBJETIVO:** Relatar a trajetória de revisão do instrumento de avaliação dos pés de pessoas com DM. Apresentar a necessidade da elaboração do protocolo de indicação precoce da palmilha para prevenção de úlcera nos pés. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência da discussão e trabalho do Colegiado de Feridas/SESAU para qualificação da prática clínica no que se refere às estratégias ao cuidado da pessoa com DM. **RESULTADOS:** Fortalecimento da discussão colegiada dos enfermeiros para prática clínica baseada em evidências. Necessidade da elaboração de protocolo para subsidiar a revisão do instrumento de avaliação do pé da pessoa com DM quanto a indicação precoce da palmilha a partir da classificação de risco 0 com justificativa. **CONCLUSÃO:** A criação do protocolo com justificativa da indicação precoce da palmilha no formulário de avaliação dos pés da pessoa com DM como estratégia de cuidados da atenção básica beneficiará um maior número destes, tornando a prática clínica qualificada, valorizada e reconhecida.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESTOMIZADO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE/RS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRICILA REGINA MOTERLE; CINTIA RAQUEL CARVALHO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Estomia; Enfermagem; Epidemiologia.

A palavra estomia é de origem grega e significa abertura sendo utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo. Os estomas podem ser classificados como temporário ou definitivo, sendo que este permanecerá durante toda a vida da pessoa. Dentre os tipos de estomias, a colostomia é um processo cirúrgico de exteriorização do cólon na parede abdominal que proporciona um novo curso para eliminar o material fecal. As principais causas que levam à realização de estomas intestinais são os traumatismos, doenças inflamatórias, tumores e câncer do intestino. O paciente que é submetido à confecção de uma estomia passa por um procedimento agressivo que altera tanto sua fisiologia gastrointestinal quanto sua autoestima, imagem corporal, sexualidade, além de milhares de outras modificações em sua vida que tem constituído um desafio para os cuidadores da equipe multidisciplinar que o atendem. **OBJETIVO:** Descrever o perfil clínico epidemiológico e assistência prestada aos pacientes com estomias internados em um hospital público de Porto Alegre/RS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência durante o estágio de enfermagem no Serviço de Atenção ao Paciente Estomizado. Foram acompanhados 08 pacientes internados atendidos por consultorias solicitadas ao serviço. Relato: Dentre os pacientes atendidos, 5 são homens e 3 mulheres. O adenocarcinoma de cólon foi o diagnóstico médico mais evidente e em 6 casos os estomas foram considerados temporários. Ao aspecto do estoma, 5 pacientes apresentaram uma coloração roseada com ausência de prolapso. Quanto à pele periestomal apenas 3 casos apresentaram dermatite irritativa. Todos pacientes referiram alterações quanto à autoestima, autoimagem e comunicação. As observações e atividades desenvolvidas junto aos pacientes atendidos pelo serviço de estomizados durante a internação hospitalar possibilitou desenvolver ações quanto aos processos auto-cuidado do paciente em relação ao novo dispositivo coletor desde a sua demarcação cirúrgica, provocando discussão sobre plano de ação para o mesmo; disponibilização de materiais e inserção no Programa do Estomizado por meio de referências quando em alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro tem um papel importante como educador do indivíduo, no planejamento de ações programáticas de reabilitação de pessoas com estomas intestinais, havendo necessidade de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar sistematizado para atender às demandas desse usuário.

PO - 546 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

SILVANA DE JESUS SILVA; VIVIA FERNANDA SOUSA RODRIGUES; MISA CADIDÉ DUARTE.
UNIME-LAURO DE FREITAS, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera Varicosa; Integralidade em Saúde.

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa crônica pode causar impacto social e econômico negativo, devido à recorrência da lesão e ao longo período entre sua abertura e cicatrização. O cuidado do enfermeiro com o paciente que possui esse perfil requer desses profissionais não apenas a prática do curativo, mas também uma abordagem biopsicossocial e integralizada. **OBJETIVO:** Relatar as experiências vividas pela estudante de enfermagem, na assistência ambulatorial ao portador de úlcera venosa crônica, destacando as dificuldades socioeconômicas que acompanham os pacientes portadores dessa patologia. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, descritivo e observacional, ocorrido durante o estágio supervisionado na graduação de enfermagem, realizado em um ambulatório de feridas público, no município de Lauro de Freitas/BA, período de julho a dezembro de 2014. **DESCRIÇÃO DE RELATO:** Foi aplicado um questionário aos pacientes desse ambulatório e o resultado obtido foi que 95% dos portadores de úlcera venosa crônica foram afastados ou afastaram-se das suas atividades laborais após início da doença; 99% tiveram sua autoestima diminuída; 82% sofreram abandono dos seus cônjuges. Fatos que confirmam o impacto social e econômico negativo nesses pacientes. Além da falta de recursos na unidade de atendimento, ocasionando um tratamento lento. Esses pacientes, em sua maioria, possuem baixa renda e dependem exclusivamente desse serviço para o tratamento da ferida, e muitos não têm acompanhamento médico da doença de base. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O cuidado de enfermagem deve ser integral, com conhecimento e ações educacionais para melhorar a adesão ao tratamento, visando à cura, a diminuição de recidivas e a conscientização desse paciente sobre a importância do acompanhamento médico para controlar a causa da doença e melhorar a qualidade de vida.

CURATIVO A VÁCUO EM PACIENTE COM DIABETES MELITUS TIPO 2 (RELATO DE CASO)

MAYCON HOFFMAN CHEFFER¹; STEPHANIE PIANARO DE CASTRO²; NATIELY HAILA MOTTA³; MÁRCIA REGINA SILVÉRIO SANTANA BARBOSA MENDES⁴; DANIELLI PIATTI CARVALHO⁵
^{1,2,3}UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL; ⁴DOUTORA EM ENFERMAGEM, DOCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE, CASCAVEL - PR - BRASIL; ⁵ENFERMEIRA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ - HUOP, CASCAVEL - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Curativo a Vácuo; Hiperglicemia.

INTRODUÇÃO: O curativo sob pressão negativa (a vácuo) estimula aumento da perfusão tecidual e reduz a tensão sobre as bordas da ferida, minimiza o risco de necrose e promove contração da ferida aproximando as bordas. **OBJETIVO:** Relatar os efeitos do curativo em ferida de membro inferior em idoso com diabetes mellitus tipo 2. **MÉTODO:** Relato de caso durante aulas práticas de Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE. **RESULTADOS:** Para instalação do curativo é necessário: esponja de poliuretano com cinco centímetros de espessura, estéril; sonda flexível de silicone; papel filme transparente, adesivo e estéril; prolongamento de silicone (utilizado em sistemas de aspiração); frasco coletor de sistema de aspiração. A partir da instalação do curativo, procedeu-se a troca diariamente durante as duas primeiras semanas de uso, devido à alta concentração de fluídos drenados e saturação da cobertura primária (esponjas de poliuretano). Após uma semana, verificou-se importante granulação dos tecidos. No 16º dia em uso foi avaliado pelo cirurgião plástico; o qual, em consenso com a Comissão de curativos, optou pela terapia por mais 15 dias antes do enxertia, devido a não cobertura total do tecido tendinoso. No 33º dia verificou-se a presença de tecido de granulação por toda extensão da área lesionada. A reavaliação da cirurgia plástica no 35º dia de agendou a data para enxertia, pois a ferida apresentava condições para o procedimento. **CONCLUSÃO:** O curativo disponível no mercado tem elevado custo para a instituição, a esponja importada custa US\$ 600, e o reservatório para drenagem da secreção da ferida custa US\$ 550. Considerando a necessidade de duas a três trocas semanais, o gasto com o produto é US\$ 1750 (2 esponjas e 1 reservatório) a US\$ 3450 (3 esponjas e 3 reservatórios) por semana, em uma ferida exsudativa. O curativo utilizado apresenta valor 10 vezes menor que o importado. O tratamento semanal pode ficar 20 vezes mais econômico, se trocados 3 curativos por semana, pois o dispositivo neste relato de caso utiliza-se de vácuo a partir da infraestrutura hospitalar. Além disso, há estudos que sugerem maior vantagem do curativo a vácuo ser mais prático e operacional, demandando menor tempo de ocupação da equipe de enfermagem no manejo e troca em relação ao curativo de gaze úmida sendo uma média de 4,8 minutos/dia contra 18 minutos/dia de tempo gasto no curativo a vácuo em relação à cobertura com gaze úmida.

PO - 548 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO E SUA APLICABILIDADE: VISÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

GLAUCIANNE MAYARA DE LIMA; JOSILENE DE MELO BURITI VASCONCELOS; LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENESES
UFPB, JOÃO PESSOA - PB - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Prevenção; Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UP) é reconhecida como evento adverso do cuidado em saúde e a sua prevenção deve ser realizada de forma efetiva para garantir a segurança do paciente, em todos os cenários de assistência em saúde. **OBJETIVOS:** Averiguar a compreensão dos profissionais de Enfermagem sobre a UP e sua prevenção, e a aplicabilidade de ações preventivas. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI de Hospital de Ensino, em João Pessoa/PB. Participaram da pesquisa nove Enfermeiros e 21 Técnicos de Enfermagem, lotados no serviço. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2015, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob CAAE 38136014.9.0000.5183. Utilizou-se como instrumento um formulário com questões inerentes aos objetivos propostos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **RESULTADOS:** Com relação à compreensão sobre a UP, a maioria dos enfermeiros revelou conhecimento regular (44,4%) e bom (33,3%) e os técnicos informaram conhecimento bom (52,4%), seguido de regular (28,6%). Houve lacunas de conhecimentos quanto aos fatores de risco para UP nas duas categorias profissionais. Quanto à avaliação do risco para UP foi reconhecida pelos enfermeiros como atividade de sua responsabilidade (66,6%), utilizando a Escala de Braden (77,7%), 44,5% referiu não utilizar o resultado dessa avaliação para o planejamento da assistência preventiva. Os Técnicos corroboraram a prática da avaliação pelos enfermeiros (76,1%), 38% desconhecia a existência de instrumento para avaliação, apenas 14,2 referiu-se a Escala de Braden. Todos os profissionais (100%) atribuíam importância à prevenção da UP. As medidas preventivas mais citadas pelos enfermeiros foram reposicionamento corporal (100%), alívio de pressão em proeminências ósseas (44,4%), hidratação da pele e uso de coberturas de proteção em proeminências ósseas com igual distribuição (33,3%). Entre os Técnicos de Enfermagem também houve destaque para o reposicionamento corporal (91,0%), hidratação da pele (47,6%) e uso de coberturas de proteção (33,3%). A massagem surgiu como ação não recomendada com índices de 33,3% entre os enfermeiros e 57,1 entre os técnicos. **CONCLUSÃO:** Os resultados denotam a necessidade de treinamentos sobre a UP e sua prevenção, incluindo a Escala de Braden, padronizada no serviço. Sugere-se refletir sobre as ações profissionais de modo a disseminar as boas práticas na prevenção da UP.

ESTUDO DE CASO: USO DO PUSH (PREASURE ULCER SCALE FOR HEALING) NO ACOMPANHAMENTO CICATRICIAL DE ÚLCERA FALCEMICA

RAYSSA CERQUEIRA DE CARVALHO¹; MOELISA QUEIROZ DOS SANTOS DANTAS²; DANIELA FAGUNDES DE OLIVEIRA³; TALITA FARIAS FEITOSA⁴
^{1,2,4}UNIME, SALVADOR - BA - BRASIL; ³HGE, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera Falcêmica; Feridas; Cicatrização.

INTRODUÇÃO: Doença Falciforme é uma alteração genética caracterizada por um tipo de hemoglobina (HBS) que provoca distorção dos eritrócitos. Dentre as complicações relacionadas com a integridade da pele ocorrem as úlceras de perna em 8 a 10% dos pacientes. **OBJETIVO:** Relatar experiência do PUSH no acompanhamento cicatricial de paciente portadora de Úlceras Falcêmicas, atendida no Ambulatório de Feridas de Clínica Escola de Enfermagem localizada em Lauro de Freitas-BA. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de caso descritivo. Paciente 43 anos, feminino, com Anemia Falciforme, uso regular de Diosmin 450+50mg e Ácido Fólico. Admissão no ambulatório 02.09.2014, com duas úlceras: Maléolo Externo-MID e Maléolo Interno-MIE. Tratamento: exame visual, limpeza da ferida com solução salina 0,9% morna, mensuração linear da dimensão, registro fotográfico digital, irrigação da ferida com solução antisséptica, aplicação de creme barreira nas margens, escolha da cobertura primária conforme características da lesão, oclusão com terapia compressiva inelástica quando indicada e com cobertura secundária (gaze e atadura), cálculo do score PUSH. Na primeira consulta foi assinado o termo de consentimento para registro fotográfico e estudo científico. **RESULTADOS:** Evolução Cicatricial em três fases: primeira fase-17 dias, caracterizada pelo controle da colonização através da realização do curativo e cobertura primária com Hidrofibra com Prata e troca a cada 3 dias; úlcera no MID apresentou uma variação no PUSH:17-10 pontos, a úlcera no MIE apresentou uma variação no PUSH:15-13 pontos. Segunda fase-60 dias, iniciou-se a terapia compressiva nos dois membros, curativo semanal e uso de Alginato de Cálcio para controle do exsudato; a úlcera no MID apresentou uma variação no PUSH:13-11 pontos, a úlcera no MIE apresentou uma variação no PUSH:14-10 pontos. A terceira fase teve a duração distinta para as úlceras, foi mantida a terapia compressiva nos dois membros, curativo semanal e uso de espuma de poliuretano; a úlcera do MID variou o PUSH:12-0 em 82 dias e a úlcera do MID variou o PUSH:16-0 em 96 dias. Alta do ambulatório com a orientação de hidratação da pele com AGE loção e uso de meia compressiva. **CONCLUSÃO:** PUSH demonstrou efetiva representação gráfica da evolução cicatricial. Destacou-se o efetivo controle da colonização pela Hidrofibra com Prata associada ao PHMB solução, a efetividade terapêutica da terapia compressiva associada a Espuma de Poliuretano na cicatrização desta paciente.

PO - 550 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

ESTRATÉGIAS BÁSICAS UTILIZADAS NA ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA, AO PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO, COM VISTA PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO

**NATHALYA SILVA SILVA DE AGUIAR; GRACE CAVALCANTI CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE ORTEGA; TATIANE FARIAS FARIAS DA ROSA SILVA; PATRICIA CLARINDA DE MESSIAS DOS SANTOS; NELSON CARVALHO DE ANDRADE
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA, SÃO GONCALO - RJ - BRASIL.**

Palavras-chave: Enfermagem; Estratégia em Saúde; Úlcera por Pressão.

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pelos enfermeiros processo dinâmico de identificação dos fatores intervenientes, no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e requer desses profissionais a implementação de ações que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. O profissional de enfermagem possui um papel importante quando se refere do cuidado ao cliente, tem um trabalho relevante no tratamento de feridas, uma vez que possui maior contato com o mesmo, acompanhando a evolução da lesão, orientando e executando o curativo. Objetivou-se com este estudo entender e expor formas gerenciais da assistência de enfermagem no tratamento ao portador da úlcera por pressão e aos que apresentam riscos. O método utilizado foi, revisão de literatura em bases de dados da Scielo Bireme, Medline e Lilacs. Foi selecionado artigos sobre a assistência de Enfermagem ao portador de Úlcera por Pressão. A SAE foi uma das escolhas para o estudo uma vez que é considerada atividade privativa do enfermeiro que permite identificar as situações de saúde e doença, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem. Os protocolos são ferramentas de apoio teórico-prático que permitem aos enfermeiros, a realização do planejamento do cuidado melhora, desta forma, a qualidade da assistência individual e coletiva. No âmbito da saúde, os algoritmos são instrumentos simples, diretos e de fácil acesso, além de ferramentas primordiais ao gerenciamento da qualidade, destacando-se como importante meio de organização de processos (CHANES, 2008). Os dados revelaram diminuição acentuada de incidência de UP na instituição, após a implementação dos protocolos de avaliação de risco e de prevenção, confirmando que essas ferramentas são fundamentais e de impacto no controle da incidência de UP, quando utilizadas sistematicamente (POTT, 2013). Os registros são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados (GEORGE, 2011). Conclui-se com a pesquisa que vários são os métodos e sistemas adotados para a prevenção e tratamento da úlcera por pressão. E entendido que, mesmo um simples registro de enfermagem, resultará em benefícios para o cliente/paciente e para a equipe como por exemplo a SAE mostrou ser uma ferramenta útil na prevenção, acompanhamento e tratamento de pacientes com úlcera por pressão.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE CUIDADOS COM A PELE EM PACIENTES CRÍTICOS

TALITA FARIAS FEITOSA¹; RAYSSA CERQUEIRA DE CARVALHO²; MOELISA QUEIROZ DOS SANTOS DANTAS³; DANIELA FAGUNDES DE OLIVEIRA⁴

^{1,2,3}UNIÃO METROPOLITANA DE ENSINO E CULTURA - UNIME, LAURO DE FREITAS - BA - BRASIL; ⁴HOSPITAL GERAL DO ESTADO DA BAHIA - HGE/BA, SALVADOR - BA - BRASIL.

Palavras-chave: Enfermagem; UTI; Ferida.

INTRODUÇÃO: As Unidades de Tratamento Intensivo reúnem pacientes com perfil de gravidade, com fatores de risco para o desenvolvimento das lesões de pele. Identificar a lesão e classificá-la corretamente exige do enfermeiro um conhecimento profundo. **OBJETIVO:** Compartilhar com a comunidade científica os desafios na implantação de um grupo de cuidados com a pele em pacientes críticos de um hospital referência em trauma de Salvador-BA. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência da implantação de um grupo de cuidados com a pele por enfermeiros intensivistas. A escolha dos componentes do grupo aconteceu em janeiro de 2013, estabelecendo-se como metas: reuniões mensais para avaliação do grupo e discussão de artigos científicos, revisão dos impressos, definição da rotina de avaliação da pele, atualização dos protocolos de prevenção e tratamento das lesões de pele, implementação da Escala de Braden e do PUSH, construção do banco de dados. **RESULTADOS:** As reuniões mensais foram realizadas para a avaliação das rotinas instituídas, discutiram-se artigos científicos relacionados com a prevenção e tratamento das lesões de pele. A revisão dos impressos resultou numa adequação das legendas ao PUSH; na criação de uma prescrição de enfermagem para a prevenção de lesões de pele com mudança de decúbito a cada 2h, aplicação da Escala de Braden, utilização de superfície de suporte estática tipo piramidal, aplicação de creme barreira, proteção de proeminências ósseas com filme de poliuretano não estéril e flutuação dos calcâneos. Como rotina para a avaliação das lesões de pele estabeleceu-se a terça-feira para que todos os pacientes sejam avaliados por um membro do grupo e o enfermeiro assistencial participa ativamente na realização dos curativos e na discussão da conduta a ser aplicada. A revisão dos protocolos de prevenção e tratamento das lesões de pele teve início com o treinamento e implementação da Escala de Braden e do PUSH. A construção do banco de dados é realizada semanalmente, através do arquivamento dos impressos de acordo com alta da unidade ou óbito, o arquivamento digital acontece com suporte do programa Excel/Windows. **CONCLUSÃO:** Os dois anos de atuação do grupo de pele na UTI favoreceram a melhor utilização dos recursos terapêuticos disponíveis para o tratamento e prevenção das lesões de pele. Além disso, beneficiou a educação em serviço, ampliando o conhecimento a todos os membros da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva.

PO - 552 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

CRIANÇA QUEIMADA: ALÉM DO CUIDAR DA FERIDA

**TATIANE BATISTA DE FARIA SANTOS; FLAVIA COUTO NASCIMENTO; RÚBIA PEREIRA CARNEIRO
RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.**

Palavras-chave: Criança; Queimadura; Sentimento.

As queimaduras são lesões cutâneas causadas pela ação direta ou indireta do calor através de agentes químicos, elétricos, térmicos e radioativos. A maioria das queimaduras em crianças que acontecem em ambientes domésticos é provocada por líquidos superaquecidos. Compreende-se que a assistência ao lactente queimado é complexa, e que necessita de um conhecimento técnico-científico. O profissional de saúde também precisa lidar com as emoções desta criança e de seus familiares, o que contribuirá positivamente para uma reabilitação. Cabe a ele também propiciar calma, esperança e apoio, reduzindo a ansiedade e minimizando o sofrimento diante da hospitalização. Considerando a importância do assunto explanado, bem como as comorbidades associadas, busca-se na literatura o embasamento sobre os cuidados e os diversos sentimentos apresentados nos profissionais da saúde que prestam assistência ao lactente queimado. Por isso, é de fundamental importância a realização de estudos e pesquisas na área para a melhoria do tratamento e conseqüentemente da qualidade de vida em crianças vítimas de queimaduras. Neste objeto de estudo foi utilizado inicialmente sulfadiazina de prata e após procedimento cirúrgico, curativo antimicrobiano revestido com prata nanocristalizada. Tendo como objetivo relatar o caso de um paciente de um ano de idade internado no HFAG, identificando os sentimentos apresentados por profissionais de saúde envolvidos no cuidado; salientar a importância da prevenção de queimaduras e citar o tratamento utilizado. Por meio de pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo e de caráter exploratório e descritivo, buscando identificar e enfatizar na literatura a importância da assistência e o sentimento do profissional de saúde frente a este lactente. Procedeu-se também à observação direta da equipe assistente. A utilização da cobertura escolhida para tratamento, apresentou resultado satisfatório, favorecendo a integridade tissular, livre de sequelas. É importante enfatizar que a assistência de enfermagem constitui papel fundamental no êxito do tratamento, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade. O impacto provocado pela queimadura remetem sentimentos expressivos como o de fraternidade ao profissional de enfermagem envolvido no processo do cuidar que ultrapassa as linhas tradicionais do cuidado. Ações educativas para a população como campanhas regulares de prevenção, distribuição de manuais e alertas sobre fatores de risco, são as melhores de acidente.

EFFECTIVIDAD DEL ACEITE DE ROSA MOSQUETA ORGÁNICO EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE COLGAJO: RELATO DE CASO

ISABEL CRISTINA RICO; LEIDY JOHANA CARDONA-GIRALDO; PAULA ANDREA CUARTAS-VELASQUEZ
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN - COLOMBIA.

Palavras-chave: Rosa mosqueta; Cicatrización; Epidérmico.

INTRODUCCIÓN: Paciente de sexo femenino, 25 años de edad, Diagnóstico médico de Sciwora y paraplejia flácida en Octubre de 1997. Antecedentes personales de infecciones urinarias a repetición por vejiga neurogénica. Con 10 años de evolución de úlcera por presión (UPP) categoría IV, en región isquiática izquierda, con varios cierres primarios, osteomielitis crónica con curetaje y remoción de hueso en 2007. En Octubre de 2013, desbridamiento quirúrgico por lesión de tejidos profundos. En Diciembre de 2013 realización de rotación de colgajo. Posteriormente se hizo necesaria una nueva consulta con cirugía plástica y reconstructiva para sutura de herida entre 6 y 10 centímetros, y dehiscencias de 3 y 6 mm para manejo domiciliario. **OBJETIVO:** Conocerla efectividad del aceite de rosa mosqueta en la regeneración de zonas de dehiscencia y cicatrización en el paciente posquirúrgico de colgajo, secundario a UPP. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de caso con solicitud de consentimiento verbal y escrito al paciente para publicar el caso. **RESULTADOS:** Se diagnosticó "Deterioro de la integridad cutánea" secundario a UPP e intervención quirúrgica, con evidencia de zonas de dehiscencia. Según la Taxonomía de la (NANDA).¹ Este diagnóstico ha sido definido como el estado en el cual el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en el tejido epidérmico y dérmico. Entre las actividades de manejo domiciliario se hizo explicación del procedimiento a familiares, curación diaria con solución salina 0.9% y aplicación tópica de Aceite orgánico de Rosa Mosqueta, al menos dos veces al día durante 3 meses. Así mismo se hizo registro fotográfico de las lesiones para evaluar y reconocer el proceso regenerativo. **CONCLUSIÓN:** El aceite orgánico de Rosa mosqueta demostró efectividad en la cicatrización; en este caso; equiparando en tiempo y proceso las zonas de dehiscencia con aquellas que no la presentaron. Así mismo la cicatriz que en un principio se identificó como hipertrófica se transformó, en un periodo de 3 meses, en una cicatriz de características normales con una marcada homogenización del color de la piel. ¹ Herdman, T. Heather. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

PO - 554 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

A AUTONOMIA DO ENFERMEIRO FRENTE A FALTA DE RECURSOS MATERIAIS NA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PRIVADA NO RIO DE JANEIRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ISIS DA SILVA GALINDO; PATRÍCIA SILVEIRA CORREA; ISABELLE CAMPOS GUERRA; JÚLIA CHAVES BARROS; SUELLEM CANERO SILVEIRA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Feridas; Enfermagem; Autonomia profissional.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão são consideradas um grande problema de saúde, que dificultam o tratamento e a recuperação do paciente. A falta de profissionais capacitados, equipamentos e materiais para o tratamento das úlceras resultam num obstáculo para a cura e a sobrevida, aumentando o tempo de internação do paciente. A internação prolongada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocasiona aumento nos custos de forma exacerbada e desnecessária, que seriam melhor utilizados na prevenção das úlceras por pressão. A ausência de alguns materiais pode influenciar diretamente na melhora do paciente. Nas instituições privadas existe uma grande preocupação com custos e lucros gerados, sendo assim alguns aspectos que são essenciais para a saúde do indivíduo podem ser negligenciados. Por questões institucionais, existe um impedimento para com o gestor de que se invista em recursos considerados, não essenciais, mesmo comprovada a importância dos procedimentos aos quais os materiais são necessários. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do enfermeiro que realiza curativos preservando as boas práticas na ausência de recursos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência sobre as dificuldades, reivindicações e frustrações encontradas pelo enfermeiro na assistência ao paciente com úlcera por pressão, na ausência de recursos materiais para realização de curativos em um hospital privado do Rio de Janeiro. **RESULTADO:** Observou-se o desinteresse da instituição no tratamento de feridas de forma eficaz, não garantindo subsídios para atuação do enfermeiro de forma autônoma. Contudo não desencorajando a busca de novas terapêuticas a fim de ofertar uma assistência digna para o paciente portador de úlcera por pressão. Visto que o tratamento inadequado acelera o processo de evolução das lesões, o que conseqüentemente acarreta maiores agravos no quadro clínico do paciente, aumentando o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI) e a ocorrência de comorbidades. **CONCLUSÃO:** Para que haja mudança de paradigmas, é essencial que o enfermeiro adote uma postura contestadora, dissemine essa inquietação através da produção de conhecimento a fim de sensibilizar outros enfermeiros para que não aceitem a degradação da assistência, mesmo diante de circunstâncias desfavoráveis a recuperação tegumentar do paciente, visando seu bem-estar clínico e preservando sua autoimagem.

PREPARO DE ÁREA PARA ENXERTIA USANDO HIDROFIBRA COM PRATA EM FERIDA DE PACIENTE VÍTIMA DE ESCALPELAMENTO

MARIA ALVES BELEM ALVES BELEM¹; MARIA DO SOCORRO DA SILVA RUIVO²

¹MESTRE CIENCIAS DA SAÚDFUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL; ²FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Escalpelamento; Leito da ferida; Hidrofibra com prata.

INTRODUÇÃO: O Estado do Pará possui 144 municípios, dentre os quais 72 com influência hidrográfica e 42 com incidência de casos de acidentes com eixo de barco. Às margens dos rios paraenses existe uma população identificada como ribeirinha, que possui como único meio de transporte o barco. Estas embarcações funcionam através de um eixo o qual liga até a hélice gerando uma forte rotação ininterrupta para o motor, sendo o eixo localizado dentro do barco se torna o grande vilão dos acidentes, pois as pessoas em função da própria cultura transitam normalmente, viajam muitas vezes próximo ao eixo, também costumam retirar o excesso de água da embarcação, é quando seus cabelos são sugados e enrolados em torno do eixo ocasionando o acidente. O escalpelamento é comum na região Amazônica, que mutila principalmente mulheres e crianças, caracterizado pela avulsão parcial ou total do couro cabeludo e subsequente exposição da calota craniana. Em alguns casos, observa-se também perda das pálpebras, orelhas e região inferior da face, além de perda muscular da região frontal e occipital, (PAIVES, 2008). O estudo foi realizado com uma paciente de 07 anos, que sofreu escalpelamento total com 70% de avulsão do couro cabeludo e 50% de exposição óssea, com presença de secreção purulenta, justificando a escolha da tecnologia hidrofibra com prata.

OBJETIVO: Relatar o caso de uma paciente vítima de escalpelamento utilizando o tratamento com a tecnologia hidrofibra com prata no preparo do leito da ferida para enxertia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, Relato de Caso, realizado na Instituição Pública Hospitalar Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, na cidade de Belém/Pará no período entre 22/04/2013 e 11/06/2013. O caso foi acompanhado com a realização de curativos pela equipe de enfermagem e cirurgia plástica. Na coleta de dados utilizou-se os registros do prontuário e fotográfico das lesões devidamente autorizado pelo responsável legal.

RESULTADOS: Observou-se que o tratamento com a tecnologia hidrofibra com prata foi eficaz na redução da carga bacteriana, na absorção do exsudato e diminuição do número de trocas de curativos, preparando o leito da lesão para enxertia e reduzindo o tempo de internação hospitalar.

CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO EM USUÁRIOS COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS

ERIK CRISTOVAO ARAUJO DE MELO¹; FERNANDA CRISTINA SILVA ARAÚJO²; DANIELA JÉSSICA SANTOS OLIVEIRA³; MARIA DO CARMO GUEDES VIANA⁴; DANDARA MEDEIROS PAIVA⁵

^{1,4,5}DISCENTE DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PR - BRASIL; ²ENFERMEIRA. ASSESSORA TÉCNICA DA EMPRESA NORDMARKET, CAMPINA GRANDE - PR - BRASIL; ³ENFERMEIRA. INSTITUTO SOCIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (ISAS), CAMPINA GRANDE - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Ferimentos e lesões; Encefalopatias.

INTRODUÇÃO: As úlceras por pressão, mesmo com os avanços nos cuidados na área de saúde, causam grande impacto na qualidade de vida dos usuários portadores. O desenvolvimento destas é particularmente considerável nos usuários com distúrbios neurológicos, devido aos fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados a este problema, necessitando de intervenções urgentes no âmbito da prevenção, promoção e recuperação da saúde. **OBJETIVO:** Este estudo objetivou-se identificar o perfil dos usuários com danos neurológicos com risco ou com úlcera por pressão em uma ala neurológica de um hospital público da Paraíba. **MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo longitudinal, de abordagem quantitativa e de caráter descritivo, parte de um projeto de pesquisa de um Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC), durante os meses de agosto de 2014 a julho de 2015, totalizando 185 usuários com distúrbios neurológicos, selecionados através de uma amostragem não probabilística e intencional. O estudo foi aprovado pelo CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG) em 26/05/2014, sob CAAE: 17620213.8.0000.5182. **RESULTADOS:** No estudo foi constatado a prevalência do sexo masculino (57,8%), o AVE (35,8%) e o TCE (20,6%) como principais diagnósticos médicos. A minoria dos usuários apresentaram UP (20,54%), que identificou-se a presença destas (38,3%) relacionado ao tempo de internamento <8 dias, porém encontrou-se a presença de UP (50%) nos usuários internados entre 16 e 30 dias. A UTI foi o setor que ocorreu o maior número de UP (45%), seguido Ala Neurológica (41%). A escala de Braden apresentou sem risco (35,1%) e risco leve (34%). **CONCLUSÃO:** Comprovou-se a maior presença de distúrbios neurológicos nos usuários do sexo masculino, vítimas de AVE e TCE. A presença da UP foi relacionada a 16 a 30 dias de internamento, internados na UTI, com a escala de Braden sem risco. A ocorrência de fatores que predisõem à UP em pacientes neurológicos torna-se importante, pois podem subsidiar as ações de prevenção a este problema, destacando a importância do desenvolvimento de estudos que comprovem ainda mais especificamente os fatores de risco à UP associado a instrumentos que o direcionem, bem como a atualização dos profissionais envolvidos neste processo, visto que esta condição é caracterizada como um agravante ao estado de saúde dos pacientes neurológicos.

ÚLCERAS POR PRESSÃO: FATORES DE RISCO PARA USUÁRIOS HOSPITALIZADOS COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS

ERIK CRISTOVAO ARAUJO DE MELO¹; FERNANDA CRISTINA SILVA ARAÚJO²; CLEANNE RAYSSA PAULINO VASCONCELOS³; MARKEYNYA MARIA GONÇALVES VILAR⁴

^{1,3,4}DISCENTE DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE - PR - BRASIL; ²ENFERMEIRA. ACESSORA TÉCNICA DA EMPRESA NORDMARKET, CAMPINA GRANDE - PR - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Ferimentos e lesões; Fatores de Risco; Encefalopatias.

INTRODUÇÃO: Considerada como um problema de saúde pública mundial, a úlcera por pressão (UP) é uma iatrogenia multifatorial de difícil controle, com elevada incidência e prevalência que acomete pacientes nos diversos cenários do cuidado. Os que fatores intrínsecos e extrínsecos podem contribuir para o aparecimento das UP. As UP em usuários neurológicos podem ocorrer devido a fatores de risco adicionais, como os déficits motores, alteração sensitiva e cognitiva, alteração do sono e repouso e perfusão tissular alterada. **OBJETIVO:** Objetivou-se identificar a relação do setor de internamento e localização da UP, e a escala de Braden entre em usuários com danos neurológicos com risco ou com úlcera por pressão em uma ala neurológica de um hospital público da Paraíba. **MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo longitudinal, de abordagem quantitativa e de caráter descritivo, parte de um projeto de pesquisa de um Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC), durante os meses de agosto de 2014 a julho de 2015, totalizando 185 usuários com distúrbios neurológicos, selecionados através de uma amostragem não probabilística e intencional. O estudo foi aprovado pelo CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/ UFCG) em 26/05/2014, sob CAAE: 17620213.8.0000.5182. **RESULTADOS:** Dos usuários com presença de UP (20,54%), a UTI foi o setor que ocorreu o maior número de UP (45%), seguido Ala Neurológica (41%). A localização da UP foi evidente na região sacral (43,5%) relacionado aos setores, UTI (20,9%) e a Ala Neurológica (17,7%). A escala de Braden apresentou sem risco (35,1%) em apenas 1,6% de acometidos por UP, seguido de risco leve (34%) em 4,8% de acometidos por UP. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que há uma maior incidência de UP no setor UTI, com localização na região sacral, com a escala de Braden sem risco e risco leve na minoria dos usuários com UP. É necessários um olhar especial para estes fatores de risco, muitas vezes negligenciados, para evitar o acometimento deste problema de saúde. Com isso é importante evidenciar o dever e o poder que dos profissionais da saúde tem de participar desta realidade interferindo no processo de desenvolvimento desta afecção. O estudo corroborou com diversas pesquisas anteriores ao passo que, também aliado a área de feridas, comprovou a ocorrência de diversos fatores que predispõem ao desenvolvimento de UP em usuários neurológicos.

PO - 558 - PÔSTER III - TARDE 27/11/2015 DE 14:00 ÀS 17:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AVALIAÇÃO DO TECIDO DESVITALIZADO PRESENTE EM ÚLCERAS POR PRESSÃO DE CATEGORIA III E IV

JULIANA L. GOMES¹; ANDRESSA COOPE²; JOSÉ DIEGO BOTEZELLI³; ELIANA P. ARAÚJO⁴; MARIA HELENA MELO LIMA⁵
^{1,2}FACULDADE DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINA, CAMPINAS - SP - BRASIL; ^{3,4}LAB. DE SINALIZAÇÃO CELULAR, DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL; ⁵FACULDADE DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera por pressão; Amostras; Cirurgia plástica.

INTRODUÇÃO: Úlceras por pressão (UP) são feridas crônicas causadas pela falha no processo de cicatrização com persistência na fase inflamatória. **OBJETIVO:** Analisar os biomarcadores no tecido desvitalizado presente no leito da ferida UP de categoria III e IV. **MÉTODOS:** Amostras de tecido saudável de pacientes submetidos à cirurgia plástica foram coletadas, bem como o tecido desvitalizado presente em UP de categoria III e IV por meio do desbridamento conservador e submetidas a análise PCR, Immunoblotting e cultura de células. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética (1069054/2015). **RESULTADOS:** Análise gênica de 3 pacientes identificou 5 genes no tecido desvitalizado de maior expressão (up-regulation): CXCL1, CXCL2, IL-1 β , PGTS2, and NLRP3 e 6 de menor expressão (down-regulation): CARD 18, IL-18, SUGT1, IL-33, MAP3K7 e TXNIP. Cultura de fibroblastos tratados com tecido desvitalizado mostrou menor atração e crescimento celular comparado ao grupo controle. Análise por Western blotting da cultura de células do extrato do tecido desvitalizado mostrou tendência a expressão do ERK-1, TGF- β , e diminuição na expressão do FGF. **CONCLUSÃO:** A presença destes biomarcadores no tecido desvitalizado estimula e promove a inflamação crônica no leito da ferida, reforçando que este tecido deve ser retirado o mais precoce possível, porque o perfil dos genes presentes indicam a manutenção da patogenicidade crônica da ferida.

A PAPAÍNA 3% DIMINUI INFILTRADO INFLAMATÓRIO, AUMENTA PROLIFERAÇÃO CELULAR E A ORGANIZAÇÃO DAS FIBRAS DE COLÁGENOS EM FERIDAS CUTÂNEAS DE CAMUNDONGOS

LETÍCIA P.G. SANTANNA; FLAVIA AZEVEDO; VANESSA C.D. BÓBBO; ELIANA P. ARAÚJO; MARIA HELENA MELO LIMA
FACULDADE DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, UNICAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.

Palavras-chave: Enzima proteolítica; Feridas; Gel de papaína.

INTRODUÇÃO: A papaína é uma enzima proteolítica derivado de planta *Carica papaya*, utilizada no tratamento de lesões há vários anos, com finalidade de desbridamento de tecido necrótico e acelerar o processo de cicatrização. A literatura aponta que feridas tratadas com papaína apresentam maior número de fibroblastos com melhor organização da matriz de colágeno, o que auxilia na força de tensão e integridade no local da reparação. No entanto, os mecanismos envolvidos no processo de cicatrização da papaína não são totalmente esclarecidos. **OBJETIVO:** avaliar o efeito do tratamento tópico do gel de papaína a 3%, por meio da expressão dos fatores de crescimento e citocinas em lesões agudas de camundongos saudáveis. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trinta camundongos Black (C57BL) saudáveis e adultos (10 semanas de idade, 25 g) foram divididos aleatoriamente em dois grupos: animais tratados com gel de papaína 3% e os animais tratados com o gel placebo. A expressão dos fatores de crescimento foi analisada por meio de PCR em tempo real e histologia. Projeto foi aprovado pela Comissão de Ética no Uso de Animais da UNICAMP sob Protocolo de nº 3287-1, sendo aprovado em abril/2014. **RESULTADOS:** Três e 7 dias após a lesão, os animais foram sacrificados e as lesões coletadas. As amostras foram processadas com base no protocolo de PCR em Tempo Real e os cortes foram corados com hematoxilina-eosina, Picrosirius red e submetidos ao processo de imunohistoquímica. Ao exame macroscópico, o grupo tratado com papaína 3% não apresentou menor tempo de resolução da ferida quando comparado ao grupo placebo. Ao contrário do observado no exame microscópico no 7º dia, houve melhor taxa de contração da ferida, quantidades menores de células inflamatórias, aumento na neovascularização e melhor organização das fibras de colágeno quando comparado ao grupo placebo. Houve expressão significativa dos fatores de crescimento, TGF β e VEGF no 7º dia na presença da papaína gel 3% quando comparado com o placebo ($p < 0,01$) por meio de análise de PCR. **CONCLUSÃO:** A aplicação tópica do gel de papaína a 3% contribui para melhorar a angiogênese, proliferação celular e organização de fibras colágenas, bem como favorece a expressão de mRNA do TGF β em feridas cutâneas de animais saudáveis.

PO - 560 - PÔSTER I - MANHÃ 25/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS EM PACIENTES COM CÂNCER DE PELE NÃO-MELANOMA: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

FERNANDA DOS ANJOS DE OLIVEIRA; FERNANDO SANTOS PUPO; FERNANDA MONTEIRO GARCIA; MARIA FERNANDA PALERMO DA SILVA; THAYANA NASCIMENTO DOS SANTOS.
UNIRIO, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.

Palavras-chave: Úlcera; Cuidados de Enfermagem; Neoplasias.

INTRODUÇÃO: Os carcinomas basocelular e epidermoide são também conhecidos como câncer de pele não melanoma, tipo mais freqüente de câncer de pele e o tipo mais freqüente na população de pele clara. Esperam-se 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 83.710 nas mulheres no Brasil, em 2014, segundo dados mais recentes da estimativa do câncer. A identificação dos estágios iniciais do câncer pode reduzir taxas de morbidade e mortalidade. Com esse intuito, existem três níveis de programas de prevenção: a primária, que previne a ocorrência da enfermidade; a secundária, que consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento; e a terciária, que previne deformidades, recidivas e morte. Dentre os inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia maligna epitelial temos a exposição solar, pessoas de pele clara, olhos e cabelos claros, história familiar de Carcinoma Basocelular (CBC) e sardas na infância. O prognóstico depende do tipo do tumor e do tratamento estabelecido. **OBJETIVOS:** Abordar a incidência da ocorrência de úlceras em pacientes com câncer de pele não-melanoma e demonstrar métodos preventivos, de detecção precoce e de manutenção deste tipo de ferida para melhorar a qualidade de vida do sujeito. **METODOLOGIA:** Revisão sistematizada da literatura com recorte temporal de 10 anos. Os descritores utilizados foram: Úlcera, cuidados de enfermagem e neoplasias. **RESULTADOS:** Os carcinomas basocelulares localizam-se mais na parte do rosto, correspondendo a 86% dos casos. Diante disto é possível perceber a alta incidência deste tipo de câncer em uma área altamente exposta, o que requer um cuidado diferenciado, uma vez que abala o paciente não só física, mas esteticamente. O enfermeiro deve estar atento aos fatores de risco deste tipo de câncer, observando pacientes que necessitem de orientação, objetivando planejar medidas sanitárias de prevenção primária na população, incentivar a promoção de programas educacionais nas escolas e comunidades, otimizar as ações de saúde pública e saúde do trabalhador, conseqüentemente, diminuindo morbidade e custos ao sistema de saúde pelo reconhecimento e tratamento precoces das lesões. **CONCLUSÃO:** Pode-se concluir que as enfermeiras estão em uma posição para fornecer apoio psicossocial e informação crucial para os pacientes, para que eles estejam cientes dos efeitos psicossociais muitas vezes negligenciado no câncer de pele não-melanoma, prestando uma assistência especializada.

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO TÓPICO CURATIVO EM PEDIATRIA

RAFAEL COLODETTI¹; KATIA CRISTINA VIEIRA SILVA²; MONICA BARROS DE PONTES³

¹EMPRESA PHARMED, VITÓRIA - ES - BRASIL; ²HIMABA, VILA VELHA - ES - BRASIL; ³UVV, VILA VELHA - ES - BRASIL.

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson; Enfermagem; Curativos Especiais.

A Síndrome de Stevens-Johnson caracteriza-se por acometimento mucocutâneo múltiplo e elevada morbimortalidade. Ocorre extensa necrose de destacamento da epiderme e a área desnuda é suscetível às infecções, entretanto, nenhum consenso existe sobre os cuidados locais. Tratou-se de um relato de caso acompanhado em um hospital estadual, localizado no município de Vila Velha, ES, com uma criança de sete anos, apresentando diagnóstico de varicela e de evolução concomitante com a Síndrome de Stevens-Johnson. **OBJETIVO:** Descrever novas intervenções de enfermagem no tratamento conservador da Síndrome de Stevens-Johnson, utilizando-se de curativos especiais. A reepitelização transcorreu em vinte e dois dias de tratamento. Foi possível acompanhar a cicatrização e relatar a experiência do uso dessas tecnologias em tal doença, proporcionando novas e eficazes ações de enfermagem.

PO - 562 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

AMBULATÓRIO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO NA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM

ISABELA CARUSO CAVALCANTI; FERNANDA VIEIRA NICOLATO; REGINA LUCIA MUNIZ DE ALMEIDA; SYLVIA MIRANDA CARNEIRO; EDNA APARECIDA BARBOSA DE CASTRO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA - MG - BRASIL.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Feridas; Cuidado de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, indispensável para o ideal funcionamento do organismo. Entretanto, assim como qualquer outro órgão, torna-se susceptível a agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos causando alterações na sua constituição e função. No Brasil, as feridas acometem grande parcela da população, independente de sexo, idade ou etnia, determinando sério problema de saúde pública¹. De acordo com a deliberação 65 de 2000, o profissional enfermeiro possui fundamentação e competências específicas na prevenção e tratamento de lesões cutâneas garantindo assistência de qualidade (COREN, 2000)². O ambulatório de Prevenção e Tratamento de lesões de pele localizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), iniciou-se em 2012 vinculado ao projeto de Extensão "Consulta de Enfermagem para o autocuidado após a alta hospitalar". Atualmente, este cenário se configura como espaço de formação Lato sensu, na modalidade de residência, objetivando o desenvolvimento de competências e habilidades através de consultas de enfermagem e cuidados fundamentais a estes pacientes. O atendimento prestado neste ambulatório integra a avaliação do paciente, definição de condutas para o tratamento, realização de curativos, orientações e acompanhamento até a cicatrização total da lesão. **OBJETIVO:** Apresentar as experiências e as atividades vivenciadas por residentes de Enfermagem em Saúde do Adulto durante atuação no ambulatório de feridas. **MÉTODO:** Relato de caso com abordagem descritiva acerca da vivência de residentes de enfermagem no ambulatório de prevenção e tratamento de feridas, destacando-se a assistência de enfermagem ao portador de lesão cutânea, manejo com os diferentes tipos de coberturas e caracterização do perfil da clientela. **RESULTADOS:** A consulta de enfermagem no atendimento ao indivíduo com feridas crônicas possibilita, além da realização do tratamento tópico das lesões, o levantamento do perfil sócio demográfico, econômico e clínico o qual caracteriza a clientela assistida³. Esses dados permitem o direcionamento da conduta e garantia da assistência de qualidade. **CONCLUSÃO:** Recursos materiais, capacitações e o trabalho interdisciplinar são condições essenciais para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes.¹

OS ASPECTOS RELEVANTES DA FISIOPATOLOGIA DA FERIDA: UM ESTUDO PARA ENFERMAGEM

EDITH ALMEIDA PINTO; ARIANE MARTELET DELLA- FLÓRA MARTELET DELLA-FLÓRA; ELENICE SPAGNOLO MARTINS; FRANCIELLE DA COSTA VIEIRA; CLOVES ROBERTO FELDEN DA SILVA
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO, SANTA MARIA - RS - BRASIL.

Palavras-chave: Ferida; Autoestima; Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A ferida ao acometer o paciente atinge vários fatores biopsicossociais. As causas das feridas são significativas e, cada caso exige uma intervenção para se buscar a cicatrização (OLIVEIRA; DIAS, 2012). O atraso do processo de cicatrização completa, pode acometer o indivíduo, agravando a recuperação da lesão trazendo mudanças de comportamento a estes (MARZOLA, 2008). Muitas pessoas sentem vergonha, ansiedade e tristeza e comprometendo a sua autoestima, por sofrer limitações a certas atividades cotidianas. Com isso o emocional destas fica extremamente abalado fazendo com que o tratamento se torne mais demorado e doloroso, pois há sentimento de incapacidade em relação ao resto da sociedade causando-lhes grandes angustias e sofrimentos. A enfermagem tem um papel fundamental, no cuidado a este paciente e sua família, pois estas acabam sendo diretamente atingidas com as angústias, traumas e limitações desse, pois este requer cuidados restritos. **OBJETIVO:** Buscar na literatura publicações que contenham orientações e informações, que auxiliem a enfermagem a manusear um paciente com ferida, que apresenta déficit de autoestima. **METODOLOGIA:** O presente estudo aborda uma pesquisa bibliográfica em que a fonte de coleta dos dados foram livros, bancos de dados de publicações científicas nacionais (BVS, SCIELO, LILACS, BIREME). Na busca foram digitadas as palavras "feridas e autoestima", e foram selecionados os arquivos que contemplassem a temática. **RESULTADOS:** A equipe de enfermagem tem o papel essencial no cuidado e prevenção de feridas. É através desse cuidado que se promove uma maior qualidade e expectativa de vida ao indivíduo portador da ferida. Através desse vínculo paciente-equipe se consegue um tratamento mais rápido e eficaz promovendo uma autoestima mais elevada para o portador da ferida e conseqüentemente da família do mesmo (WAIDMAN et al., 2011). **CONCLUSÃO:** A enfermagem vai além do cuidado físico e dos procedimentos manuais é um cuidado que ultrapassa as maiores barreiras se tornando um cuidado mais humanizado favorecendo o vínculo e conquistando a confiança do paciente, promovendo um maior cuidado. O profissional deve estar capacitado para tratar o ser humano como um todo, experimentando outras formas de cuidar das feridas que não se restrinja só a técnica. Assim, com o apoio da enfermagem, busca-se uma melhor qualidade de vida ao paciente e um cotidiano mais saudável e conseqüentemente melhora da sua autoestima.

PO - 564 - PÔSTER II - MANHÃ 26/11/2015 DE 09:00 ÀS 12:00, ÁREA DE EXPOSIÇÃO

RELATO DE CASO: USO DE COBERTURA DE CARBOXIMETILCELULOSE COM CAMADA EXTRA NO TRATAMENTO DE LESÕES EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

LUCIANA SOUZA MIRANDA LEAL¹; GISELE LOBO BRAGA²; THAIS MARTINS MACHADO³

^{1,2}HOSPITAL GERAL DE BELÉM- EXÉRCITO, BELÉM - PA - BRASIL; ³HOSPITAL GERAL DE BELÉM-EXÉRCITO, BELÉM - PA - BRASIL.

Palavras-chave: Insuficiência Venosa Crônica; Carboximetilcelulose; Lesões.

O presente estudo trata do uso de cobertura de carboximetilcelulose com camada extra no tratamento de lesões vasculares. **OBJETIVO:** Relatar o caso clínico de uma paciente diabética com insuficiência venosa crônica, portadora de ferida isquêmica em MID, com edema local, necrose úmida em grande quantidade, bordas irregulares e hiperêmia intensa em região perilesão, além de lesões satélites que se estendem por todo o terço inferior do MID. **MÉTODO:** Este caso foi acompanhado em um hospital militar federal em que a equipe de saúde atua com as novas tecnologias para o tratamento de lesões, sendo o mesmo selecionado dentre os demais pacientes acompanhados. A coleta de dados foi efetuada através da anamnese e exame físico do paciente, utilizando-se um instrumento com dados relativos às condições do paciente e da lesão, bem como através do registro fotográfico da lesão. A paciente foi tratada com cobertura não convencional de Carboximetilcelulose com camada extra e os curativos foram realizados a cada três dias. **RESULTADO:** Ao final de aproximadamente seis semanas, observou-se a total cicatrização da lesão. **CONCLUSÃO:** Não foram observados desconfortos ou complicações decorrentes do uso do produto, concluindo-se que o mesmo apresentou boa tolerabilidade e eficácia terapêutica para este caso em particular.