

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

SÍLVIA MARIA SOARES CARVALHO SANT`ANA

**ÚLCERAS VENOSAS: CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO
EM USUÁRIOS ATENDIDOS NAS SALAS DE CURATIVOS
DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOÂNIA – GO**

GOIÂNIA, 2011

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------|--------------------|---------|--------------------------------|--|
| Autor(a): | Sílvia Maria Soares Carvalho Sant`Ana | | | | | |
| RG: | | CPF: | | E-mail: | silviasoarescarvalho@gmail.com | |
| Afiliação: | | | | | | |
| Título: | Úlceras venosas: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia-GO | | | | | |
| Palavras-chave: | Úlcera Varicosa, Enfermagem, Saúde Pública | | | | | |
| Título em outra língua: | Venous ulcers: characterization and treatment in users attended in the curative rooms of the municipal health network in Goiânia - GO | | | | | |
| Palavras-chave em outra língua: | Varicose Ulcer, Nursing, Public Health | | | | | |
| Área de concentração: | A Enfermagem no cuidado à saúde humana | | | | | |
| Número de páginas: | 165 | Data defesa: | 28/01/2011 | | | |
| Programa de Pós-Graduação: | Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás | | | | | |
| Orientador(a): | Profa. Dra. Maria Márcia Bachion | | | | | |
| CPF: | | E-mail: | mbachion@gmail.com | | | |
| Co-orientador(a): | | | | | | |
| CPF: | | E-mail: | | | | |
| Agência de fomento: | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico | | | Sigla: | CNPq | |
| País: | Brasil | UF: | | CNPJ: | 33.654.831/0001-36 | |

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para publicação?¹ total parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

_____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) autor(a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

SÍLVIA MARIA SOARES CARVALHO SANT'ANA

**ÚLCERAS VENOSAS: CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO
EM USUÁRIOS ATENDIDOS NAS SALAS DE CURATIVOS
DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOÂNIA – GO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Integralidade do Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Márcia Bachion

GOIÂNIA, 2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

S232u Sant`Ana, Sílvia Maria Soares Carvalho.
Úlceras venosas [manuscrito]: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia - GO / Sílvia Maria Soares Carvalho Sant`Ana. - 2011.

xv, 165 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2011.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Apêndices.

1. Úlcera Varicosa 2. Cuidados – Enfermagem. 3. Saúde Pública – Goiânia (GO). I. Título.

CDU: 616-002.44(817.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

SÍLVIA MARIA SOARES CARVALHO SANT'ANA

ÚLCERAS VENOSAS: CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO EM USUÁRIOS ATENDIDOS NAS SALAS DE CURATIVOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOÂNIA – GO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 28 de janeiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria Márcia Bachion - Presidente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira - Membro Efetivo Externo
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Lílian Varanda Pereira - Membro Efetivo
Universidade Federal de Goiás

Pesquisa desenvolvida na Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas, no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES).

Esta pesquisa contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esta oportunidade de vivência, compartilhamento, amizades e conquista. Pela alegria no decorrer do mestrado e força que de alguma forma fluía do meu interior, mesmo quando as coisas pareciam não ter solução.

À Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion, pela acolhida nesta faculdade, paciência, orientação e dedicação do seu precioso tempo, mesmo em finais de semana e feriado, contribuindo para a produção do conhecimento e o meu crescimento.

À Prof^a. Dr^a. Lílian Varanda Pereira e Prof^a. Dr^a. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota pelas contribuições valiosas no Exame de Qualificação.

Aos integrantes da Rede de Feridas, os quais contribuíram de forma marcante na concretização deste projeto. Em especial à Suelen Gomes Malaquias, Marlene Andrade Martins, Silvana Vieira dos Santos e Cynthia Assis de Barros Nunes que me ajudaram, me ouviram, me apoiaram e incentivaram. Estarão sempre comigo por onde eu andar.

Agradecimento especial aos meus pais pelo incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional, pelas orações e por compreender a distância entre nós.

As minhas irmãs e irmãos que mesmo de longe não deixaram de acompanhar a minha trajetória.

Ao meu querido esposo, pelo apoio e ajuda, amor e compreensão da minha ausência. Agradeço também a meu sogro, sogra e cunhados que cuidaram de mim.

À Adriana, Evaldo Filho e Cynthia, Maria do Socorro e família por me acolherem em suas residências nos últimos meses.

À turma de mestrado 2009. Foram minhas companheiras e fonte de inspiração por meio de mensagem ao meu e-mail.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, em especial aos gestores e equipe de enfermagem que me acolheram das unidades de saúde.

Aos usuários das salas de curativos, meu eterno agradecimento por contribuírem na construção do conhecimento. Sem vocês este trabalho não seria possível.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | 9 |
| LISTA DE TABELAS | 11 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 13 |
| RESUMO..... | 15 |
| ABSTRACT..... | 16 |
| RESUMEN | 17 |
| APRESENTAÇÃO | 18 |
| 1 INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 OBJETIVOS..... | 24 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 25 |
| 3.1 Desenvolvimento das úlceras venosas em membros inferiores e classificação da doença venosa | 25 |
| 3.2 Implicações biopsicossociais das úlceras venosas | 31 |
| 3.3 Aspectos gerais da abordagem diagnóstica da pessoa com úlcera venosa.... | 34 |
| 3.4 Terapia farmacológica e não farmacológica para melhorar o retorno venoso . | 38 |
| 3.5 Manejo da dor..... | 46 |
| 3.6 Terapia local da úlcera venosa | 51 |
| 3 METODOLOGIA | 58 |
| 3.1 Tipo de estudo | 58 |
| 3.2 Local do estudo | 58 |
| 3.3 Período de coleta de dados | 61 |
| 3.4 População e amostra | 61 |
| 3.5 Aspectos éticos..... | 62 |
| 3.6 Procedimentos para coleta de dados..... | 62 |
| 3.6.1 Coleta de dados..... | 63 |
| 3.6.2 Instrumentos de coleta de dados | 65 |
| 3.6.3 Variáveis do estudo | 66 |
| 3.7 Análise dos Dados..... | 78 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 79 |
| 4.1 Perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos participantes e tratamento utilizado..... | 81 |
| 4.1.1 Características socioeconômicas e demográficas dos participantes | 81 |
| 4.1.2 Características clínicas dos participantes | 87 |
| 4.1.3 Características das úlceras..... | 98 |
| 4.1.4 Tratamento realizado no domicílio e nas unidades de saúde..... | 114 |
| 5 CONCLUSÕES | 130 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 136 |
| REFERÊNCIAS..... | 138 |
| APÊNDICE A | 152 |

| | |
|-------------------------|------------|
| APÊNDICE B | 157 |
| ANEXO A | 163 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|--------------------|---|----|
| Figura 1 - | Esquema do mecanismo disfuncional da circulação venosa que leva à formação da úlcera..... | 27 |
| Quadro 1 - | Classificação CEAP (<i>Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology</i>)..... | 28 |
| Figura 2 - | Demonstração da realização da medida do índice tornozelo-braço..... | 36 |
| Quadro 2 - | Gradações das compressões favorecidas pelo uso de meias elásticas e suas indicações..... | 40 |
| Quadro 3 - | Lista de coberturas indicadas para o tratamento de úlcera venosa..... | 55 |
| Figura 3 - | Procedimentos usados a partir da abordagem dos usuários das salas de curativos..... | 63 |
| Figura 4 - | Desenho esquemático do membro inferior dividido em zonas. | 73 |
| Figura 5 - | Distribuição dos participantes de acordo com o distrito sanitário no qual recebia atendimento - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 79 |
| Figura 6 - | Distribuição dos participantes de acordo com a unidade de saúde na qual recebia atendimento - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 80 |
| Figura 7 - | Distribuição das características clínicas observadas nos membros inferiores acometidos por lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 93 |
| Figura 8 - | Membros inferiores de um participante com duas úlceras venosas, mostrando varizes, veias reticulares e hemossiderose - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 94 |
| Figura 9 - | Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação em perna direita - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 95 |
| Figura 10 - | Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação e lipodermatoeslerose em perna direita - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 96 |
| Figura 11 - | Distribuição dos relatos de dor e escores de intensidade auto- | |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| | referida em membros inferiores acometidos por lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 96 |
| Figura 12 - | Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2 - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 101 |
| Figura 13 - | Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e lesão na zona 1 e 2 (A) com destaque para lesão localizada na zona 1 (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 101 |
| Figura 14 - | Face medial do terço inferior da perna esquerda de um participante no qual se verificam veias reticulares na zona 1 e lesão na face medial da zona 2 - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 104 |
| Figura 15 - | Face medial da perna direita de um participante mostrando lesão na zona 2 (A), com presença de granulação (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 108 |
| Figura 16 - | Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2 (A), borda regular (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 110 |
| Figura 17 - | Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 1 e 2 (A), borda irregular e aderida ao leito (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 110 |
| Figura 18 - | Face posterior da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2, acometendo todas as faces anatômicas, bordas irregulares e maceradas - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 112 |
| Figura 19 - | Perna esquerda de um participante mostrando lesões na face anterior da zona 2 e 3 (A) e na face posterior da zona 2 (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 113 |
| Figura 20 - | Distribuição do tratamento tópico das lesões utilizado nas unidades de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 119 |
| Figura 21 - | Distribuição do tratamento compressivo entre os participantes, utilizado nas unidades de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 124 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|--------------------|--|-----|
| Tabela 1 - | Distribuição das unidades municipais de saúde de Goiânia, por distrito sanitário – 2009..... | 59 |
| Tabela 2 - | Distribuição das unidades de saúde e salas de curativos, por distrito sanitário - Goiânia - SET 2009 – JUL 2010..... | 60 |
| Tabela 3 - | Unidades de saúde que fizeram parte do cenário do estudo - Goiânia - SET 2009 – JUL 2010..... | 60 |
| Tabela 4 - | Distribuição dos participantes segundo características socioeconômicas e demográficas dos participantes - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 82 |
| Tabela 5 - | Distribuição das características de moradia dos participantes - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 86 |
| Tabela 6 - | Distribuição das condições de saúde dos participantes - Goiânia - OUT 2009 - JUL 2010..... | 88 |
| Tabela 7 - | Distribuição das práticas em saúde dos participantes - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 91 |
| Tabela 8 - | Distribuição das características das úlceras venosas, segundo a recorrência, membro acometido, número de lesões, localização e duração - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 98 |
| Tabela 9 - | Distribuição do tecido presente no leito das lesões, escore da <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i> e característica do exsudato - Goiânia - OUT 2009 - JUL 2010..... | 103 |
| Tabela 10 - | Distribuição das características do tecido de granulação presente nas lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 108 |
| Tabela 11 - | Distribuição das características das bordas das lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 109 |
| Tabela 12 - | Distribuição das características da pele perilesional das lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 111 |
| Tabela 13 - | Distribuição dos profissionais da área de saúde que faziam o acompanhamento dos participantes em relação ao tratamento da úlcera venosa - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 114 |
| Tabela 14 - | Distribuição do acompanhamento dos participantes por | |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| | médico, tendo a lesão como motivo, segundo a especialidade e estabelecimento de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010. | 116 |
| Tabela 15 - | Distribuição do local do acompanhamento dos participantes por enfermeiro, tendo a lesão como motivo, segundo o estabelecimento de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010... | 117 |
| Tabela 16 - | Distribuição dos participantes segundo a realização de curativo no domicílio, proteção durante o banho, limpeza da lesão e produto utilizado - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010..... | 128 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| A | Ambulatório |
| ABEP | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa |
| AGE | Ácido Graxo Essencial |
| CAIS | Centro de Assistência Integral a Saúde |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CB | Circunferência Braquial |
| CCEB | Critério de Classificação Econômica Brasil |
| CEAP | <i>Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology</i> |
| CIAMS | Centro Integral de Assistência Médico-Sanitária |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CONUEI | <i>Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior</i> |
| CR | Centro de Referências |
| CS | Centro de Saúde |
| DP | Desvio Padrão |
| FAPEG | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás |
| HC | Hospital das Clínicas |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de massa corporal |
| ITB | Índice tornozelo-braço |
| M | Maternidade |
| MID | Membro Inferior Direito |
| MIE | Membro Inferior Esquerdo |
| MPFF | Fração Flavonóica Purificada e Micronizada de Diosmina |
| NUTADIES | Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde |
| PS | Pronto Socorro |
| PUSH | <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i> |
| RGPATF | Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas |
| SICAA | Sistema de Controle do Atendimento Ambulatorial |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UABSF | Unidades de Atenção Básica a Saúde da Família |
| UFG | Universidade Federal de Goiás |

WHO

World Health Organization

RESUMO

SANT'ANA SMSC. **Úlceras venosas: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia – GO** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2010. 165p.

A úlcera venosa constitui problema de saúde pública em função do número de pessoas acometidas e devido seu caráter crônico, sendo responsável pela principal causa de úlcera de membros inferiores. As lesões alteram as atividades domésticas, trabalho e atividades de lazer, fazendo-se necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar, onde se insere o enfermeiro enquanto profissional que cotidianamente avalia as condições de saúde da pessoa, realiza o curativo, executa ações educativas e faz encaminhamentos. O atendimento dessa população é realizado majoritariamente em unidades básicas de saúde, mesmo assim, as pesquisas geralmente são realizadas em unidades de referência, o que contribui para conhecer apenas uma parte da população acometida. Objetivamos analisar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico das pessoas com úlceras venosas atendidas em salas de curativos da rede municipal de saúde e analisar o tratamento realizado nas unidades e domicílio. Realizou-se estudo clínico, observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, envolvendo pessoas com úlceras venosas, usuários das salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia, Goiás. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro de 2009 a julho de 2010. A obtenção dos dados se deu mediante entrevista, exame físico, aplicação de escala de avaliação de cicatrização, consulta a exames diagnósticos de alteração da circulação venosa dos membros inferiores e fotografia da lesão, utilizando um roteiro padronizado. Os 58 (100%) participantes avaliados tinham idade de 28 a 79 anos, 39 (67,2%) do gênero masculino, 42 (72,4%) apresentavam até cinco anos de estudo, 39 (67,2%) estavam trabalhando, 28 (48,3%) eram de classe econômica "D". Foi observado que 21 (36,2%) apresentavam hipertensão, 10 (17,2%) diabetes, 30 (51,7%) índice de massa corporal elevado, 39 (67,2%) passava a maior parte do dia sentado ou deitado. Os membros inferiores tinham varizes, veias reticulares ou telangiectasias (87,9%), hiperpigmentação (84,8%), edema (83,3%), lipodermatoesclerose (53,0%), eczema (51,5%) e dor (60,6%). Aproximadamente metade das lesões era recidiva, as pessoas tinham predominantemente um membro acometido, com lesão única, com mais de um ano de duração; as áreas das lesões eram acima de 24cm², predominando esfacelo no leito e grande quantidade de exsudato, indicando estado de cicatrização prejudicada. As bordas eram circunscritas, regulares, aderidas e elevadas; a pele perilesional apresentava textura fina (75,5%), brilhante, descamativa, com hipertermia e hiperemia. O tratamento se dava com o acompanhamento profissional de técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico (56,9%), sendo quatro pessoas (7,0%) apenas com o técnico. O produto usado no tratamento era, principalmente, à base de ácido graxo essencial, sendo que quatro (6,9%) pessoas usavam bota de Unna e três (5,1%), terapia farmacológica. A maioria (67,2%) também fazia curativo no domicílio, sendo em 17 (29,3%) casos, limpeza realizada com água corrente. Os resultados deste estudo indicam uma população com condições socioeconômicas precárias, apresentando doenças crônicas com lesões caracteristicamente deterioradas, apontando para necessidades de tratamento que considere as pessoas na sua integralidade, que envolva ações planejadas e contínuas, de impacto sistêmico e local.

Descritores: Úlcera Varicosa, Enfermagem, Saúde Pública

ABSTRACT

SANT'ANA SMSC. **Venous ulcers: characterization and treatment in users attended in the curative rooms of the municipal health network in Goiânia - GO** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG, 2010. 165p.

The venous ulcer is a public health problem according to the number of people affected and because of its chronic character, being the main cause of ulcers of the lower limbs. The injuries alter domestic activities, work and leisure activities, doing it necessary to the acting of a multidisciplinary team, which includes the nurse as a professional who, every day, assesses the health of the person, carrying out the curative, runs educational actions and makes referrals. The care of this population is realized, in mostly, on basic health units, yet the polls are usually conducted in reporting units, which contributes to know only part of the affected population. We aimed to analyze the socioeconomic, demographic and clinical profile of people with venous ulcers treated in curative rooms of the municipal health network and to analyze the treatment performed on the units and at home. We conducted a clinical study, observational, descriptive, cross-sectional with quantitative approach, involving people with venous ulcers, users of the curative rooms of the municipal health network of Goiânia, Goiás. Data collection was conducted from October 2009 to July 2010. It occurred through interviews, physical examination, application of evaluation scale of healing, refers to diagnostic procedures for amending the venous circulation of lower limbs and photography of the lesion, using a standardized guide. The 58 (100%) subjects tested ranged in age from 28 to 79, 39 (67.2%) were male, 42 (72.4%) were up to five years of study, 39 (67.2%) were working, 28 (48.3%) were in economy class "D". It was observed that 21 (36.2%) had hypertension, 10 (17.2%) diabetes, 30 (51.7%) higher body mass index, 39 (67.2%) spent most of the day sitting or lying. The lower limbs had varicose veins, reticular veins or telangiectasia (87.9%), hyperpigmentation (84.8%), edema (83.3%), lipodermatosclerosis (53.0%), eczema (51.5%) and pain (60.6%). Approximately half of the lesions were recurrent, people had a predominantly affected limb with a single lesion, with more than one-year duration; areas of lesions were greater than 24cm², predominantly in the slough bed and a large amount of exudates, indicating a state of healing impaired. The borders were circled, regular, adhered and elevated; the perilesional skin showed fine texture (75.5%), shiny, scaly, with hyperthermia and hyperemia. The treatment occurred with the accompanying professional of technician or nursing assistant, nurse and doctor (56.9%), four people (7.0%) only with the technician. The product used in treatment was, mainly, based on essential fatty acid, four (6.9%) people used Unna's boot and three (5.1%), drug therapy. The majority (67.2%) was also curative at home, and in 17 (29.3%) cases, cleaning carried out with water. The results of this study indicate a population with poor socioeconomic conditions, presenting chronic disease with lesions characteristically deteriorated; pointing to needs of treatment, those consider the people in their entirety, which involves actions planned and ongoing, systemic and local impact.

Key Words: Varicose Ulcer, Nursing, Public Health

RESUMEN

SANT ANA »SMSC. **Úlceras venosas: caracterización y tratamiento en usuarios atendidos en las salas de curativos de la red municipal de salud de Goiânia - GO** [disertación]. Goiânia: Facultad de Enfermería / UFG, 2010. 165p.

La úlcera venosa es un problema de salud pública en función del número de personas afectadas y debido a su carácter crónico, siendo la causa principal de las úlceras en las extremidades inferiores. Las lesiones alteran las actividades domésticas, laborales y actividades de placer, por esto siendo necesario la actuación de un equipo multidisciplinar, en la cual se incluye el enfermero como profesional que, cotidianamente, evalúa las condiciones de salud de la persona, realiza el curativo, ejecuta acciones educativas y hace encaminamientos. El atendimento de esta población es realizado en su mayoría en unidades básicas de salud, todavía, las pesquisas se realizan normalmente en unidades de referencia, lo que contribuye para conocer sólo una parte de la población afectada. El objetivo fue analizar el perfil socioeconómico, demográfico y clínico de las personas con úlceras venosas tratados en salas de curativos de la red municipal de salud y analizar el tratamiento realizado en las unidades y en el domicilio. He sido realizado un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal con abordaje cuantitativa involucrando personas con úlceras venosas, usuarios de salas de curativos de la red municipal de salud de Goiânia, Goiás. La recolecta de datos he sido realizada entre los meses de octubre de 2009 y julio 2010. La obtención de datos he ocurrido a través de entrevista, examen físico, aplicación de escala de calificación de la curación, consulta a examen diagnóstico de alteración de la circulación venosa de los miembros inferiores y fotografía de la lesión, utilizando un guión estandarizado. Los 58 (100%) sujetos estudiados tenían edades comprendidas entre 28 y 79 años, 39 (67,2%) eran hombres, 42 (72,4%) presentaban hasta cinco años de estudio, 39 (67,2%) estaban trabajando, 28 (48,3%) estaban en clase económica "D". Se observó que 21 (36,2%) presentaban hipertensión, 10 (17,2%), diabetes, 30 (51,7%) índice de masa corporal elevado, 39 (67,2%) pasaban la mayor parte del día sentado o acostado. Los miembros inferiores tenían varices reticulares o telangiectasias (87,9%), hiperpigmentación (84,8%), edema (83,3%), lipodermatoesclerosis (53,0%), eczema (51,5%) y dolor (60,6%). Aproximadamente mitad de las lesiones eran recurrentes, las personas tenían predominantemente un miembro afectado, con lesión única, con más de un año de duración; las áreas de las lesiones eran mayores de 24cm², sobre todo esfacelamiento del lecho y gran cantidad de exudado, lo que indica un estado de cicatrización afectada. Las bordes eran circunscritas, regulares, adheridas e elevadas; la piel perilesional presentaba textura fina (75,5%), brillante, descamativa, con hipertermia e hiperemia. El tratamiento ocurría con el acompañamiento profesional de técnico o auxiliar de enfermería, enfermero y médico (56,4%), siendo cuatro personas (7,0%) sólo con el técnico. El producto usado en el tratamiento era, principalmente, a la base de ácido graso esencial, siendo que cuatro (6,9%) personas utilizaban bota de Unna y tres (5,1%), terapia de drogas. La mayoría (67,2%) también hacia curativo en el domicilio, siendo 17 (29,3%) casos, limpieza llevadas a cabo con agua corriente. Los resultados de este estudio indican una población con condiciones socioeconómicas precarias, presentando enfermedades crónicas con lesiones característicamente deterioradas, señalando para necesidad de tratamiento que considere las personas en su integralidad, que envuelva acciones planeadas y continuas, de impacto sistémico y local.

Palabras-Clave: Úlcera Varicosa, Enfermería, Salud Pública

APRESENTAÇÃO

Toda a minha trajetória profissional foi em atividades relacionadas à rede ambulatorial de unidades básicas de saúde municipais. Inicialmente integrei equipe de Saúde da Família, e posteriormente, fui alocada em distrito sanitário, desenvolvendo atividades de coordenação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem das unidades de saúde.

Nestes serviços, conhecendo a realidade do trabalho do enfermeiro e vislumbrando seu potencial de atuação, muitas inquietações surgiram quanto ao que de melhor o enfermeiro poderia ofertar à população.

Em busca de soluções para estas inquietações, procurei a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, e na ocasião fui convidada a integrar a Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas (Rede Feridas) do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES). Prontamente aceitei o convite.

Na ocasião, a Rede Feridas tinha elaborado um projeto intitulado “Avaliação de úlceras venosas de estase no contexto do atendimento ambulatorial na rede municipal de saúde de Goiânia: ampliando as perspectivas”, o qual estava em fase de preparação para iniciar as atividades de campo.

A partir de então, voltei-me para o estudo sobre avaliação e tratamento de feridas crônicas em membros inferiores. Percebi então, a magnitude da ocorrência das úlceras venosas neste grupo e sua interferência na vida das pessoas.

Na prática clínica, percebi que o registro das informações relacionadas ao cuidado ofertado às pessoas com lesões, era feito em mapas diários, contendo dados como nome do usuário, sexo, setor de moradia, indicação apenas se realizado curativo ou retirada de pontos, o código do profissional que realizou o procedimento, não especificando o tipo de lesão, localização, características clínicas, bem como outros dados relevantes que me possibilitassem conhecer a ocorrência das úlceras venosas na população atendida, bem como o perfil socioeconômico, demográfico e clínico. Neste mesmo período, as unidades de saúde municipais passavam por uma reestruturação, para que os registros fossem

feitos em sistema informatizado, o qual até aquele momento ainda não supria as lacunas por mim percebidas.

Diante disso, elaborei um subprojeto que culminou com esta dissertação de mestrado, o qual tinha como questões norteadoras: Qual o perfil socioeconômico, demográfico e clínico das pessoas com úlceras venosas atendidas nas salas de curativos? Quais as condições das lesões? Qual o tratamento realizado para as lesões?

Respondendo a estes questionamentos, por meio da divulgação deste trabalho em eventos acadêmicos, revistas e relatórios, esperamos colocar à disposição da sociedade - profissionais da área de saúde, em especial, enfermeiros, pesquisadores e docentes - informações que possibilitem conhecimento sobre úlceras venosas para que possam, por meio dos aspectos mais relevantes das características desta população e das lesões, nortear condutas, planejamentos de ações e pesquisas.

Esperamos também contribuir para subsidiar o planejamento de condutas por parte de gestores e de organização do atendimento, que possa fazer frente às necessidades dessa população.

1 INTRODUÇÃO

Úlcera de perna é uma lesão cutânea localizada na perna ou pé, apresentando causas variadas, geralmente são crônicas, isto é, não cicatrizam dentro de um período de seis semanas (BERGQVIST; LINDHOLM; NELZÉN, 1999).

Estima-se que a prevalência de úlcera de perna seja de 0,10 a 0,30% e a incidência de 3 a 5 casos/1000 pessoas ao ano, sendo duas vezes mais elevado em pessoas acima de 65 anos de idade (CONUEI, 2009).

Pesquisa realizada em Lisboa (Portugal), abrangendo população de 186.000 habitantes cadastrados em centros de saúde ou hospitais, encontrou 263 pessoas com úlceras de perna, considerando-se as úlceras ativas, identificou-se uma prevalência global de 1,4/1000 pessoas. A prevalência foi de 1,3/1000 em homens e 1,46/1000 entre as mulheres (PINA et al., 2005).

Quando a etiologia destas úlceras está ligada a comprometimento vascular, são chamadas úlceras vasculogênicas. A alteração pode ser do fluxo sanguíneo venoso, arterial ou ambos. No caso do comprometimento venoso, as úlceras são classificadas como venosas.

As pesquisas relacionadas à epidemiologia das úlceras venosas disponíveis na literatura apresentam-se com metodologias diversificadas, tanto com relação à faixa etária da população estudada, como em relação à abrangência do estudo e especificação ou não do período de duração das lesões como critério de inclusão. Outro fator considerado de modo distinto é a inclusão ou não de úlceras que não estão em atividade (cicatrizadas) nos estudos de prevalência (MAFFEI et al., 1986; MARGOLIS et al., 2002; KAHN et al., 2004; NUNES, 2006; CHIESA et al., 2007; SHAHIN-UL-ISLAM et al., 2008; STVRTINOVA, 2008; SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009).

Não foram encontrados estudos internacionais de base populacional, sobre a prevalência e a incidência de úlceras venosas na população em geral.

Os estudos a seguir apresentados merecem exame atencioso, considerando os aspectos anteriormente apresentados.

Um estudo (MARGOLIS et al., 2002) retrospectivo de base populacional, realizado no Reino Unido, envolvendo pessoas de 65 a 95 anos de idade, com úlcera venosa na perna (excluindo-se as úlceras nos pés), encontrou prevalência

anual de 1,69%. A incidência global ao ano foi de 1,42/1000 para as mulheres e 0,76/1000 para os homens. Nesta pesquisa, evidencia-se que a incidência aumenta com a idade.

As demais pesquisas encontradas abordam cenários geográficos restritos ou instituições onde é realizado atendimento a essa população.

Estudo realizado em 53 cidades italianas, com 5.187 pessoas de 18 a 89 anos de idade, que apresentavam doença venosa crônica identificou a ocorrência de 0,4% de úlceras venosas, considerando-se o conjunto de úlceras ativas e cicatrizadas (CHIESA et al., 2007).

Na República Eslováquia, as úlceras venosas ativas representaram 2,0% e as cicatrizadas, 4,0% em estudo realizado com 3.134 pessoas acima de 18 anos de idade com doença venosa, identificados em unidades de cuidados primários, que consultaram com clínicos gerais, cardiologistas, diabetologistas ou especialista em doenças infecciosas (STVRTINOVA, 2008).

Ocorrência semelhante (2,3%) foi encontrada em relação a úlceras ativas em estudo internacional que envolveu a Bélgica, França, Itália e Canadá com um grupo de 1531 pacientes com idade de 18 a 75 anos com doença venosa crônica, que consultaram 282 profissionais médicos em relação a problemas vasculares (clínicos gerais, cirurgiões vasculares, flebologistas e angiologistas). Nesse estudo, a ocorrência de úlceras cicatrizadas foi bem maior, chegando a 7,3% (KAHN et al., 2004).

Uma análise realizada com 100 pessoas com insuficiência venosa crônica no Dhaka Medical College Hospital encontrou uma ocorrência de 3,0% de úlceras venosas ativas e 2,0% de úlceras cicatrizadas (SHAHIN-UL-ISLAM et al., 2008).

No Brasil, em Botucatu (São Paulo), as úlceras venosas ativas e as cicatrizadas, em conjunto, corresponderam a 3,6% em 1755 pessoas, com idade acima de 15 anos, atendidos em um Centro de Saúde Universitário, que compareceram para avaliação em consulta de rotina ou com alguma queixa (MAFFEI et al., 1986).

Em pesquisa com 88 pacientes com doença venosa crônica, realizada em Unidade Básica de Maceió (Alagoas), foi observado que 2,3% das pessoas possuíam úlcera venosa ativa e 15,9%, cicatrizada, levando a uma ocorrência total de 18,2% (SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009).

Em Sorocaba e Campinas (São Paulo), estudo realizado com 2.104 pessoas de todas as faixas etárias, no ambulatório geral de um hospital universitário e centros de saúde, com doença venosa crônica, verificaram que 1,6% apresentavam sinais clínicos de insuficiência venosa, ou seja, tinham úlcera venosa cicatrizada (C5), e 0,4% apresentavam sinais clínicos de nível C6, quer dizer, apresentavam úlcera ativa (SCUDERI et al., 2002).

Em pessoas cadastradas em 31 Unidades de Saúde da Família, em Natal - Rio Grande do Norte (Brasil), considerando uma amostra não probabilística de 74 pessoas maiores de 18 anos, foi observado uma prevalência de úlceras venosas de 0,2/1000. Na faixa etária a partir de 60 anos de idade, a prevalência foi de 2,2/1000 (NUNES, 2006).

Para estudar a magnitude das úlceras venosas, alguns estudos tomam como base de cálculo a população com úlceras de perna (RAMOS et al., 2001; MOFFAT et al., 2004; PINA et al., 2005; FRADE et al., 2005; KULKARNI et al., 2008; MARTINS, 2008; BARBETTA et al., 2009).

Em pesquisa realizada em Gloucestershire (Reino Unido), com 262 pessoas que apresentavam úlcera ativa de perna, com tempo de duração maior que quatro semanas, excluindo aquelas com úlceras isoladas nos pés, identificou-se que 70,0% tinham insuficiência venosa crônica (KULKARNI et al., 2008).

Pesquisa realizada com 113 pessoas, de 31 a 94 anos de idade, com úlceras de perna (excluindo-se aquelas com úlceras isoladas nos pés) que apresentavam tempo de duração superior a quatro semanas, num bairro central de Londres (Reino Unido), referenciados por profissionais de saúde de instituições hospitalares ou da comunidade, identificou que as úlceras de causa venosa foram responsáveis por 43,0% dos casos, representando a principal causa de úlceras (MOFFAT et al., 2004).

As úlceras venosas também foram as mais freqüentes (80,0%) em uma pesquisa (PINA et al., 2005) realizada em Lisboa (Portugal), envolvendo 263 pessoas atendidas em hospitais e centros de saúde, com úlceras de perna (considerando-se úlcera em atividade na perna).

No Uruguai, durante um período de 12 meses de estudo com 326 pacientes assistidos em quatro centros de tratamento de úlcera de perna (incluindo o pé), observou-se que 58,2% das lesões eram de causa venosa (RAMOS et al., 2001).

Uma ocorrência de 79,0% foi obtida na pesquisa realizada por Frade et al. (2005) em Juiz de Fora - Minas Gerais (Brasil), em um estudo com 124 pessoas, de

27 a 94 anos de idade, com úlcera de perna. Os participantes foram identificados ocasionalmente em duas unidades de atendimento especializado em úlceras de perna e em quatro unidades básicas de saúde.

No Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (São Paulo), uma análise de prontuários de pessoas atendidas com úlcera de perna entre os anos 1991 e 2001, evidenciou que 49,0% dos casos eram de causa venosa (BARBETTA et al., 2009).

Em Goiânia – Goiás, as úlceras de causa venosa foram responsáveis por 61,0% das úlceras de perna, em pesquisa com 46 pessoas, com idade a partir de 18 anos, atendidas nas salas de curativos da rede municipal de saúde (MARTINS, 2008).

Já em pacientes admitidos no pronto socorro do principal hospital universitário do estado de Goiás, as úlceras venosas representavam 36,7%. A pesquisa teve como base 79 casos de lesões dos membros inferiores atendidos em ambulatório especializado em tratamento de feridas (FERNANDES; PIMENTA; FERNANDES, 2007).

Como apontam estes estudos, as úlceras venosas são responsáveis por uma ocorrência que varia de 36,7% a 80,0% de todas as úlceras de perna (RAMOS et al., 2001; MOFFAT et al., 2004; FRADE et al., 2005; PINA et al., 2005; FERNANDES; PIMENTA; FERNANDES, 2007; MARTINS, 2008).

Ocorrências semelhantes (37,0% a 81,0%) foram encontradas em uma revisão de literatura que agregou estudos a partir da etiologia da úlcera. Estas diferentes ocorrências e prevalências encontradas nos estudos decorrem de diversas causas, algumas já inicialmente citadas, como os critérios da pesquisa (tempo de duração das lesões, úlceras ativas ou úlceras cicatrizadas, úlcera na perna e/ou pé); os diferentes profissionais envolvidos na coleta de dados podendo influenciar na acurácia da informação (profissional médico ou enfermeiro, com ou sem especialidade); a metodologia de recrutamento dos participantes; a obtenção dos dados pelo próprio pesquisador ou por meio do envio de formulário enviado aos serviços de saúde; bem como a distribuição das idades dos pacientes na amostra (BRIGGS; CLOSS, 2003).

As úlceras venosas podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos (ABBADE et al., 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; SILVA JÚNIOR, 2007; YAMADA, 2001).

A literatura aponta diversificação das faixas etárias mais acometidas. O estudo de Bergonse e Rivitti (2006) com pessoas acima de 45 anos, identificou ocorrência igual (35,0%) de úlceras venosas em pessoas na faixa etária de 61 a 70 anos e de 71 a 80 anos. Yamada (2001), em sua pesquisa envolvendo pessoas de 25 a 84 anos, identificou a faixa de 49 a 60 anos como a mais acometida (32,58%), seguida pela faixa de 61 a 72 anos (28,09%). As pessoas com até 60 anos representou 66,29% e acima de 60 anos, 33,71%.

Em estudo brasileiro realizado na região nordeste que considerou na pesquisa apenas duas faixas etárias: até 59 anos ou 60 anos ou mais, foi encontrada ocorrência mais elevada (62,5%) em pessoas com até 59 anos de idade (DEODATO, 2007). Já no estudo de Nunes (2006) com pessoas de 25 a 80 anos, utilizando o mesmo critério de classes de faixa etária, foi verificada uma ocorrência de 67,6% em pessoas a partir de 60 anos de idade.

Considerando ainda estas duas faixas etárias, Abbade et al. (2005) em estudo com participantes 24 a 85 anos de idade, obteve uma ocorrência de 44,2% a partir de 60 anos.

Com relação ao gênero, os estudos apontam maior ocorrência no sexo feminino (REIS et al., 2003; GEMMATI et al., 2004; ABBADE et al., 2005; COLERIDGE-SMITH; LOK; RAMELET, 2005; YAMADA; SANTOS, 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; SAMPAIO, 2007; TORRES et al., 2009; JULL et al., 2010; MACÊDO et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2010; SANTOS; MELO; LOPES, 2010). No Brasil, a maior concentração (88,9%) deste gênero foi encontrada em estudo realizado no ambulatório de angiologia de um hospital universitário em Natal/RN (MACÊDO et al., 2010). Já em outros países, a Itália se destaca em estudo que encontrou 65,9% dos casos em pessoas do gênero feminino (GEMMATI et al., 2004).

Os estudos identificados tiveram como principais cenários de pesquisa os serviços especializados no tratamento de úlceras venosas, os quais, geralmente, são referência em caso de agravamento das lesões ou nas condições de cicatrização refratárias ao tratamento convencional. Este fato confere aos estudos amostras com características clínicas semelhantes, revelando participantes com lesões complicadas e com longo período de duração.

Considerando que na prática clínica, o atendimento aos usuários com úlceras venosas é, majoritariamente, realizado nas unidades básicas de saúde, observamos

uma escassez de estudos neste cenário, onde esta população pode apresentar perfil clínico diferenciado daqueles atendidos nas unidades de referência.

Sendo assim, torna-se importante a análise das características da população com úlceras venosas atendidas em unidades básicas de saúde e o tratamento realizado, trazendo subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas e mais assertivas a esta clientela.

2 OBJETIVOS

Para realização desta pesquisa, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos:

I - Analisar o perfil socioeconômico, demográfico e clínico das pessoas com úlceras venosas atendidas em salas de curativos da rede municipal de saúde.

I.1 - Descrever características socioeconômicas e demográficas dos usuários em tratamento para úlceras venosas nas salas de curativo da rede municipal de saúde.

I.2 - Identificar características clínicas dos participantes relacionadas às úlceras.

I.3 - Caracterizar as úlceras venosas dos usuários em tratamento nas salas de curativo da rede municipal de saúde, quanto à localização, quantidade, tempo de duração, características do leito da lesão, exsudato, odor, condições das bordas e da pele perilesional.

II - Analisar o tratamento para úlceras venosas realizado no domicílio e nas salas de curativos das unidades de saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As úlceras venosas dos membros inferiores resultam de uma condição crônica, merecendo a abordagem quanto aos aspectos que contribuem para o seu desenvolvimento, suas implicações biopsicossociais, bem como, quanto à terapêutica a ser implementada com as pessoas no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

3.1 Desenvolvimento das úlceras venosas em membros inferiores e classificação da doença venosa

Em pessoas saudáveis, o sistema venoso (veias superficiais, perfurantes e profundas) dos membros inferiores desempenha seu papel por meio do funcionamento adequado das válvulas em seu interior que promovem um fluxo unidirecional das extremidades para o coração, impedindo o refluxo do sangue venoso (SIEGGREEN, 2005).

Em pé, a pressão venosa de uma pessoa, que corresponde ao peso da coluna de sangue entre o átrio e o pé direito, é cerca de 80-100 mmHg. No entanto, durante a caminhada o fluxo sanguíneo é acelerado pela ação conjunta da bomba muscular da panturrilha e do pé, provocando, em pessoas com válvulas competentes, diminuição do volume de sangue venoso no pé e reduzindo a pressão venosa para valores de 10-20 mmHg. Se as válvulas tornam-se incompetentes, devido à degeneração primária ou danos pós-trombose, o sangue vai oscilar em diferentes sentidos nos segmentos (EWMA, 2003b), provocando refluxo venoso, estase sanguínea e conseqüente hipertensão venosa (SIEGGREEN, 2005; RAFFETTO, 2009).

Com as válvulas incompetentes e refluxo sanguíneo, a pressão do sangue é transmitida diretamente para segmentos anteriores à disfunção, danificando mais vasos distais e, em alguns casos, levando à formação de varizes. Nas veias profundas e perfurantes, as válvulas danificadas provocarão estase venosa e edema (BORGES, 2005).

As alterações nos vasos incluem dilatação, alongamento, tortuosidades, alargamento dos espaços interendoteliais e, com isso, aumento da permeabilidade,

contribuindo para a difusão de fluídos para o meio extra vascular, o que vai provocar dentre outras alterações, edema (LEU et al., 1995) e hiperpigmentação da pele (BARROS JÚNIOR, 2003), sinais visíveis que caracterizam a doença venosa em estágio avançado denominado de insuficiência venosa crônica.

Neste estágio, por razões ainda não bem estabelecidas, pode ocorrer o desenvolvimento de úlcera venosa desencadeada espontaneamente ou de forma acidental (trauma). Na tentativa de esclarecer esse desenvolvimento, são discutidas três teorias (COLERIDGE-SMITH, 2006), que são: teoria de *cuffs* de fibrina ou revestimento de fibrina pericapilares, encarceramento de leucócitos e microangiopatia.

a) Revestimento de fibrina pericapilares: com a hipertensão venosa e aumento da permeabilidade capilar, fibrina extravasa para o meio extra vascular formando manguitos em torno dos capilares, atuando como barreira para a difusão de oxigênio e nutrientes em direção aos tecidos. Isto leva à isquemia tecidual e formação da úlcera (IPONEMA; COSTA, 2007).

b) Encarceramento de leucócitos: em pessoas com hipertensão venosa há redução na pressão de perfusão capilar e taxa de fluxo, favorecendo a adesão de leucócitos ao endotélio vascular, levando à isquemia local e bloqueio da passagem de oxigênio pelas hemácias. Desencadeia-se uma reação inflamatória pela ativação e liberação de mediadores químicos, provocando danos na parede do endotélio vascular, isquemia dos tecidos e desenvolvimento da úlcera (IPONEMA; COSTA, 2007).

c) Microangiopatia: a hipertensão venosa leva a distensão dos capilares. Dessa forma, observa-se uma redução importante de capilares no interior da úlcera e a presença de capilares danificados na borda. Algumas áreas ficam sem vascularização adequada que culmina em necrose dos tecidos e formação de úlcera (IPONEMA; COSTA, 2007).

Observa-se que estas três teorias têm como premissa básica para suas explicações o fator inicial constituído pela hipertensão venosa, responsável pelas alterações caracteristicamente encontradas nos membros inferiores (SALIBA JÚNIOR; GIANNINI; ROLLO, 2007; MAFFEI, 2008; CONUEI, 2009).

Para melhor compreensão, elaboramos o esquema abaixo (Figura 1).

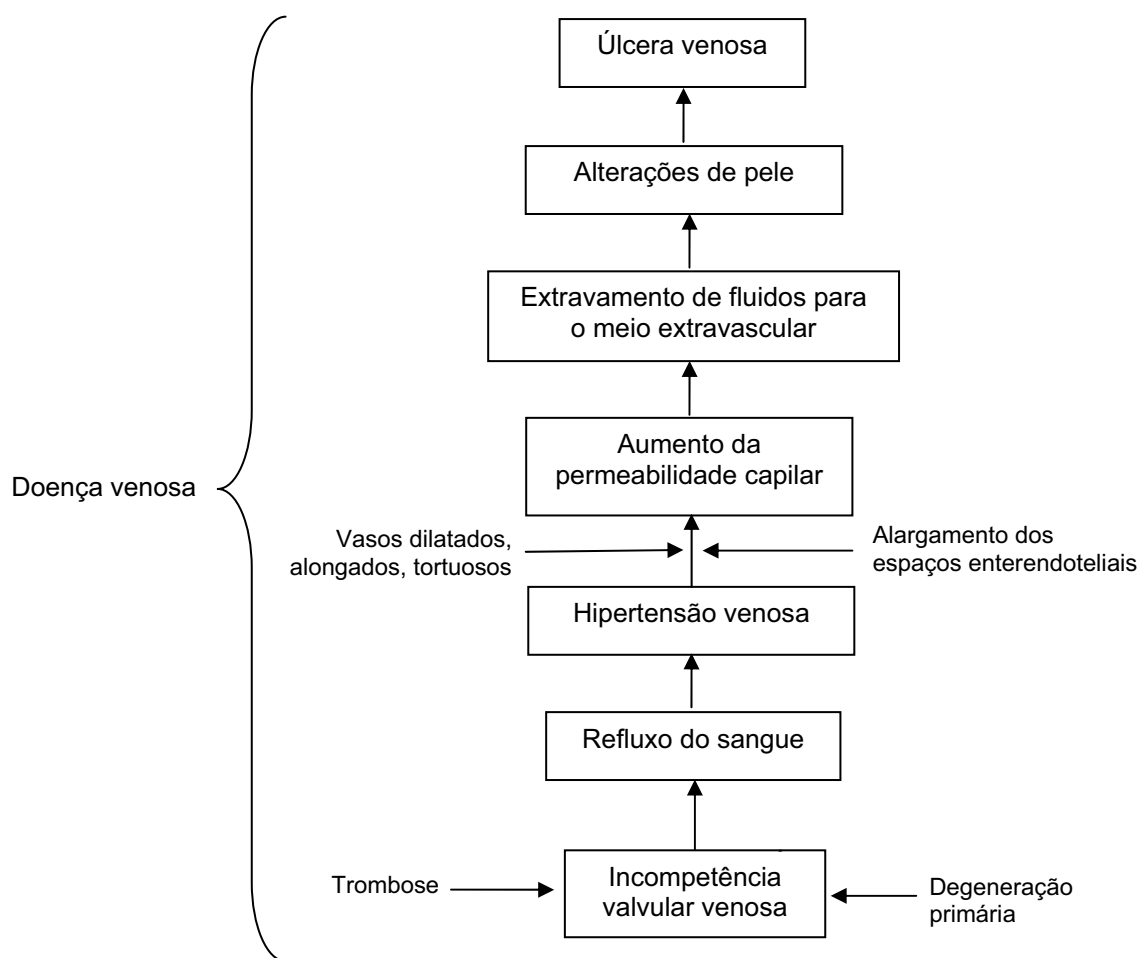


Figura 1 - Esquema do mecanismo disfuncional da circulação venosa que leva à formação da úlcera

Fonte: Produzido com base em LEU et al. (1995), BARROS JÚNIOR (2003), BORGES (2005), SIEGGREEN (2005), SALIBA JÚNIOR; GIANNINI; ROLLO (2007), MAFFEI (2008), CONUEI (2009), RAFFETTO (2009).

As doenças venosas podem ser classificadas de diversas formas. A mais utilizada em pesquisas, contribuindo para a adoção de uma mesma linguagem nas diversas partes do mundo (CONUEI, 2009), além de sistematizar a investigação clínica diária de pacientes e contribuir para o diagnóstico correto e direcionamento do tratamento (EKLOF et al., 2004), é a proposta pela União Internacional de Flebologia (CONUEI, 2009), que tem como base a sigla CEAP (*Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology*). A letra C refere-se às manifestações clínicas apresentadas pela pessoa; a letra E aos fatores etiológicos envolvidos; a letra A, por sua vez, refere-se à localização anatômica da doença; e finalmente, a letra P relaciona-se aos achados fisiopatológicos (EKLOF et al., 2004).

Quadro 1 - Classificação CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology)

| CLASSIFICAÇÃO CEAP | |
|---|---|
| Classificação Clínica (<i>Clinical</i>) | |
| C ₀ | Ausência de sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa |
| C ₁ | Veias reticulares ou telangiectasias |
| C ₂ | Veias varicosas – diferenciadas das veias reticulares por diâmetro ≥ 3 milímetros |
| C ₃ | Edema |
| C ₄ | Alterações de pele e tecido subcutâneo, dividido de acordo com a severidade da doença em pigmentação ou eczema (C _{4a}) e lipodermatoesclerose ou atrofia branca (C _{4b}) |
| C ₅ | Úlcera venosa cicatrizada |
| C ₆ | Úlcera venosa ativa |
| S | Sintomático, incluindo dor, aperto, sensação de peso, irritação na pele, câimbras musculares e outros sinais |
| A | Assintomático |
| Classificação Etiológica (<i>Etiology</i>) | |
| Ec | Congênita |
| Ep | Primária |
| Es | Secundária ou pós-trombótica |
| En | Não identificada a causa venosa |
| Classificação Anatômica (<i>Anatomy</i>) | |
| As | Veias superficiais |
| Ap | Veias perforantes |
| Ad | Veias profundas |
| An | Não identificada a localização nas veias |
| Classificação Fisiopatológica (<i>Pathophysiology</i>) | |
| Pr | Refluxo |
| Po | Obstrução |
| Pro | Refluxo e obstrução |
| Pn | Não identificada a fisiopatologia venosa |

Fonte: Baseado em EKLOF et al. (2004).

As manifestações clínicas da doença venosa (C) envolvem desde a ausência de sinais visíveis ou palpáveis (C₀) até a presença de úlcera (C₆). Entre estas manifestações, encontram-se as alterações venosas como as telangiectasias que são confluências de vênulas dilatadas intradérmicas menores que 1 mm de calibre, em forma de aranha ou retiforme; as veias reticulares, que são veias azuladas, dilatadas subdérmicas, geralmente com 1 a menos de 3 mm de diâmetro, tortuosas, excluindo-se veias visíveis em pessoas com pele fina e transparente; e as varizes, as quais referem-se a veias dilatadas no subcutâneo de 3 mm de diâmetro ou mais, geralmente tortuosas (EKLOF et al., 2004).

Entre as outras características, está o edema que, na doença venosa, é caracteristicamente depressível, ocorrendo usualmente na região do tornozelo, mas podendo se estender para a perna e pé (EKLOF et al., 2004), geralmente aliviado com a elevação dos membros inferiores (FRANÇA; TAVARES, 2003). Há associação entre a estase venosa crônica e o linfedema, uma vez que os canais linfáticos são afetados pela sobrecarga do edema crônico, contribuindo para a deterioração da pele e tecido subcutâneo (SILVA et al., 2009).

A hiperpigmentação ocorre em função do extravasamento de glóbulos vermelhos para os tecidos, que por sua vez leva a depósitos de hemossiderina (HAMPTON, 2006; DEALEY, 2008). Isto vai dar à pele uma coloração marrom (HAMPTON, 2006) ou tonalidade que variam de um azulado púrpuro para uma cor castanha escura enferrujada que aparece na região do tornozelo até cerca da metade da panturrilha (SIEGGREEN, 2005) ou mesmo no pé (EKLOF et al., 2004).

O eczema surge de forma abrupta ou insidiosa e é caracterizado por regiões inflamatórias e pruriginosas. Dependendo da fase de evolução, pode ser encontrado eritema, edema, vesículas, crostas e descamação, com ou sem exsudação. Surge, geralmente, na parte interna do terço distal da perna (CESTARI; AZULAY; AZULAY, 2006), podendo acometer outras regiões e indicando doença venosa crônica descontrolada ou a sensibilização à terapia tópica (EKLOF et al., 2004). São regiões que possuem maior probabilidade ao desenvolvimento de úlceras (HAMPTON, 2006).

A presença de edema em conjunto com as demais alterações provocadas pela doença venosa crônica pode prejudicar a drenagem linfática, provocando acúmulo de proteínas e citocinas no interstício resultando em processo inflamatório

com vermelhidão, dor e endureção local, geralmente localizado na região do tornozelo até a metade da perna, condição denominada de lipodermoesclerose (BORGES, 2005; HAMPTON, 2006). Observa-se diminuição da elasticidade dos tecidos e fibrose progressiva resultante da persistência da insuficiência venosa (OPROMOLLA, 2003; SIEGGREEN, 2005; DEALEY, 2008). O acúmulo de fluidos nos tecidos moles torna a pele mais propícia a traumatismos e prejudica o transporte celular de oxigênio. Com a progressão do acúmulo de líquido e máxima distensão, os tecidos começam a drenar exsudato ou de fato, abrir uma ferida que se torna a úlcera venosa (SIEGGREEN, 2005).

Atrofia branca são áreas circulares de pele esbranquiçada e atrófica cercada por capilares dilatados e às vezes com hiperpigmentação, representando um sinal de doença venosa crônica grave (EKLOF et al., 2004).

Observa-se que todas as características clínicas descritas se referem à doença venosa crônica que engloba desde a simples presença de telangiectasias à úlcera. Já a insuficiência venosa crônica, geralmente, refere-se a características clínicas mais específicas como as alterações de pele associadas à persistência da hipertensão venosa (EKLOFF et al., 2004; MEISSNER et al., 2007; RAFFETTO, 2009).

Há autores (RAFFETTO, 2009) que atribuem à insuficiência venosa crônica alterações tais como hiperpigmentação da pele, eczema, lipodermatoesclerose e úlcera venosa, enquanto outros (EKLOFF et al., 2004) incluem o edema (C3), as alterações na pele (C4) e a úlcera venosa (C5-6).

Considerando a progressão da doença venosa crônica, foi proposta uma classificação pelo *American Venous Fórum Ad Hoc Committee on Venous Outcomes Assessment* em quatro níveis da doença (RUTHERFORD et al., 2000). Esta classificação está descrita a seguir:

a) Ausência de gravidade: ausência de dor, varizes, edema, inflamação, endurecimento e de úlceras ativas. Ausência de pigmentação da pele ou, se presente, é focal e de baixa intensidade (marrom). A terapia compressiva não é usada ou não há necessidade.

b) Doença venosa leve: há presença de dor ocasional que não causa limitação e não há necessidade de uso de analgésico; as varizes são poucas e esparsas; o edema é perceptível somente no período noturno e está restrito ao tornozelo; a pigmentação é difusa, porém, limitada a uma área, e antiga; existe

celulite leve, limitada ou margeando a área da úlcera; o endurecimento é focal, em região maleolar e em área menor que 5 cm; há presença de lesão única com duração menor que 3 meses e de tamanho menor que 2 cm de diâmetro; necessitando do uso de meia compressiva intermitente.

c) Doença venosa moderada: há dor diária, causando moderada limitação e uso raro de analgésico; presença de muitas varizes (safena magna); edema vespertino envolvendo a perna; pigmentação difusa em região além do tornozelo ou pigmentação recente (cor púrpura); celulite moderada; endurecimento localizado na região medial ou lateral, em região menor que 1/3 da perna; presença de 2 úlceras de duração maior que 3 meses a menor que 12 meses, com tamanho de 2 a 6 cm de diâmetro; e exige o uso de meias compressivas em maior número de dias.

d) Doença venosa grave: presença de dor diária e intensa que limita as atividades, requerendo o uso de analgésico; varizes extensas (safena magna + parva); edema logo no período matutino, acima do tornozelo e requerendo a elevação de membros inferiores; pigmentação extensa acima de 1/3 da perna e recente; celulite grave, acometendo 1/3 ou mais da perna ou eczema venoso significativo; endurecimento acometendo o terço inferior da perna ou mais; presença de duas úlceras com mais de um ano de duração e de tamanho maior que 6 cm de diâmetro. Este estágio exige compressão contínua juntamente com a elevação dos membros inferiores.

Esta classificação é útil para avaliar os resultados das intervenções em que o paciente é submetido (RUTHERFORD et al., 2000).

3.2 Implicações biopsicossociais das úlceras venosas

A abordagem das pessoas com úlceras, considerando que se trata de problema crônico de saúde de impacto multidimensional, requer abordagem holística, que deve considerar tanto as necessidades fisiológicas (físico), como o aspecto social, psicológico, econômico, cultural e espiritual das pessoas (SOUSA, 2009).

O impacto negativo sobre a qualidade de vida das pessoas com insuficiência venosa crônica aumenta progressivamente com o avanço da doença (KAHN et al., 2004; ANDREOZZI et al., 2005; PERRIN, 2006; SANTOS, PORFÍRIO; PITTA, 2009),

envolvendo, principalmente, os aspectos físicos e emocionais (KAHN et al., 2004; ANDREOZZI et al., 2005), assim como também com a cronicidade da lesão (NÓBREGA et al., 2011).

Algumas pesquisas envolvendo pessoas com úlceras venosas a partir de 18 anos de idade, mencionam ter encontrado indivíduos aposentados, afastados do trabalho, pensionistas, em licença, desempregados, porém, não especificando os motivos que levaram a estas situações (NUNES, 2006; DEODATO, 2007; SAMPAIO, 2007).

Abbade et al. (2005), em uma pesquisa com este grupo populacional, encontrou 35,0% das pessoas aposentadas, sendo que a úlcera venosa era o motivo em 45,2% dos casos. Este estudo ainda encontrou 2,5% recebendo ajuda do governo em função da doença venosa e aproximadamente 16,0% estavam sem trabalhar devido à doença.

O exsudato da lesão e odor é motivo de preocupação para as pessoas (HAMPTON, 2006) e podem exigir curativos freqüentes, consultas periódicas e o repouso (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006; IPONEMA; COSTA, 2007), influenciando o cotidiano das pessoas e diminuindo sua qualidade de vida (BORGES, 2005; HAMPTON, 2006; STVRTINOVA, 2008).

Outros achados de pesquisas revelaram limitações durante o banho, a exigência de cuidado para proteção da ferida, especialmente à noite, o que pode influenciar na intimidade com o parceiro, bem como, limitações no trabalho doméstico, nas atividades sociais, no lazer e no vestuário, além da limitação em função do uso de terapia compressiva (SOUSA, 2009).

Aspectos emocionais como tristeza, vergonha das pernas, medo de perder o membro, baixa auto-estima, frustração, preocupação com o futuro, com o exsudato e as oscilações de momentos de esperança e desilusão diante do tratamento prolongado são fatores mencionados em estudos que investigaram as implicações das úlceras venosas (YAMADA, 2001; STVRTINOVA, 2008; SOUSA, 2009).

Resultados de uma pesquisa com 89 pessoas com úlcera venosa, mostraram que elas apresentavam “boa” e “muito boa” qualidade de vida. Apesar disso, foi encontrada significativa correlação negativa quando se investigou quantidade e duração das lesões (YAMADA; SANTOS, 2005).

Um estudo com 50 pessoas com úlceras venosas identificou que 98,0% sofreram mudança na qualidade de vida após o surgimento da lesão. As mudanças

principais foram no lazer, com relação à dor, restrição social, escolar e locomoção para 82,0% das pessoas e restrição laboral, financeira e progressão social para 52,0%. Também foi citada a aparência física, discriminação e restrição de atividade doméstica (NÓBREGA et al., 2011).

Em um grupo de pacientes com úlceras venosa avaliados de forma aleatória, 30,0% apresentavam ansiedade e 40,0% depressão (NOGUEIRA et al., 2009).

Quanto ao impacto social das pessoas com úlceras venosas, isto se dá em função das recorrências das lesões, o longo tempo das lesões em atividade, a necessidade de cuidados por equipe de saúde e o impacto no trabalho, gerando gastos significativos ao sistema de saúde e previdenciário (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Na Europa, os custos diretos e indiretos das úlceras de perna de todas as etiologias correspondem a índices entre 1,5 e 3% do orçamento total do sistema nacional de saúde, demandando internação hospitalar de até 49 dias. É estimado um custo de 4.595 dólares para o tratamento de um episódio de uma úlcera não complicada; aumentando para 28.000 dólares se houver recorrência nos dois anos subseqüentes (CONUEI, 2009).

Considerando a média do custo total do tratamento de úlcera de perna ao ano por paciente, foi observado na Alemanha o total de € 9.569, sendo 92,0% deste valor correspondente a custos diretos (materiais e pessoal de enfermagem). Este estudo evidenciou custos mais elevados quando na presença de maior número de lesões por pessoa, feridas com maiores dimensões, necessidade de referenciar para serviços especializados, tempo prolongado de tratamento e a necessidade de hospitalização. Os maiores custos se referiam a cuidados de enfermagem (PURWINS et al., 2010).

Segundo dados europeus relacionados a úlceras venosas com cicatrização em período menor que 12 semanas, os custos variaram entre € 400 e 500; e, para as que cicatrizaram entre 12 semanas e menos que 6 meses, os custos alcançaram € 1.000 (CONUEI, 2009).

Na Suécia, o custo médio inicial do tratamento de úlcera venosa foi de € 1.332 a 2.585 e no Reino Unido de € 814 a 1.994, sendo mais elevados em casos de grandes úlceras (a partir de 10cm²) e de longa duração (maior ou igual a 6 meses) (TENNVALL; HJELMGREN, 2005).

No Brasil, é reconhecido que as úlceras contribuem para onerar o gasto público em função do grande número de pessoas acometidas por estas lesões, constituindo-se em sério problema de saúde pública. Apesar disso, observa-se escassez de registros desses atendimentos (BRASIL, 2008).

Foi encontrado em uma pesquisa que analisou o tratamento com bota de Unna, custo total direto estimado em R\$ 107,99 (BAPTISTA; CASTILHO, 2006), para cada dia de atendimento.

Também são escassos estudos que abordam o impacto das úlceras venosas no sistema previdenciário brasileiro. Um estudo realizado em Recife, a partir das agências do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), no período 2000-2002, identificou que os auxílios-doença dispensados às pessoas com doenças das veias, vasos linfático e dos gânglios linfáticos corresponderam a 15,73% (2º lugar) de todos os auxílios dispensados para as pessoas com doenças do aparelho circulatório (MOURA; CARVALHO; SILVA, 2007).

Estes estudos trazem evidências de que a úlcera venosa causa influências tanto no âmbito emocional, como o físico e social das pessoas, mostrando sua relevância enquanto problema de saúde pública para profissionais que atendem esta população e gestores de políticas públicas.

3.3 Aspectos gerais da abordagem diagnóstica da pessoa com úlcera venosa

No cenário onde se realiza o atendimento às pessoas com úlcera venosa, recomenda-se a atuação de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, podologista, médico com especialidade em cirurgia plástica e reconstrutiva, dermatologia, endocrinologia, angiologia e cirurgia vascular, além de assistente social (CONUEI, 2009).

Em locais onde não há uma orientação nacional sobre qual deve ser o nível de formação adequada para os enfermeiros envolvidos no cuidado com pessoas com úlcera de perna, tem-se estabelecido que o profissional de saúde, enfermeiro ou médico, tenha treinamento e experiência nestes cuidados (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

O tratamento da pessoa com úlcera venosa envolve inicialmente a avaliação sistemática do estado geral de saúde, avaliação específica dos membros inferiores; a escolha e implementação da terapia farmacológica e/ou não farmacológica para

melhorar o retorno venoso e a circulação local; avaliação da lesão, das bordas e da pele perilesão e seleção da terapia tópica apropriada para promover a cicatrização. Pode ser necessário instituir medidas para o controle e alívio da dor. Além disso, outras ações de ordem mais gerais poderão ser necessárias, tais como, acesso e garantia de direitos trabalhistas, para evitar prejuízos financeiros aos pacientes, e ainda suporte nutricional e psicoemocional quando apropriado (EWMA, 2003b; ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009).

No encontro inicial ou logo que for possível, deve-se proceder ao levantamento da história indicativa de doença venosa como história familiar de ulceração de perna, veias varicosas, história comprovada de trombose venosa profunda na perna afetada, história de flebite na perna afetada, história ou suspeita de trombose venosa profunda (identificado por meio do relato de edema na perna após cirurgia, gestação, trauma ou período longo de repouso no leito), história de cirurgia/fratura na perna e história de episódios de dor no peito, hemoptise ou embolia pulmonar (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Como as úlceras venosas podem ser confundidas com as úlceras mistas, um dos aspectos cruciais da avaliação é a exclusão de componente arterial na lesão atual, uma vez que a principal intervenção para as pessoas com úlcera venosa (terapia compressiva) é contra-indicada em pessoas com insuficiência arterial grave (EWMA, 2003b).

A fim de identificar alterações no fluxo sanguíneo arterial e conhecer a qualidade da perfusão dos membros inferiores da pessoa, é realizado o exame físico específico, que consiste na observação da coloração das extremidades dos membros inferiores; na palpação dos pés com o propósito de identificar hipotermia; avaliação do tempo de enchimento capilar feita com a pressão do polegar do examinador sobre o leito ungueal do paciente; palpação dos pulsos arteriais da artéria pediosa, tibial posterior e poplítea. Alteração neste exame pode indicar insuficiência no suprimento sanguíneo arterial (BICKLEY; SZOLAGYI, 2005; IRION, 2005; SMELTZER; BARE, 2005).

Na presença de edema, a verificação dos pulsos na região da artéria pediosa e tibial posterior, pode estar dificultada (SIEGGREEN, 2005), não devendo ser confundida esta situação com a ausência ou diminuição de fluxo arterial.

Ainda para a exclusão de comprometimento arterial, é utilizada a medida do Índice tornozelo-braço (ITB), constituindo-se em exame que pode ser realizado pelo enfermeiro, por não ser invasivo. É obtido ao dividirmos a maior pressão arterial aferida com o esfigmomanômetro e Sonar Doppler Portátil, em uma das três artérias do pé (tibial anterior, tibial posterior ou pediosa) pela maior pressão arterial encontrada nos membros superiores (PITTA; CASTRO; BURIHAN, 2003) (Figura 2). Em pessoas com úlcera venosa, deve ser realizado a cada três meses e antes de iniciar a terapia compressiva em pacientes que iniciarão uso de meias de compressão, como medida preventiva de isquemia (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).



$$\text{ITB} = \frac{\text{Pressão sistólica do tornozelo}}{\text{Pressão sistólica braquial}}$$

Figura 2 - Demonstração da realização da medida do índice tornozelo-braço

A medida do índice tornozelo-braço (ITB) possui sensibilidade e especificidade superiores a 95% (CONUEI, 2009), porém reduzida quando realizado em pessoas que apresentam alguma patologia que leva à calcificação das artérias, como o diabetes *mellitus*, tornando-as não compressíveis e fornecendo um valor falsamente elevado. Apesar disso, não há um consenso do valor do ITB que indica esta calcificação, tendo autores que consideram $\text{ITB} > 1,0$ (SIEGGREEN, 2005), $> 1,2$ (HOPF et al., 2006), $> 1,3$ (LAMINA et al., 2005) e $> 1,4$ (MAKDISSE et al., 2008).

Outra limitação para sua utilização é a falta de consenso quanto aos valores do ITB compatíveis com doença arterial, tendo sido encontrado na literatura: $\leq 0,75$ (CONUEI, 2009); menor que 0,90 (GABRIEL et al., 2007; SIEGGREEN, 2005; SAVINO NETO; NASCIMENTO, 2007;), menor ou igual a 0,9 (MAKDISSE et al., 2008) e menor que 1,0 (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

O ITB pode ser útil para a prática clínica do enfermeiro no atendimento à população com úlcera de perna. Resultados mais acurados podem ser obtidos associando-se às observações das características dos membros inferiores, procurando identificar a presença de edema, alterações venosas, mudança na pigmentação da pele, regiões lipodermatoescleróticas, que podem indicar insuficiência venosa (DEALEY, 2008; IRION, 2005; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

O diagnóstico da úlcera de etiologia venosa é realizada com base em critérios clínicos devendo ser confirmada por meio de exames (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009), com o estudo hemodinâmico, por meio do método baseado no eco-Doppler e na análise do fluxo venoso, que avalia a permeabilidade do sistema venoso e localiza os pontos de refluxo.

O eco-Doppler (Ecocolor Doppler/ /Mapeamento Dúplex Colorido) avalia o funcionamento das válvulas e o refluxo venoso, identificando a localização anatômica de disfunções e sua intensidade (NUNES, 2006). É considerado exame de primeira linha para o estudo hemodinâmico evidenciando seqüelas de síndrome pós trombótica como oclusões, danos valvulares, alterações das paredes venosas, dentre outros (BASTÍAS, 2008), possibilitando uma avaliação mais rápida e acurada (BARROS JÚNIOR, 2003).

Na avaliação inicial, ambos os membros inferiores devem ser estudados com o eco-Doppler mesmo que somente um apresente sinais ou sintomas de doença venosa. É um exame fundamental para se prever os resultados de uma cirurgia de veias, para selecionar os pacientes que realmente terão benefícios com o tratamento cirúrgico e para avaliar seus resultados. Quanto ao profissional responsável pela realização do exame, há uma variação considerável entre os países, tendo sido encontrado referência a tecnólogo vascular nos Estados Unidos e na Austrália, cientista vascular no Reino Unido e radiologistas em muitos outros países. Apesar disso, é comum os cirurgiões, angiologistas e flebologistas realizarem suas próprias investigações. Estes profissionais possuem à sua disposição uma diretriz quanto à metodologia para a realização da investigação a qual foi elaborada pela União Internacional de Flebologia (COLERIDGE-SMITH et al., 2006).

O Doppler ultra-sônico de ondas contínuas é um exame não invasivo, não identifica o local exato do refluxo e o achado teria de ser confirmado com o mapeamento dúplex (SILVA, 2008).

A pletismografia avalia a distensibilidade venosa por meio de um par de eletrodos circulares colocados na panturrilha, medindo o índice de enchimento e esvaziamento das veias profundas das pernas mediante compressão temporária do sistema venoso por um manguito envolvendo a coxa. É utilizado para prever os efeitos hemodinâmicos de cirurgia das veias superficiais (SILVA, 2008).

Dentre os métodos invasivos, a flebografia consiste em exame com uso de contraste para o estudo morfológico do sistema venoso e é considerado o método mais preciso de se avaliar o sistema venoso profundo (aspecto, obstrução, localização, funcionamento das válvulas), porém há críticas em seu uso devido seu caráter invasivo, custo elevado e o risco que o contraste pode trazer (SILVA, 2008). É indicado na síndrome pós flebítica tendo por finalidade avaliar o grau de recanalização e suas condições assim como a extensão do processo trombótico (NUNES, 2006).

A medida de pressão venosa ambulatorial é feita inserindo-se uma agulha em uma veia do dorso do pé e conectando-a a um registrador por meio de um transdutor de pressão, procedendo-se à avaliação da bomba venosa da panturrilha (SILVA, 2008) por meio da obtenção das pressões venosas em posição supina de repouso, em posição ortostática e após o exercício (BARROS JÚNIOR, 2003).

Diversos outros exames são referidos na literatura, dentre eles, a arteriografia, volumetria do pé, termografia de cristal líquido, linfocintilografia (SILVA, 2008).

3.4 Terapia farmacológica e não farmacológica para melhorar o retorno venoso

Para melhorar o retorno venoso, os profissionais médicos podem propor intervenções cirúrgicas ou conservadoras, e farmacológicas e não farmacológicas.

Um dos medicamentos indicados é a Pentoxifilina que irá atuar de forma a diminuir a síntese de mediadores inflamatórios e radicais livres, diminuindo o extravasamento microvascular e inibindo o aprisionamento de leucócitos e sua ativação, contribuindo assim, para a cicatrização das úlceras venosas. Outro

medicamento é a Fração Flavonóica Purificada e Micronizada de Diosmina (MPFF) (ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009).

A pentoxifilina deve ser administrada na dosagem de 600 mg/24 horas/oral e a MPFF em doses de 1.000 mg/24horas/oral (ROBSON et al., 2006; ROBSON et al., 2008; CONUEI, 2009)

Em pessoas com insuficiência venosa crônica com classificação clínica C₀ a C₄, foi observado melhora dos sintomas venosos e na qualidade de vida após 6 meses de tratamento com Fração Flavonóica Purificada e Micronizada - Daflon 500mg® (PERRIN, 2006).

Entre as terapias não farmacológicas conservadoras, para melhorar o retorno venoso, podemos citar as terapias compressivas, a elevação dos membros inferiores e os exercícios (DEALEY, 2008).

A medida mais importante do tratamento é a compressão (MCGUCKIN et al., 2002; PARTSCH, 2003; REIS et al., 2003; ROBSON et al., 2006). A terapia compressiva pode ser obtida com o uso de meias ou bandagens elásticas ou inelásticas, contendo uma ou mais camadas, e deve ser graduada no sentido de promover maior pressão no tornozelo do que na panturrilha (BORGES, 2005).

As meias elásticas são encontradas em diferentes graduações, a depender do autor consultado. Uma literatura espanhola apresenta meias em quatro níveis de pressão (MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA, 2005), já uma brasileira apresenta em cinco níveis (LUCCAS; ROCHA, 2008). A indicação de cada pressão exercida pelas meias estão descritas no Quadro 2.

Observa-se que a denominação de compressão leve, moderada ou forte não equivale à mesma pressão exercida pelas meias para os autores citados, assim como também, as meias que favorecem pressões aproximadas não possuem a mesma indicação. A literatura espanhola indica meias para pessoas com úlcera cicatrizada que proporcione pressão de 30 a 40mmHg, e pra úlcera ativa, de 37 a 49mmHg, porém, a literatura brasileira não faz esta menção.

Em um levantamento das meias disponíveis no mercado brasileiro, Borges (2005) encontrou meias de cinco níveis de pressão, variando de 15 a 50mmHg, sendo que de 20 a 30 mmHg da marca Sigvaris e Venosan Kendall é indicada para prevenção de recorrência de úlceras; de 30 a 40 mmHg das marcas Sigvaris, Venosan Kendall e Ulcer Care, indicada para úlcera ativa.

As meias que promovem pressão a partir de 30 mmHg possuem boa eficiência, porém são menos toleradas, por isso recomenda-se iniciar o tratamento com meias de menor compressão e aumentar gradativamente até aquela que é adequada a cada situação. Deve ser colocada após repouso prolongado ou quando o edema ainda não se desenvolveu, ou seja, logo após levantar-se pela manhã. Possui tempo útil de aproximadamente seis meses (MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA, 2005).

Quadro 2 - Graduações das compressões favorecidas pelo uso de meias elásticas e suas indicações

| MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA (2005) | | LUCCAS; ROCHA (2008) | |
|--|---|----------------------|--|
| Pressão (mmHg) | Indicação | Pressão (mmHg) | Indicação |
| 18 - 22 | Gravidez sem risco vascular, viagem prolongada; trabalho em ortostatismo (compressão leve). | 15 - 20 | Pessoas com história familiar de varizes; uso durante o trabalho prolongado em pé ou sentado e para viagens prolongadas. |
| 23 - 29 | Gestações de risco vascular; varizes discretas; prevenção de trombose venosa profunda em pacientes não acamados; risco de insuficiência venosa em profissões que trabalham em pé; prevenção de varizes primárias (compressão moderada). | 20 - 30 | Pessoas com início de varizes de pequena extensão (suave compressão). |
| 30 - 40 | Insuficiência venosa crônica leve, tromboflebitas, profilaxia em úlceras cicatrizadas, varizes tronculares ou sintomáticas (compressão forte). | 30 - 40 | Presença de varizes significativas (média compressão). |
| 37 - 49 | Insuficiência venosa crônica com edema; úlcera ativa estática (compressão extra forte) | 40 - 50 | Varizes primárias descompensadas; após episódio de trombose venosa profunda; síndrome pós-flebítica (alta compressão). |
| - | - | > 50 | Casos mais graves de hipertensão venosa e linfedemas |

Fonte: Produzido com base em MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA (2005); LUCCAS; ROCHA (2008).

As meias elásticas estão disponíveis até a altura do joelho, até a coxa ou ainda o tipo meia calça, sendo descrito o efeito melhor nas mais longas (LUCCAS; ROCHA, 2008).

Para a definição da meia de compressão, é necessária a medida dos membros inferiores com o uso de fita métrica, que deve ser realizada pela manhã, logo que o paciente se levanta. Deve-se posicionar o paciente com os pés em superfície plana procedendo-se às medidas de ambas as pernas na região logo acima dos maléolos, na região mais alargada da panturrilha e a parte mais alta da coxa. Para a definição do comprimento, realizar a medição da base do calcanhar até a abaixo do joelho ou até a dobra glútea para meias que se estendem até a coxa (BORGES, 2005).

Os efeitos benéficos produzidos pelo uso de meias, potencializando a ação da bomba muscular da panturrilha, permaneceram somente enquanto elas estavam em uso, segundo um estudo realizado com pessoas com insuficiência venosa crônica (FIGUEIREDO; D FILHO; CABRAL, 2004).

Outra opção de terapia compressiva é o sistema de bandagem multicamadas, o qual está disponível em sistemas de 3-4 camadas e incluem as ataduras de compressão tanto elástica como inelástica, geralmente composta por uma camada de enchimento, uma elástica e uma de atadura. O conceito de multi-camada deve-se ao fato de que o sistema resulta em uma pressão proveniente de várias camadas com diferentes propriedades de extensão, módulo e elasticidade. A bandagem elástica promove compressão contínua, já a inelástica aumenta a rigidez e melhora a função da bomba muscular da panturrilha (EWMA, 2003b).

A compressão multicamadas (elástica e inelástica) é recomendada para pessoas ativas. Já para pessoas que possuem imobilidade ou rigidez da articulação do tornozelo, somente a elástica, uma vez que para estes pacientes as ataduras inelásticas podem não funcionar corretamente se a bomba muscular da panturrilha é fraca ou ineficaz gerando níveis inadequados de compressão (EWMA, 2003b).

O sistema de alta compressão graduada de multicamada, capaz de sustentar compressão por pelo menos uma semana, deve ser a primeira linha de tratamento para úlceras venosas (ITB>0,8) (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Com relação às bandagens inelásticas (ou de curta extensão), geram uma camada rígida sobre o membro que não cede à movimentação, promovendo o aumento da pressão durante deambulação. Durante os períodos de imobilidade, as pressões tendem a diminuir, e por isso, não são indicadas para pacientes imóveis. Elas perdem seu efeito com a diminuição do edema. São aplicadas em espiral ou em forma de oito atingindo efeito de multicamadas (DEALEY, 2008). Na forma de

espiral a sobreposição deve ser de 50% entre as voltas, produzindo efetivamente uma dupla camada em qualquer ponto do membro. Já a aplicação no formato figura de oito produzirá maiores números de camadas em qualquer ponto e, portanto, pressões de sub bandagens mais altas. A fim de facilitar a obtenção da pressão necessária pela compressão e reduzir os riscos de complicações, algumas bandagens apresentam, indicadores, ao longo de sua extensão, que facilitam a obtenção da pressão correta (BORGES, 2005).

A pressão terapêutica atingida com o uso das bandagens depende das características de cada uma delas e, sobretudo da sua composição. São descritas vários tipos de botas, dentre elas a bota de Unna, que é de uso clássico e útil no tratamento da hipertensão venosa dos membros inferiores durante o ortostatismo, porém não age durante o repouso. A sua composição é de uma pasta úmida que entra em contato com a ferida realizando compressão. Há uma variedade de composições desta pasta. A sua colocação deve ser ajustada ao membro do paciente, porém, sem causar compressão excessiva. Após a primeira camada, procede-se à segunda que é composta por uma cola de zinco, conseguindo-se assim duas camadas, que posteriormente secarão, parecendo-se com um gesso. O paciente deve ser bem orientado a retornar à consulta em casos de dor, formigamento ou outros sinais subjetivos diferentes do habitual. O primeiro retorno do paciente deve ser realizado nas primeiras 24 horas para revisar suas condições e da bandagem em si, com o objetivo de detectar sinais de isquemia. As trocas da bota de Unna são realizadas em períodos que variam de três a 15 dias a depender da quantidade de exsudato (MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA, 2005).

Luccas e Rocha (2008) referem uma composição de bota de Unna de gelatina, óxido de zinco e glicerina. Esta pasta tanto pode ser aplicada ao redor do membro com posterior enfaixamento; ou a aplicação da faixa com posterior aplicação da pasta; ou ainda impregnar a faixa e aplicá-la em seguida sobre a perna. A atadura utilizada é de 6 a 8 centímetros de largura, com devidos cuidados aos contornos anatômicos e de forma bem ajustada, porém sem compressão, na região do pé, tornozelo e perna próxima ao joelho. Em seguida, aguarda-se a secagem e procede-se a realização de um segundo enfaixamento para proteção. A sua aplicação deve ser realizada antes do aparecimento do edema e a sua troca é variável, em média a cada 7 dias. Atualmente este produto está disponível para

comercialização em composições químicas muito parecidas, que já se encontram impregnadas nas faixas.

São descritos outros dispositivos inelásticos como as órteses, um tipo de polaina que se estende desde a região superior do tornozelo até junto ao joelho, utilizado associado a um calçado fechado (LUCCAS; ROCHA, 2008).

A terapia compressiva aumenta a taxa de cicatrização de úlceras venosas quando comparada a terapia com nenhuma compressão (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007; O'MEARA; CULUMM; NELSON, 2010), sendo que o sistema multicamada apresenta-se mais eficaz do que uma única camada. O sistema que possui em sua composição uma camada elástica parece mais eficaz do que quando composto somente de camadas inelásticas (O'MEARA; CULUMM; NELSON, 2010).

Foi encontrado índice de cicatrização de úlceras venosas de 53,3% em pessoas que usaram bota de Unna em comparação com o tratamento realizado com meia elástica (26,58%), embora o tempo médio de cicatrização não tenha sido diferente nos dois grupos (REIS et al., 2003).

Bandagem com pouca elasticidade (curta extensão) pode oferecer maiores benefícios, aumentando a função da bomba muscular da panturrilha, em comparação com bandagem que possuem muita elasticidade e meias com pouca elasticidade (HIRAI et al., 2009).

Os benefícios da aplicação de compressão externa graduada se devem ao fato de diminuir ou reverter as mudanças que a hipertensão venosa crônica provoca na pele e na rede vascular como a hiperpigmentação, o eczema, a lipodermatoesclerose, as varizes e a úlcera. A sua ação ocorre em função da pressão exercida sobre a perna, o que obriga o fluido dos espaços intersticiais a retornar para o sistema vascular ou linfático. Como a pressão dentro das veias é em grande parte hidrostática, quando a pessoa está em pé, para reverter esse efeito ela requer que o nível necessário de pressão externa reduza progressivamente na perna, da parte inferior para a superior, por isso a maior pressão a ser aplicada é na região do tornozelo (BORGES, 2005).

As terapias compressivas requerem a avaliação física que deve incluir o exame do membro afetado, além do auxílio do ultra-som Doppler manual para estimar o índice de pressão tornozelo braço (ITB), sendo contra-indicadas para pessoas com índices menores que 0,8, pois neste caso pode haver comprometimento arterial (BORGES, 2005). A contra indicação absoluta é em

peessoas com IT/B < 0,60, com presença de artrite e dermatite em fase aguda e a contra indicação relativa é em pessoas com insuficiência cardíaca congestiva (CONUEI, 2009).

Além disso, deve-se atentar para a técnica da aplicação da terapia compressiva indicada pelo fabricante, pois as aplicações muitas vezes não são conseguidas de acordo com o indicado no produto, mesmo quando aplicado por profissionais experientes (SATPATHY; HAYES; DODDS, 2006).

Para as pessoas que não suportam o uso de sistema de compressão constante, a compressão pneumática intermitente consitui-se em uma opção de tratamento (ROBSON et al., 2006), uma vez que há evidências suficientes para apoiar o seu uso rotineiro, como um substituto ou um complemento à bandagem de compressão. Neste caso, podem ser necessárias trocas de curativos com maior freqüência se as úlceras forem grandes e altamente exsudativas (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

O segundo fator mais importante do tratamento é o repouso que deve ser feito em decúbito com a elevação dos membros inferiores, o qual contribui para a redução do edema e facilita o fluxo na micro circulação, melhorando a oxigenação e nutrição (BASTÍAS, 2008). Os pés devem ficar em nível mais alto que o coração e, durante a noite o recurso a ser utilizado é a elevação dos pés da cama com tijolos ou blocos de madeira. Importante ressaltar que colocar os pés sobre uma banquetela não traz qualquer benefício (DEALEY, 2008; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010)

Estas orientações devem ficar claras para o paciente, por isso a importância de explicações de acordo com o nível de entendimento de cada pessoa, a utilização de recursos como as demonstrações por meio de figuras ou fotos e a obtenção de um retorno destas orientações perguntando sobre seu entendimento, além do acompanhamento em consultas subseqüentes.

O exercício deve ser realizado considerando a capacidade individual e assegurado mediante acompanhamento profissional para manter estímulo a este tipo de conduta (DEALEY, 2008).

A realização de caminhada diária traz benefícios e deve ser estimulada. Deve-se evitar ficar parado por longos períodos. Mas, se isto acontecer alguns exercícios podem ser realizados, como mover os dedos dos pés dentro dos sapatos,

além de quando sentado, girar os tornozelos e fletir e estender os dedos dos pés (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

A correção definitiva dos segmentos venosos que possuem disfunções é realizada por meio do tratamento cirúrgico do sistema venoso superficial e de veias perfurantes, os quais são indicados quando a causa da insuficiência venosa é de etiologia primária (CONUEI, 2009).

As cirurgias utilizadas são direcionadas para a obstrução, onde se realiza uma derivação em ponte; e para o refluxo, a cirurgia de transplante ou interposição de trajetos venosos, ou a valvuloplastia direta (BARROS JÚNIOR, 2003).

Estudo realizado com 173 pacientes com úlcera venosa e úlcera mista tratados com cirurgia de veias superficiais associado à debridamento cirúrgico da úlcera e tratamento cirúrgico da dermatoesclerose palpável, obteve uma taxa inicial de cicatrização em 87,0% dos casos em tempo médio de 1,5 meses. Recorrência ocorreu em 5,0%. O efeito da cirurgia e o tempo de recorrência da úlcera foram significativamente afetados pela idade do paciente e pela presença de edema grave. Houve uma redução significativa nos níveis de dor e melhora na qualidade de vida. Os autores concluíram que a cirurgia deve ser indicada antes que a úlcera seja refratária ao tratamento (OBERMAYER et al., 2006).

Em um artigo de revisão que comparou os resultados da terapia compressiva com a cirurgia de veias superficiais, evidenciou taxa de cicatrização similar nos dois métodos, com uma redução das recorrências com a terapia cirúrgica (HOWARD et al., 2008).

Os resultados de um estudo realizado com 1.418 pacientes com úlceras venosas, onde parte do grupo foi submetida ao tratamento cirúrgico para correção do refluxo venoso superficial associado ao tratamento compressivo e a outra parte, somente à terapia compressiva, evidenciou que a cirurgia não promoveu melhora na cicatrização das lesões. Contudo, o tratamento cirúrgico reduziu a recorrência e promoveu o maior tempo sem úlcera (GOHEL et al., 2007).

A escleroterapia também pode ser usada para promover a cicatrização de úlceras venosas (ROBSON et al., 2006; CONUEI, 2009), porém de uso restrito com indicação na síndrome pós-trombótica e quando a etiopatogenia da úlcera pode relacionar-se, com uma veia perfurante mediante a realização do eco-Doppler; e ainda se houver sangramento na base da úlcera (CONUEI, 2009). Deve ser associada ao uso de terapia compressiva (ROBSON et al., 2006).

A literatura faz ainda menção a um tratamento cirúrgico que beneficiaria a circulação local por meio da excisão do tecido afetado pela lipodermatoesclerose grave e oferecimento de retalhos de tecido saudável do corpo à região, promovendo anastomose da microvasculatura (ROBSON et al., 2006).

Percebe-se assim, que há vários tipos de tratamentos cirúrgicos, específicos para as situações clínicas, e que ainda precisa ser melhor avaliados em estudos longitudinais.

3.5 Manejo da dor

A dor é reconhecida como o “quinto sinal vital”, sendo sua avaliação tão importante quanto à dos outros quatro sinais vitais padrão, dessa forma, expressando a relevância que tem no conjunto da avaliação das condições de saúde da pessoa pelo profissional da área de saúde (SOUSA; SILVA, 2005). Como definição, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor). Esta descrição reconhece e valoriza o envolvimento de fatores emocionais e subjetivos da dor, e elimina a necessidade de uma relação nem sempre presente entre lesão e dor (BRAUN FILHO; BRAUN, 2004), equivalendo a dizer que se constitui em fenômeno individual e subjetivo onde, somente o doente tem autoridade para expressá-la e/ou descrevê-la (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

A dor envolve os componentes nociceptivo (sensorial) e afetivo (reativo). O primeiro, diz respeito à sensação dolorosa transmitida a partir dos estímulos lesionais pelas vias nervosas até o córtex cerebral; já o segundo, afetivo, é responsável por modelar o denominado sofrimento associado à dor, de acordo com a causa, o momento e a experiência do paciente (BRAUN FILHO; BRAUN, 2004).

Segundo a duração, a dor pode ser aguda, que tem duração em geral curta (minutos a semanas) ou crônica, que se estende à vários meses (em geral, considera-se seis meses) a vários anos (CARVALHO, 1999). A dor aguda caracteriza-se por ser um sintoma, indicando que algo não está bem; geralmente está relacionada a uma lesão; produz alterações neurovegetativas e neuroendócrinas; cura espontaneamente junto com a cura da lesão; possui causa bem estabelecida, o que contribui para o tratamento. Já a dor crônica é

compreendida como sendo uma doença; não possui função biológica; não possui relação com uma lesão; observam-se processos adaptativos; perdura mesmo após a cura da lesão; a etiologia é consequência de processos crônicos, lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central; o diagnóstico e tratamento são mais difíceis (BRAUN FILHO; BRAUN, 2004).

Braun Filho e Braun (2004) descrevem a dor segundo a origem, em dor nociceptiva e dor neuropática. A dor nociceptiva origina-se por meio da ativação dos nociceptores, em consequência de estímulos que produzem dano ou lesão nos órgãos somáticos (pele, músculos, articulações, ligamentos, ossos) ou viscerais (como consequência de enfermidades, se estende além do órgão lesado). Os nociceptores podem se encontrar normais ou sensibilizados. Neste último caso, ocorre em função de lesão tissular periférica com consequente liberação de agentes inflamatórios, provocando alterações sensoriais, como a alodínia - que é uma reação à dor diante de um estímulo inócua, e a hiperalgesia. A dor neuropática ocorre como resultante de enfermidade, lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central.

As pessoas com úlceras venosas, freqüentemente, relatam presença de dor, que pode estar associada com o aumento do edema e distensão dos tecidos ou compressão de estruturas (VALÊNCIA et al., 2001), que surge, na maioria das vezes, associada ao ortostatismo, mesmo parado, e que pode aumentar com o caminhar, não desaparecendo com a interrupção da marcha, sendo necessário deitar e elevar os membros inferiores (MAFFEI et al., 2008). A sua intensidade é variada (GAMBA; YAMADA, 2003; BICKLEY; SZILAGYI, 2005), e a sensação é descrita como ardor, queimação ou sensação de peso (SIEGGREEN, 2005).

Segundo uma pesquisa feita com profissionais de um grupo de países, a remoção do curativo é o fator que mais causa dor ao paciente com úlcera venosa. A retirada do curativo seco sem umedecê-lo e o uso de coberturas secas e aderentes são as causas da maioria da dor referida pelas pessoas, uma vez que provocam trauma no leito da lesão e nas bordas. A gaze tem mais probabilidade de causar dor em relação a hidrogéis, hydrofibras, alginatos e curativos de silicone (EWMA, 2003a).

Como consequência, a dor altera de modo significativo o cotidiano das pessoas com úlcera venosa (SOUSA, 2009), sendo que na forma crônica, pode

contribuir para o desenvolvimento de depressão, perda de auto-estima, isolamento social e inabilidade para o trabalho (BORGES, 2005),

Em estudo realizado em ambulatórios dos países baixos com 141 pacientes com úlcera de perna venosa e úlcera mista, foi identificado dor em 85,0%, deles, sendo que a maioria não estava recebendo cuidados necessários por parte dos profissionais (HEINEN et al., 2007), e isto se deve, dentre outros fatores, à falta de preparo técnico dos profissionais ou falta de sensibilidade à sensação referida pelos pacientes. O uso de instrumentos de avaliação válidos para avaliar a dor é considerado de baixa prioridade pelos profissionais, sendo mais utilizados a linguagem corporal e os sinais não-verbais (EWMA, 2003a).

Considerando que a dor é um fenômeno complexo e multidimensional, a avaliação e tratamento da dor devem englobar os aspectos da lesão tecidual, aspecto emocional, cultural e ambiental, assim como das respostas geradas do quadro de dor. A avaliação inclui o exame clínico (história da doença, exame físico, exame laboratoriais e de imagem) e a caracterização da dor e do seu impacto nas atividades de vida diária. Deve-se incluir a avaliação de fatores envolvidos na manifestação do quadro algico como o estado emocional, histórico familiar de como expressam e tratam a dor e das atitudes, crenças e valores do doente e família ao se deparar com dor; além do histórico de terapias farmacológicas e não farmacológicas e resultado obtido (CARVALHO, 1999).

A descrição apropriada da dor inclui, dentre outros aspectos, a localização, qualidade (formigamento, queimação, ardor, pontada, latejamento), intensidade, frequência (ininterrupta ou episódica), natureza (orgânica, com causa física conhecida, ou psicogênica, sem qualquer causa física), etiologia (variável desencadeante), e duração (segundos a meses), além dos fatores agravantes ou atenuantes (CARVALHO, 1999).

Os profissionais podem utilizar-se, na sua atuação diante da pessoa com quadro algico, de instrumentos de avaliação (SOUSA; PEREIRA; HORTENSE, 2009), os quais permitem a qualificação e quantificação da sensação dolorosa, facilitam a comunicação do doente, permitem melhor compreensão da experiência dolorosa, auxiliam no diagnóstico e na escolha da terapia e medem o alívio obtido com as terapias (CARVALHO, 1999).

Os instrumentos de avaliação podem incluir a observação do comportamento do doente (ex: vocalização, expressão facial, movimento corporal); a mensuração de

parâmetros biológicos (ex: pressão arterial, frequência respiratória); diagrama corporal para identificação do local da dor; escalas de intensidade da dor, que podem ser quantitativas numéricas (ex: escala numérica, escala de categorias de palavras, escala visual analógica) e quantitativas não-numéricas (ex: escala de expressões faciais de sofrimento crescente, escala de seqüência de copos) e instrumentos que contemplam características sensitivas e afetivas da dor (ex: questionário McGill) (CARVALHO, 1999).

Dentre as escalas quantitativas numéricas, a escala de categoria numérica e escala de categoria verbal, consiste em solicitar ao cliente que classifique a severidade da sensação de dor. Na escala numérica, o cliente escolhe um número que representa a sua dor em escala de 0 a 10 ou 0 a 100, onde, a extremidade “0” representa “nenhuma dor” e a outra (10 ou 100), “pior dor possível”. Na escala verbal, o cliente, após lê os descritores “nenhuma dor”, “dor fraca”, “dor moderada”, “dor severa”, escolhe o que representa a sua dor. Já na escala analógica visual, o cliente é orientado a marcar a gravidade da sua dor em uma linha de 10 cm, onde, em uma extremidade consta “nenhuma dor” e na outra, “pior dor imaginável”. Posteriormente, o profissional observa no verso da escala os valores em milímetros ou centímetros que representam a dor referida (SOUSA; PEREIRA; HORTENSE, 2009).

No grupo das escalas quantitativas não-numéricas, a escala de copos é composta por um desenho de seis copos com quantidades diferentes de líquido, que é apresentado ao cliente para que escolha aquele que representa a intensidade da sua dor. O primeiro copo (vazio) significa “ausência de dor” e o sexto copo (cheio) significa a “pior dor imaginável”. Os copos 2 e 3 representam “dor leve”; copos 4 e 5, dor moderada; e o copo 6 representa “dor intensa” (WHALEY; WONG, 1987).

O questionário McGill de avaliação da dor permite a comunicação das dimensões da sensação dolorosa, e, tem como base, descritores organizados em 20 subgrupos classificados segundo os aspectos sensorial (10 subgrupos), afetivo (5 subgrupos), avaliativo (um subgrupo) e o misto (4 subgrupos), que poderia estar em qualquer um dos aspectos citados. Ao final, são obtidos o número de descritores escolhidos – que corresponde às palavras escolhidas para expressar a dor em até 20 palavras, pois o doente só pode escolher uma palavra de cada subgrupo -, e índice de dor, que refere-se à soma dos valores de intensidade dos descritores escolhidos, os quais chegarão a máximo de 78 (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Utilizados de forma rigorosa, estes instrumentos fornecem elementos para o diagnóstico e para avaliar o tratamento ofertado, subsidiando os profissionais na tomada de decisão (SOUSA; PEREIRA; HORTENSE, 2009).

No paciente com úlcera, diante da queixa de dor antes mesmo da remoção de curativo, a avaliação deve ser realizada procurando identificar causas prévias para que as medidas sejam direcionadas. Importante considerar a necessidade de intervenções de um especialista, como no caso da dor neuropática, assim como também é importante estabelecer se o paciente tem problemas sócio-culturais que possam ter impacto na troca de curativos como experiências anteriores com dor, a influência do ambiente hospitalar ou a presença de familiares (EWMA, 2003a).

O plano de gestão individual da dor para atender as necessidades do paciente pode requerer o uso de terapia farmacológica (analgesia) e não farmacológica. Dentre elas, incluem-se os cuidados relacionados ao curativo e à cobertura; o uso de terapia compressiva, exercício e elevação dos membros inferiores (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006) quando a dor estiver associada ao edema; técnicas de relaxamento; musicoterapia, ou outros recursos disponíveis no serviço (EWMA, 2003a).

Em relação ao curativo, alguns cuidados a serem considerados pelo profissional, que podem reduzir os sentimentos de medo e ansiedade incluem: conversar com o paciente sobre quanta dor eles podem esperar com o procedimento; explicar todas as medidas que serão realizadas para minimizar a sua dor; identificar junto ao paciente fatores que desencadeiam e que reduzem a dor; estimular o envolvimento do paciente no processo de troca do curativo, respeitando o quanto consegue; incentivar uma respiração rítmica e lenta durante o procedimento; realizar o procedimento no ritmo em que o paciente consegue; oferecer tempo ao paciente, procurando negociar formas de comunicar-se quando deseja interromper o procedimento (EWMA, 2003a).

Além disso, as estratégias para o alívio da dor durante a troca de curativos envolve: evitar estímulo desnecessário, tais como ruídos, janelas abertas; manusear a ferida com cuidado, com consciência e objetividade, pois qualquer pequeno toque pode causar dor; selecionar um curativo apropriado para o tipo de ferida (manutenção do meio úmido para minimizar a fricção na superfície da ferida, minimiza a dor e trauma na retirada; permanecer no local por maior tempo possível a fim de reduzir a necessidade de trocas freqüentes); reavaliar a necessidade de

mudança para outra cobertura se a sua remoção está causando dor ou sangramento devido trauma, tanto no leito como na pele perilesional, e se há necessidade de umidificá-lo antes da sua remoção. Além disso, o profissional deve conhecer sobre as coberturas disponíveis no serviço, lendo as instruções do fabricante sobre a técnica para a remoção (EWMA, 2003a).

A abordagem da dor é um processo complexo e exige do profissional conhecimentos e habilidades para oferecer um cuidado sistêmico voltado para os aspectos envolvidos e as necessidades apresentadas pela pessoa.

3.6 Terapia local da úlcera venosa

O tratamento da ferida crônica, geralmente, começa com a limpeza adequada que envolve a aplicação de um fluido não tóxico para a ferida, capaz de realizar a limpeza da lesão removendo do seu leito o tecido necrótico liquefeito, exsudato, corpos estranhos, e ainda restos da cobertura anterior, sem causar danos ao tecido viável e criando um ambiente úmido para a cicatrização (BORGES, 2005).

Robson et al. (2006) recomenda a limpeza por meio da irrigação com um produto neutro, não irritante, não tóxico, com o mínimo de produtos químicos e que provoque o mínimo de trauma mecânico. O produto utilizado pode ser o soro fisiológico ou água da torneira, se a mesma for limpa.

Outra literatura também preconiza o uso da água de torneira para a irrigação das lesões, neste caso, aquecida, ou solução salina. A técnica de limpeza deve ser limpa e prevenir infecção cruzada, sendo a assepsia desnecessária, levando-se em conta que os ferimentos são colonizados por bactérias e, atualmente, não há evidência suficiente que afirme que a presença de colonização de bactérias impede a cura (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

A prática de limpeza das úlceras com água deve ser utilizada com reserva, uma vez que sua qualidade não pode ser garantida, haja vista que os reservatórios não são limpos periodicamente e não são feitos controles bacteriológicos. Somam-se a isso, os prejuízos que podem produzir à cicatrização devido o seu teor de cloro. O profissional deve evitar aumentar o número de microrganismos existentes na lesão, mesmo considerando que a úlcera venosa, como qualquer ferida crônica, é

geralmente colonizada, ou seja, há presença de microrganismos na lesão sem sinais e ou sintomas de infecção (BORGES, 2005).

Além disso, estudo de revisão de literatura concluiu que as evidências científicas são fracas para sustentar a recomendação quanto à indicação de técnica limpa ou estéril no cuidado de feridas (FERREIRA; ANDRADE 2008).

A realização de limpeza com soro fisiológico deve ser feita de forma a produzir um jato a uma pressão de 1 a 4kg/cm² que é conseguido utilizando uma seringa de 20 a 35 ml ou um cateter de 19 mm de diâmetro (CONUEI, 2009).

Segundo recomendação brasileira, as úlceras onde há presença somente de tecido de granulação, podem ser irrigadas não só com seringa sem agulha, mas com jato obtido por pressão manual do frasco de solução fisiológica (bolsa plástica) perfurado com agulha de grosso calibre (40 x 12 ou 25 x 8 mm). Já para as úlceras com tecido necrótico infectado, a irrigação deverá ser feita com seringa agulhada para aumentar a efetividade da remoção da população microbiana com solução fisiológica, utilizando agulha 40 x 12 ou 25 x 8 acoplada a uma seringa de 20 ml, a uma distância de 15 cm da lesão (BRASIL, 2008).

Yamada (2003) refere que a força hidráulica empregada na irrigação deve estar abaixo de 15 psi (libra/polegada), sendo que 8 psi é a pressão adequada para remoção da sujidade da lesão. Esta pressão pode ser obtida com o uso de seringa de 35 ml e agulha de calibre 19, considerando o padrão norte-americano. Uma pressão superior a 15 psi pode traumatizar o tecido viável, assim como pressão inferior a 8 psi pode não promover a limpeza adequada.

Deve-se utilizar frasco único de soro fisiológico em cada procedimento, a fim de prevenir contaminação das feridas, tendo em vista que os mesmos após abertos perdem sua esterilidade. Os frascos são contaminados principalmente pela flora humana, sugerindo que a principal fonte de contaminação é a manipulação. Além disso, deve-se atentar para os dispositivos deixados no orifício para permitir a saída do seu conteúdo, os quais agem como uma porta de entrada para microrganismos (GOUVEIA, 2007).

Considerando, ainda, a fase inicial da realização do curativo, na presença de tecido desvitalizado, deve ser avaliada a necessidade de realização de debridamento, o qual pode ser realizado por meio do método autolítico, enzimático, mecânico, químico ou cirúrgico (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; ROBSON

et al., 2006; RENDIC; ALDEA, 2008), dependendo do estado da ferida, a capacidade do profissional de saúde, o estado geral do paciente, e a legislação do exercício de cada profissional (ROBSON et al., 2006).

O método debridamento autolítico consiste na maximização do próprio organismo para a promoção da limpeza da ferida, onde os macrófagos fagocitam os tecidos desvitalizados, sendo importante a manutenção de ambiente úmido (DEALEY, 2008). O enzimático baseia-se na utilização de enzimas como elastase e colagenase as quais têm a função de lisar e remover o tecido não viável da lesão (GUIMARÃES, 2008; RENDIC; ALDEA, 2008).

Os métodos de desbridamento mecânico incluem compressas úmidas-a-seco, hidroterapia (hidromassagem) e irrigação da ferida (lavagem pulsada). A hidroterapia, geralmente, é realizada por profissional de fisioterapia, utilizando-se a imersão em banheira de hidromassagem com água morna, em sessões de 10 a 20 minutos, uma a duas vezes ao dia. Na irrigação da ferida, é feito a lavagem da lesão com pressão controlada. Estes dois métodos exigem equipamento especial e colocam o trabalhador exposto a partículas por aerossóis (AYELLO; CUDDIGAN; KERSTEIN, 2002). A técnica que utiliza compressas úmidas-a-seco, gazes são colocadas sobre o tecido desvitalizado e embebidas em solução salina, permitindo-se que sequem e sua posterior retirada descolam os tecidos desvitalizados (SHULTZ et al., 2003; RENDIC; ALDEA, 2008).

O debridamento mecânico deve ser realizado com restrições, pois além de causar desconforto ao paciente, pode danificar o tecido recém-formado. No caso da utilização da gaze, seu ressecamento sobre o leito, leva ao ressecamento do leito da lesão e das bordas, traumatiza os tecidos na sua retirada, atrasando o processo de cicatrização (AYELLO; CUDDIGAN; KERSTEIN, 2002; SCHULTZ et al., 2003; CALIANNI; JAKUBEKE, 2006). Atualmente, tem-se à disposição no mercado, coberturas que promovem debridamento autolítico em meio úmido, evitando dessa forma, os prejuízos para a cicatrização das lesões.

O método cirúrgico ou cortante só pode ser realizado por profissional com treinamento e competência e se constitui no método de resolução mais rápido, porém com risco de sangramento excessivo (FAIRBAIRN et al., 2002). Neste caso, são usados instrumentais cirúrgicos esterilizados (RENDIC; ALDEA, 2008).

O método de debridamento biocirúrgico/bioterapia ou larvoterapia consiste na aplicação da larva estéril da mosca *Lucilia sericata* diretamente na lesão, a qual ao

se alimentar, produz e libera enzimas proteolíticas degradando o tecido inviável da lesão (FRANCO et al., 2007). Deve-se proteger a pele perilesional com uma espuma ou um filme de poliuretano, pois o excesso de produtos da lise do processo digestivo pode causar maceração (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006). A necrose seca (escara) pode precisar ser amolecida inicialmente, e deve-se fazer o monitoramento da umidade para que as larvas não se afoguem, mas também não ressequem e morram (SCHULTZ et al., 2003).

A escolha da melhor cobertura deve levar em consideração a promoção de ambiente úmido (BORGES, 2005; ROBSON et al., 2006) favorecendo a catrização por meio da migração celular e contribuindo para o debridamento autolítico, além de reduzir a dor. Os curativos secos, exceto sobre a pele intacta, são considerados prejudiciais e podem causar ressecamento da ferida (ROBSON et al., 2006). Devem garantir um ambiente oclusivo com baixa taxa de microorganismos e com temperatura fisiológica, a fim de contribuir no processo cicatricial (BORGES, 2005).

A cobertura deve absorver o excesso de exsudato da ferida, protegendo a pele perilesional de maceração, uma vez que o contato persistente com exsudato pode aumentar a ferida e impedir a cicatrização. Além disso, o curativo deve diminuir cisalhamento e fricção, evitando danos adicionais ao tecido (ROBSON et al., 2006).

Atualmente há disponibilidade de uma grande variedade de coberturas para feridas (SORIANO et al., 2006; SOUSA, 2009). Em 2003 já eram documentados mais de 1.000 produtos para o cuidado de feridas e a cada dia novos produtos são disponibilizados. Porém, o que vai determinar a escolha da cobertura são as condições da lesão e sua associação com a cobertura com características ou propriedades mais adequadas (CALIANNI, 2003).

Cada ferida deve ser avaliada separadamente, podendo ser necessário o uso de coberturas diferentes ao longo do tratamento tendo em vista a sua evolução, a mudança nas suas características e possíveis reações à pele. Sabendo-se que uma boa parte das úlceras venosas são exsudativas, a recomendação é para a utilização de coberturas que controlem o excesso de exsudato como o curativo de alginato, de hidrofibra, de hidrocolóide e espumas de poliuretano (Quadro 3). A pele circundante à ferida deve ser protegida do excesso de exsudato e de outras agressões com o uso de uma película não irritante ou pomadas com óxido de zinco (CONUEI, 2009).

Quadro 3 - Lista de coberturas indicadas para o tratamento de úlcera venosa

| Produto | Constituição | Descrição |
|-----------------------|---|--|
| Alginatos | Alginato de cálcio ou sódio derivados de algas marinhas. (DEALEY, 2008). Alguns produtos podem ter aditivos como o colágeno(CALIANN O, 2003). | Estão disponíveis em formato de placas ou fibras e com um revestimento adesivo. São destinados a ferida com exsudato de quantidade moderada a grande e podem exigir uma cobertura secundária (DEALEY, 2008). Outro autor refere indicação para feridas muito exsudativas, e para preencher espaços mortos auxiliando no debridamento. Pode ser utilizado em feridas infectadas se a infecção está sendo tratada sistematicamente e se estiver utilizando curativos secundários não oclusivos. As contra-indicações incluem: sensibilidade ao alginato, colágeno, ou outros aditivos, feridas que apresentam grande quantidade de sangramento, feridas secas e queimaduras de terceiro grau (CALIANNO, 2003). Os alginatos reduzem o odor desagradável (RENDIC; ALDEA, 2008). |
| Hidrocolóide | Base de hidrocolóide feita de celulose, gelatinas e pectinas e de um revestimento de filme ou espuma de poliuretano (DEALEY, 2008) | Apresenta-se com uma grande variedade de tamanho e variações (DEALEY, 2008). A maioria se apresenta em almofadas autocolantes; outros têm forma de pasta. São curativos aderentes, permeáveis ao vapor de água e oxigênio. Eles criam um ambiente hipóxico na ferida que promove desbridamento autolítico e cura através da proliferação de fibroblastos e estímulo da neoangiogênese (CALIANNO, 2003). É indicado para feridas com exsudação de moderada a intensas (DEALEY, 2008). Porém a literatura também traz indicação para exsudado de mínimo a moderado, feridas com esfacelo ou granulação, feridas de espessura parcial e proteção de pele intacta. As contra-indicações incluem feridas infectadas, feridas com cavidade, feridas altamente exsudativas, feridas com a pele perilesional friável e queimaduras de terceiro grau (CALIANNO, 2003). Podem produzir odor desagradável e aspecto semelhante a pus que não deve ser confundido com infecção. Dermatite alérgica é uma complicação é uma complicação pouco freqüente, mas possível. Ao ser removido podem ficar restos aderidos (RENDIC; ALDEA, 2008). |
| Hidrofibra | Fibras de hidrocolóide (DEALEY, 2008) | Transformam-se em gel na presença de exsudato. São altamente absorventes (DEALEY, 2008). |
| Espuma de poliuretano | Poliuretano (CALIANNO, 2003; DEALEY, 2008) | Estão disponíveis em placas ou com enchimento para cavidades (DEALEY, 2008). Muitos são impermeáveis a bactérias e algumas espumas não são aderentes necessitando de curativo secundário (CALIANNO, 2003). São mais indicadas para feridas com tecido de granulação ou de epitelização com algum exsudato (DEALEY, 2008), tendo autores que orientam para exsudação em quantidade moderado a grande. Proporciona isolamento térmico e ambiente úmido na ferida; nas feridas profundas é necessário o uso de curativo secundário para fornecer mais absorção; pode ser usado em curativos compressivos para absorver grandes quantidades de drenagens. Tem contra-indicações:feridas secas, feridas de espessura parcial com exsudato mínimo, feridas com exposição de músculo, tendão ou osso e lesões arteriais isquêmicas (CALIANNO, 2003). |

Fonte: Produzido com base em CALIANNO (2003), DEALEY (2008), RENDIC; ALDEA (2008).

O uso de gazes úmidas com solução salina, como cobertura para tratar úlceras venosas é extremamente controverso, encontrando-se na literatura desde contra-indicações absolutas para seu uso (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006), passando-se pela sua indicação, reconhecendo sua utilidade, guardadas algumas

ressalvas, até revisões sistemáticas que identificaram que o uso de gazes umedecidas leva à mesma taxa de cicatrização obtida com uso de produtos como hidrocolóide, hidrofibra, poliuretano e alginato (BOUZA; MUÑOZ; AMATE, 2005).

Um estudo piloto com dois novos hidrogéis (Flaminal® e Flaminal® Hydro) e concluiu que estes produtos exercem atividade antibacteriana *in vitro* e *in vivo*. Não houve efeitos tóxicos para os queratinócitos *in vitro*, porém os resultados não foram concluídos nos queratinócitos *in vivo* (VANDENBULCKE et al., 2006).

Os dois curativos anteriormente citados acima contêm ácidos de polímeros químicos baseados em acrilatos. O Flaminal® tem uma alta concentração de alginato e é usado em feridas exsudativas, já o Flaminal Hydro® contém menor quantidade de alginato e é indicado para feridas pouco exsudativas. Trata-se de produtos que hidratam o tecido necrosado, induzindo a lise de necrose, realizando debridamento autolítico (DE LA BRASSINNE; THIRION; HORVAT, 2006).

Em outro estudo com hidrocolóide de carboximetilcelulose usado no tratamento de úlceras crônicas vasculogênicas dos membros inferiores, onde a maioria se tratava de úlcera venosa, obteve cicatrização total em 75,3% das lesões, em período de tempo entre 1,5 a 2 meses (MARTÍNEZ et al., 2000).

Uma revisão sistemática sobre o tratamento tópico da úlcera venosa, não obteve conclusões quanto à melhor terapia tópica, em função da qualidade dos estudos e diferentes delineamentos (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007).

Como observado, apesar da disponibilidade de coberturas, os estudos ainda não são conclusivos quanto à melhor escolha. O que vai determinar a resposta terapêutica é, principalmente, a competência e conhecimento do profissional que trabalha com feridas (MACIEL, 2008). Aliado a isto, a literatura também é rica na preconização da abordagem de pessoas com úlceras venosas, mas isto ainda não influenciou de forma considerável a avaliação e cuidados dispensados às pessoas com feridas. Assim, o aprimoramento dos profissionais constitui uma grande necessidade na prática clínica (BELCZAK et al., 2007).

Na rede básica de saúde do Brasil as pessoas portadoras de úlcera venosa vão ao serviço, periodicamente, para serem avaliados pelos profissionais médicos, porém sem um acompanhamento do tratamento da ferida por equipe multiprofissional e da evolução objetiva da cicatrização e dos resultados do tratamento. A cada retorno, a pessoa recebe orientação de profissional diferente amparada na sua experiência ou pelos curativos ou coberturas disponíveis no

momento. No geral, isto ocorre porque os profissionais que tratam as pessoas com ferida crônica, possivelmente, não têm conhecimento sobre a melhor forma de avaliar, tratar e acompanhar a pessoa com ferida crônica ou, ainda, porque faltam recursos materiais e humanos para implementar a conduta mais adequada (BORGES, 2005).

Historicamente, os profissionais e gestores de saúde não dedicam suficiente atenção para as úlceras de perna, em específico as úlceras venosas, que, mesmo com a sua alta prevalência, são freqüentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada no sistema de saúde (ABBDADE; LASTÓRIA, 2006).

Para reverter esta situação, é fundamental que cada profissional conheça sobre úlceras, tanto sobre o seu desenvolvimento, suas implicações e saiba atuar de forma sistêmica, melhorando a qualidade de vida, prevenindo incapacidades e contribuindo para o enfrentamento do problema pelas pessoas (SANTOS; VIANNA; GAMBA, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo clínico observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

A pesquisa clínica envolve o estudo de seres humanos em uma investigação sistemática da biologia humana, saúde ou doença, visando desenvolver ou contribuir para a generalização do conhecimento (GRADY, 2007).

As pesquisas observacionais ocupam-se da investigação de fatos que ocorrem naturalmente, sem a interferência do pesquisador. Os objetivos desse tipo de estudo incluem a descrição da distribuição de um parâmetro na população ou o teste de uma hipótese sobre a associação entre dois eventos (PEREIRA, 2008).

Por meio do estudo descritivo, o pesquisador observa, conta, descreve e classifica o fenômeno estudado, além de determinar o seu tamanho e suas propriedades mensuráveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nos estudos transversais o pesquisador coleta os dados em um determinado momento do tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de dados numéricos e análise desses dados, utilizando modelos estatísticos para explicar as informações coletadas no estudo. Esse tipo de pesquisa utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para coletar as informações pertinentes ao estudo, e preza pela objetividade na coleta e análise das informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada nas salas de curativos das Unidades de Saúde municipais da cidade de Goiânia, capital do Estado de Goiás, que está localizada na região central do Brasil, cuja estimativa populacional, em 2007, era de 1.244.645 habitantes (IBGE, 2007b).

O município de Goiânia está dividido em sete regiões administrativas ou distritos sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste, Noroeste, Sudoeste, Campinas-Centro, que oferecem atendimento à saúde da população por meio de 104 Unidades de Saúde municipais (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das unidades municipais de saúde de Goiânia, por distrito sanitário – 2009

| DISTRITO | UNIDADES DE SAÚDE | | | | | | | | | TOTAL |
|----------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | UABSF | CS | CIAMS | CAIS | CAPS | A | CR | M | PS | |
| Norte | 06 | 04 | 01 | 01 | - | - | - | - | - | 12 |
| Sul | - | 02 | 02 | - | 03 | 02 | - | - | 01 | 10 |
| Leste | 08 | 02 | - | 03 | 01 | - | - | - | - | 14 |
| Oeste | 11 | 02 | - | 01 | 01 | - | - | - | - | 15 |
| Noroeste | 16 | - | - | 03 | - | - | - | 01 | - | 20 |
| Sudoeste | 10 | 04 | 01 | - | 01 | - | - | - | - | 16 |
| Capinas-Centro | 02 | 09 | - | 02 | 01 | - | 03 | - | - | 17 |
| TOTAL | 53 | 23 | 04 | 10 | 07 | 02 | 03 | 01 | 01 | 104 |

Fonte: Goiânia (2009).

Das 104 unidades, 53 são Unidades de Atenção Básica a Saúde da Família (UABSF), 23 Centros de Saúde (CS), 4 Centros Integrals de Assistência Médico-Sanitária (CIAMS), 10 Centros de Assistência Integral a Saúde (CAIS), 7 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 ambulatórios (A), 3 centros de referências (CR), 1 maternidade (M) e 1 pronto socorro (PS)

Após obtenção de parecer favorável em Comitê de Ética em Pesquisa, para realização do estudo, inicialmente, os pesquisadores informaram aos diretores de Distritos Sanitários sobre a realização da pesquisa por meio de uma carta, contendo em anexo, a autorização do secretário municipal de saúde e uma minuta do projeto. Em seguida, estes mesmos documentos foram entregues às diretorias das Unidades de Saúde, que informaram a existência ou não de sala de curativo em atividade. Na ocasião, identificou-se 60 salas de curativos em funcionamento (Tabela 2).

Nas unidades que dispunham de salas de curativos, os pesquisadores foram informados pelos enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, se era ou não realizado atendimento a pessoas com feridas crônicas, sendo indicadas nesse processo, 49 salas (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das unidades de saúde e salas de curativos, por distrito sanitário - Goiânia - SET 2009 – JUL 2010

| DISTRITO | TOTAL DE UNIDADES | TOTAL DE SALAS DE CURATIVO | SALAS DE CURATIVOS QUE ATENDEM FERIDAS CRÔNICAS |
|----------------|-------------------|----------------------------|---|
| Norte | 12 | 09 | 07 |
| Sul | 10 | 04 | 03 |
| Leste | 14 | 04 | 03 |
| Oeste | 15 | 10 | 09 |
| Noroeste | 20 | 07 | 06 |
| Sudoeste | 16 | 10 | 09 |
| Capinas-Centro | 17 | 16 | 12 |
| Total | 104 | 60 | 49 |

Estas 49 unidades de saúde constituíram cenário deste estudo e tinham a seguinte distribuição: 19 Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família, 14 Centros de Saúde, 04 Centros Integrals de Assistência Médico-Sanitária, 10 Centros de Atenção Integral à Saúde e 02 Centros de Referência (CRDT e CRASPI) (Tabela 3).

Tabela 3 - Unidades de saúde que fizeram parte do cenário do estudo - Goiânia - SET 2009 – JUL 2010

| DISTRITO | UNIDADES DE SAÚDE DESTE ESTUDO | | | | | TOTAL |
|----------------|--------------------------------|----|-------|------|----|-------|
| | UABSF | CS | CIAMS | CAIS | CR | |
| Norte | 02 | 03 | 01 | 01 | - | 07 |
| Sul | - | 01 | 02 | - | - | 03 |
| Leste | - | - | - | 03 | - | 03 |
| Oeste | 07 | 01 | - | 01 | - | 09 |
| Noroeste | 03 | - | - | 03 | - | 06 |
| Sudoeste | 05 | 03 | 01 | - | - | 09 |
| Capinas-Centro | 02 | 06 | - | 02 | 02 | 12 |
| TOTAL | 19 | 14 | 04 | 10 | 02 | 49 |

O atendimento à população realizado pelas Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) era das 08:00 às 16:00 horas e nos Centros de Saúde (CS), CRASPI e CRDT era das 07:00 às 19:00 horas. Todas as unidades funcionavam de segunda à sexta-feira, mantendo o mesmo padrão nas salas de curativos. Em relação a CAIS e CIAMS, estes prestam atendimento durante as 24 horas sendo que nas salas de curativo o atendimento era realizado das 07:00 às 19:00 horas, todos os dias da semana, incluindo os sábados e domingos.

3.3 Período de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2009 a julho de 2010, totalizando 10 meses.

3.4 População e amostra

A população constou de pessoas com úlcera venosa crônica² em atividade, usuárias das salas de curativo em que se prestava atendimento à pessoa com feridas crônicas, independente de estarem recebendo acompanhamento médico na unidade.

A amostra de conveniência foi composta pelos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade maior ou igual a 18 anos;
- Conseguir expressar-se de forma coerente e clara;

Considerou-se úlcera venosa nos membros inferiores quando se verificou úlcera ativa na perna ou pé, índice tornozelo-braço $\geq 0,8$, (AGUIAR et al., 2005) associado a, no mínimo, dois dos sinais e sintomas de insuficiência venosa: edema em tornozelo e/ou acima; hiperpigmentação; lipodermatoesclerose (EKLOF et al., 2004; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; RAFFETTO, 2009); varizes e/ou veias reticulares e/ou telangiectasias (EKLOF et al., 2004); dor em membros inferiores que piora à tarde ou ao final do dia (MAFFEI et al., 2008); diagnóstico médico registrado no prontuário ou resultado de exame complementar de imagem indicativa de trombose venosa e/ou insuficiência venosa por obstrução e/ou refluxo do sistema venoso, disponível, de posse do paciente.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que:

- apresentassem palidez à elevação do membro, cianose de extremidade, tempo de enchimento capilar menor que três segundos (SIEGGREEN, 2005) e dor à elevação do membro, os quais poderiam indicar alteração arterial concomitante;

² BERGQVIST; LINDHOLM; NELZÉN (1999)

- $ITB \leq 0,8$;
- durante a coleta de dados apresentassem alguma intercorrência que impossibilitasse o término dos procedimentos previstos na pesquisa, como mudança de endereço, abandono do tratamento ou morte;
- durante a coleta de dados ou em qualquer momento retirasse seu consentimento em participar da pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa está inserida em um projeto maior, intitulado “Avaliação de úlceras venosas de estase no contexto do atendimento ambulatorial na rede municipal de saúde de Goiânia: ampliando as perspectivas”, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo 041/2009).

Todos os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme prevê a Resolução 196/96 - Conselho Nacional de Saúde.

3.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados contou com a participação de sete pessoas: cinco pesquisadores (1 aluno de iniciação científica, 2 enfermeiros inseridos no curso de mestrado e 2 no doutorado) e duas enfermeiras que atuaram como auxiliares de pesquisa. Toda a equipe foi qualificada para os procedimentos realizados neste estudo, tendo sido realizado treinamento teórico-prático promovido pela Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas (Rede Feridas), realizado nas salas de aula e no laboratório de enfermagem da Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás. Posteriormente, realizaram capacitação em salas de curativos acompanhados por enfermeiro com grande experiência clínica em avaliação de feridas.

3.6.1 Coleta de dados

A coleta de dados teve início com a observação do fluxo do atendimento nas salas de curativos das Unidades de Saúde, tendo como objetivo identificar pessoas em tratamento para úlceras venosas e dar seguimento aos procedimentos de recrutamento dos participantes. Para melhor compreensão, destes procedimentos, elaboramos a Figura 3, que mostra o fluxograma da identificação das pessoas elegíveis e recrutamento dos participantes.

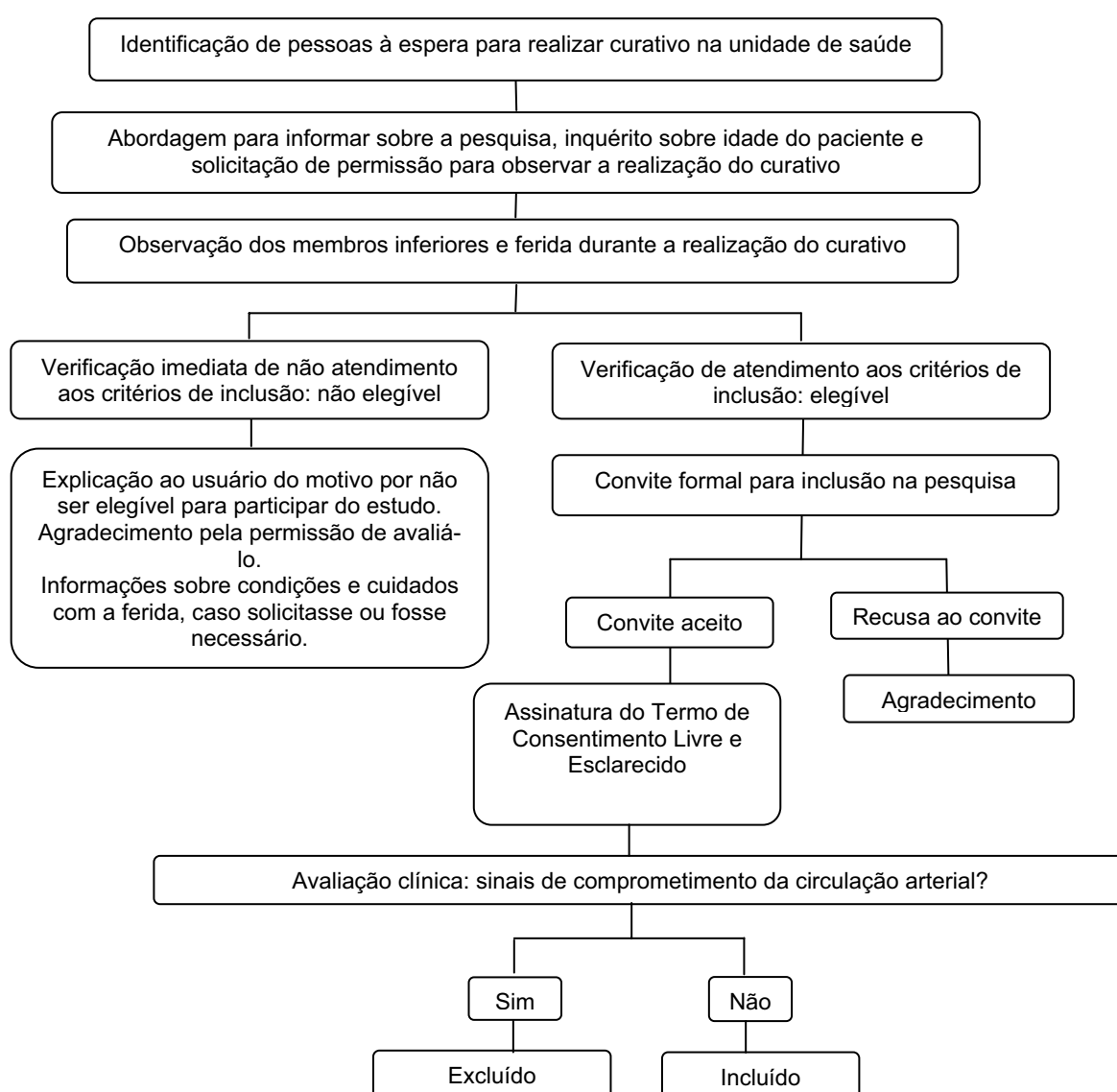


Figura 3 - Procedimentos usados a partir da abordagem dos usuários das salas de curativos.

Após identificação das pessoas na sala/corredor de espera para a realização de curativos, os pesquisadores se apresentaram e solicitaram para observar a realização do curativo.

Satisfeitos os critérios de inclusão na pesquisa, as pessoas foram convidadas a participar e receberam explicações quanto aos objetivos do estudo e os procedimentos envolvidos, sendo resguardadas e esclarecidas os direitos contidos na Resolução 196/96. Neste momento foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

O TCLE foi lido juntamente com os sujeitos ou entregue a eles para que fosse lido em casa com familiares, de acordo com a preferência individual. Aqueles participantes que assinaram o TCLE nesse primeiro encontro tiveram a coleta de dados iniciada nesse momento. Para os outros, essa etapa teve início em data pré-agendada.

Os pesquisadores identificaram 109 pessoas em tratamento para úlceras de perna, sendo que 23 não foram incluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, 13 se recusaram a participar e 73 foram incluídas e assinaram o TCLE (Tabela 4). Destas, houve 15 exclusões decorrentes de: óbito (1), desistência (1) encaminhado para atendimento hospitalar descontinuando o tratamento na unidade de pesquisa (1), mudanças de residência do setor ou do município (5), frequência irregular no tratamento na sala de curativo sendo incerta sua previsão de retorno (7). Com isso, a amostra deste estudo foi de 58 pessoas.

Embora as razões das recusas não tivessem sido pesquisadas sistematicamente, julgamos oportuno esclarecer que foi relatada a falta de disponibilidade de tempo do usuário para permanecer na unidade, além do estritamente necessário para o seu atendimento, ou ainda falta de disponibilidade do acompanhante para aguardar os procedimentos envolvidos na pesquisa. Percebeu-se ainda, a prática de usuários buscarem as salas de curativos apenas para obter o fornecimento de material utilizado nos curativos que eram realizados no domicílio.

Foram realizadas de nove a 80 visitas nas unidades de saúde que realizavam atendimento a essa população. O maior número de visitas esteve relacionado ao maior número de participantes da pesquisa, ocasião em que eram feitas visitas sucessivas até o término da coleta de dados. Também foram feitas visitas nas unidades em que não foram identificadas pessoas com úlceras venosas ou o número de pessoas era muito reduzido. Menor número de visitas foi realizado nas

unidades onde, desde o início do período de coleta de dados, não foram identificadas pessoas para participar do estudo.

O intervalo de tempo entre as visitas foi: diário, semanal, quinzenal, mensal e em até 45 dias, sendo que os menores intervalos geralmente aconteceram após identificação dos sujeitos, como referido, e os maiores intervalos, após a conclusão de coleta de dados com todos os sujeitos identificados. As ocasiões em que o intervalo entre as visitas chegou à 45 dias, ocorreram quando se constatou repetição dos usuários atendidos, não sendo identificados casos novos em determinadas unidades.

Em todas as unidades foram realizadas visitas nos períodos matutino e vespertino, e nas unidades de atendimento 24 horas também foram contemplados os finais de semana e período noturno, uma vez que algumas salas funcionam até às 19:00 horas.

A presença dos pesquisadores, a cada visita, teve duração mínima de 2 horas e máxima de 12 horas. As primeiras visitas foram mais demoradas e tinham a finalidade de observar todos os usuários atendidos nas salas, uma vez que a unidade de saúde não disponibilizava de registros desta clientela.

Foram necessários de dois a quatro encontros para a finalização da coleta de dados de cada participante, sendo considerada a disponibilidade de horário pelo sujeito e da sala de curativo. A duração dos encontros variou de trinta minutos a duas horas dependendo da idade dos usuários, sua disponibilidade de horário e da sala de curativos ou consultório. O intervalo de tempo entre os encontros para a coleta de dados variou de 1 dia a máximo de 13 dias.

No caso de conclusão dos procedimentos em dois encontros, o participante era orientado quanto aos resultados dos exames e término da pesquisa e, caso necessitasse, era encaminhado para a enfermeira da unidade. Nos casos de intervalo maior que 10 dias, procedeu-se a evolução dos sinais clínicos apresentados.

3.6.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a obtenção dos dados foi realizada entrevista, exame físico, utilização de escala, registro fotográfico das lesões, consulta a exames diagnósticos da circulação venosa dos membros inferiores que estavam de posse dos usuários.

Foi utilizado um roteiro de coleta de dados para proceder à entrevista, anotações do exame físico e anotações do resultado do exame apresentado pelo participante. Este roteiro foi elaborado por enfermeiros integrantes da Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas, validado com enfermeiros e posteriormente, foi aplicado a pessoas com úlceras venosas em membros inferiores e que não foram incluídas na amostra. Em seguida, o instrumento passou por refinamento, momento em que foi feita a leitura exaustiva e discussão em seis reuniões com os pesquisadores.

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 2) foi composto por: dados relacionados às características socioeconômicas, demográficas e clínicas, dados sobre as características macroscópicas da lesão e sobre o tratamento utilizado.

3.6.3 Variáveis do estudo

As variáveis socioeconômicas e demográficas incluíam:

- a) idade: definida pela data de nascimento de um documento de identificação e categorizada em < 50 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e ≥ 70 anos;
- b) gênero: masculino ou feminino, definido a partir da observação de caracteres sexuais secundários, observados pelos pesquisadores;
- c) estado civil: situação de união, classificada em “solteiro”, “casado”, “união consensual”, “viúvo”, “separado/desquitado” informada pelo participante, e agrupadas em dois grupos: casado/união consensual e solteiro/viúvo/separado,desquitado;
- d) município de moradia: cidade referida pelo participante na qual o mesmo residia e categorizado em Goiânia, outro município do Estado de Goiás e outro estado;
- e) número de moradores no domicílio: número de pessoas que residiam na moradia do participante;
- f) escolaridade: último ano de estudo concluído pelo participante, referido por ele, convertido em anos de escolaridade pelo pesquisador;
- g) escolaridade do chefe da família: último ano de estudo concluído pelo chefe da família do participante, referido por ele, convertido em anos de escolaridade pelo pesquisador;
- h) situação atual de trabalho: informado mediante as possibilidades “não inserido no mercado de trabalho (aposentado, pensionista, do lar)”

“desempregado”, “afastado (licença)”, “está em atividade (aposentado ou não)”;

- i) atividade de trabalho que exerceu a maior parte da vida: atividade na qual permaneceu por mais tempo considerando todos os trabalhos que já exerceu, informado pelo participante. Posteriormente, esta atividade foi categorizada em serviços domésticos, agricultura/pecuária/produção florestal/pesca/aqüicultura, construção, indústria de transformação e outros, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Versão 2.0 (IBGE, 2007a).
- j) renda pessoal: valor total da renda informada pelo participante;
- k) renda familiar: valor total da renda da família do participante informada por ele;
- l) renda per capita: valor total da renda familiar dividida pelo número total de moradores no domicílio do participante;
- m) situação de posse da moradia: informado pelo participante mediante as possibilidades “própria”, “alugada”, “cedida”, “outra”;
- n) tipo de construção da moradia: informada em “sim” ou “não” para a possibilidades “alvenaria”, “madeira” e “outra”;
- o) rede de esgoto: dejetos domésticos canalizados para a rede de esgoto pública, informado informada em “sim” ou “não” pelo participante;
- p) água encanada: abastecimento de água canalizada no domicílio proveniente do serviço público, informada em “sim” ou “não” pelo participante;
- q) eletricidade: situação de acesso à rede elétrica no domicílio proveniente do serviço público, informada em “sim” ou “não”;
- r) coleta de lixo: situação de acesso à coleta de lixo doméstico pelo serviço público, informada em “sim” ou “não”.
- s) classe econômica: definida por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil/Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008) que considera a posse e quantidade de itens disponíveis para uso e grau de escolaridade do chefe da família. A pontuação total foi classificada em: de 0 a 7 pontos (classe E), 8 a 13 (classe D), 14 a 17 (C2), 18 a 22 (C1), 23 a 28 (B2), 29 a 34 (B1), 35 a 41 (A2) e 42 a 46 (A1). Maiores pontuações indicam maior poder de compra (Anexo 1).

As condições clínicas do participante, obtidas por meio do auto-relato, incluíam a investigação de: alteração circulatória venosa nas pernas; história de úlcera venosa; hipertensão arterial; dislipidemia; diabetes; cardiopatia; problema renal; outras doenças; tabagismo, tipo, quantidade e tempo segundo proposto por Costa et al. (2007); uso de bebida alcoólica; posição adotada na maior parte do dia (“em pé, parado”, “em pé, andando”, “sentado”, “outro”); prática de exercício físico (atividade física planejada).

As variáveis a seguir foram obtidas mediante mensuração/avaliação pelos pesquisadores:

- a) peso corporal: obtido por meio da pesagem do participante em balança mecânica da unidade de saúde, após calibração e travamento da balança. Foi solicitado que participante ficasse em pé no centro da plataforma com os pés nus, após a retirada de excesso de vestuário, adereços e bexiga vazia. Após destravar a balança, foi movido o cursor maior referente ao peso e o cursor menor em gramas e verificado até que a agulha do braço e o fiel tivessem nivelados. Em seguida o participante desceu da balança e foi verificado o peso de frente para o equipamento (BRASIL, 2004);
- b) altura: obtido por meio da verificação em antropômetro vertical de balança mecânica da unidade de saúde com o participante em pé no centro da plataforma com os pés nus e juntos, posição ereta, braços ao longo do corpo, ombros relaxados, cabeça livre de adereços. Foi solicitado que olhasse em um ponto fixo na altura dos olhos e inspirasse. A parte móvel da escala numérica foi ajustada até a altura da cabeça do participante fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Foi solicitado que o participante descesse e realizada a leitura da altura, sem soltar a parte móvel do equipamento (BRASIL, 2004);
- c) índice de massa corporal (IMC): obtido dividindo-se o peso pela altura ao quadrado e classificado para pessoas com idade inferior a 60 anos em baixo peso ($IMC < 18,5\text{kg}/\text{m}^2$), eutrofia (IMC entre $18,5\text{kg}/\text{m}^2$ e $24,9\text{kg}/\text{m}^2$), sobrepeso (IMC entre 25 e $29,9\text{kg}/\text{m}^2$) e obesidade $IMC \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ (WHO, 1998). Para pessoas com idade de 60 e mais anos: baixo peso ($IMC < 22\text{kg}/\text{m}^2$), eutrofia (IMC entre 22 e $27\text{kg}/\text{m}^2$) e excesso de peso ($IMC > 27\text{kg}/\text{m}^2$) (LIPSCHITZ, 1994).

d) pressão arterial: obtida após certificar-se que com o participante não estava com a bexiga cheia, não ter praticado exercícios físicos, não ter ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumado nos últimos 30 minutos. Após descanso de 5 a 10 minutos, sentado, pernas descruzadas e braço na altura do coração, o manguito de tamanho adequado (bolsa de borracha com largura = 40% e comprimento = 80% da circunferência do braço) foi posicionado no braço direito; o pulso radial foi palpado e inflou-se até seu desaparecimento para estimar a pressão sistólica. Em seguida, a campânula do estetoscópio foi posicionada sobre a artéria braquial e inflou-se rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Desinflou-se lentamente até ouvir a pressão sistólica no aparecimento dos sons e a diastólica no desaparecimento dos sons. Os valores foram agrupados em ótima, quando sistólica <120 e diastólica <80; normal, se <130 e <85; limítrofe, se sistólica de 130 a 139 e diastólica de 85 a 89; hipertensão em estágio 1 (leve), quando sistólica de 140 a 159 e diastólica de 90 a 99; estágio 2 (moderada), se 160 a 179 e 100 a 109; estágio 3 (grave) quando >180 e >110; e hipertensão sistólica isolada, quando pressão sistólica >140 e diastólica <90. Valores que não se enquadraram nestas faixas foram considerados o maior valor, sistólica ou diastólica, para a classificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

As condições clínicas vasculares dos membros inferiores foram avaliadas por meio de inspeção, palpação, mensuração e informação do participante.

Por meio da inspeção foi avaliado:

- a) cianose de extremidade: obtido por meio da inspeção dos membros inferiores na presença de pés com coloração azulada (MAFFEI et al., 2008);
- b) palidez à elevação do membro: obtido com a elevação do membro por um minuto, com o participante em decúbito horizontal (MAFFEI et al., 2008);
- c) dilatações venosas: obtido por meio da inspeção sendo consideradas as dilatações permanentes em vasos maiores ou menores (SAMPAIO; EVANDRO, 2001; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2006). O exame das varizes foi realizado com o participante em posição ortostática

e na avaliação excluem-se as veias visíveis em pessoas com pele fina e transparente (EKLOF et al., 2004).

- d) ressecamento: obtido por meio da inspeção dos membros inferiores na presença de pele esbranquiçada e sem brilho ou com fissuras;
- e) eczema: obtido por meio da inspeção das pernas do participante, na presença de edema, eritema acompanhado de um ou mais dos sinais “vesícula”, “crosta” e “descamação”, com ou sem exsudação, associado com prurido (CESTARI; AZULAY; AZULAY, 2006).

Por meio da inspeção e palpação foi avaliado:

- a) perfusão tissular: foi obtido com o participante em posição horizontal, realizando compressão das polpas digitais da mão do pesquisador sobre o hálux dos pés do participante por tempo de um a dois segundos, sendo considerado normal o tempo de até 3 segundos para o preenchimento capilar, e diminuído em caso de tempo superior a três segundos (PORTO, 2005).
- b) lipodermatoesclerose: foi avaliada a presença concomitante de edema duro e pouco depressível (esclerose), pigmentação difusa, áreas cicatriciais superficiais, ausência de pêlos e hipoidrose (YAMADA, 2003; ABBADE; LASTÓRIA, 2006);

Por meio da palpação foi investigado:

- a) pulsos arteriais: obtido com o indivíduo em posição horizontal, palpados os pulsos pedioso, tibial posterior e poplíteo com os dedos indicador, médio e anelar, sendo observadas características como intensidade e força/forma, comparando-o com os pulsos homólogos. Os pulsos foram quantificados em 0 (ausente, não palpável), 1 (reduzido, palpável com dificuldade), 2 (cheio), 3 (cheio, forte) e 4 (pulsátil, intenso, vigoroso) (YAMADA, 2003). Quando classificados em “0” foi avaliado em achado mediante a verificação de pulso com a utilização do Doppler vascular sobre gel na região. Os pulsos não foram verificados quando a ferida cobria sua região;
- b) hiperpigmentação: escurecimento da tonalidade da pele localizado, principalmente, na face interna do terço distal da perna e não

desaparecem à compressão digital (EKLOF et al., 2004; MAFFEI, 2008). Pode assumir a cor marrom, acinzentada ou azulada (HAMPTON, 2006) ou ainda, tons que variam de um azulado púrpuro para uma cor castanha escura enferrujada. Pode estender-se até metade da panturrilha (SIEGGREEN, 2005) ou por toda a perna a perna e pé (EKLOF et al., 2004).

- c) edema: obtido mediante a inspeção e palpação da pele das pernas e pés do participante, sendo observado o aumento perceptível do volume de líquido na pele e tecido subcutâneo, depressível à pressão, localizado geralmente na região do tornozelo, mas podendo se estender a perna e pé (EKLOF et al., 2004). Foi avaliada a intensidade, consistência (se mole, ou duro) e elasticidade por meio da compressão da polpa digital do polegar do examinador contra uma proeminência óssea dos membros inferiores por cinco segundos e quantificado estimativamente de acordo com a profundidade em 1+, 2+, 3+ e 4+ (PORTO, 2004).

Por meio de medidas foi obtido:

- a) perimetria de panturrilha e tornozelo: obtido por meio da medida da circunferências com fita métrica não distensível na região do tornozelo logo acima dos maléolos e na panturrilha na área de maior proeminência (BICKLEY; SZILAGYI, 2005; SMELTZER; BARE, 2005).
- b) índice tornozelo-braço: obtido com o aparelho esfigmomanômetro e aparelho de ultra-som Doppler portátil (DV 10 MICROE^{M®}). O manguito foi selecionado com base na circunferência braquial (CB) direita, medida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano: CB < 25 cm (pequeno porte), CB 25-32 cm (médio porte), CB 32-42 cm (grande porte) e CB > 42 cm (coxa). O participante foi posicionado horizontalmente e após repouso de cinco a dez minutos, o manguito foi posicionado no braço direito, o gel acústico e a caneta do Doppler foram colocados sobre a região da arterial braquial. Assim, verificou-se o fluxo arterial e insuflou-se o manguito até 20 a 30 mm/Hg além do ponto de detecção do último sinal arterial, para em seguida desinflar anotando-se o primeiro valor referente á pressão sistólica. Em seguida realizou-se o mesmo procedimento no braço

esquerdo. A pressão sistólica na artéria pediosa e na artéria tibial posterior de ambos os membros foi obtida com o manguito posicionado logo acima dos maléolos, com o mesmo procedimento realizado nos braços. O ITB foi calculado para cada membro inferior separadamente, dividindo-se o maior valor da pressão sistólica do tornozelo (considerando a pressão da artéria pediosa e tibial posterior) pela maior pressão dos braços ($ITB = \text{Pressão arterial sistólica do tornozelo} / \text{maior pressão arterial sistólica considerando os dois braços}$ (MAKDISSE, 2004);

Foi investigado ainda queixa de:

- a) prurido: sensação que obriga a coçar-se compulsivamente (CRIADO; CRIADO; AZULAY, 2006) informado pelo participante e classificado nas possibilidades “leve”, “moderado” e “forte”;
- b) dor: informada pelo participante e caracterizada segundo a frequência em “contínua”, “intermitente” e “esporádica”; sensação em “pulsátil”, “queimação”, “fisgada”, “sensação de peso”; e intensidade de acordo com uma adaptação feita da Escala de Copos (WHALEY; WONG, 1987). Esta adaptação consistiu na utilização de cinco figuras em forma de quadrado, sendo a primeira vazia/sem água significando “dor ausente”, a figura 2, “dor leve”, a 3 correspondeu a “dor moderada”, a 4 representou “dor muito forte” e a figura 5, “dor insuportável”. Foi investigada qual a posição corporal que aumenta ou ameniza a dor e o período do dia que ocorria esta alteração

Além disso, foi solicitado aos participantes que haviam realizado exames para investigar alteração da circulação venosa, que trouxessem o laudo, que por sua vez era consultado para verificação de indicação de refluxo venoso ou obstruções.

Foi solicitado o prontuário dos participantes para que se verificasse anotação de diagnóstico médico de alteração da circulação venosa.

As características macroscópicas das lesões englobaram:

- a) quantidade de membros com úlcera: acometimento de lesões em um único membro ou ambos, mediante a inspeção;

- b) localização da lesão: obtido pela inspeção da localização da lesão mediante a divisão do membro inferior nas zonas 1, 2 e 3 como demonstrado na Figura 4 (BACKER et al. *apud* FRADE et al., 2005);
- c) tempo de duração da lesão: mês e ano de início da lesão informado pelo participante e convertido em meses pelo pesquisador;

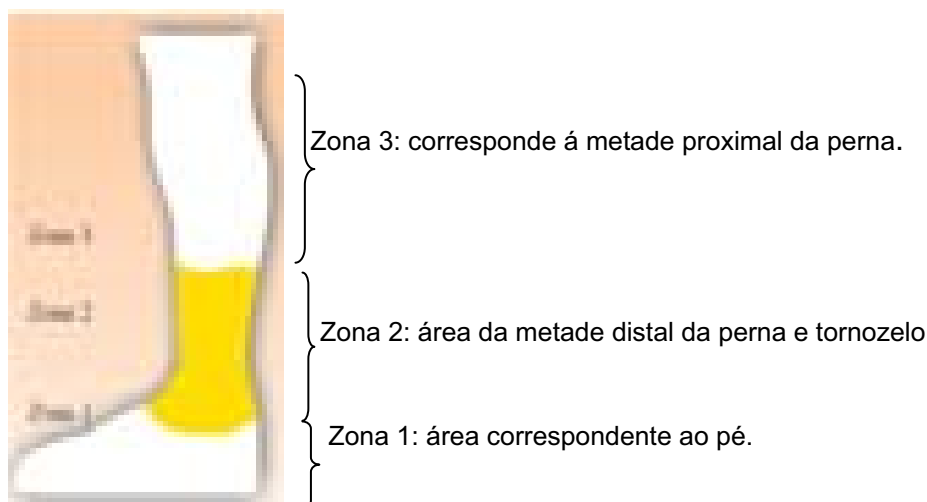


Figura 4 - Desenho esquemático do membro inferior dividido em zonas.

Fonte: Backer et al. *apud* FRADE et al. (2005).

As condições da ferida foram avaliadas por meio da Escala de Cicatrização de Úlcera por Pressão (*Pressure Ulcer Scale for Healing - PUSH*), criada no ano de 1996 visando uma forma precisa e prática para avaliação do processo de cicatrização de úlcera por pressão (THOMAS, 1997), adaptada transcultural somente para o português brasileiro (SANTOS et al., 2005) e validada para avaliação de úlcera crônica de perna (SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007).

Segundo Santos; Sellmer; Massulo (2007) a escala PUSH tem como parâmetros de avaliação, a área da ferida, quantidade de exsudato e a aparência do leito da ferida, os quais são avaliados da seguinte forma:

- a) área da ferida: é obtida em cm^2 por multiplicação do maior comprimento céfalo-caudal pela maior largura em linha horizontal da direita para a esquerda cujos valores variam de 0 a $> 24\text{cm}^2$ e escores que variam de 0 a 10, sendo: 0 (ferida fechada), 1 ($<0,3$), 2 (0,3-0,6), 3 (0,7-1,0), 4 (1,1-2,0), 5 (2,1-3,0), 6 (3,1-4,0), 7 (4,1-8,0), 8 (8,1-12,0), 9 (12,1-24,0) e 10 ($>24,0$);

- b) quantidade de exsudato presente na ferida: avaliada antes e após a retirada da cobertura e antes da aplicação de qualquer produto tópico e classificada em “ausente (leito da ferida seco), “pequena” (curativo molhado com umidade distribuída igualmente no leito da ferida), “moderada” (curativo saturado com distribuição variável) e “grande” (curativo “embebido);
- c) aparência do leito da ferida: obtido pela identificação do tipo de tecido presente, sendo caracterizada em tecido necrótico ou escara, quando de coloração preta, marrom ou castanha, de aderência firme ao leito ou às bordas da ferida podendo apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, em comparação à pele perilesional; esfacelo, tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e que é visivelmente observado como cordões, podendo ainda ser mucinoso; tecido de granulação, de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa; tecido epitelial, de coloração rósea ou brilhante que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” no leito da lesão; e ferida fechada quando o leito está totalmente recoberto com epitélio. Estes tecidos, nesta mesma ordem, recebem os subescores “0” (ferida fechada), “1” (tecido epitelial), “2” (tecido de granulação), “3” (esfacelo) e “4” (tecido necrótico).

Os subescores dos parâmetros acima, depois de somados chegam ao escore total que varia de 0 a 17, sendo que escores mais alto indicam piores estados da lesão (THOMAS et al., 1997).

Ao aplicarmos esta escala utilizamos como método para obter a área da lesão o decalque com filme transparente de acetato, flexível e esterilizado, aplicado diretamente à ferida e fazendo-se o traçado das bordas da lesão com caneta marcadora. Juntaram-se as bordas do acetato que entrou em contato com a ferida com a sua metade de papel e colocou-se papel de sêda sobre o traçado da ferida, transpondo-o para este e, posteriormente, para papel milimetrado, sendo escaneado e analisado no Programa Image J®, versão 1.38x, obtendo-se a área em cm² de acordo com o método planimétrico digital (QUEGE, 2008).

As feridas dos participantes também foram avaliadas quanto ao odor e cor do exsudato:

- a) odor: obtido mediante a percepção do pesquisador desde o momento em que o indivíduo adentrou à sala de curativos e classificado em: forte (cheiro que envolve todo o ambiente, mesmo com o curativo intacto e fechado), moderado (odor se dispersa no ambiente no momento que o curativo é removido), discreto (odor sentido quando o cliente está em local fechado no momento da remoção do curativo) e sem odor (quando não há nenhum odor no ambiente mesmo com a remoção do curativo (EDWARDS, 2000);
- b) coloração do exsudato: obtido mediante a inspeção da cobertura na sua face externa antes da sua retirada e após, na face interna, bem como no leito da ferida e classificado nas possibilidades “seroso” (cor claro), “serossanguinolento” (conteúdo claro juntamente com regiões avermelhadas), “sanguinolento” (avermelhado), “purulento” (viscoso e de coloração amarelada), “piossanguinolento” (cor avermelhada com rajas amareladas), “purulento-esverdeado” (viscoso e de coloração amarelo-esverdeado);

Os tecidos: escara, esfacelo e granulação foram quantificados mediante aproximação para as seguintes possibilidades: quantidade $\leq 25\%$, $>25\%$ a $< 50\%$, $\geq 50\%$ a $<75\%$ e $\geq 75\%$.

O tecido de granulação foi inspecionado para a sua caracterização quanto à presença de:

- a) coloração: se pálida, vermelha brilhante ou vermelha escura;
- b) sangramento fácil ou espontâneo;
- c) hipergranulação: granulação em excesso, mais elevada que a borda da lesão (IRION, 2005).

As bordas das lesões foram examinadas após limpeza da ferida e antes da aplicação de qualquer produto tópico, e verificada a presença de:

- a) circunscrição: delimitada, percebe-se onde começa a lesão;
- b) regularidade: bordas planas, rente ao tecido adjacente;
- c) adesão ao leito: o tecido da borda está preso ao leito sem qualquer parte frouxa ou tunelização;

- d) maceração: bordas esbranquiçadas que podem esfarinhar em consequência de aumento na exsudação;
- e) consistência endurecida: obtido pela palpação e evidenciado presença de borda dura;
- f) presença de edema: obtido pela inspeção da presença de edema por inflamação, com a pele apresentando calor, rubor e dor (AZULAY; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2006);
- g) queratose/ceratose: obtido por meio do achado de espessamento superficial da epiderme, de dimensões variáveis, com superfície geralmente áspera e esbranquiçada (AZULAY; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2006);
- h) borda friável: borda que se apresenta avermelhada, quente, textura fina, sangramento fácil;
- i) epitelização: na presença de tecido recém formado de coloração branco-rosado que migra na superfície da lesão das bordas para o centro (DEALEY, 2008);
- j) presença de dor: informada pelo participante mediante a manipulação da lesão à realização do curativo.

A área perilesional foi inspecionada e procurou-se identificar a presença de:

- a) hiperemia: obtido por meio da inspeção e palpação de região plana avermelhada;
- b) hipertermia: obtido por meio de palpação com a face dorsal da mão ou dos dedos, enluvada e constatado aumento do calor comparando-se com a região proximal (PORTO, 2005);
- c) pele com textura fina: obtido por meio da inspeção em comparação com a pele proximal;
- d) pele brilhante: obtido por meio da inspeção, na presença de pele que transmite luminosidade em comparação à pele proximal;
- e) celulite: inflamação da derme e/ou tecido celular subcutâneo (SAMPAIO, 2001)
- f) atrofia branca: obtido por meio da inspeção na presença de áreas esbranquiçadas, em regiões pontuais, geralmente circulares de pele

atrófica rodeadas de capilares dilatados ou de hiperpigmentação (EKLOF et al., 2004).

O registro fotográfico das lesões foi realizado mediante uso de máquinas digitais Sony HX1®, Nikon® COOLPIX 8700 para auxiliar os pesquisadores na verificação das características macroscópicas.

O tratamento realizado pelo participante foi investigado, bem como o acompanhamento com profissional médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem. Observou-se a freqüência atual da realização do curativo na unidade de saúde, o tratamento tópico atual na unidade de saúde e no domicílio, o uso de terapia compressiva ou meias elásticas. Estas informações foram obtidas da seguinte forma:

- a) acompanhamento com profissional da área médica: acompanhamento médico por motivo relacionado à ferida e mediante as possibilidades “clínico geral”, “cirurgião-vascular/angiologista”, “ortopedista”, “médico da Estratégia Saúde da Família”, “outro”, informado pelo participante;
- c) local do acompanhamento médico: estabelecimento de saúde onde o médico atende o participante, indicado nas possibilidades “Hospital Geral de Goiânia”, “Hospital das Clínicas”, “Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família”, “Centro de Saúde/CIAMS/CAIS/CRDT/CRASPI”, “instituição particular”;
- d) acompanhamento com enfermeiro: realização do tratamento com acompanhamento com enfermeiro por motivo relacionado à ferida, informado pelo participante;
- e) local do acompanhamento com enfermeiro: estabelecimento de saúde onde o enfermeiro atende o participante, indicado nas possibilidades “Hospital Geral de Goiânia”, “Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Goiás”, “Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família”, “Centro de Saúde/CIAMS/CAIS/CRDT/CRASPI”, “instituição particular”;
- f) realização de curativo por técnico/auxiliar de enfermagem;
- g) freqüência do curativo na unidade de saúde pesquisada: quantidade de vezes que o participante comparece à unidade de saúde para realização do curativo, informado pelo participante

- h) tratamento tópico atual usado na sala de curativo: produto tópico utilizado sobre o leito da lesão obtido por meio da observação durante a realização do curativo na unidade de saúde e indicado nas possibilidades “Ácido Graxo Essencial”, “Povidine”, “Antibiótico tópico”, “Colagenase”, “Alginato de cálcio”, “Hidrogel”, “Bota de Unna”, “Fitoterápico”, “outro”;
- i) uso de meias elásticas: meias elásticas usadas pelo participantes para o benefício do retorno venoso, informado pelo participante nas possibilidades tipo (alta compressão, média compressão, leve compressão), formato (meia-calça, sete-oitavos, três-quartos, tornozeleira) e tempo de uso (< 1 mês, 1 a 6 meses, 7 a 12 meses, mais de 1 ano); ou terapia compressiva.
- j) realização de curativo no domicílio: informado pelo participante nas possibilidades “sim” ou “não”;
- k) momento da realização da limpeza da lesão durante a realização do curativo no domicílio: momento dedicado à retirada da sujidade da lesão antes da aplicação do produto para o tratamento tópico, informado pelo participante nas possibilidades “antes do banho”, “após o banho”, “não realiza limpeza”;
- l) produto usado na limpeza no domicílio: produto usado para retirar a sujidade da lesão antes da aplicação do produto para o tratamento tópico, informado pelo participante mediante as possibilidades “água e sabonete comum”, “água e sabão anti séptico”, “solução fisiológica 0,9%”, “outro”;
- m) proteção do curativo durante o banho: atitude tomada para não deixar o curativo molhar com a água proveniente da higiene corporal realizada durante o banho, informado pelo participante nas possibilidades “sim” e “não”.

3.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em um banco criado no software *Statistical Package of Social Sciences for Windows®*, versão 17.0, e após revisão das informações foram realizadas as análises com base nas frequências simples e percentuais dos eventos observados, o cálculo de medidas de tendência central e medidas de dispersão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 58 pessoas que compareceram às salas de curativos dos distritos sanitários do município de Goiânia durante o desenvolvimento do estudo. A distribuição dos participantes segundo o distrito pode ser visualizada na Figura 5.

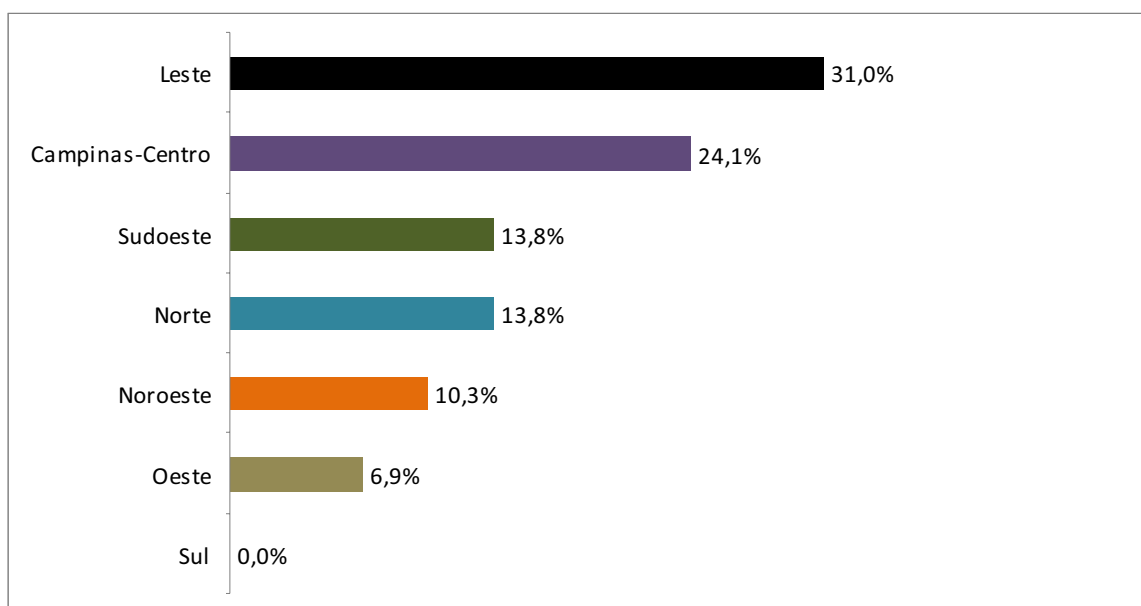


Figura 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o distrito sanitário no qual recebia atendimento - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Não houve participantes do Distrito Sul.

O Distrito Leste (31,0%) possui, em sua área geográfica, três CAIS sendo que em dois deles há atendimento específico para feridas crônicas com envolvimento do profissional enfermeiro. São serviços que realizam uma abordagem mais sistematizada para as pessoas com lesões, bem como o acompanhamento. Já o Distrito Campinas-Centro (24,1%) é o que possui maior número de unidade com salas de curativos que atendem feridas crônicas.

Martins (2008), em estudo com pessoas com úlcera de perna, teve a maioria (30,4%) da amostra concentrada no Distrito Sul-Sudeste. Em contrapartida, o Distrito Leste concentrou o maior número (47,6%) de pessoas em estudo que envolveu pessoas com úlceras vasculogênicas (MALAQUIAS, 2010).

Isto pode estar relacionado às características das unidades, que em 2008 apresentava certa estrutura, que se modificou ao longo de 2009, com a criação de serviços de referência em ferida crônica, fazendo com que atualmente se destaque os serviços do Distrito Leste e Campinas-Centro. Além disso, anteriormente havia nove distritos, e atualmente, sete. Isto fez com que unidades que pertenciam a um determinado distrito passassem para outro.

Esta análise é corroborada pela heterogeneidade do número de pessoas nas unidades dos diferentes distritos sanitários.

Quanto ao tipo de unidade de saúde onde os participantes estavam sendo atendidos, o estudo verificou que 33 (56,8%) se referia a Centro de Atenção Integral à Saúde (Figura 6).

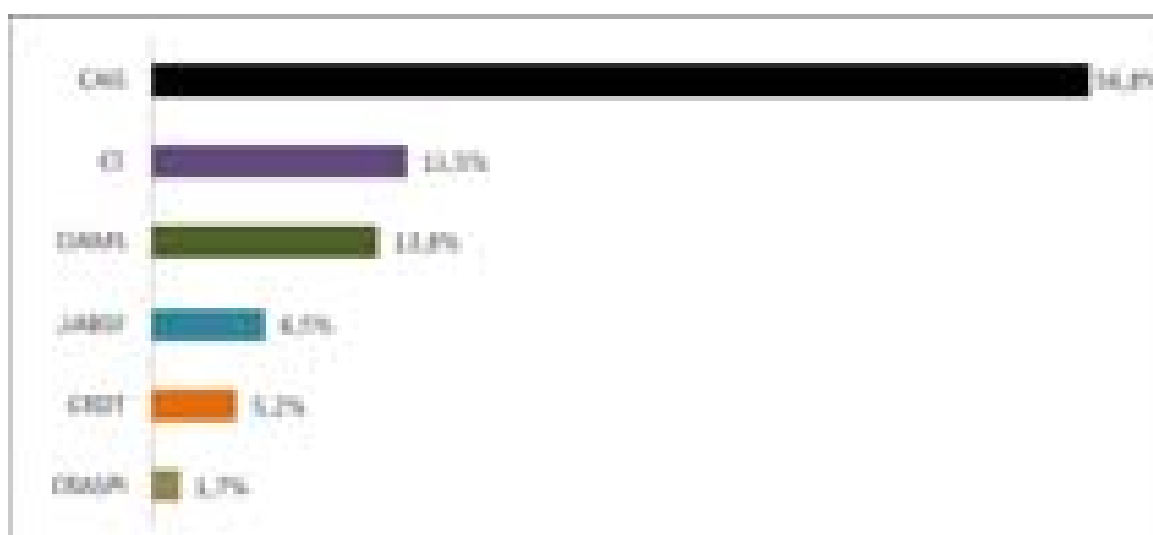


Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a unidade de saúde na qual recebia atendimento - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Por volta do mês de outubro do ano 2009, deu-se início à estruturação de duas unidades de referências para tratamento de feridas crônicas em Goiânia, sendo uma delas estabelecida em um Centro de Assistência Integral em Saúde (CAIS), isto contribuiu para a busca destas unidades por parte das pessoas. É de conhecimento que em outro CAIS, já havia atendimento sistematizado às pessoas com feridas, sendo este serviço divulgado pelos próprios usuários e por meio de contato entre os profissionais da área.

Os CAIS são unidades de saúde de complexidade intermediária, possuem maior estruturação em termos de recursos (materiais e humanos), como diferentes profissionais e médicos com especialidade, constituindo-se em referências para as

Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF) e Centros de Saúde (CS). Além disso, possuem atendimento de urgência 24 horas e contribuem para a identificação de pessoas com úlceras complicadas como infecção.

A concentração de pessoas em atendimento nos CAIS evidencia uma realidade a qual vem sendo enfrentada pelas políticas de saúde públicas brasileiras por meio da descentralização dos serviços e implantação das UABSF. Apesar de não ter sido objeto de investigação, foi observado que, se por um lado, a assistência está sendo oferecida em unidades mais estruturadas, por outro, significa dizer que as pessoas estão se deslocando dos seus bairros de moradia, se desgastando fisicamente e investindo recursos financeiros no deslocamento.

4.1 Perfil socioeconômico, demográfico e clínico dos participantes e tratamento utilizado

A descrição das características socioeconômicas, demográficas e clínicas e o tratamento utilizado pelos 58 participantes deste estudo serão apresentadas a seguir.

4.1.1 Características socioeconômicas e demográficas dos participantes

A Tabela 4 apresenta a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes. A idade variou de 28 a 79 anos, com média de 58,97 ($\pm 13,34$) anos. Assim, pode-se dizer que a freqüência dos participantes idosos e não idosos foi homogênea, uma vez que 51,7% eram pessoas com até 59 anos de idade.

Nossos achados são semelhantes a uma pesquisa que obteve 50,0% da sua amostra composta por pessoas com até 59 anos de idade (MACÊDO et al., 2010) e menores dos resultados identificados por Nóbrega et al. (2011), que refere 74,0%.

Panorama um pouco diverso foi encontrado no estudo de Deodato (2007) que identificou 62,5% dos participantes com idade menor que 60 anos, assim como no de Yamada e Santos (2005) que verificou 66,29% das pessoas com úlceras venosas com idade até 61 anos.

Outros estudos mostram concentração em idades maiores que 60 anos como Nunes (2006), que estudando pessoas de 25 a 80, teve 67,6% correspondendo a pessoas com 60 anos e mais, assim como Jones et al. (2006) com 72,0%. Bergonse

e Rivitti (2006), embora tenham seu estudo direcionado para pessoas acima de 45 anos, identificaram a maior concentração entre os participantes ≥ 60 anos (72,5%).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo características socioeconômicas e demográficas - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Caracterização socioeconômica e demográfica | f | % |
|--|----|------|
| Idade | | |
| < 50 anos | 12 | 20,7 |
| 50 a 59 anos | 18 | 31,0 |
| 60 a 69 anos | 13 | 22,4 |
| ≥ 70 anos | 15 | 25,9 |
| Gênero | | |
| Masculino | 39 | 67,2 |
| Feminino | 19 | 32,8 |
| Estado Civil | | |
| Casado/união consensual | 26 | 44,8 |
| Solteiro/viúvo/separado, desquitado | 32 | 55,2 |
| Procedência | | |
| Goiânia | 46 | 79,3 |
| Outro município do Estado de Goiás | 10 | 17,2 |
| Outro estado | 02 | 3,5 |
| Anos de estudo | | |
| < 1 ano | 17 | 29,3 |
| 1 a 5 anos | 25 | 43,1 |
| 6 a 8 anos | 10 | 17,2 |
| ≥ 9 anos | 06 | 10,4 |
| Inserção no mercado de trabalho | | |
| Está trabalhando | 39 | 67,2 |
| Aposentado/pensionista/do lar | 12 | 20,7 |
| Está afastado | 04 | 6,9 |
| Está desempregado | 03 | 5,2 |
| Atividade econômica que mais exerceu | | |
| Serviços domésticos | 17 | 29,3 |
| Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura | 12 | 20,7 |
| Construção | 09 | 15,5 |
| Indústria de transformação | 05 | 8,7 |
| Outros | 15 | 25,8 |
| Renda per capita/mês | | |
| < 200 reais | 11 | 19,0 |
| 200 a < 400 reais | 16 | 27,6 |
| ≥ 400 reais | 31 | 53,4 |
| Classe econômica | | |
| A1 e A2 | - | - |
| B1 e B2 | 06 | 10,3 |
| C1 e C2 | 17 | 29,3 |
| D | 28 | 48,3 |
| E | 07 | 12,1 |

Estudos que incluíram pessoas jovens (desde 18 ou 25 anos) até o grande idoso (>80 anos) identificaram média de idade entre os participantes que variaram de 53,44 anos ($\pm 13,18$) a 69 anos de idade (ABBADÉ et al., 2005; YAMADA; SANTOS, 2005; JONES et al., 2006; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; SILVA JÚNIOR, 2007; JULL et al., 2010).

Em um estudo com pessoas acima de 40 anos, a média foi de 66 anos de idade (± 8) (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

Ao levarmos em conta o número absoluto das pessoas, destacamos que a maior ocorrência do agravo foi na faixa etária dos 50 a 59 anos (31,0%).

Se considerarmos a frequência de lesões encontradas em pessoas menores de 60 anos (51,7%), poderíamos supor a distribuição homogênea desse agravo entre pessoas idosas e não idosas. Contudo, se considerarmos que o percentual de idosos na população brasileira é de 11,1% (IBGE, 2007c), pode-se dizer que, na verdade, as úlceras venosas são proporcionalmente mais frequentes na população com mais de 60 anos.

MacGuckin et al. (2002) em estudo com pessoas do Reino Unido e Estados Unidos, encontrou média de idade na sétima década com uma variação de 71 a 78 anos, considerando a amostra de estudo retrospectivo e prospectivo nas diferentes localidades.

Presença de úlcera em pessoas de idades avançadas também foi encontrada em um estudo de incidência e prevalência realizado com pessoas de 65 a 95 anos de idade com úlceras venosas, onde se revelou que havia aumento das taxas com o aumento da idade (MARGOLIS et al., 2002).

Como a prevalência de doenças crônicas aumenta progressivamente com a idade (BARROS et al., 2006), assim como a insuficiência venosa crônica se agrava com o avanço da idade (ENGELHORN et al., 2003), é esperado que com o aumento da expectativa de vida, o número de pessoas com úlcera venosa eleve-se. Isso gera maior demanda para os serviços de saúde, exigindo mais atenção por parte dos gestores das políticas públicas e dos profissionais da área de saúde. Os enfermeiros, em especial, precisam se preparar melhor para a avaliação da circulação venosa dos membros inferiores detectando o mais precoce possível as alterações, visando ações preventivas.

Neste estudo, observa-se que a maioria (67,2%) dos participantes era do sexo masculino.

Divergindo de nossos resultados, a maioria das pesquisas aponta maior ocorrência no sexo feminino (REIS et al., 2003; GEMMATI et al., 2004; ABBADE et al., 2005; COLERIDGE-SMITH; LOK; RAMELET, 2005; YAMADA; SANTOS, 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; HEINEN et al., 2007; TORRES et al., 2009; JULL et al., 2010; MACÊDO et al., 2010; NÓBREGA et al., 2011).

Dos poucos estudos que referem maior ocorrência no sexo masculino, encontra-se uma pesquisa realizada na Inglaterra cujo resultado evidenciou que 53,0% correspondia ao sexo masculino (JONES et al., 2006) e um outro que referiu 57,0% do gênero masculino quando se tratava da composição da amostra da parte prospectiva do estudo alocada nos Estados Unidos (MACGUCKIN et al., 2002).

O gênero masculino também se destacou em outros estudos realizados no município de Goiânia em pessoas com úlcera de perna (MARTINS et al., 2010) e úlcera vasculogênica (MALAQUIAS, 2010), os quais tiveram como cenário as salas de curativos das unidades municipais de saúde de atendimento 24 horas.

Diante disso, é merecida uma investigação sobre a maior ocorrência de úlceras venosas entre pessoas do gênero masculino no município de Goiânia, visto tratar-se de pessoas que podem requerer abordagem diferenciada. No estudo de Mackenzie et al. (2003), 59,0% das pessoas que desenvolveram úlcera antes dos 50 anos de idade eram homens, tinha maior índice de massa corporal, história de trombose venosa profunda e de fratura em ossos longos e tinham pior controle da doença em comparação com os que desenvolveram úlceras após 50 anos de idade. Os autores concluíram que estas pessoas parecem representar um grupo distinto em termos de etiologia e prognóstico, destacando a importância da profilaxia tromboembólica.

Em relação à procedência das pessoas atendidas nas salas de curativo de Goiânia, considerável ocorrência de pessoas de outros municípios ou mesmo de outros estados foi encontrada. Goiânia é uma cidade referência para outros municípios, sendo procurada por muitas pessoas para tratamentos de maior complexidade, ou nos casos de agravos que se arrastam sem solução. Fato também

observado em outros municípios brasileiros, devido à inadequação de tratamento nos municípios de origem da pessoa com úlcera (BARBETTA et al., 2009).

A maioria (67,2%) da população estudada estava trabalhando, assim como também identificou Abbade et al. (2005). Contudo, tais dados divergem dos achados de outras pesquisas realizadas no contexto nacional (YAMADA, 2001; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; MACÊDO et al., 2010) e internacional (HEINEN et al., 2007).

É possível que, sendo a maioria da amostra deste estudo composta por homens e tendo a responsabilidade pelo sustento da família, isso tenha contribuído para o número expressivo de pessoas exercendo atividades de trabalho.

Mesmo assim, a presença da úlcera causa limitações e pode levar as pessoas a se afastarem do trabalho como observado em 6,9% dos participantes do presente estudo, fato também observado na literatura (ABBADE et al.; 2005; MACÊDO et al., 2010), atingindo índices de até 27,8% (MACÊDO et al., 2010).

Foi observado em estudo que os motivos que levam as pessoas a deixarem de trabalhar foram dor, espera para a completa cicatrização e, principalmente, a necessidade do repouso (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008).

As atividades de trabalho que os participantes mais exerceram no decorrer da vida foram, principalmente, os serviços rurais e domésticos, refletindo a pouca qualificação profissional e baixo nível de escolaridade.

Diante destes achados, era de se esperar que a classe econômica com baixo poder aquisitivo fosse encontrada entre os participantes, nos quais se destacou a classe D (48,3%). Não foram encontrados participantes da classe "A", que representa a classe de maior poder aquisitivo.

A baixa renda e pouca escolaridade convergem com os resultados de outros estudos (ABBADE et al., 2005; DEODATO, 2007; NUNES, 2006; TORRES et al., 2009; MACÊDO et al., 2010; NÓBREGA et al., 2011), realizados em cidades brasileiras, em unidades básicas ou em hospital universitário.

A escolaridade destas pessoas não foi diferente de estudos realizados em serviços de atendimento no nível secundário e terciário (ABBADE et al., 2005; YAMADA; SANTOS, 2005; MACÊDO et al., 2010; NÓBREGA et al., 2011). Esse panorama também se fez presente na população dos países baixos (Europa) onde 40% dos participantes tinham somente escola primária e 23% educação profissional baixa (HEINEN et al., 2007).

Pesquisas na área de saúde são desenvolvidas, de um modo geral, com pessoas atendidas em serviços públicos de saúde. Isso leva a uma caracterização socioeconômica específica desta população, que na maioria das vezes, são pessoas que não conseguem pagar pelos serviços da área de saúde. Por isso, ressalta-se ainda mais a necessidade dos serviços públicos estarem preparados, com recursos humanos diversificado e qualificado, com materiais e estrutura física, para atender as pessoas com úlceras venosas.

Foi observado que condições sócio-econômicas precárias e baixo nível de escolaridade podem contribuir para a diminuição do acesso a informações sobre prevenção e serviços de saúde de qualidade culminando com o desenvolvimento da úlcera venosa (MACÊDO et al., 2010).

Um inquérito nacional brasileiro identificou que a população adulta com menos escolaridade apresentou 62,0% a mais de prevalência de doenças crônicas, em relação às pessoas com maior grau de escolaridade (BARROS et al., 2006).

Este mesmo estudo encontrou maior uso de serviços de saúde em pessoas que possuem plano privado de saúde em relação aos que não dispunham deste serviço. Foi investigado o uso de serviços de saúde em geral nas últimas duas semanas, internação e consulta médica nos últimos 12 meses.

A distribuição dos participantes com úlceras venosas segundo a situação de moradia é apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das características de moradia dos participantes - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Caracterização da moradia | f | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Estado de posse da moradia | | |
| Própria | 38 | 65,5 |
| Alugada | 10 | 17,2 |
| Cedida | 09 | 15,5 |
| Invasão | 01 | 1,8 |
| Material de construção | | |
| Alvenaria | 56 | 96,6 |
| Madeira | 02 | 3,4 |
| Saneamento Básico | | |
| Água encanada | 53 | 91,4 |
| Eletricidade | 58 | 100,0 |
| Coleta pública do lixo | 58 | 100,0 |
| Rede de esgoto | 36 | 62,1 |

Apesar da baixa renda, os participantes do estudo dispõem de casa própria (65,5%), construídas com alvenaria (96,6%). O que se observa de acordo com a aproximação que se tem com serviços assistenciais básicos desenvolvidos no interior dos bairros de Goiânia, é que são residências pequenas, de no máximo três cômodos ou ainda, um único cômodo para toda a família. É comum a existência de casas inacabadas e situações onde se compartilha o mesmo banheiro com outras famílias em um mesmo lote.

O enfermeiro deve estar atento para as condições de moradia das pessoas com feridas, uma vez que as condições ambientais aumentam o risco de traumas, contaminação de feridas e disseminação de patógenos.

No caso da presente pesquisa, estas condições mostraram-se favoráveis à saúde da população, uma vez que 100% dos participantes referiram possuir rede elétrica e coleta pública de lixo e 91,4% referiu possuir água encanada. A menor cobertura informada foi a rede de esgoto (62,1%).

4.1.2 Características clínicas dos participantes

Para compreender as características clínicas dos participantes, inicialmente apresentaremos as condições gerais de saúde relacionadas às úlceras, as práticas em saúde e, posteriormente, as características clínicas dos membros inferiores.

Podemos observar, na tabela 6, que 87,9% dos participantes referiam alteração na circulação venosa dos membros inferiores e 70,7% informaram ter realizado, em algum momento do processo de adoecimento, exame que comprovou esta condição. Ao serem solicitados para apresentar o exame aos pesquisadores, apenas 25,9% estavam de posse do eco Doppler vascular, que revelava alteração no sistema venoso dos membros inferiores. Os demais participantes alegaram que o exame havia sido retido nos hospitais onde recebiam acompanhamento ou ainda que haviam perdido o laudo, mas que podiam afirmar com segurança que os mesmos indicavam alteração de circulação venosa e não indicava alteração de circulação arterial.

Em 20,1% dos casos de pessoas com úlceras venosas referenciadas a um serviço, o diagnóstico era negligenciado ou desconhecido (BARBETTA et al., 2009). Isto pode contribuir para que o quadro já instalado evolua para o agravamento ou

que se desenvolvam complicações, assim como também para a introdução de tratamentos inadequados.

Para a realização de diagnóstico e tratamento, os profissionais devem ter educação apropriada, treinamento, habilidades e competências para prestar cuidado de alta qualidade (BORGES, 2005).

MacGuckin et al. (2002) observou que a implementação de uma diretriz nos serviços de saúde, para o diagnóstico e tratamento das úlceras venosas resultam em melhora no diagnóstico, diminuição no tempo de cicatrização, assim como em menor custo.

Tabela 6 - Distribuição das condições de saúde dos participantes - Goiânia - OUT 2009 - JUL 2010

| Condições de saúde | f | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Morbidades referidas | | |
| Alteração na circulação venosa | 51 | 87,9 |
| Hipertensão arterial | 21 | 36,2 |
| Diabete | 10 | 17,2 |
| Dislipidemia | 09 | 15,5 |
| Cardiopatía | 04 | 6,9 |
| Índice de massa corporal | | |
| Déficit | 04 | 6,9 |
| Adequado | 24 | 41,4 |
| Sobrepeso/obesidade | 30 | 51,7 |
| Pressão arterial | | |
| Ótima (<120/<80) | 16 | 27,6 |
| Normal (<130/<85) | 14 | 24,1 |
| Limítrofe (130-139/85-89) | 03 | 5,2 |
| Hipertensão | | |
| Estágio 1 (140-159/90-99) | 09 | 15,5 |
| Estágio 2 (160-179/100-109) | 06 | 10,3 |
| Estágio 3 (>180/>110) | 07 | 12,1 |
| Sistólica isolada (>140/<90) | 03 | 5,2 |

Em relação à consulta aos prontuários dos participantes para verificação de diagnóstico médico de alteração na circulação venosa, não foi possível ser

realizada, uma vez que somente quatro unidades dispunham de prontuários com anotações dos atendimentos dos participantes. Nas demais unidades, os prontuários haviam sido recolhidos, ocorrendo mudança de registro para o sistema eletrônico, e as informações eram bastante recentes.

Os achados sobre as doenças crônicas também constam nos resultados das investigações realizadas em outros estudos tanto em pessoas com úlceras venosas como naqueles que incluíram também outras úlceras de perna. Os índices de hipertensão referidos pelos participantes desta pesquisa foram menores do que as taxas encontradas na literatura, que refere que a hipertensão tem acometido de 45,0 a 62,5% das pessoas com úlceras venosas; o diabetes de 12,5 a 25,7% e a cardiopatia em 5,7 a 15,0% (NUNES, 2006; BERGONSE; RIVITTI, 2006; DEODATO, 2007; TORRES et al., 2009).

Quando se trata de úlceras vasculogênicas ou de perna como um todo, os estudos revelam referência à hipertensão em 23 a 54,0% dos participantes, diabetes em 13 a 33% (MOFFATT et al., 2004; FRADE et al., 2005; OBERMAYER et al., 2006; HEINEN et al., 2007; MALAQUIAS, 2010) e angina entre 11 e 19%, (MOFFATT et al., 2004; HEINEN et al., 2007).

A prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, aumenta com o avançar da idade, chegando a acometer mais de 70% das pessoas a partir de 70 anos de idade. É mais elevada em pessoas com menor número em anos de estudos e naquelas que residem em áreas urbanas (BARROS et al., 2006).

Além disso, as doenças crônicas possuem estreita relação com a maior demanda por serviços de saúde, consulta médica e internação, além de aumentar o risco de ficar acamado e de restrição das atividades (BARROS et al., 2006).

Considerando que as pessoas com úlceras venosas já apresentam algum tipo de restrição ou incapacidade (ABBADE et al., 2005), esta situação pode ser agravada com a presença de comorbidade o que pode contribuir para o agravamento das condições de saúde. Por isso, constitui fator de merecida atenção pelos enfermeiros. O cuidado dispensado às pessoas usuárias das salas de curativos deve ser desenvolvido com base na abordagem multidimensional do ser, ampliando o foco que em geral é na lesão, e considerar a saúde como um bem estar que implica a totalidade do ser. Ou seja, deve ser considerado que a presença de doenças concomitantes pode afetar as condições gerais da lesão.

Um estudo de base populacional encontrou associação significativa entre obesidade nas mulheres com obesidade dos pais, ocorrência de diabetes ou hipertensão, menor número de refeições diárias e não ter realizado exercício físico durante o último ano. Entre os homens a associação foi significativa em relação à ocorrência de obesidade nos pais e hipertensão arterial sistêmica (GIGANTE et al., 1997).

Aproximadamente metade dos participantes (51,7%) apresentava sobrepeso/obesidade.

Pesquisas envolvendo pessoas com úlceras de perna como um todo e estudos envolvendo pessoas com úlceras vasculares evidenciaram ocorrência de obesidade entre 20,2% e 81,0% (FRADE et al.; 2005; OBERMAYER et al., 2006; DEODATO, 2007; HEINEN et al., 2007; MALAQUIAS, 2010), sendo que em pessoas com úlcera venosa esse índice foi de 62,5% (DEODATO, 2007).

Observa-se que as condições de saúde apresentadas pelos participantes, como um ciclo vicioso, interferem no estado de saúde geral. No estudo de Carneiro et al. (2003) houve maior risco cardiovascular em pessoas com obesidade devido as altas prevalências de intolerância à glicose ou diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão arterial. A prevalência de hipertensão aumentou progressivamente com o aumento da obesidade.

Considerando que 36,2% dos participantes referiam hipertensão arterial, número ainda maior (43,1%) estava com os níveis pressóricos elevados no momento da coleta de dados, pois a pressão arterial sistólica e/ou diastólica estava $\geq 140 \times 90$ mmHg. Este achado é semelhante ao encontrado em outro estudo (DEODATO, 2007).

A partir da identificação de pessoas com pressão elevada, foram realizadas orientações para que procurassem o serviço da unidade de saúde mais próxima da sua residência e em alguns casos, encaminhamentos para o serviço de urgência da unidade pesquisada. Isto expressa a utilidade de um aparelho de aferição de pressão, geralmente disponível em todos os serviços de saúde, que pode contribuir na identificação de pessoas com alteração para que o profissional realize as orientações e providências de acordo com cada situação.

Quanto às práticas de saúde dos participantes, apresentadas na Tabela 7, observamos que o uso de substâncias tóxicas, evidenciado em nosso estudo, tem sido também evidente em outros estudos conduzidos com pessoas com úlceras de

perna (BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; HEINEN et al., 2007; MALAQUIAS, 2010). O tabagismo é o fator de risco responsável pelas principais causas de morte por doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer. A prevalência chega a ser duas vezes mais entre pessoas que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com as que possuem mais anos de escolaridade (IGLESIAS et al., 2007). Além disso, outra consequência é que o tabagismo afeta a cicatrização de feridas na medida em que causa vasoconstrição periférica e diminui a oxigenação tecidual (ROBSON et al., 2006).

Tabela 7 - Distribuição das práticas em saúde dos participantes - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Práticas em saúde | f | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Tabagismo | | |
| Não fuma | 28 | 48,3 |
| Ex-fumante | 20 | 34,5 |
| Fuma até 19 cigarros/dia | 06 | 10,3 |
| Fuma ≥20 cigarros/dia | 04 | 6,9 |
| Uso de bebida alcoólica | 04 | 6,9 |
| Posição na maior parte do dia | | |
| Sentado/deitado | 39 | 67,2 |
| Em pé, andando | 15 | 25,9 |
| Em pé, parado | 04 | 6,9 |
| Prática de exercício físico | 04 | 5,0 |

As implicações do cigarro na saúde das pessoas e na cicatrização de lesões nem sempre são de conhecimento de todas as pessoas. Em especial para aquelas com úlceras venosas, esclarecimentos com base na co-participação, no uso adequado da linguagem e fundamentado cientificamente, podem produzir mudanças nas suas práticas de saúde com repercussões na evolução das lesões.

Apesar da importância de atividades educativas serem oferecidas aos usuários dos serviços de saúde em geral, em unidades básicas ou de referência, isto ainda parece não ser uma realidade.

Um estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte, identificou que usuários de planos privados de saúde possuem hábitos mais saudáveis de vida,

fumam menos e recebem com maior frequência, aconselhamento médico sobre o consumo de álcool ou cigarros, em comparação com aqueles que dispunham somente do Sistema Único de Saúde (LIMA-COSTA, 2004). Esta pesquisa serve de alerta aos serviços públicos, para estarem preparados para agir em uma perspectiva preventiva e na abordagem das pessoas que já estão desenvolvendo alguma prática maléfica à saúde.

Entre os participantes, 67,2% passavam a maior parte do tempo sentados ou deitados, e, a prática de exercício físico foi referida por 5,0% deles.

Deve-se considerar que a musculatura da panturrilha, que age como uma bomba periférica comprimindo as veias e impulsionando o volume venoso em direção ao coração, tem seu desempenho diminuído em consequência do refluxo no interior das veias provocado pela insuficiência venosa crônica (SACCHI et al., 2007).

Dessa forma, considerando as peculiaridades individuais, o exercício deve fazer parte do plano terapêutico das pessoas com úlceras venosas, fortalecendo a panturrilha e contribuindo para melhorar a hemodinâmica venosa e a qualidade de vida das pessoas com insuficiência venosa (LIMA et al., 2002).

O conhecimento dos benefícios que o exercício físico pode promover para este grupo de pessoas, assim como a compreensão de todas as atividades propostas no plano terapêutico, pode, por meio da consciência dos fatos e do significado que eles representam para sua mudança de vida, ajudá-los na adesão ao tratamento. Porém, o desconhecimento ainda é um fator presente entre as pessoas com úlceras de perna.

Foi identificado em uma pesquisa com pessoas com úlceras vasculogênicas que 40,5% desconheciam os fatores envolvidos no desenvolvimento da lesão (MALAQUIAS et al., 2010).

Para contribuir no conhecimento das pessoas com úlceras venosas de forma significativa, os enfermeiros podem utilizar os mais diferentes recursos, dentre eles, as atividades grupais, que se mostraram positivas resultando em maior adesão ao tratamento das pessoas com úlceras venosas em um serviço de saúde (SILVA; LOPES, 2006).

O profissional tem sua parcela de contribuição no tratamento assim como as pessoas adoecidas. Para isso, as pessoas precisam saber qual é e como deve ser sua participação no processo para proporcionar melhor estado de saúde, devendo

ser pactuados acordos que precisam ser negociados na admissão ao serviço e reavaliados ao longo do tratamento, como um plano de ações.

As características clínicas dos membros inferiores dos 58 participantes podem ser visualizadas na Figura 7. Como oito participantes tinham ambos os membros inferiores acometidos com lesões, as características apresentadas a seguir correspondem a 66 membros inferiores com lesões.

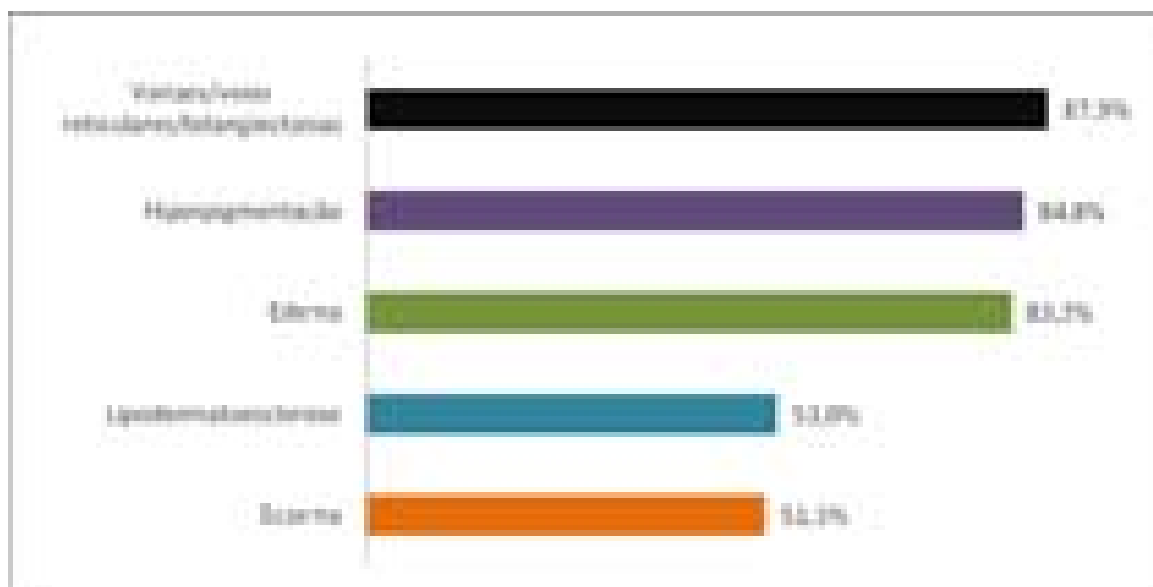


Figura 7 - Distribuição das características clínicas observadas nos membros inferiores acometidos por lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Dos membros inferiores com lesões, mais de 80,0% apresentavam varizes/veias reticulares/telangiectasias, hiperpigmentação e edema e mais da metade tinham lipodermatoesclerose (53,0%) e eczema (51,2%), achados semelhantes de estudos realizados com pessoas com úlceras venosas (FRADE et al., 2005; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; TORRES et al., 2009), indicando tratar-se realmente de doença venosa (EFLOF et al., 2004; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006) e a necessidade de ser avaliado por médico da área de angiologia.

A presença de varizes foi claramente percebida entre os participantes, assim como as veias reticulares (Figura 8).

As pessoas com varizes geralmente demandam por consultas especializadas com queixa de dor nos membros inferiores, sensação de peso, cansaço e câimbras noturnas (SOUZA et al., 2005; BECKER et al., 2006; VIRGINI-MAGALHÃES, 2007).

Participante do sexo feminino, 72 anos.

Foi lavadeira e passadeira de roupas a maior parte da vida. Apresenta hipertensão arterial.

Feridas tiveram início com trauma na região e possuem duração de 2 anos; localizada na zona 2, medial e ântero-lateral do MIE.

ITB MID=1,15 e MIE=1,15, edema MID e E +/4+ em zona 2 e 3, perimetria da panturrilha direita=34cm e esquerda=36cm; perimetria do tornozelo direito=20cm e esquerdo=22cm. Varizes na zona 3 e veias reticulares na zona 1 em MMII. Hemossiderose.

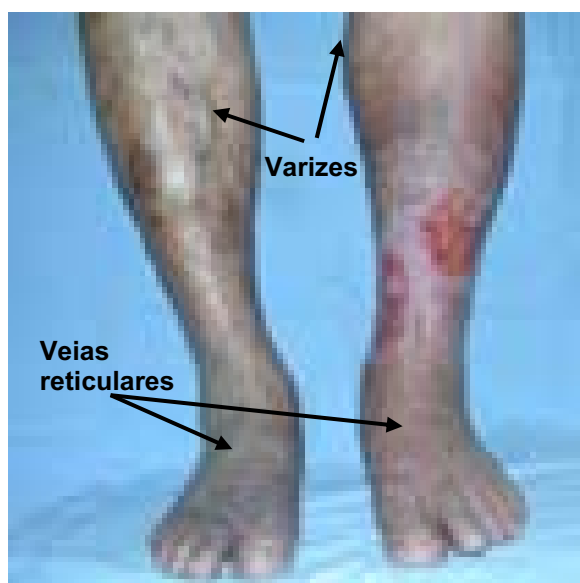


Figura 8 - Membros inferiores de um participante com duas úlceras venosas, mostrando varizes, veias reticulares e hemossiderose - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Dentre os fatores de risco apontados para o desenvolvimento de varizes, encontram-se o aumento da idade, o sexo feminino, maior número de gestações (MAFFEI et al., 1986; KONTOSIC, 2000; LAURIKKA et al., 2002; FAN, 2003; METCALFE; BAKER, 2004; SOUZA et al., 2005; VIRGINI-MAGALHÃES et al., 2007), além de história familiar (KONTOSIC, 2000; LAURIKKA et al., 2002; FAN, 2003; METCALFE; BAKER, 2004; SOUZA et al., 2005), obesidade (KONTOSIC, 2000; FAN, 2003; METCALFE; BAKER, 2004) e ocupações que exigem longos períodos em pé (FAN, 2003; METCALFE; BAKER, 2004; SOUZA et al., 2005).

Os fatores modificáveis, como o número de gestações, obesidade e trabalho em pé, indicam as temáticas a serem abordadas com a população em geral a fim de que seja realizado trabalho educativo preventivo pelos profissionais. Já para as pessoas que possuem algum fator de risco não modificável (sexo feminino, aumento da idade e história familiar) – e para aqueles que já possuem fator modificável já instalado -, atenção especial deve ser direcionada na detecção precoce dos sinais de insuficiência venosa, no estímulo ao exercício físico, assim como o encaminhamento para especialista em caso de alguma queixa ou sinal que indique presença de doença venosa.

Considerando a associação entre úlcera venosa e a doença venosa, que apresenta na classe 1 e 2 dos indicativos clínicos (CEAP), a presença de telangiectasias, veias reticulares e varizes (EKFLOF et al., 2004), o enfermeiro deve estar atendo a esses sinais na população em geral atendida, para encaminhar para avaliação pelo médico vascular, de modo a obter a terapia sistêmica apropriada ou cirurgia conforme indicação.

Observa-se nas Figuras 9 e 10, a hiperpigmentação difusa da pele, acometendo mais de uma zona da perna.



Figura 9 - Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação em perna direita - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Na Figura 10, em específico, a perna direita apresenta-se com lipodermatoesclerose já em fase avançada, indicando a severidade da doença venosa (RUTHERFORD et al., 2003), e que está relacionada com o atraso na cicatrização de lesões (MOFFAT et al., 2010). A lipodermatoesclerose afeta mais as pessoas com idade avançada e os sinais visíveis e funcionais são mais freqüentes em pessoas com índice de massa corporal aumentado e história familiar de doença venosa (CHIESA et al., 2007).

Participante do sexo masculino, 47 anos.
Foi cambista a maior parte da vida. Apresenta hipertensão arterial.

Ferida teve início após aparecimento de bolhas e hiperemia local, acompanhado de febre; localizada na zona 2, circulando o membro "D" e tem duração de 25 anos.

ITB MID=1,16 e MIE=1,16, edema "E" +/4+ em zona 2 e 3, perimetria da panturrilha direita=41,5cm e esquerda=38cm; perimetria do tornozelo direito=29cm e esquerdo=24cm. Varizes nas três zonas dos MMII.



Figura 10 - Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação e lipodermatoesclerose em perna direita - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

O estudo revelou que 42 (63,6%) participantes referiram dor nas últimas duas semanas, nos membros acometidos por lesões, sendo que 25,0% relataram dor insuportável (Figura 11).

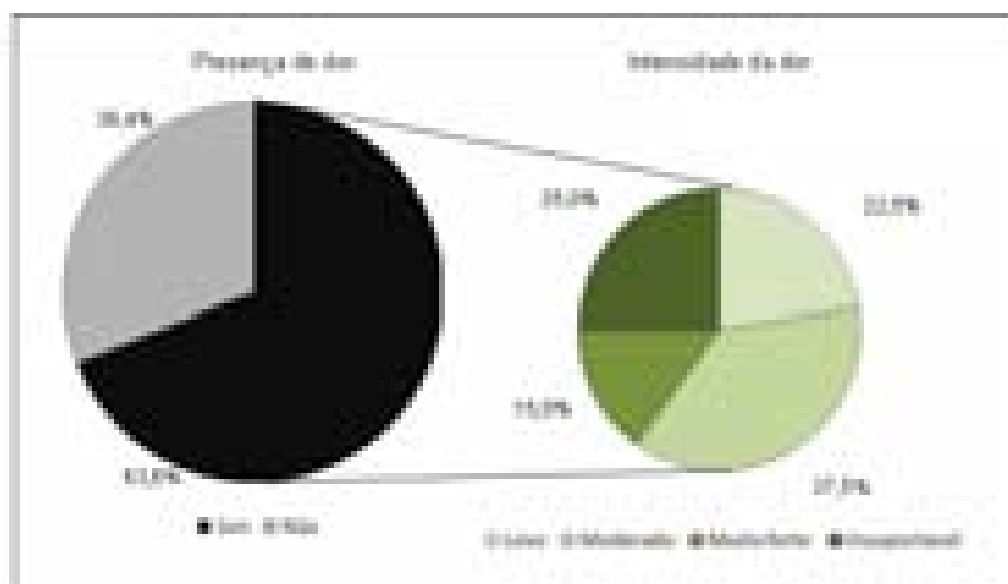


Figura 11 - Distribuição dos relatos de dor e escores de intensidade auto-referida em membros inferiores acometidos por lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Nosso achado representa uma ocorrência menor do que foi encontrado na literatura, a qual revela que entre 86,0% e 97,5% das pessoas com úlceras venosas apresentavam dor, sendo “intensa” em 55,8% a 67,5% das pessoas (NUNES, 2006; DEODATO, 2007, TORRES et al., 2009).

Considerando dor de intensidade moderada a intensa, outra pesquisa evidenciou que estava presente em 37,0% das pessoas. Destas, em 14,0% a dor permanecia ininterruptamente, tendo sido encontrado relação com depressão e ansiedade (JONES et al., 2006).

Na pesquisa de Yamada e Santos (2005), a queixa de dor foi um fator de insatisfação observada em 65,9% dos participantes do estudo; e não possuir dor foi considerado muito importante pelos pacientes, mostrando a interferência da dor na qualidade de vida destas pessoas.

A dor em pessoas com úlceras venosas pode ser desencadeada por algum evento como a manipulação durante a realização do curativo, o uso do tratamento tópico, como também sem associação com algum evento específico, afetando as atividades básicas como permanecer de pé (SOUSA, 2009) ou realizar caminhada (SILVA; LOPES, 2006).

Para estas pessoas, muitas vezes, a dor é compreendida como algo que é natural levando-as a adotar uma posição passiva diante da dor, isto é, não procurar ajuda, não falar sobre o assunto, isolar-se (SOUSA, 2009). Isso, possivelmente, está relacionado tanto com o significado da dor para a pessoa (fatores religiosos, sociais, culturais), como também relacionado com a pouca atenção dispensada a esta queixa pelos profissionais de saúde, bem como a resposta de insucesso à terapêutica utilizada.

Evidencia-se que, em geral, o cuidado dos pacientes com úlceras é focado principalmente na ferida, sendo que o tratamento para a dor e os cuidados relacionados a outros problemas enfrentados pelos pacientes ainda são insuficientes frente às necessidades apresentadas (HEINEN et al., 2007).

Assim, a ocorrência de dor deve ser interpretada como fenômeno subjetivo e individualizado de modo a atender as necessidades das pessoas, adotando-se as linhas norteadoras na “gestão e controle” da dor que envolve o diagnóstico, a monitorização constante, o registro e a avaliação da eficácia do tratamento -

farmacológico e não farmacológico, instituído pelos profissionais de saúde (SOUSA, 2009).

4.1.3 Características das úlceras

As características das úlceras dos participantes são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição das características das úlceras venosas, segundo a recorrência, membro acometido, número de lesões, localização e duração - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Caracterização geral das lesões | f | % |
|---|----------|----------|
| Recorrência* | | |
| Sim | 30 | 51,7 |
| Não | 28 | 48,3 |
| Quantidade de membros com lesões* | | |
| Um membro | 50 | 86,2 |
| Ambos | 08 | 13,8 |
| Número de lesões por participante* | | |
| 1 lesão | 37 | 63,8 |
| 2 lesões | 14 | 24,1 |
| ≥ 3 lesões | 07 | 12,1 |
| Localização das lesões** | | |
| Zona 1 | 11 | 10,8 |
| Zona 2 | 77 | 75,5 |
| Zona 3 | 03 | 2,9 |
| Zona 1 e 2 | 09 | 8,8 |
| Zona 2 e 3 | 02 | 2,0 |
| Tempo de duração das lesões** | | |
| ≤ 1 ano | 49 | 48,0 |
| > 1 ano a ≤ 5 anos | 17 | 16,7 |
| > 5 anos a ≤ 10 anos | 11 | 10,8 |
| > 10 anos | 24 | 23,5 |
| Em branco | 01 | 1,0 |

*N= 58 participantes

**N_F= 102 feridas

A reincidência foi um problema encontrado para aproximadamente metade (51,7%) das pessoas com úlceras venosas. Isso significa mais demanda por recursos de saúde, tanto profissional, estrutural como material, se comparado a um primeiro episódio de úlcera (CONUEI, 2009). Além disso, a pessoa terá que vivenciar, novamente, todo o processo de tratamento e a interferência nas suas atividades diárias.

A frequência de recorrência das úlceras fica entre 64,2% a 82,5% como observado em outros estudos (YAMADA, 2001; GEMMATI et al., 2004; ABBADE et al., 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; DEODATO, 2007; FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009).

Nos primeiros três meses subseqüentes à cicatrização, há maior suscetibilidade à uma nova ulceração (FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009), o que significa dizer que o tratamento não termina após a cicatrização de uma úlcera. Este período torna-se determinante para o futuro das pessoas e o enfermeiro deve programar consultas periódicas para estimular os cuidados domiciliares e monitorar as condições da pele. As consultas podem ser realizadas, inicialmente, com maior frequência, sendo progressivamente espaçadas, realizando assim, o papel de cuidador e proporcionando à pessoa, cada vez mais autonomia na realização de cuidados preventivos de novas lesões.

Um estudo identificou risco diminuído para o desenvolvimento de recorrência em pessoas que realizavam elevação de membros inferiores, que tinham histórico de uso de terapia compressiva, que realizam atividade física e que tinham auto-estima elevada. Com relação aos fatores de risco para a reincidência da úlcera, são citados, além de doenças cardíacas (FINLAYSON; EDWARDS; COURTNEY, 2009), idade avançada (idoso) e membro inferior com refluxo venoso superficial não tratado com cirurgia (GOHEL et al. 2005).

Estes fatores devem ser abordados em conjunto com outros profissionais, tais como o médico vascular e cardiologista, psicólogo, além do envolvimento de familiares.

As estratégias para evitar recorrência incluem o uso de meias compressivas, a realização de exercícios físicos para aumentar o desempenho do músculo da panturrilha (EWMA, 2003b; ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK,

2010), além da avaliação para possível correção cirúrgica (ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Caso a pessoa não consiga utilizar a meia compressiva classe III (alta compressão), deve-se orientar a fazer uso do nível mais alto que conseguir. Pode-se iniciar o uso com meias de menor nível de compressão e aumentar gradativamente para que ocorra maior aceitabilidade e acomodação pela pessoas. O uso se faz necessário por toda a vida (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

O acompanhamento regular para monitorar a condição da pele e o índe tornozelo-braço é primordial. Em atividades educativas, as pessoas devem ser orientadas quanto ao uso de meias compressivas; cuidados com a pele; auto-tratamento com preparações caseiras; prevenção de acidentes ou trauma nas pernas; procura de serviço de saúde diante de sinais de possível ruptura da pele; incentivo à mobilidade e exercício físico e elevação do membro afetado (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

O número de lesões por participante variou de uma a oito, média de 1,8 ($\pm 1,5$) e mediana de uma lesão. A maioria possuía lesão única (63,8%), expressando os resultados de outras pesquisas (ABBADE et al., 2005; YAMADA; SANTOS, 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES, 2006; JONES et al., 2006), que pode indicar a coalescência das lesões com o passar do tempo, pois a maioria tinham mais de um ano de duração.

Também se assemelham a resultados encontrados na literatura, as informações sobre um único membro acometido (YAMADA, 2001; BERGONSE; RIVITTTI, 2006; NUNES, 2006) e a localização na zona 2 (DEODATO, 2007; NUNES, 2006), que pode ser conferida na Figura 12.

Observa-se na Figura 12, que a lesão está localizada na região do maléolo medial que é, em geral, a localização mais freqüente das lesões de causa espontânea (MAFFEI et al., 1986; BORGES, 2005; SIEGGREEN, 2005; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA; AZULAY, 2006; BERGONSE; RIVITTI, 2006; DEALEY, 2008).



Figura 12 - Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2 - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Quando as úlceras são desencadeadas por traumatismos, aparece, em geral, em outras posições, como na face anterior e lateral da perna e, às vezes, até no pé (BORGES, 2005), fato observado em 10,8% das lesões (Figura 13).



Figura 13 - Membros inferiores de um participante mostrando hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e lesão na zona 1 e 2 (A) com destaque para lesão localizada na zona 1 (B) -Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Identificamos que, as lesões tinham duração mínima de 2 meses a máximo de 792 meses (66 anos), média de 96,74 (± 148) e mediana de 24 meses, sendo a maioria com até um ano de duração (48,5%) (Tabela 8).

Chama-nos a atenção as pessoas com úlceras acima de 10 anos de duração, que no presente estudo correspondeu a 23,8%, chegando, em outras investigações, a 37,5% (BERGONSE; RIVITTI, 2006; DEODATO, 2007; NUNES, 2006; YAMADA, 2001).

As úlceras venosas constituem-se em um fardo para o sistema de saúde, além de provocar sofrimento às pessoas, perda de emprego e redução na qualidade de vida (BJARNSHOLT et al., 2008), sendo relatado, reações do tipo incômodo, mal estar e martírio. Por outro lado, algumas pessoas chegam a esquecer da ferida, incorporando-a como parte do seu corpo, só se recordando da existência delas quando na presença de odor (SOUSA, 2009).

Considerando que, os fatores que contribuem para a cronicidade das lesões estão relacionados a fatores intrínsecos (relativos à pessoa) e extrínsecos (relativos ao ambiente e procedimentos) (CUTTING, 2003), dos quais podemos citar, alterações imunológicas (congenitos, câncer), desnutrição, obesidade, abuso de drogas, alcoolismo e tabagismo, carga bacteriana, dentre outros, o tratamento bem sucedido para estas pessoas reside no fato de identificar qual desses fatores estão impedindo a cura, para posterior intervenção nas suas causas (BJARNSHOLT et al., 2008).

Um estudo de coorte que envolveu 113 pacientes com úlcera de perna revelou que as úlceras com cicatrização retardada estavam associadas à duração da lesão, a complexidade da etiologia da úlcera, presença de lipodermatoesclerose, história de trombose venosa profunda e tromboflebite (MOFFAT et al., 2010).

Ressalta-se ainda, que fatores relacionados ao tratamento podem contribuir para a cronicidade das lesões são, tais como a técnica de limpeza e cobertura inapropriadas, não utilização de terapia compressiva e falta de adesão às recomendações dadas pelo profissional de saúde (ZUFFI, 2009).

A abordagem por parte do profissional é tanto local, quanto sistêmica, incluindo as ações de enfermagem realizadas na unidade de saúde, bem como a orientação para o cuidado que é realizado em casa, como a realização ou não do

curativo no domicílio, a proteção, os cuidados durante o banho, alimentação, dentre outros.

O direcionamento da abordagem deve levar em conta as características específicas das lesões. No presente estudo, estas características podem ser visualizadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição do tecido presente no leito das lesões, escore da *Pressure Ulcer Scale for Healing* e característica do exsudato - Goiânia - OUT 2009 - JUL 2010

| Caracterização específica das lesões | | f | % | |
|--|--|------------------------|------|------|
| Percentual de tecidos no leito das lesões | Escara | Sem escara | 88 | 86,3 |
| | | ≤ 25% | 07 | 6,9 |
| | | > 25% a < 50% | 05 | 4,9 |
| | | ≥ 50% a < 75% | 02 | 1,9 |
| | | ≥ 75% | - | - |
| | Esfacelo | Sem esfacelo | 14 | 13,7 |
| | | ≤ 25% | 35 | 34,3 |
| | | > 25% a < 50% | 19 | 18,6 |
| | | ≥ 50% a < 75% | 21 | 20,6 |
| | | ≥ 75% | 13 | 12,8 |
| | Tecido de granulação | Sem granulação | 03 | 3,0 |
| | | ≤ 25% | 15 | 14,7 |
| | | > 25% a < 50% | 11 | 10,8 |
| | | ≥ 50% a < 75% | 34 | 33,3 |
| | | ≥ 75% | 39 | 38,2 |
| PUSH* | Área das lesões em cm ² / subescore | ≤ 1 / ≤ 3 | 05 | 4,9 |
| | | > 1 a ≤ 8/4-7 | 31 | 30,4 |
| | | > 8 a ≤ 24/8-9 | 26 | 25,5 |
| | | > 24/10 | 40 | 39,2 |
| | Quantidade de exsudato/subescore | Ausente/0 | 03 | 3,0 |
| | | Pequena/1 | 24 | 23,5 |
| | | Moderada/2 | 34 | 33,3 |
| | | Grande/3 | 41 | 40,2 |
| | Pior tipo de tecido/ subescore | Fechado/0 | - | - |
| | | Tecido epitelial/1 | - | - |
| | | Tecido de granulação/2 | 12 | 11,8 |
| | | Esfacelo/3 | 75 | 73,5 |
| | Escore total das lesões | Escara/4 | 15 | 14,7 |
| | | ≤ 4 | - | - |
| | | 5 a 8 | 07 | 6,9 |
| 9 a 13 | | 38 | 37,2 | |
| Outras características do exsudato (N=102) | Tipo / cor | 14 a 17 | 57 | 55,9 |
| | | Seroso | 10 | 9,8 |
| | | Serossanguinolento | 26 | 25,5 |
| | | Sanguinolento | 01 | 1,0 |
| | | Purulento | 12 | 11,8 |
| | | Piossanguinolento | 20 | 19,6 |
| | Odor | Purulento-esverdeado | 33 | 32,3 |
| | | Forte | 32 | 31,4 |
| | | Moderado | 24 | 23,5 |
| | | Discreto | 21 | 20,6 |
| | | Sem odor | 25 | 24,5 |

* *Pressure Ulcer Scale for Healing*

Considerando a presença concomitante de diferentes tipos de tecido presente no leito das lesões, foi evidenciado que a maioria (99,0%) das lesões apresentava granulação, seguida pela ocorrência de esfacelo (86,3%), como pode ser verificado nas Figuras 13, 14 e 15.

Leito granuloso em úlceras venosas representa os achados de várias pesquisas (GAMBA; YAMADA, 2003; BLANES, 2004; BORGES, 2005; IRION, 2005; SIEGGREEN, 2005; NUNES, 2006; SAMPAIO, 2007), sendo concomitante ao esfacelo (BORGES, 2005; NUNES, 2006), como observado em nosso estudo.

Na cicatrização das feridas, na fase proliferativa, há surgimento e multiplicação do tecido de granulação, para posterior epitelização e fechamento da ferida (HESS, 2002). Na prática, há uma sobreposição. Observamos a presença e permanência, em conjunto, de tecidos relacionados a diferentes fases do processo de cicatrização, como pode ser observado na Figura 13, onde há tecido de granulação e epitélio que migra das bordas para o centro da lesão, ao mesmo tempo em que há tecido necrótico (esfacelo).



Figura 14 - Face medial do terço inferior da perna esquerda de um participante no qual se verificam veias reticulares na zona 1 e lesão na face medial da zona 2 - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

A presença concomitante de tecidos com características diferentes exigirá que o profissional realize uma avaliação e conduta criteriosa na escolha da cobertura, com vistas a permitir o debridamento do tecido necrótico sem, contudo, prejudicar o tecido de granulação e a epitelização.

Tratando-se da avaliação das lesões quanto à cicatrização, segundo a *Pressure Ulcer Scale for Healing*, o estudo identificou que, em relação às áreas das lesões, a maior frequência foi de lesões classificadas no subescore 10 (39,2%), que representa área acima de 24cm²; quanto à quantidade de exsudato, a maior concentração foi de lesões com grande quantidade de exsudato, correspondendo ao subescore 3 (40,2%); e no que se refere ao pior tecido presente no leito da lesão, houve maior ocorrência de esfacelo, o que corresponde ao subescore 3 (73,5%). Com isso, os escores totais mais encontrados (55,7%) foram de 14 a 17, revelando lesões em piores condições de cicatrização.

Observamos que a maioria das lesões avaliadas no presente estudo tinha área acima de 20cm², similar a outras investigações (NUNES, 2006; DEODATO, 2007).

Não há consenso sobre o que seria uma úlcera pequena, média e grande. Estudo nacional como o de Nunes (2006), classifica como sendo uma lesão grande quando possui área maior que 60cm²; em contrapartida, Deodato (2007) refere uma área acima de 150cm². Por outro lado, em pesquisa internacional europeia (TENNVALL; HJELMGREM, 2005), as feridas foram consideradas grandes a partir de 10 cm².

Alguns estudos relatam que a área da lesão é determinante na cicatrização (PHILLIPS et al., 2000; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Segundo as observações de uma literatura, as úlceras venosas que não cicatrizaram em período de até 24 semanas, estavam associadas a fatores como área inicial da lesão, duração da lesão e presença de esfacelo em mais de 50,0% da área do leito (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Para Phillips et al. (2000), área e tempo da lesão são preditores de cicatrização, sendo que úlceras grandes e de longa duração que não cicatrizam com tratamento adequado até a terceira semana, possuem pouca probabilidade de curar rapidamente.

A área das lesões traz implicações para o sistema de saúde, necessitando de mais recursos materiais e humanos em função da sua dimensão (PURWINS et al., 2010). Lesões com 10cm² ou mais, representaram custos adicionais como observado em estudo realizado na Suécia (TENNVALL; HJEMGREN, 2005).

Diante disso, a equipe de saúde deve promover melhores condições locais e sistêmicas que contribuam para a cicatrização das lesões, com base na avaliação sistêmica e criteriosa, intervenção e acompanhamento.

A avaliação inicial do tamanho da lesão e o impacto do tratamento podem ser feitos medindo-se a área da úlcera, que se constitui em ferramenta valiosa de avaliação, porém, ainda pouco utilizada pelos enfermeiros (RIBU; HARAM, RUSTOEN, 2003).

Tratando-se do exsudato, o presente estudo revelou que a maioria das lesões tinha grande quantidade de exsudato, de aspecto purulento-esverdeado e odor forte, diferente de outras pesquisas onde as pessoas apresentavam lesões com pequena quantidade em mais de 40,0% das lesões avaliadas, e de aspecto seroso em mais de 70,0% (NUNES, 2006; SAMPAIO, 2007).

Nas úlceras venosas, a produção de exsudato pode persistir e tornar-se excessiva devido à existência contínua de processo inflamatório. E neste sentido, mesmo considerando que um ambiente úmido é necessário para promover a cicatrização da lesão, se a umidade for extrema, afetar de forma negativa a cicatrização da lesão (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006; WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007).

O aumento da quantidade de exsudato pode ocorrer na presença de inflamação/infecção da ferida, períodos prolongados com as pernas para baixo e pouca cooperação ou capacidade diminuída por parte da pessoa para realizar a terapia compressiva (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007).

Quanto à aparência do exsudato, que neste estudo, apresentou-se purulento-esverdeado em 32,3% e purulento em 11,8% das lesões, a literatura relata que, exsudato turvo, leitoso ou cremoso pode indicar a presença de fibrina, em resposta à processo inflamatório, ou infecção (exsudato purulento que contém leucócitos e bactérias). Já o exsudato de coloração esverdeada pode indicar infecção bacteriana freqüentemente por *Pseudomonas aeruginosa* (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007).

Com relação ao odor, 31,4% das úlceras apresentavam odor forte, que pode ser interpretado como crescimento bacteriano, infecção ou presença de tecido necrótico, segundo a *World Union of Wound Healing Societies* (2007).

Diante dos achados da presente pesquisa, observa-se o quanto é importante realizar a evolução das lesões em todas as trocas de curativo, uma vez que as informações permita detectar alterações nas características do exsudato (volume, aparência e odor), e outras ocorrências ligadas às conseqüências do manejo da lesão, tais como maceração da pele perilesional, vermelhidão, perda da cor, presença de textura esponjosa ou rompimento da pele. Esta evolução deve englobar ainda, a observação das condições do curativo quando o paciente chega à unidade de saúde, coleta de dados sobre quanto tempo leva para que o curativo fique molhado, se tem sido utilizada alguma proteção em casa para não molhar a cama, como o envolvimento da perna com sacos plásticos. Assim, de posse destas informações e em conjunto com as demais características do exsudato, pode-se definir o curativo mais adequado á ferida, proteção da pele perilesional e agendamento do retorno (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007).

Segundo Fornells e González (2006), considerando os avanços relacionados à cicatrização em meio úmido e o uso de curativos inovadores, o controle de exsudato continua a ser um desafio para os profissionais, uma vez que as coberturas precisam promover o equilíbrio da umidade, estimulando a cicatrização das lesões, ao mesmo tempo em que absorve e retém o excesso de exsudato, prevenindo a exposição à umidade excessiva na pele perilesional e, como consequência, evitando traumas.

Ao verificarmos presença de tecido de granulação, não se deve pensar que se trata de um tecido de características homogêneas e universais. O mesmo pode apresentar várias tonalidades. Na Tabela 10 apresentamos os achados referentes às características desse tecido entre os participantes.

Tabela 10 - Distribuição das características do tecido de granulação presente nas lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Características do tecido | <i>f</i> | % |
|------------------------------|----------|------|
| Coloração pálida | 49 | 48,0 |
| Coloração vermelha brilhante | 39 | 38,2 |
| Coloração vermelha escura | 30 | 24,9 |
| Sangramento fácil | 18 | 17,6 |
| Hipergranulação | 09 | 8,8 |

O tecido de granulação vermelho brilhante (Figura 15) é o mais esperado na cicatrização normal, representando um bom marcador do progresso da lesão (EWMA, 2010). Contudo, alguns eventos podem levar à apresentação diferenciada desse tecido.

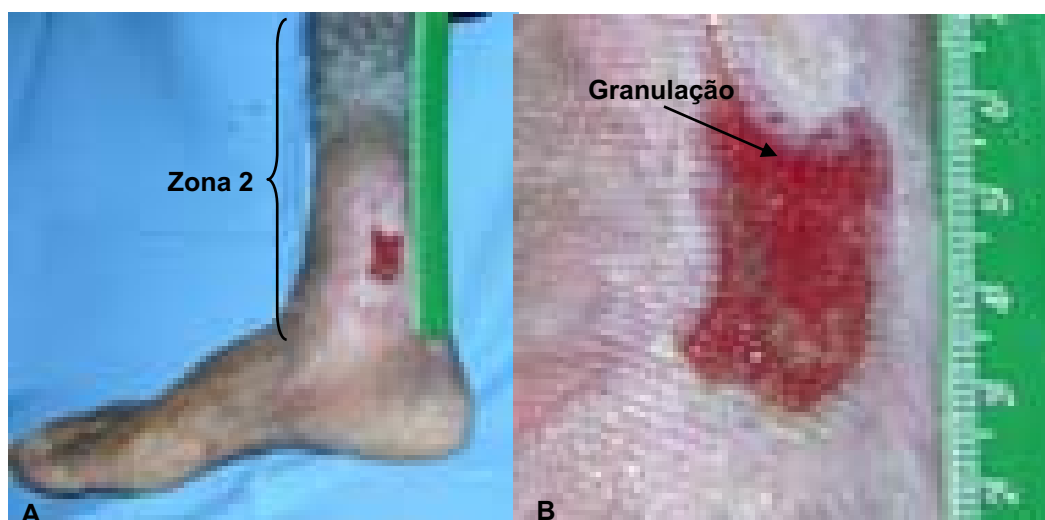


Figura 15 - Face medial da perna direita de um participante mostrando lesão na zona 2 (A), com presença de granulação (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Tecido de granulação com cor pálida e vermelho escuro pode relacionar-se a processos infecciosos (EWMA, 2005).

A hipergranulação é, em geral, causada por condições que interferem na epitelização em decorrência de epibolia (borda enrolada sobre si mesma), presença de maceração ou pressão excessiva na pele ao redor da lesão. Os cuidados incluem a cauterização com bastão contendo nitrato de prata na epibolia, ou sua excisão;

controle do exsudato e proteção da pele perilesional, e a observação quanto à pressão exercida com o uso de atadura (IRION, 2005).

O uso de solução hipertônica de NaCl a 20% impregnada à gaze como cobertura da lesão, mostrou-se efetivo na diminuição de hipergranulação em pessoa com úlcera venosa, como descreve um estudo de caso (QUELEMENTE; MORITA; BALBI, 2009).

As bordas das lesões eram, em sua maioria, circunscritas, regulares, aderidas ao leito e elevadas (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das características das bordas das lesões - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Características das bordas | Presença f (%) | Ausência f (%) |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Circunscrita | 59 (57,8) | 48 (47,1) |
| Regular | 53 (52,0) | 49 (48,0) |
| Aderida | 98 (96,1) | 04 (3,9) |
| Elevada | 53 (52,0) | 49 (48,0) |
| Endurecimento | 40 (39,2) | 62 (60,8) |
| Queratose | 37(36,3) | 65 (63,7) |
| Edema | 35 (34,2) | 67 (65,7) |
| Maceração | 30 (29,4) | 72 (70,6) |
| Epitelização | 30 (29,4) | 72 (70,6) |

No presente estudo houve uma distribuição equilibrada entre lesões com borda regular (Figura 16), representando 52,0%, e irregular, 48,0%. Pesquisas obtiveram maiores achados (entre 80,0% 95,9%) em relação à lesões com bordas irregulares (YAMADA, 2003; DEODATO, 2007; SAMPAIO, 2007).

Na Figura 17 pode-se observar lesão com borda irregular.

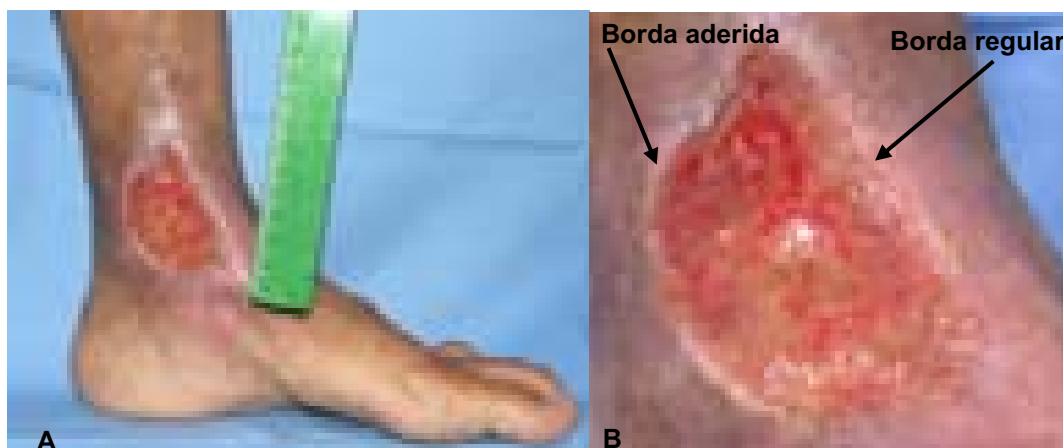


Figura 16 - Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2 (A), borda regular (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Em relação às lesões com bordas aderidas ao leito, esse resultado aproximase do estudo de Sampaio (2007), assim como bordas circunscritas que foram identificadas na maioria das lesões da pesquisa de Deodato (2007).

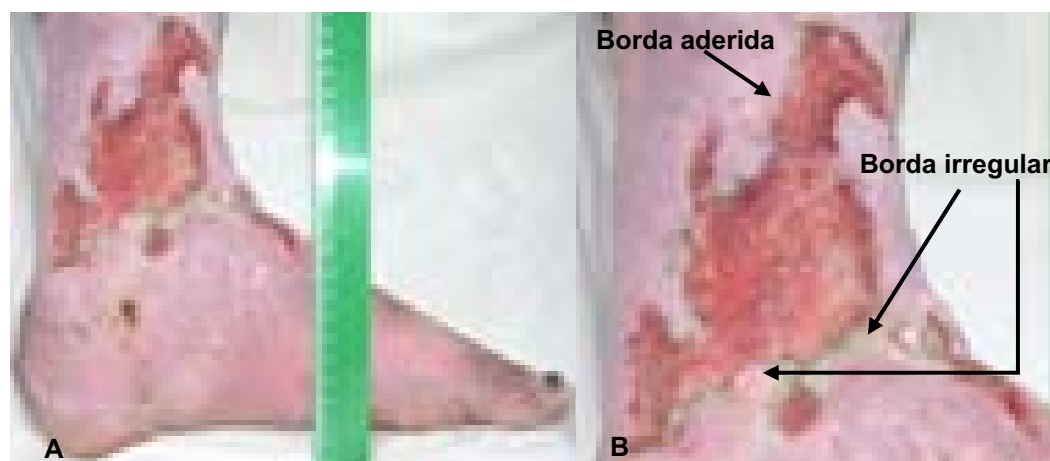


Figura 17 - Face medial da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 1 e 2 (A), borda irregular e aderida ao leito (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Outras características, como bordas elevadas, presença de queratose e maceração, são referidas por diferentes estudos em proporções variadas (DEODATO, 2007; SAMPAIO, 2007)

As alterações na pele observadas nos arredores da lesão podem impedir a cicatrização. Um exemplo disso, são as queratoses, que podem causar pressão sob compressão exercida pelo tratamento local (curativo ou terapia compressiva), e por isso, é necessário removê-las com cuidado, usando uma pinça tendo-se o cuidado de não traumatizar o epitélio subjacente (EWMA, 2004).

A pele perilesional (circundante) fornece informações para o estabelecimento dos cuidados, assim como para avaliar os resultados do tratamento (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Nas pessoas com úlceras venosas, a pele perilesional pode estar comprometida em graus variados a depender das causas que deram início ao comprometimento (exsudato, infecção, irritação a produtos), a localização da lesão e as condições sistêmicas (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006).

Fornells e González (2006) referem que a presença edema, calor, dor e hiperemia na pele perilesional, pode indicar infecção. Estes foram alguns dos achados apresentados nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 12 - Distribuição das características da pele perilesional das lesões - Goiânia
- OUT 2009 – JUL 2010

| Características da pele perilesional | f | % |
|---|----------|----------|
| Textura fina | 77 | 75,5 |
| Brilhante | 73 | 71,6 |
| Descamação | 65 | 63,7 |
| Hipertermia | 59 | 57,8 |
| Hiperemia | 58 | 56,9 |
| Atrofia branca | 31 | 30,4 |
| Celulite | 27 | 26,5 |

Borda macerada e edematosa, como apresentado na Tabela 11, assim como descamação e hiperemia (Tabela 12), também, são sinais de alerta quanto à cobertura utilizada, nível deficiente de auto-cuidado ou inexperiência dos profissionais. Em geral, resulta de uso inadequado de materiais, problema intrínseco à lesão ou enfermidade de base (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006).

Em relação à maceração (Figura 18), encontrada em 10,0% das lesões no presente estudo, a sua ocorrência se deve a exposição prolongada da pele a fluidos (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006).



Figura 18 - Face posterior da perna esquerda de um participante mostrando lesão na zona 2, acometendo todas as faces anatômicas, bordas irregulares e maceradas - Goiânia - OUT 2009 - JUL 2010.

A avaliação envolve a observação dos sinais e sintomas referidos pela pessoa em relação à pele perilesional, comparar a pele lesionada com a região adjacente, avaliar comorbidades tendo em vista a influência de algumas doenças nas características da lesão, e antecedentes de uso de outros produtos que poderiam ter contribuído. Com base nisso, realizar a escolha da cobertura (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006), além da terapia compressiva, pois ajudará a equilibrar a umidade local reduzindo a exsudação e prevenindo a maceração, além de melhorar a perfusão dos tecidos e com isso, o retorno venoso (EWMA, 2004).

Na prevenção de maceração, deve-se usar produtos com base em parafina ou zinco como uma barreira protetora da pele perilesional, o curativo deve ser apropriado para reter altos níveis de exsudato (espuma, por exemplo), posicionar a cobertura de forma adequada a fim de que o exsudato não extravase, e não se deve usar hidrocolóide ou filmes transparentes pois sua aderência às bordas poderão causar traumas e agravar o estado. Quando o exsudato for causado por infecção, poderá ser usado produto à base de prata e iodo (EWMA, 2004).

Foi evidenciado que 63,7% das lesões, na região perilesional, apresentavam descamação (Figura 19).



Figura 19 - Perna esquerda de um participante mostrando lesões na face anterior da zona 2 e 3 (A) e na face posterior da zona 2 (B) - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Em caso de descamação, a pessoa deve ser referenciada para um médico dermatologista para esclarecimento diagnóstico e indicação do tratamento. O cuidado envolve a retirada das escamas de forma suave com uso de soro isotônico ou água destilada, de forma lenta e sem agressividade, sem a utilização de pinças para evitar escoriações ou lesões mais profundas, que podem causar dor e constituir-se em porta de entrada para infecções (FORNELLS; GONZÁLEZ, 2006).

A avaliação do leito da lesão, exsudato e pele perilesional fornecem elementos que podem indicar presença de infecção. Em um estudo realizado com pessoas com úlceras venosas, 33,0% apresentavam sinais clínicos de infecção (TORRES et al., 2009), ao contrário de outra (NUNES, 2006) onde as lesões não apresentavam tais sinais.

Em pessoas com úlceras de perna, uma pesquisa identificou que 74,0% estavam com feridas infectadas (MARTINS, 2008).

Segundo o critério clínico elaborado por especialistas, a identificação de infecção em úlcera venosa, deve levar em consideração a presença de celulite; cicatrização demorada, apesar da terapia de compressão; aumento da temperatura cutânea local; aumento da dor na úlcera ou mudança na natureza da dor; lesões recém-formadas dentro das margens inflamadas da úlcera pré-existente; aumento da ferida dentro das margens inflamadas; descoloração do leito do tipo sem brilho, cor de tijolo vermelho escuro, tecido de granulação friável, ou que sangra facilmente; aumento da viscosidade do exsudato; aumento do volume de exsudato; mau cheiro; tonalidade escura recém formada na ferida; repentino aparecimento de exsudato ou aumento da sua quantidade; e aparecimento repentino de manchas necróticas negras (EWMA, 2005).

Observa-se que a avaliação para suspeita de infecção, assim como para verificar o estado evolutivo das lesões, envolve sinais e sintomas do leito da lesão, das bordas e da pele perilesional, sendo aqui apresentadas em Tabelas separadas apenas de forma didática.

4.1.4 Tratamento realizado no domicílio e nas unidades de saúde

A Tabela 13 mostra o acompanhamento realizado para as pessoas com úlceras venosas, conforme o profissional envolvido.

Tabela 13 - Distribuição dos profissionais da área de saúde que faziam o acompanhamento dos participantes em relação ao tratamento da úlcera venosa - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Acompanhamento com profissionais | f | % |
|--|----------|----------|
| Técnico/aux. enfermagem, enfermeiro e médico | 33 | 56,9 |
| Técnico/aux. enfermagem e médico | 14 | 24,1 |
| Enfermeiro e médico | 05 | 8,6 |
| Técnico/aux. enfermagem | 04 | 7,0 |
| Técnico/aux. enfermagem e enfermeiro | 01 | 1,7 |
| Enfermeiro | 01 | 1,7 |

Pouco mais da metade (56,9%) do contingente de participantes recebia atendimento dos três diferentes profissionais de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico. Não foi investigado se esses acompanhamentos eram realizados com a integração entre os profissionais, numa perspectiva de trabalho em equipe ou em modelo de referência e contra-referência.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada por meio de entrevista às pessoas com úlceras venosas e acompanhamento da atuação de equipes de Saúde da Família em Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2007, revelou que os serviços de atendimento às pessoas com úlcera venosa eram desarticulados entre os diferentes níveis de assistência, com falta de continuidade do tratamento. Em muitos casos, as pessoas eram referenciadas a um serviço de maior complexidade, mas o retorno ao serviço de atenção básica não ocorria de forma sistematizada, revelando um sistema de regulação comprometido (ZUFFI, 2009).

Em outro estudo, realizado na cidade de Natal (RN), observou-se entre as pessoas com úlceras venosas de áreas atendidas por equipe de Saúde da Família, que em 24,3% não havia continuidade do tratamento (NUNES, 2006).

Entre os participantes, o enfermeiro não fazia acompanhamento de 31,1% dos casos, sendo realizado pelo técnico/auxiliar de enfermagem isoladamente (7,0%) ou com este e o profissional médico (24,1%).

Estudo realizado em uma clínica cirúrgica com atendimento em angiologia e cirurgia vascular, em Natal (RN), encontrou que, os profissionais envolvidos na assistência às pessoas com úlceras venosas era o médico em todos os casos, enfermeiro em 62,5%, auxiliar/técnico de enfermagem em 90%, além do psicólogo, assistente social e nutricionista. A ausência do enfermeiro durante a realização de todos os curativos foi justificada pelo fato de não existir uma enfermeira específica para o ambulatório (DEODATO, 2007).

Ressaltamos que a resposta quanto ao acompanhamento por enfermeiro dependeu do reconhecimento deste profissional diante dos demais, e por isto, deve ser ponderada, visto que algumas pessoas ainda não sabem diferenciar este profissional dos demais integrantes da equipe de enfermagem.

A Tabela 14 mostra o acompanhamento com o profissional da área médica. Consideramos todas as consultas referidas, realizadas em função da lesão, mesmo que com diferentes especialidades ou locais de atendimento para um mesmo participante.

Tabela 14 - Distribuição do acompanhamento dos participantes por médico, tendo a lesão como motivo, segundo a especialidade e estabelecimento de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Acompanhamento com médico | f | % |
|--|----------|----------|
| Especialidade | | |
| Cirurgião vascular/angiologista | 39 | 67,2 |
| Clínico geral | 08 | 13,8 |
| Dermatologista | 04 | 6,9 |
| Cirurgião geral | 03 | 5,2 |
| Médico da Estratégia Saúde da Família | 01 | 1,7 |
| Local do acompanhamento | | |
| CS/CIAMS/CAIS/CRDT (1) | 31 | 53,4 |
| Hospital Geral das Goiânia (HGG) | 09 | 15,5 |
| Hospital de Clínicas (HC/UFG) (2) | 07 | 12,1 |
| Instituição particular | 03 | 5,2 |
| Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família | 01 | 1,7 |
| Não lembra | 04 | 6,9 |

(1) CS=Centro de Saúde, CIAMS=Centro Integral de Assistência Médico-Sanitária, CAIS=Centro de Assistência Integral à Saúde, CRDT=Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia.

(2) Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás.

Dos atendimentos com o profissional da área médica, a maior representatividade foi do cirurgião vascular/angiologista, referido por 61,3% dos participantes.

Estudos mostraram que algumas pessoas atendidas em nível de atenção básica não foram encaminhadas para avaliação com médico angiologista, outra parcela foi encaminhada, porém não conseguiu agendar, e 25,7% conseguiram a consulta (NUNES, 2006). Já em pesquisa a prontuário de pessoas assistidas por ambulatório de angiologia, 87,5% tiveram menos de quatro consultas ao ano, ao passo que 12,5% tiveram quatro ou mais consultas ao ano (DEODATO, 2007). Em outro estudo foi observado que 20,5% realizaram consulta com angiologista (TORRES et al., 2009).

Observa-se que os participantes do presente estudo tiveram acesso à consulta com angiologista em porcentagem maior do que o encontrado na literatura acima referida, se considerarmos que as unidades pesquisadas fazem parte da rede ambulatorial da atenção básica municipal.

Mesmo assim, ressaltamos a importância dessa avaliação para todas as pessoas com úlceras venosas, uma vez que as características clínicas da população estudada indicam a presença de doença venosa de intensidade leve a grave segundo critérios do *American Venous Fórum Ad Hoc Committee on Venous Outcomes Assessment* (RUTHERFORD et al., 2000), indicando a necessidade de terapia sistêmica acompanhada de medidas da área de angiologia e cirurgia vascular.

Pode-se observar, também, na Tabela 14, a representação ainda tímida do médico clínico geral e médico da Estratégia Saúde da Família. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família são responsáveis por uma área geográfica onde reside um número específico de famílias, para que, conhecendo suas necessidades, acompanhe o estado de saúde regularmente, realizando cuidado em saúde na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, por meio de atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, curativas e de vigilância em saúde (BRASIL, 2009).

Os locais de maior atendimento, segundo a Tabela 14, foram as unidades municipais de saúde, a saber, CS, CIAMS, CAIS e CRDT, evidenciando que há uma descentralização do atendimento médico, assim como também do atendimento realizado por enfermeiro (Tabela 15). Estas informações comprovam a importância do atendimento ambulatorial básico para a população com úlceras venosas, representando o local de maior acesso.

Tabela 15 - Distribuição do local do acompanhamento dos participantes por enfermeiro, tendo a lesão como motivo, segundo o estabelecimento de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Acompanhamento com enfermeiro | f | % |
|--|----------|----------|
| Local do acompanhamento | | |
| CS/CIAMS/CAIS/CRDT (1) | 36 | 62,1 |
| Hospital Geral de Goiânia (HGG) | - | - |
| Hospital das Clínicas (HC/UFG) (2) | 01 | 1,7 |
| Instituição particular | - | - |
| Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família | 03 | 5,2 |

(1) CS=Centro de Saúde, CIAMS=Centro Integral de Assistência Médico-Sanitária, CAIS=Centro de Assistência Integral à Saúde, CRDT=Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia.

(2) Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás.

Observa-se, na Tabela 15, que 5,2% dos acompanhamentos foram realizados por enfermeiro de Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família.

O fato de grande parte dos participantes realizarem curativo em unidades como CAIS e CIAMS, pode levá-los a pensar que as consultas também tenham que se dar neste tipo de unidade, não procurando as Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família.

Ressaltamos que, mesmo que as pessoas com úlceras venosas realizem o curativo em unidade de referência ou acompanhamento especializado em outros serviços do sistema de saúde, a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família tem a responsabilidade sobre a população adstrita, coordenando o cuidado (BRASIL, 2009), que pode incluir atividades de vigilância das condições de saúde, condições de moradia e complicações e busca ativa, nos casos que se fizerem necessária.

Além disso, após a alta do serviço de maior complexidade, as unidades básicas de saúde devem dar continuidade ao tratamento das pessoas com úlceras venosas. Isto pode ser realizado meio da atuação de uma enfermeira de ligação que fará a transição do acompanhamento entre os diferentes níveis de atenção. A enfermeira de ligação tem a função de identificar a demanda dos usuários que receberá alta, realizar as orientações necessárias para a pessoa e família e fazer contato com a unidade de saúde da área de abrangência da moradia, informando-os sobre o diagnóstico da pessoa, condições e motivos pelos quais necessitaria de acompanhamento pela unidade, no ambulatório ou domicílio. Dessa forma, garantindo a continuidade do cuidado e maior adesão ao tratamento (BERNARDINO et al., 2010).

Vários motivos podem contribuir para que o usuário não procure o serviço de atenção básica, dentre eles a ausência de especialista (ZUFFI, 2009), ou porque não oferta uma assistência, em nível domiciliar, de forma contínua e resolutiva (NUNES, 2006).

Observa-se que a população ainda prima pelo atendimento especializado – que julgamos necessário, de acordo com cada caso, como também, o fato dos problemas de saúde não serem resolvidos pela atenção básica, pode contribuir para a adesão e valorização do tratamento especializado, uma vez que a população passa a não reconhecer os serviços da atenção básica como capazes de prestar

assistência de qualidade e resolutive. Isso indica a necessidade do investimento na qualificação dos recursos humanos, na aquisição e disponibilidade dos recursos materiais apropriados e, com isso, promover a reorganização de todos os recursos de forma a tornar-se resolutive (ZUFFI, 2009).

Com relação à frequência de curativos realizado na unidade de saúde pesquisada, a maior concentração é de pessoas que realizam três vezes ou mais na semana, equivalendo a 41,4% dos participantes.

Estes dados podem significar mais demanda por recursos materiais e humanos e desgaste para a população pelas idas constantes às unidades. Por outro lado, a necessidade da realização do curativo com maior frequência pode ser necessária em função das condições da lesão (por exemplo, exsudativas) ou do tipo de tratamento tópico utilizado. Nesse sentido, destacamos que poderia ser útil o uso de coberturas que pudessem permanecer mais tempo, sem necessidade de serem trocados a cada 24h/48horas, evidentemente com uso criterioso.

Sobre o tratamento tópico, o presente estudo evidenciou que as lesões eram tratadas, muitas vezes, com mais de um produto, sendo o mais utilizado, aquele que contém ácido graxo essencial, com a cobertura da lesão feita com gaze (Figura 20).

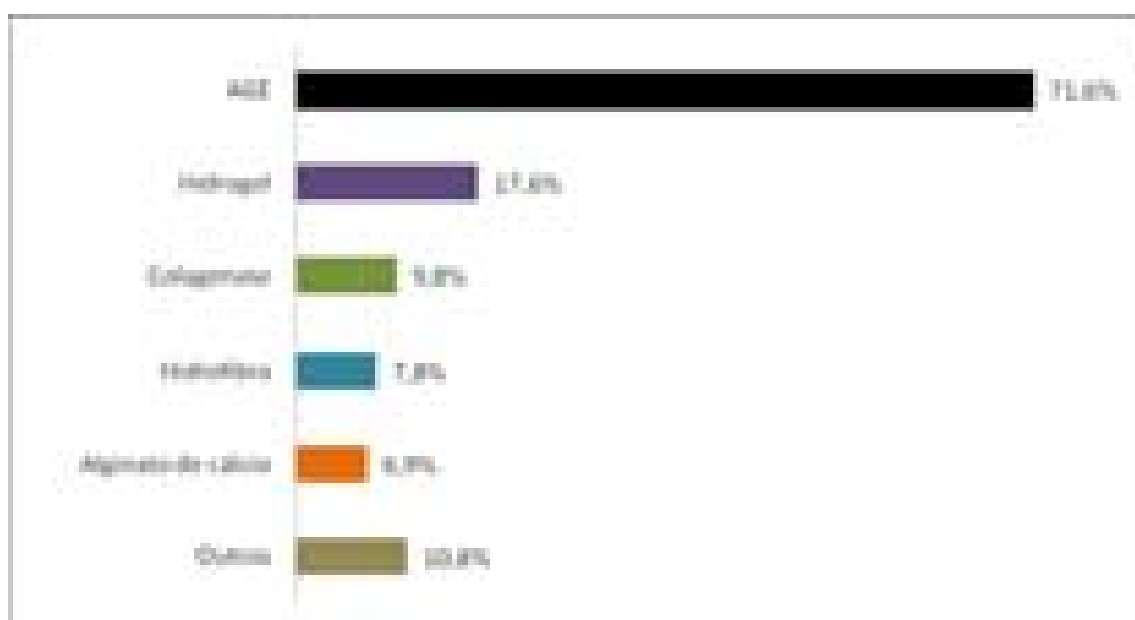


Figura 20 - Distribuição do tratamento tópico das lesões utilizado nas unidades de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Considerando as diretrizes internacionais (EWMA, 2004; ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009; SCOTTISH

INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010) e nacionais (BRASIL, 2008) e as características das úlceras (grandes, exsudativas) da população de estudo, acreditamos que a terapia atualmente utilizada na rede municipal de Goiânia é precária.

Foi observada, na cidade de Natal (RN), entre as pessoas com úlceras venosas, de áreas atendidas por equipe de Saúde da Família, a troca diária do curativo em 98,6% dos casos e técnica de limpeza e uso de produtos inadequados na realização do curativo em 43,2% das pessoas (NUNES, 2006).

Também, no cenário das equipes de Saúde da Família em Uberaba, Minas Gerais, a maioria (49,0%) das pessoas com úlceras venosas trocava o curativo a cada 24 horas, tendo como principais produtos, a bisnaga de metronidazol (geléia vaginal) em 16,3% das úlceras, seguido por hidropolímero de prata. O ácido graxo essencial era usado em 8,1% das lesões (ZUFFI, 2009).

No município de Castro (PR), uma pesquisa por meio de entrevista com enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, identificou que 80,0% delas faziam uso de produtos à base de ácido graxo essencial para o tratamento tópico de úlceras venosas limpas (ÉCHELI; BUSATO, 2006).

Em unidade de referência em angiologia e cirurgia vascular, em Natal (RN), foi observado que os produtos disponíveis e utilizados foram ácidos graxos essenciais (óleo de girassol manipulado) na maioria das úlceras venosas (47,5%), seguido pela papaína manipulada em creme e colagenase mono (DEODATO, 2007).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, um curativo para ser eficaz, dentre outras características, deve ser de fácil aplicação e remoção, sem causar traumas; promover um ambiente úmido; promover o desbridamento; remover o exsudato; além de auxiliar na hemostasia (BRASIL, 2008).

Segundo o *Royal College of Nursing*, o curativo deve ser aceitável pelo paciente, de baixo custo, simples e de baixa aderência para evitar qualquer dano ao leito da ferida. Não há evidências de que um curativo seja superior a outro, se os mesmos promovem cicatrização em ambiente úmido (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Corroborando com esta mesma idéia, a *Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior* (Espanha) cita que se deve promover cicatrização em ambiente úmido, porém não existem evidências que um produto seja superior a outro, se respeitada a característica de manutenção do ambiente

úmido. As evidências sugerem que as vantagens de coberturas não aderentes ou de baixa aderência são mais adequadas para as úlceras venosas. Este documento refere que, considerando que o excesso de exsudato (quantidade e composição) nas úlceras de extremidade inferior é prejudicial à cicatrização, se for observado tal característica na lesão, a recomendação é para o uso de uma cobertura que controle este excesso no leito da úlcera, possuindo tais vantagens, a cobertura de alginato, hidrofibra de hidrocolóide e espumas de poliuretano. E para a pele perilesional, a proteção deve ser feita com película não irritante que formam uma barreira ou pomadas de óxido de zinco (CONUEI, 2009).

Também, no *Guidelines for the Treatment of Venous Úlcers*, a indicação é de um curativo que promova ambiente úmido para a cicatrização. Além disso, utilizar-se do julgamento clínico para fazer a melhor escolha tendo em vista as características do leito da lesão e a capacidade do curativo manter o leito úmido continuamente; selecionar um curativo que irá controlar o excesso de exsudato da ferida e proteger a pele perilesional; e selecionar o curativo que promova o mínimo de cisalhamento e fricção, evitando dano adicional ao tecido; além de observar as características quanto ao custo-efetividade (ROBSON et al., 2006).

O *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2010), ao se referir ao tratamento para úlceras venosas, indica o uso de curativos não aderentes.

Além disso, é necessário (WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007) observar as propriedades dos curativos com relação à sua capacidade de absorção do exsudato, evaporação e retenção, tendo em vista que as lesões podem sofrer compressão devido o uso de terapia compressiva no membro inferior e por isto, resultar em escape do exsudato para a lesão e bordas. Sobre estas propriedades, os curativos interativos que promovem a retenção de exsudato, como por exemplo, hidrocolóides, alginatos e fibras de carboximetilcelulose, oferecem vantagem, pois, o exsudato é retido formando um gel. E neste caso, quando a pressão for aplicada, o gel muda de forma, porém mantém sua propriedade de retenção

A *European Wound Management Association*, refere que a prioridade do tratamento da úlcera venosa é o equilíbrio de umidade, que produzirá a migração da epiderme (EWMA, 2004).

Observamos por meio destas diretrizes, que é consenso o uso de curativo não aderente (EWMA, 2004; ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF

NURSING, 2006; BRASIL, 2008; CONUEI, 2009; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010), que promovam ambiente úmido ao leito (ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; BRASIL, 2008; CONUEI, 2009) e que tenha capacidade de controlar o excesso de exsudato (ROBSON et al., 2006; WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES, 2007; BRASIL, 2008).

Diante das propriedades que deve possuir um curativo, observamos na Figura 17, que em apenas algumas lesões (14,7%), o tratamento era realizado com uso de hidrofibra e alginato de cálcio, denotando a preocupação dos profissionais com a aderência, manutenção de ambiente úmido e controle do exsudato.

Quanto ao uso dos Ácidos graxos essenciais (AGE), usado em 71,6% das lesões, no período da pesquisa, era o único produto disponível em todas as unidades de saúde municipais, sendo as demais coberturas e produtos (alginatos, hidrogéis, hidrofibra, etc), disponíveis somente em quatro unidades de saúde, que eram referência.

Os ácidos graxos essenciais (AGE) ou triglicérides de cadeia média (TCM) não são produzidos pelo organismo, porém, são fundamentais para a manutenção da integridade da pele e podem ser usados por meio de alimentos que os contêm ou aplicados à pele para prevenir ou auxiliar na regeneração tecidual. A ação deste produto é na promoção da quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual. Além disso, a aplicação na pele íntegra tem grande absorção e forma uma película protetora, prevenindo escoriações, em razão da alta capacidade de hidratação, e proporcionando nutrição celular local. O AGE é indicado para prevenção e tratamento de dermatites, úlceras por pressão, venosa e neurotrófica; tratamento de úlceras abertas com ou sem infecção, podendo ser associado a outras coberturas (BRASIL, 2008).

O AGE deve ser aplicado diretamente no leito da úlcera ou aplicar gaze úmida com solução fisiológica suficiente para mantê-la úmida até a próxima troca, ocluindo com cobertura secundária (gaze), fixando-a. A troca se fará quando a cobertura secundária estiver saturada ou a cada 24 horas (BRASIL, 2008).

Porém, é praticamente impossível manter as gazes úmidas continuamente. E isto acaba por favorecer sua adesão ao leito da lesão e região perilesional, provocando traumas na sua retirada, além de ressecar o leito. Por esta razão, as

gazes são contra indicadas (ROBSON et al., 2006; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006).

Em um trabalho de revisão sobre o tratamento da úlcera venosa, os autores concluíram que, tratar úlcera venosa é um desafio para os profissionais de saúde, em virtude dos trabalhos que tratam do assunto mostrarem-se divergentes e duvidosos (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

Uma revisão sistemática da literatura realizada sobre a utilização do AGE concluiu que a maioria dos estudos ainda se refere a uso em animais com trabalhos de relevância ainda escassos. Seu uso, com evidências científicas é indicado para queimaduras (AGE - etil linoleato); nas manifestações cutâneas de deficiência sistêmica desses ácidos (AGE - óleo de girassol); e para o tratamento de ferida cirúrgica aberta infectada (mediastinite) (MANHEZI; BACHION; PEREIRA, 2008).

Vários fatores podem interferir na escolha adequada da cobertura, dentre eles: falta de conhecimento dos profissionais, restrições impostas pela equipe médica, a existência de programas locais ou regionais com suas próprias recomendações, uso de diretrizes para o tratamento de feridas, fatores relacionados ao reembolso financeiro pelos planos de saúde (EWMA, 2003a), além da falta de recursos materiais, restringindo o uso a uma pequena variedade de produtos ou a um único produto, e falta de recursos humanos qualificados e habilitados para realizar a avaliação e determinação do tratamento (BORGES, 2005).

Um estudo relacionado ao tratamento de úlceras venosas identificou que os profissionais envolvidos na avaliação e tratamento não dispunham protocolos que pudessem direcionar o trabalho, sendo detectada a necessidade de qualificação profissional (ÉCHELI; BUSATO, 2006).

Uma revisão da literatura acerca da assistência às pessoas com úlceras venosas com base em protocolos, concluiu que os mesmos eram direcionados para a área hospitalar e não enfatizavam a necessidade de serem integrados aos serviços para melhorar a assistência (DANTAS et al., 2010).

Por outro lado, observa-se a falta de habilidade interpessoal e poder para decisão por parte da enfermagem, sendo fundamental que os profissionais que ocupam cargos de decisão tenham acesso às inovações, haja vista que a adoção de práticas padronizadas parte de uma decisão institucional e não pessoal (BORGES, 2005).

Deve-se considerar a realização de capacitação dos enfermeiros no seu processo de trabalho, envolvendo-os no compromisso com os resultados pretendidos, vislumbrando a qualidade da assistência prestada e impacto nas condições de saúde da população (CARVALHO et al., 2010).

São sugeridos fóruns de discussão quanto às recomendações relacionadas ao tratamento tópico da úlcera venosa, os quais podem contribuir para a incorporação de conhecimento para uma prática baseada em evidência (BORGES, 2005). Outros autores sugerem a realização de cursos de especialização diante de divergências apontadas em diferentes literaturas (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

Os outros (10,0%) produtos usados como terapia tópica incluíam: uso de povidine, antibiótico tópico, fibrase, permanganato de potássio e placa de hidrocolóide.

Quanto ao uso de terapia compressiva, o presente estudo (Figura 21) verificou que quatro (6,9%) participantes usavam compressão inelástica, bota de Unna, que é considerada a medida mais importante do tratamento da pessoa com úlcera venosa (MCGUCKIN et al., 2002; PARTSCH, 2003; REIS et al., 2003; EWMA, 2003; EWMA, 2004; ROBSON et al., 2006).

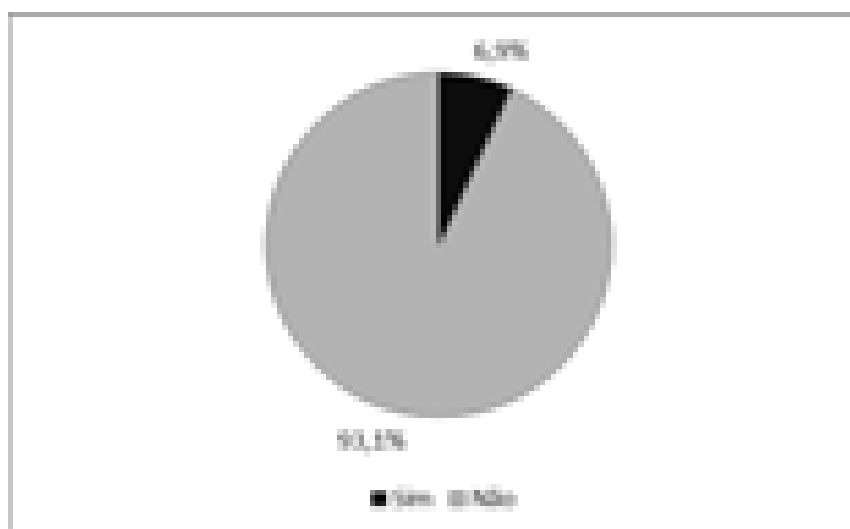


Figura 21 - Distribuição do tratamento compressivo entre os participantes, utilizado nas unidades de saúde - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010.

Os estudos mostram ocorrência de uso de terapia compressiva em pessoas com úlceras venosas de 4,0 a 56,8% (NUNES, 2006; DEODATO, 2007; SAMPAIO, 2007).

Uma ocorrência de uso de terapia compressiva de 4,0% foi encontrada em estudo realizado com pessoas atendidas em ambulatório especializado em estomaterapia (SAMPALIO, 2007), e de 22,5% em ambulatório de referência em angiologia e cirurgia vascular, distribuídas em: uso de meias; uso de ataduras; meias com ataduras e bota de Unna, que teve uma ocorrência de 7,5% (DEODATO, 2007).

Em serviço de unidades básicas de saúde, o uso de terapia compressiva alcançou 29,7% das pessoas com úlceras venosas (NUNES, 2006

Já em estudo envolvendo pessoas de unidades básicas e ambulatório especializado essa ocorrência foi mais elevada (56,8%), sendo que os resultados foram influenciados, principalmente, pela amostra constituída de pessoas atendidas nos ambulatórios especializados, isto é, em nível terciário (TORRES et al., 2009).

As pessoas com úlceras venosas, assim como os participantes do presente estudo, poderiam obter vantagem com o uso da compressão graduada, visto que a compressão externa de alta compressão (multi-camada ou bota de Unna) contribui para o retorno venoso, melhorando a estase e o edema, o que se traduziria em melhores condições clínicas na lesão (EWMA, 2003; ROBSON et al., 2006; CONUEI, 2009; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010)

O número pequeno de pessoas em uso de bota de Unna poderia ser explicado pelo fato de que, no Brasil, a bota de Unna só pode ser realizada com indicação médica especializada (BRASIL, 2008). Em decorrência disso, como a doença venosa é atendida na especialidade médica de angiologia e cirurgia vascular, pode ocorrer dos médicos não a prescrevem, estando assim seu uso restrito.

Além disso, no cenário internacional, preconiza-se assegurar a existência de profissional treinado para a aplicação da terapia compressiva, e o acompanhamento sistemático e regular das pessoas, sem que necessariamente se restrinja a sua indicação pelo profissional médico. Entretanto, deve ser realizada a avaliação especializada de um vascular quando tratar-se de pessoas com índice tornozelo-braço menor que 0,8; em pessoas com diabetes; e em casos de não ocorrer qualquer redução do tamanho da lesão em um mês de terapia compressiva (EWMA,

2003; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2006; CONUEI, 2009; SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

Como refere a literatura, antes da aplicação da terapia compressiva, é necessário uma avaliação precisa e diagnóstico detalhado. E, a decisão sobre qual o sistema de compressão a ser usado, se elástico ou inelástico, deve ter como base se o paciente é móvel ou imóvel. Se móvel, a primeira escolha é para a compressão multi-camadas (elástica ou inelástica); e, se imóvel, compressão elástica (EWMA, 2003).

No presente estudo, o uso de meia elástica de alta compressão foi referido por apenas uma pessoa (1,7%), com tempo de uso há mais de ano.

Apesar da indicação consensual de meia elástica pela literatura (BORGES, 2005; MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN-GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA, 2005), a sua validade é questionada na vigência da lesão, uma vez que não existem evidências suficientes que mostram benefícios em pessoas com úlcera em atividade. No caso específico deste participante, pode não trazer benefícios pois a validade da meia é de 3 a 6 meses (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010) e ele fazia uso da mesma meia há um período maior.

Observamos que a maioria dos participantes do estudo passa o dia sentado ou deitado, e neste caso, seria necessária uma avaliação mais minuciosa sobre os motivos que os levam a ficar nesta posição, se por restrições físicas ou por desconhecimento da importância de atividades físicas. Com base nisto, realizar um trabalho educativo para posterior inserção da terapia compressiva, assim como também sobre a realização de exercícios físicos. Conseguir a aderência dos pacientes a estas intervenções não é tarefa fácil. Devem estar empenhados os profissionais, principalmente enfermeiros e os dermatologistas, assumindo assim suas responsabilidades neste cuidado (HEINEN et al., 2007).

A conscientização quanto ao uso de meias elásticas para prevenir recorrência deve iniciar ainda no decorrer do tratamento da úlcera. Um estudo identificou que as orientações sobre o uso de meias elásticas foram realizadas principalmente (62,5%), pelo profissional da área médica, sendo que o enfermeiro fez esta orientação para 2,5% das pessoas e o farmacêutico também para 2,5%. As demais pessoas não receberam qualquer orientação sobre essa terapia (DEODATO, 2007).

Em outro estudo, não se verificou qualquer orientação em relação às terapias não farmacológicas, como o uso de meias de compressão, caminhadas, repouso (ZUFFI, 2009).

Quanto à terapia farmacológica, era realizada por três participantes (5,2%), sendo dois (3,4%) usavam Daflon® (Fração Flavonóica Purificada e Micronizada de Diosmina), um (1,7%) fazia uso de Marevan® (Varfarina) e um (1,7%), de Venalot® (cumarina, troxerrutina).

A Fração Flavonóica Purificada e Micronizada de Diosmina pode trazer benefício para a cicatrização da úlcera venosa (ROBSON et al., 2006; CONUEI, 2009), porém, observamos o uso bastante restrito entre os participantes.

Observou-se que é uma prática comum a realização do curativo no domicílio, tanto durante a semana, quanto nos finais de semana, uma vez que a maioria das unidades de saúde possui atendimento de segunda a sexta-feira, não atendendo nos finais de semana.

No decorrer da coleta de dados, foi possível observar que algumas pessoas realizam o tratamento das suas lesões no domicílio, comparecendo à unidade de saúde somente para pegar material; outras usam diferentes serviços da unidade, como o de farmácia. Os profissionais da unidade da sala de curativos, assim como os servidores como um todo, deveriam investir esforços no sentido de inseri-los no programa de tratamento de feridas da unidade de saúde.

A Tabela 16 mostra que 67,2% dos participantes realizavam curativos, além da unidade de saúde, também no domicílio.

Este cenário não é diferente em outras regiões brasileiras. Entre os participantes do estudo de Nunes (2006), 31,1% realizam seu próprio curativo, 18,9% era o familiar ou cuidador, sendo que em mais 12,2% dos casos o paciente também realizava em conjunto com outras pessoas. Nos finais de semana, em 63,4% dos casos era realizado pelo próprio paciente, sendo o restante feito por um cuidador

Outro estudo identificou que, quando não realizava o curativo em um ambulatório de referência, este ficava a cargo da pessoa com úlcera e familiar em 32,5% dos casos, e em mais 57,6% era realizado em conjunto com profissionais ou familiares, perfazendo um total de 90,1% de pessoas que realizam seu próprio curativo (DEODATO, 2007)

Tabela 16 - Distribuição dos participantes segundo a realização de curativo no domicílio, proteção durante o banho, limpeza da lesão e produto utilizado - Goiânia - OUT 2009 – JUL 2010

| Realização de curativo | f | % |
|---|----------|----------|
| Realização do curativo | | |
| Na unidade e no domicílio | 39 | 67,2 |
| Exclusivamente na unidade de saúde | 19 | 32,8 |
| Proteção do curativo durante o banho | | |
| Sim | 44 | 75,9 |
| Não | 14 | 24,1 |
| Limpeza da lesão no domicílio | | |
| Não faz curativo no domicílio | 19 | 32,8 |
| Limpeza após o banho | 20 | 34,5 |
| Limpeza durante o banho | 12 | 20,7 |
| Não faz limpeza: não troca cobertura primária, troca somente a cobertura secundária | 05 | 8,6 |
| Não faz limpeza: aplica o produto e troca a cobertura | 02 | 3,4 |
| Produtos usados para limpeza da lesão | | |
| Não faz curativo no domicílio ou não faz limpeza | 26 | 44,8 |
| Uso de solução fisiológica | 15 | 25,9 |
| Uso de água e sabonete comum | 15 | 25,9 |
| Uso de água e sabão anti-séptico | 02 | 3,4 |

Um fator preocupante da realização do curativo no domicílio são as condições em que ele é realizado, a qualidade da água não é garantida e não há controle bacteriológico (BORGES, 2005). Devemos atentar também, sobre as condições de higiene do banheiro. Tanto a lesão pode ser prejudicada pelas condições do banheiro, assim como os familiares que compartilham deste mesmo ambiente, expondo-se a exsudato e fluídos proveniente da lesão.

A maior parte (75,9%) dos participantes do estudo protege o curativo durante o banho. Contudo, 14 (24,1%) não protegem. Isso quer dizer que as lesões são molhadas com a água proveniente da higiene corporal.

A prática da realização do curativo no domicílio com o uso da água do chuveiro foi encontrado por outro pesquisador (ZUFFI, 2009). Além disso, verificou-

se que não havia o fornecimento de material para a realização do curativo e não foram identificadas orientações quanto à terapia tópica (NUNES, 2006).

A Tabela 16 mostra ainda que cinco (8,6%) pessoas trocam a cobertura secundária das lesões no domicílio e duas (3,4%) realizam a troca das coberturas da lesão, sem a realização da limpeza. Estas práticas mostram a exposição da população a coberturas úmidas por exsudato, assim como a prática irregular de deixar a lesão sem limpeza, denotando a dificuldade do sistema de saúde para absorver a demanda, a falta de conhecimento para a realização do procedimento ou a dificuldade de deslocamento do usuário até o serviço para realizar as trocas do curativo quantas vezes forem necessárias.

Diante da impossibilidade das unidades de saúde atenderem as pessoas com úlceras venosas, os profissionais podem, conjuntamente com as pessoas, avaliar a possibilidade de proceder à limpeza da ferida da forma mais próxima e possível dos recursos que eles dispõem, apontar a utilização de coberturas adequadas, não aderentes, de baixo custo e aceitáveis pelos usuários, e ainda buscar recursos necessários para a obtenção dos materiais por meio do serviço social ou meios legais (ZUFFI, 2009).

Por outro lado, observa-se que os serviços de saúde não estão estruturados para atender condições crônicas, devendo ser implantado um novo modelo de assistência que inclua as pessoas que desenvolvem agravos de saúde que exigem cuidados contínuos, como observado em relação às necessidades das pessoas com úlceras venosas (BORGES, 2005).

5 CONCLUSÕES

Em relação à caracterização socioeconômica e demográfica das pessoas com úlceras venosas, em atendimento nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia, durante o período de outubro de 2009 a julho de 2010, esta pesquisa permitiu identificar que;

- predominava pessoas com idade de 50 a 59 anos (31,0%);
- sexo masculino (67,2%);
- moradores de Goiânia (79,3%);
- com até cinco anos de estudo (72,4%);
- trabalhadores (67,2%);
- classe econômica “D” (48,3%);
- pessoas que possuíam casa própria (65,5%);
- casa construída de alvenaria (96,6%)

O acometimento de pessoas com idade avançada, baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, mostra a populacional com que os enfermeiros dispensarão cuidados, que deve considerar uma linguagem de acordo com o seu contexto educacional e social, as restrições impostas em função de baixo poder aquisitivo, como restrição alimentar, menor acesso a medicamentos, a conforto e lazer, devendo-se pensar em caminhos para assegurar os seus direitos enquanto cidadãos em conjunto com outros profissionais, como assistentes sociais e nutricionistas e parcerias com grupos locais, associações de moradores e organizações não governamentais.

Em relação ao sexo, constitui-se em característica a ser investigada com maiores detalhes na população local, uma vez que diverge da maioria dos estudos envolvendo pessoas com úlceras venosas.

Quanto à caracterização clínica dos participantes evidenciou-se que:

- as principais condições de saúde referidas foram alteração da circulação venosa nos membros inferiores (87,9%), hipertensão arterial (36,2%) e diabetes (17,2%);
- aproximadamente metade das pessoas tinha sobrepeso/obesidade (51,7%);
- um número importante de pessoas com níveis pressóricos elevados (43,1%);
- predominou posição sentado ou deitado (67,2%) na maior parte do dia;
- não realização de exercício físico (95,0%);
- predomínio de membros inferiores com varizes/veias reticulares/telangiectasias (87,9%);
- predomínio de membros inferiores com hiperpigmentação da pele (84,8%)
- predomínio de membros inferiores com edema (83,3%);
- aproximadamente metade dos membros inferiores tinha lipodermatoesclerose (53,0%);
- aproximadamente metade dos membros inferiores tinha eczema (51,5%);
- predomínio de membros inferiores com dor (63,6%).

As condições de saúde, bem como as práticas em saúde e as características dos membros inferiores indicam a presença de situações que podem interferir nas características clínicas da lesão, bem como, com o bem estar em função da presença de dor. São necessárias abordagens que considerem estas pessoas na sua integralidade, onde a lesão é uma das condições a ser avaliada em conjunto com as demais, e acompanhadas sistematicamente.

Quanto à caracterização das úlceras:

- aproximadamente metade dos participantes referiu recorrência da úlcera (51,7%);
- a maioria possuía lesão única (63,8%);
- localização das lesões predominantemente na zona 2 (75,5%);
- aproximadamente metade das lesões tinha duração de até um ano (48,5%);

- o tecido de granulação foi encontrado na maioria do leito das lesões (99,0%);
- a maior ocorrência foi de lesões com área maior que 24cm² (39,2%);
- houve predomínio de lesões com grande quantidade de exsudato (40,2%);
- como pior tipo de tecido, predominou esfacelo no leito das lesões (73,5%);
- a aplicação da escala *Pressure Ulcer for Scale Healing* identificou que as lesões tinham escores elevados, isto é, de 14 a 17 (55,9%);
- houve predomínio de exsudato purulento-esverdeado nas lesões (32,3%);
- predomínio de odor forte do exsudato (31,4%);
- número importante (48,0%) de lesões com leito de coloração pálida;
- as bordas das lesões eram circunscritas (57,8%), regulares (52,0%), aderidas ao leito (96,1%) e com ausência de epitelização (70,6%);
- a pele perilesional apresentava-se com aspecto de textura fina (75,5%), brilhante (71,0%), descamativa (63,7%), com hipertermia (53,8%) e hiperemia (56,9%);

As lesões apresentavam-se com atraso na cicatrização, características precárias no leito, exsudato, borda e pele perilesional, indicando a necessidade de avaliação da equipe de enfermagem pautada no conhecimento sobre etiologia das úlceras, processo de cicatrização e tratamento não farmacológico; condutas mais assertivas, como a escolha de cobertura que contribua para o debridamento do esfacelo sem, contudo, prejudicar o tecido de granulação; a necessidade de acompanhamento sistematizado com vistas a perceber o grau de evolução das lesões utilizando-se de ferramentas de avaliação, bem como a interação dessas informações com as condições sistêmicas da pessoa. Indica ainda, a necessidade de compartilhar a situação clínica com médico vascular, levando-se em consideração todo o quadro clínico, e a necessidade de estabelecer parceria com demais profissionais, como nutricionista, conjugando maiores esforços em benefício de melhores condições das lesões.

Em relação ao tratamento para úlceras venosas realizado no domicílio e nas salas de curativo das unidades de saúde, observou-se que:

- a maioria referia acompanhamento com auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro e médico (67,2%), tendo-se quatro (7,0%) pessoas em

realização de curativo com auxiliar/técnico de enfermagem sem qualquer avaliação por enfermeiro ou médico;

- a maioria das pessoas referiram acompanhamento com profissional médico da especialidade angiologia/cirurgia vascular (67,2%);
- predominou produtos à base de ácido graxo essencial (71,6%) no tratamento tópico das lesões;
- bota de Unna era utilizada por número reduzido de pessoas (3,9%);
- houve predomínio de pessoas que realizavam curativo na unidade e domicílio (67,2%);
- predominou pessoas que protegiam o curativo durante o banho (75,9%);
- para as pessoas que realizavam o curativo no domicílio, o momento da realização da limpeza era, para a maioria, após o banho (34,5%), tendo-se o soro fisiológico (25,9%) e a água corrente (25,9%) usados na limpeza das lesões.

O acompanhamento por enfermeiro a todas as pessoas com úlceras venosas é uma necessidade inquestionável, pois se trata de condição crônica, e a realização de curativo pelo auxiliar/técnico de enfermagem é responsabilidade técnica do enfermeiro. A abordagem das pessoas com úlceras venosas precisam levar em consideração a condição de base, isto é a insuficiência venosa crônica, e por isso a terapia compressiva é fundamental e foi pouco usada entre os participantes deste estudo, apesar de que o acompanhamento com vascular tenha sido referido pela maioria das pessoas. Esta situação traz para discussão se de fato há acompanhamento, pois isso pressupõe avaliar a evolução e redirecionar condutas, se necessário; além disso, se as pessoas visitam médicos diferentes que fazem, separadamente, sua prescrição, sem saber a condição anterior da pessoa, o tratamento é descontinuado; e outra questão, ponto crucial, é se de fato há contra-referência destas pessoas à unidade de origem, que agiria como interlocutor das várias avaliações dos médicos especialistas, colocando-se como de fundamental o papel das unidades básicas e profissionais generalistas, enfermeiros e médicos.

As possibilidades de tratamento tópico da lesão ainda são limitadas no cenário de estudo, havendo necessidade de expansão possibilitando ao enfermeiro a escolha adequada de cobertura, no caso específico da população estudada, de cobertura que promova meio úmido.

Como um contingente considerável de pessoas realiza curativo no domicílio, há necessidade de se avaliar, em conjunto com gestores, o acesso destas pessoas às salas de curativos, os motivos da realização do curativo no domicílio, tendo como objetivo traçar plano de ação para esta situação, considerando as necessidades das pessoas e as condições das lesões. Outra necessidade é a de se avaliar as condições do domicílio onde é realizado o curativo, bem como o grau de conhecimento de quem o realiza.

Este estudo produziu resultados que permitem sugerir:

- A atuação dos enfermeiros de forma sistematizada;
- Criação de um sistema de registro que permita o cadastro das pessoas que freqüentam as salas de curativos e agendamento de retorno, possibilitando realizar busca ativa para os faltosos;
- Criação de instrumento de avaliação e seguimento da pessoa com úlcera venosa;
- Adoção de um protocolo de atendimento da pessoa com úlcera venosa;
- Qualificação dos servidores da unidade de saúde, visando identificar pessoas que freqüentam a unidade e possuem as pernas cobertas com ataduras, visando seu encaminhamento para o enfermeiro;
- Qualificação dos profissionais de enfermagem na avaliação e tratamento de pessoas com úlceras venosas;
- Ampliação das coberturas para tratamento tópico das lesões;
- O envolvimento do profissional médico vascular na avaliação e tratamento das pessoas com úlceras venosas, adotando o sistema de contra-referência para a atenção básica;
- O acompanhamento da pessoa com úlcera venosa pelo serviço das unidades básicas de saúde, iniciando pela busca ativa, mesmo se esta foi encaminhada para unidade de referência, contribuindo para evitar desistências, estimular o tratamento proposto, realizar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- O acompanhamento e avaliação regular do serviço das salas de curativos por profissionais dos Distritos Sanitários e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde;

- A promoção de encontros dos enfermeiros de diferentes serviços com o objetivo de conhecer realidades diferentes, compartilhar experiências e conhecimento;
- A inclusão do serviço de atendimento às pessoas com úlceras venosas como uma política prioritária na atenção básica, por tratar-se de condição crônica;
- A inclusão do tema “avaliação e tratamento de pessoas com úlceras venosas” como parte do currículo dos cursos de enfermagem de nível superior e médio.

As ações para as situações aqui apresentadas exigem planejamento, continuidade e avaliação, sem isto, continuaremos por ofertar atendimento sem resolutividade e demandando por recursos públicos.

Algumas limitações deste trabalho foram a impossibilidade de permanência dos pesquisadores diariamente em todas as unidades de saúde, o desconhecimento do número de pessoas que realizam o curativo no domicílio, impossibilidade de concluir a coleta de dados em encontro único, a não investigação se os profissionais que realizavam o acompanhamento das pessoas com úlceras atuavam em equipe e há quanto tempo foi realizada a consulta com médico da especialidade angiologia.

As limitações para o desenvolvimento do estudo incluíram a inexistência de sala para realização da coleta de dados; a inexistência de salas de curativos em parcela das unidades de saúde, assim como a restrição de atendimento de algumas salas somente para pessoas com feridas agudas; a mudança dos prontuários para o sistema eletrônico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nos possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada pelos usuários das salas de curativos, assim como pelos profissionais de enfermagem.

O trabalho em rede, isto é, a existência de pesquisadores que possuíam vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde e com a universidade, contribuiu para o acesso ao cenário da pesquisa e também com a cooperação dos profissionais da sala de curativos, uma vez que alguns já eram de nosso conhecimento, e o fato de apresentar-se como pesquisador e servidor denotava sermos pares, parte de um mesmo processo.

Sensibilizamo-nos especialmente quanto à falta de sistematização do trabalho realizado pelos profissionais, percebido por meio da ausência de avaliação dos usuários, de anotações do cuidado prestado, de controle dos faltosos e de busca ativa, o que além de organizar o serviço, evidenciar o serviço realizado pelos profissionais, também se constitui em fonte de pesquisa.

A sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem também foi observada. A maioria dos enfermeiros coordena todas as atividades ambulatoriais oferecida à população. Em alguns serviços, técnicos de enfermagem ou enfermeiros trabalham incessantemente, realizando um curativo após o outro, sem horário para um pequeno descanso ou para tomar água, em especial, nas unidades de referência para o tratamento de ferida crônica.

A receptividade dos usuários, sujeitos dessa pesquisa, foram pontos incentivadores na lida diária. Em vários momentos nos emocionaram diante das necessidades apresentadas tanto de saúde quanto econômicas, surpreendendo-nos com a persistência no tratamento prolongado e desgastante.

Grande desafio foi o trabalho cotidiano de idas e vindas às unidades de saúde longínquas, tornando a experiência cansativa e desgastante.

Outro desafio foi o trabalho com uma equipe de pesquisadores perseguindo sempre o protocolo de pesquisa.

Todo o processo de planejamento e desenvolvimento desta pesquisa contribuiu para nosso aprendizado sobre avaliação e tratamento de úlceras venosas, pois a cada contato que tínhamos com os sujeitos, representava caso único e

singular. A relação com o conhecimento teórico foi fundamental para a atenção a cada sinal e sintoma. Os aspectos psicossociais que envolvem a vivência com úlcera venosa nos tornaram pessoas mais sensíveis. Assim foi se constituindo o nosso conhecimento para a assistência de enfermagem.

Nosso olhar, enquanto enfermeiro, voltado para as pessoas com úlceras venosas agora está mais abrangente e também mais detalhado e criterioso. Acreditamos, cada vez mais, que o enfermeiro é o profissional fundamental para o cuidado destas pessoas devendo pautar suas ações em bases científicas e utilizar-se de instrumentos para a sistematização do cuidado.

Enquanto pesquisadora, esta experiência contribuiu para a compreensão das fases de uma pesquisa, desde os momentos iniciais com a elaboração do instrumento de coleta de dados, o treinamento, as reuniões de avaliação do processo, a construção do banco de dados e posteriormente com a elaboração do relatório de pesquisa e artigo. O trabalho em equipe permitiu que compreendêssemos a importância de cada pesquisador, assim como nos relacionar com diferentes pessoas, tendo um objetivo único.

Com a conclusão deste projeto alcançamos mais uma etapa no decurso da nossa formação acadêmica, compreendendo que pouco se sabe e que muito há o que aprender, a descobrir.

Esta pesquisa representa grandes esforços no sentido de concretização de um projeto, e assim, contribuiu para o nosso crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

REFERÊNCIAS

- Abbade LPF, Lastória S. Abordagem dos pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):509-22.
- Abbade LPF, Lastória S, Rollo HA, Stolf HO. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. *International Journal of Dermatology*. 2005;44:989-992.
- Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino Neto S. Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. *J Vasc Br*. 2005;4(3 Suppl 2):S195-200.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil; 2008.
- Andreozzi GM, Cordova R, Scomparin MA, Martini R, D'eri A, Andreozzi F. Quality of life in chronic venous insufficiency. *Int Angiol*. 2005;24(3):272-7.
- Ayello E, Cuddigan J, Kerstein M. Skip the knife. *Nursing*. 2002;32(9):58-63.
- Azulay DR, Azulay-Abulafia L, Azulay RD. Semiologia dermatológica. In: Azulay RD, Azulay DR. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 38-60
- Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2006 [cited 2010 sep 21];14(6):sem paginação. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a17.pdf.
- Barbetta FM, Mazzucato EL, Salathiel AM, Foss NT, Frade MAC. Retrospective analysis of leg ulcers cases at the university hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (1991-2001). *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009;37(1):28-32.
- Barbosa JAG, Campos LMN. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. *Enfermería global*. 2010;20:1-13.
- Barros Júnior N. Insuficiência Venosa Crônica. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado* [internet]. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003 [cited 2010 sep 21]. Available from: <http://www.lava.med.br/livro>.
- Barros MBA, Galvão César CL, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-926.
- Bastías WG. Úlcera venosa crônicas de las extremidades inferiores. *Rev Med Clin CONDES*. 2008;19(1):61-8.
- Bauer MW, Gaskell G, alum N. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa*

com texto, imagem e som: um manual prático. 7st ed. Guareschi PA, translator. Petrópolis/RJ: Vozes; 2008. p. 17-36

Becker F. Current Treatment of Varicose Veins. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2006;8:97-103.

Belczak CEQ Cavalheri Júnior G, Godoy JMP, Caffaro RA, Belczak SQ. Relação entre a mobilidade da articulação talocrural e a úlcera venosa. *J Vasc Bras*. 2007;6(2):149-55.

Bergqvist D, Lindholm C, Nelzén O. Chronic legs ulcers: the impact of venous disease. *Journal of Vascular Surgery*. 1999;29(4):725-755.

Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):131-5.

Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):459-63.

Bickley LS, Szolagyi. Bates. *Propêutica Médica*. 8st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Bjarnsholt T, Kirketerp-Møller K, Jenson PØ, Madsen KG, Phipps R, Kroghfelt K et al. Why chronic wounds will not heal: a novel hypothesis. *Wound Repair Regen*. 2008;16(1):2-10.

Blanes L. Tratamento de feridas. In: Baptista-Silva JC (Ed.). *Cirurgia vascular: guia ilustrado* [internet]. São Paulo, 2004 [cited 2010 sep 21]. Available from: http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf.

Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Systematic review of topic treatment for venous ulcers. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1163-70.

Borges EL. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências [thesis]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem/USP; 2005. 305 p.

Bouza C, Munõz A, Amate JM. Efficacy of modern dressings in the treatment of leg ulcers: A systematic review. *Wound Rep Reg*. 2005;13:218-29.

Brasil; Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2st ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. 92 p.

Brasil; Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. Antropometria: como pesar e medir. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004. 62 p.

Brasil; Ministério da Saúde. Portaria 2.048 - Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

Braun Filho JL, Braun L. Dor aguda. Dor diagnóstico e tratamento. 2004;1(2):3-14.

Briggs M, Closs SJ. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. EWMA Journal. 2003;3(2):14-20.

Calianno C, Jakubek P. Wound bed preparation: Laying the foundation for treating chronic wounds, part I. Nursing. 2006;36(2):70-71.

Calianno C. How to choose the right treatment and dressing for the wound. Med/Surg Insider. 2003:6-15.

Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, Zanella MT. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):306-11.

Carvalho EC, Laus AM, Caliri MHL, Rossi LG. Da produção à utilização de resultados de pesquisa assistencial: uma experiência em consolidação. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):853-8.

Carvalho MMMJ. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

Cestari SCP, Azulay DR, Azulay RD. Eczemas e dermatites afins. In: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 149-67

Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volonté M, Schaer E, Petrini O. Effect of Chronic Venous Insufficiency on Activities of Daily Living and Quality of Life: Correlation of Demographic Factors With Duplex Ultrasonography Findings. Angiology. 2007;58(4):440-9.

Coleridge-Smith, Lok C, Ramelet AA. Venous Leg Ulcer: A Meta-analysis of Adjunctive Therapy with Micronized Purified Flavonoid Fraction. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;30:198-208.

Coleridge-Smith . The Causes of Skin Damage and Leg Ulceration in Chronic Venous Disease. Lower Extrem Wounds. 2006;5(3):160-8.

Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs – UIP Consensus Document. Part I: Basic principles. Phlebology 2006;21(4):158-167.

Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.

Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007;88(1):59-65.

Criado PR, Criado RFJ, Azulay DR. Pruridos, prurigos, urticária e afins. In: Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 221-46

Cutting KF. Wound Healing, Bacteria and Topical Therapies. EWMA Journal. 2003;3(1):17-19.

Dantas DV, Torres GV, Nóbrega WG, Macedo EAB, Consta IKF, Melo GSM, et al. Assistance to patients with venous ulcers based on protocols literature review in eletronic databases. Rev enferm UFPE on line. 2010;4(esp):2001-007.

Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3st ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

De La Bassine, Thirion I, Horvat L-IL. A novel method of comparing the properties of two hydrogels in chronic leg ulcers. JEADV. 2006;20:131-5.

Deodato OON. Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em natal/RN [dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2007. 104 p.

Écheli CSB, Busato CR. Tratamento tópico de úlcera de estase venosa – proposta para padronização. Publ UEPG Ci Biol Saúde. 2006;12(1):7-14.

Edwards J. Managing maladourous wounds. JCN [internet]. 2000 [cited 2010 feb 3];14(4). Available from: <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=04&YearNum.=20000&Type=search&ArticleID=136>.

Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg. 2004;40(6):1248-52.

Engelhorn CA, Beffa CV, Bochi G, Pullig RC, Picheth FS, Cunha SS. Avaliação por pletismografia a ar da função da bomba muscular da panturrilha conforme a idade. J Vasc Br. 2003;2(1):13-6.

European Wound Management Association; EWMA document. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. J Wound Care. 2010;19(6):239-268.

European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd; 2005.

European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd; 2003a.

European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd; 2004.

European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Understanding compression therapy. London: MEP Ltd; 2003b.

Fairbairn K, Grieger J, Hunter C Preece J. A sharp debriment procedure devised by specialist nurses. *J Wound Care*. 2002;11(10):371-5.

Fan CM. Epidemiology and Pathophysiology of Varicose Veins. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 2003;6(3):108-110.

Fernandes LF, Pimenta FC, Fernandes FF. Isolamento e perfil de suscetibilidade de bactérias de pé diabético e úlcera de estase venosa de pacientes admitidos no pronto-socorro do principal hospital universitário do estado de Goiás, Brasil. *J Vasc Bras*. 2007;6(3):211-7.

Ferreira AM, Andrade D. Revisão integrativa da técnica limpa e estéril: consensos e controvérsias na realização de curativos. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):117-21.

Figueiredo MAM, D. Filho A, Cabral ALS. Avaliação do efeito da meia elástica na hemodinâmica venosa dos membros inferiores de pacientes com insuficiência venosa crônica. *J Vasc Br*. 2004;3(3):231-7.

Finlayson KJ, Edwards HE, Courtney MD. Factors associated with recurrence of venous leg ulcers: a survey and retrospective chart review. *Int J Nurs Studies*. 2009;46(8):1071-8.

Fornells MG, González RFC. Cuidados de la piel perilesional. Espanha: Fundación 3M y Drug Farma, S. L. 2006.

Frade MA, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):41-6.

França LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. *J Vasc Br*. 2003;2(4):318-28.

Franco ME, Pérez JH, Wolff M, Mira SE, Múnera LMR. Tratamiento de las úlceras crónicas em los miembros inferiores con um equivalente cutáneo autólogo y desbridación con larvas de *Lucilia sp.*(Diptera: Calliphoridae). Reporte de un caso. *Iatreia*. 2007;20(4):397-406.

Gabriel SA, Serafim PH, Freitas CEM, Tristão CK, Taniguchi RS, Beteli CB, et al. Doença arterial obstrutiva periférica e índice tornozelo-braço em pacientes submetidos à angiografia coronariana. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2007;22(1):49-59.

Grady C. Ethical Principles in Clinical Research. In: Gallin JI, Ognibene FP. *Principles and practice of clinical research*. 2sted. Burlington/USA: Elsevier; 2007. p. 15-26

Gamba MA, Yamada BFA. Úlceras Vasculogênicas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 239-40

Gigante DP, Barros FC, Post CLA, Olinto MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(3):236-46.

Gemmati D, Tognazzo S, Serino M L, Fogato L, Carandina S, Palma M, et al. Factor XIII V34L polymorphism modulates the risk of chronic venous leg ulcer progression and extension. *Wound Repair and Regeneration*. 2004;12(5):512-517.

Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, Chant T, Foy C, Earnshaw JJ, Heather BP, et al. Long term results compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:83-8.

Gohel MS, Taylor M, Earnshaw JJ, Heather BP, Poskit KR, Whyman MR. Risk Factors for Delayed Healing and Recurrence of Chronic Venous Leg Ulcers—An Analysis of 1324 Legs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29:74-7.

Goiânia; Prefeitura de Goiânia; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação Ambulatorial. Regiões administrativas. Goiânia; 2009.

Gouveia JC. Is it safe to use saline solution to clean wounds? *EWMA Journal*. 2007;7(2):7-12.

Guimarães PCM. Feridas causadas por doenças vasculares: cicatrização e curativos. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HÁ, Giannini M, Moura R. *Doenças vasculares periféricas*. 4st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008: p. 761-9

Hampton S. An introduction to various types of leg ulcers and their management. *Br J Nurs (Tissue Viability Supplement)*. 2006;15(11):9-13.

Heinen MM, Persoon A, Kerkhof P, Otero M, Achterbergc T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Studies*. 2007;44:1296–303.

Hess CT. *Tratamento de úlceras e feridas*. 4st ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Ed.; 2002.

Hirai M, Niimi K, Iwata H, Sugimoto I, Ishibashi H, Ota T, et al. A comparison of interface pressure and stiffness between elastic stockings and bandages. *Phlebology*. 2009;24:120-124.

Hopf HW, Ueno CRA; Burnand K, Fife C, Grant L, Holloway AI et al. Guidelines for the treatment of arterial insufficiency ulcers. *Wound Rep Reg*. 2006;14:693-710.

Howard DPJ, Howard A, Kothari A, Wales L, Guest M, Davies AH. The Role of Superficial Venous Surgery in the Management of Venous Ulcers: A Systematic Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;36:458-65.

IBGE. *Classificação Nacional de Atividades Econômicas - Versão 2.0*. Brasil; 2007a.

IBGE. *Contagem da população 2007*. População recenseada e estimada, segundo os municípios – Goiás. [internet] – 2007b . [Cited 2009 nov 7]. Available from:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_26.pdf.

IBGE. Contagem da População. População recenseada e estimada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, [internet] 2007c. [Cited 2009 nov 7]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>

Iglesias R, Pinto PJ, Silva VLC, Godinho J. Controle do tabagismo no Brasil. Documento de discussão. Washington: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial; 2007.

Iponema EC, Costa MM. Úlceras vasculogênicas. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB (org.). Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2st ed. São Caetano do Sul/SP: Yendis; 2007. p. 337-50

Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução: João Clemente Dantas do Rego Barros. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *Br J Nurs*. 2006;15(11):S17-S23.

Jull A, Parag V, Walker N, Rodgers A. Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. *Wound Rep Reg*. 2010;18:26-30.

Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenhaim LA. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. *J Vasc Surg*. 2004;39(4):823-8.

Kontosic I, Vukelic M, Dresck I, Mesaros-Kanjski E, Materljan E, Jonjic A. Work Conditions as Risk Factors for Varicose Veins of the Lower Extremities in Certain Professions of the Working Population of Rijeka. *Acta Med Okayama*. 2000;54(1):33-38.

Kulkarni SR, Gohel MS, Whyman MR, Poskitt KR. Significance of limb trauma as an initiating factor in chronic leg ulceration. *Phlebology*. 2008;23:130-6.

Lamina C, Meisinger C, Heid IM, Rantner B, Döring A, Löwel H, et al. Ankle-brachial index and peripheral arterial disease. *Gesundheitswesen*. 2005;67(Suppl 1):S57-61.

Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR, Auvinen A, Hakama M. Risk Indicators for Varicose Veins in Forty- to Sixty-year-olds in the Tampere Varicose Vein Study. *World J. Surg*. 2002;26:648-651.

Leu AJ, Leu HJ, Franzeck UK, Bollinger A. Microvascular changes in chronic venous insufficiency: a review. *Cardiovasc Surg*. 1995;3(3):237-245.

Lima-Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):857-864.

Lima RCM, Santiago L, Moura RMF, Filaretti FAZ, Souza CSA, Evangelista SSM, Britto RR. Efeitos do fortalecimento muscular da panturrilha na hemodinâmica venosa e na qualidade de vida em um portador de insuficiência venosa crônica. *J Vasc Br.* 2002;1(3):219-26.

Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21:55-67.

LoBiondo-Wood G, Haber J. Desenhos Não-experimentais. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.* 6st ed. Cabral IE, translator. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2001. p. 110-121

Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores – úlcera de perna. *Cien Enferm.* 2008;XIV(1):43-52.

Luccas GC, Rocha EF. Tratamento compressivo. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HÁ, Giannini M, Moura R. *Doenças vasculares periféricas.* 4st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 770-80

Macêdo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nóbrega WG, Costa IKF, Dantas DV et al. Characterization sociodemographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. *Rev enferm UFPE on line.* 2010;4(esp):1919-963

MacGuckin M, Waterman R, Brooks J, Cherry G, Porten L, Hurley S, et al. Validation of venous leg ulcer guidelines in the United States and United Kingdom. *Am J Surg.* 2002;183:132-7.

Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2008. 91 p.

Mackenzie RK, Brown DA, Allan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. A Comparison of Patients who Developed Venous Leg Ulceration Before and After their 50th Birthday. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2003;26:176-178

Maffei FHA. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência, etiopatogenia e fisiologia. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HÁ, Giannini M, Moura R. *Doenças vasculares periféricas.* 4st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 1796-1802

Maffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ, Lastoria S, Pinho W, Yoshida WB *et al.* Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: Prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol.* 1986;15:210-7.

Makdisse M. Índice tornozelo-braquial: importância e uso na prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

Makdisse M, Pereira AC, Brasil DP, Borges JL, Machado-Coelho GLL, Krieger JE et al. Prevalência e fatores de risco associados à doença arterial periférica no Projeto Corações do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(6):402-14.

Malaquias SG. Integridade da pele de *área perilesional* prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ UFG; 2010. 222 p.

Manhezi AC, Bachion MM, Pereira AL. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. Rev Bras Enferm. 2008;61(5):620-9.

Margolis DJ, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: Incidence and prevalence in the elderly. J Am Acad Dermatol. 2002;46:381-6.

Martínez BS, López CM, Pérez JG, Larios MQ. Apósitos hidrocoloides en úlceras crónicas de origen vascular de los miembros inferiores. Rev Fac Med. 2000;43(4):130-2.

Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ UFG; 2008. 143 p.

Martins MA, Tipple AFV, Reis C, Santiago SB, Bachion MM. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. Cienc Cuid Saúde. 2010;9(3):464-470.

Meissner MH, Gloviczki P, Bergan J, Kistner R, Morrison N, Pannier F, et al. Primary chronic venous disorders. J Vasc Surg. 2007;46:54S-67S.

Metcalf M, Baker D. Varicose veins. Surgery. 2004;22(1):321-323.

Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. Q J Med. 2004;97:431-7.

Moffatt CJ, Doherty DC, Smithdale R, Franks PJ. Clinical predictors of leg ulcer healing. British Journal of Dermatology. 2010;162:51-58.

Moreno-Giménez JC, Galán-Gutiérrez M, Jiménez-Puya R. Tratamiento de las úlceras crónicas. Actas Dermosifiliogr. 2005;96(3):133-46.

Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(6):1661-1672.

Nóbrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas DV, Macêdo EAB, Torres GV et al. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. Rev enferm UFPE on line. 2011;5(2):220-27.

Nogueira GS, Zanin CR, Miyazaki MCOS, Godoy JMP. Venous Leg Ulcers and Emotional Consequences. Int J Low Extrem Wounds. 2009;8:194-196.

Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN[dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2006. 131 p.

Obermayer A, Göstl K, Walli G, Benesch T. Chronic venous leg ulcers benefit from surgery: Long-term results from 173 legs. *J Vasc Surg.* 2006;44(3):572-9.

O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library.* 2010;9(CD000265). DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub2.

Opromolla DVA. Úlceras da perna. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Atheneu; 2003. p. 271-8

Partsch H. Understanding the pathophysiological effects of compression. In: Calne S, editor. *European Wound Management Association; Understanding compression therapy, Position document.* London: Medical Education Partnership LTD; 2003. p.2-4

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Perrin M. The impact on quality of life of symptoms related to chronic venous disorders. *Medicographia.* 2006;28(2):146-52.

Phillips T, Machado F, Trout R, Porter J, Olin J, Falanga V. Prognostic indicators in venous ulcers. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000;43(4):627-30.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP.* 1996;30(3):473-83.

Pina E, Furtado K, Franks PJ, Moffatt CJ. Leg Ulceration in Portugal: Prevalence and Clinical History. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005;29(5):549-53.

Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado [internet].* Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003 [cited 2009 nov 7] Available from: <http://www.lava.med.br/livro>.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* 5st ed. Garcez RM, translator. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Porto CC. *Exame Clínico: Bases para a prática médica.* 5st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Purwins S, Herberger K, Debus ES, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. *International Wound Journal.* 2010;7(2):97-102.

Quege GH. *Estudos comparativo do uso de um produto à base de Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e de uma biomembrana de látex no tratamento de feridas crônicas infectadas [dissertation].* Goiânia Faculdade de Enfermagem/UFG; 2008. 235 p.

Quelemente BA, Morita ABPS, Balbi AT. Use of hypertonic solutions of sodium chloride in hypergranulating wounds. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2009;3(2):107-112.

Raffetto JD. Dermal pathology, cellular biology, and inflammation in chronic venous disease. *Thromb Res.* 2009;123 Suppl. 4:S66–71.

Ramos S, Méndez E, Labat A, Peyré A, Anda G, Puig R et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. *Rev Med Uruguay.* 2001;17(1):33-41.

Reis CJU, Yamashita EK, Galego SJ, Ogsawara MM, Bergamo PS, Nardi PEM et al. Estudo prospectivo da evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de Medicina do ABC no período de um ano. *Arq méd ABC.* 2003;28(1):50-5.

Rendic EO, Aldea V. Manejo Avanzado de Heridas. *Rev Chil Dermatol.* 2008; 24(4):322-7.

Ribu E, Haram R, Rustoen T. Observations of Nurses' Treatment of Leg and Foot Ulcers in Community Health Care. *J WOCN.* 2003;30(6):342-350.

Robson MC, Cooper DM, Aslam R, Gould LJ, Harding KG, Margolis DJ et al. Guidelines for the prevention of venous ulcers. *Wound Repair Regen.* 2008;16:147-150.

Robson MC, Cooper DM, Aslam R, Gould LJ, Harding KG, Margolis DJ et al. Guidelines for the treatment of venous ulcers. *Wound Repair Regen.* 2006;14:649-62.

Royal College of Nursing. Clinical practice guideline. The nursing management of patient with venous leg ulcers. Recommendations. London; 2006.

Rutherford RB, Padberg FT, Comerota AJ, Kistner R, Meissner MH, Moneta G. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment. *Journal of Vascular Surgery.* 2000;31(6):1307-1312.

Sacchi AA, Castro AA, Pitta GBB, Miranda Junior F. Avaliação da bomba muscular da panturrilha em pacientes portadores de varizes primárias dos membros inferiores através da pletismografia a ar. *J Vasc Bras.* 2007;6(1):25-34.

Saliba Jr OA, Giannini M, Rollo HÁ. Métodos de diagnóstico não-invasivos para avaliação da insuficiência venosa dos membros inferiores. *J Vasc Bras.* 2007;6(3):267-76.

Sampaio FAA. Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC [dissertation]. Fortaleza/CE: Faculdade de Enfermagem/UFCE; 2007. 70 p.

Sampaio SAP, Evandro AR. Afecções dos vasos. In: *Dermatologia.* 2st ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 387-405

Santos FAAS, Melo RP, Lopes MVO. Characterization of health status with regard to tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J Vasc Nurs.* 2010;XXVIII(1):14-20.

Santos M J, Vianna LAC, Gamba MA. Avaliação da eficácia da pomada de própolis em portadores de feridas crônicas. *Acta Paul Enfer.* 2007;20(2):199-204.

Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J Vasc Bras.* 2009;8(2):143-7.

Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005;13(3):305-13.

Santos VLCCG, Sellmer D, Massulo MME. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), em pacientes com úlceras crônicas de perna. *Rev Latino-am Enfermagem [internet].* 2007 [cited 2009 nov 7];15(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a05.pdf.

Savino Neto S, Nascimento JLM. Doença arterial obstrutiva periférica- novas perspectivas de fatores de risco. *Rev Para Med.* 2007;21(12):35-9.

Satpathy A, Hayes S, Dodds S. Is compression bandaging accurate? The routine use of interface pressure measurements in compression bandaging of venous leg ulcers. *Phlebology.* 2006;21(1):36-40.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic venous leg ulcers. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.

Scuderi A, Raskin B, Al Assal F, Scuderi P, Scuderi MA, RIVAS CES et al. The incidence of venous disease in Brazil based on the CEAP classification. *Int Angiology.* 2002;21(4):316-21.

Shahin-UI-Islam Mm, Haque Z, Jakiul Alam S, Noman M, Siddiqui Fm. Chronic venous insufficiency (CVI) - a study of 100 cases. *J Medicine.* 2008;9:20-26.

Shultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen.* 2003;11(2 suppl):S1-28.

Sieggreen M. Lower Extremity Arterial and Venous Ulcers. *Nurs Clin N Am.* 2005;40:391-410.

Silva JH, Perez MCJ, Barros Júnior N, Castiglioni MLV, Novo NF, Miranda Júnior F. Doença veno-linfática: alterações linfocintilográficas nas úlceras venosas. *J Vasc Bras.* 2009;8(1):33-42.

Silva JLA, Lopes MJM. Educação em saúde a portadores de úlceras varicosas através de atividades grupais. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(2):240-50.

Silva Júnior OE. Úlceras de estase crônicas: aspectos clínicos e perfil bacteriológico [dissertation]. Recife: Centro de Ciência da Saúde/UFPE; 2007. 50 p.

Silva MC. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HÁ, Giannini M, Moura R. Doenças vasculares periféricas. 4st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 1804-14

Smeltzer CS, Bare GB. Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(Supl IV):7-14.

Soriano JV, Bonmatí NA, Cuervo MF, López RJ, Agreda JJS. Estudio ATHAC 04-05: Estudio observacional sobre el uso de apósitos neutros o impregnados em agente antibacteriano de uma inovadora tecnologia patentada: la tecnologia lípido coloidal (TCL) para el tratamiento de heridas agudas y/o crónicas. GEROKOMOS. 2006;17(2):91-9.

Sousa FAEF, Pereira LV, Hortense P. Avaliação e mensuração da percepção dor. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. São Paulo: Artmed; 2009. p. 370-381

Sousa FAMR. O “corpo” que não cura: vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto; 2009. 50 p.

Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Rev Dor. 2005;6(1):469-513.

Souza E, Suzuki RT, Ribeiro FRCM, Veloso MV. Estudo dos fatores de risco nos pacientes portadores de varizes dos membros inferiores em serviço público de saúde. Rev Ang Cir Vasc. 2005;4:161-4.

Stvrtinova V. Chronic venous disease in general practice in the Slovak Republic: the TRIANGLE survey. Phlebology. 2008;15(3):98-102.

Tennvall GR, Hjelmgren J. Annual cost of treatment for venous leg ulcer in Sweden an the United Kingdom. Wound Repair Regen. 2005;13(1):13-8.

Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Frantz RA, Sussman C, Ferrell BA et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. Adv Wound Care. 1997;10(5):96-101.

Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Farias TYA, Nunes JP, Deodato OON et al., Elderly people with venous ulcers treated in primary and Tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. Rev Enferm UFPE *On Line* [internet]. 2009 [cited 2010 nov 5];3(4):222-30.

Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein W. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. Journal of the American Academy of Dermatology. 2001; 44:401-21.

Vandenbulck K, Horvat LL, De Mil M, Slegers G, Beele H. Evaluation of the Antibacterial Activity and Toxicity of 2 New Hydrogels: A Pilot Study. *Low Extrem Wounds*. 2006;5(2):109-14.

Virgini-Magalhães CE, Salvadori RAM, Fagundes FB, Gomes CFA, Grupilo CER, Albuquerque RA et al. Cirurgia de varizes em regime de mutirão. *J Vasc Bras*. 2007;6(3):231-7.

Whaley SL, Wong DL. *Nursing Care of Infants and Children*. 3st ed. St Lous: Mosby; 1987.

World Union of Wound Healing Societies. Pincipios de las Mejores Práticas. Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Documento de Consenso. Reino Unido: Medical Education Partnership (MEP) Ltd; 2007.

Yamada BFA. Úlceras Venosas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 247-59

Yamada BFA. *Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas [dissertation]*. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 175 p.

Yamada BFA, Santos VLCG. Quality of Life of Individuals with Chronic Venous Ulcers. *Wounds*. 2005;17(7):178-89.

Zuffi FB. *A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família [dissertation]*. Ribeirão Preto/SP: Escola de Enfermagem/USP; 2009. 129 p.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr.(Sra.) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é _____, sou _____ e pesquisador ligado à Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas, que é formada pela Universidade Federal de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde e Associação de Combate ao Câncer de Goiás. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o (a) Sr. (Sra.) não será penalizado (a) de forma alguma em seu tratamento. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, o (a) Sr. (Sra.) poderá em contato comigo, no telefone: _____ em ligações a cobrar. Em caso de dúvida sobre seus direitos, o (a) Sr. (Sra.) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás/ UFG, pelos telefones: 3521 1076/ 3521 1215

Informações sobre a pesquisa:

Título: AVALIAÇÃO DE ÚCERAS VENOSAS DE ESTASE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: AMPLIANDO AS PERSPECTIVAS.

Nessa pesquisa, buscamos estudar vários aspectos relacionados às úlceras venosas, que são feridas localizadas nas pernas, que são provocadas por problemas na circulação do sangue das veias. Os objetivos da pesquisa que está sendo proposta são: verificar a freqüência com que as úlceras venosas ocorrem nas pessoas atendidas nas unidades de saúde ambulatoriais do município de Goiânia, analisar as características e condições da ferida que o (a) senhor (a) possui, a maneira como a ferida tem sido tratada, se existe infecção na lesão e se há sinais que indicam que pode ter ocorrido transformação das células da ferida em câncer.

Para isso, precisaremos fazer uma entrevista, examinar sua pele e a sua ferida. Realizaremos alguns testes que avaliam as condições de sua saúde, quanto ao seu estado nutricional, sua força muscular, condições de sensibilidade de sua pele, equilíbrio de sua postura e seu estado psíquico. Para garantir que as informações sobre a ferida sejam as mais exatas, será necessário fotografar a lesão,

preservando a sua identidade (a imagem registrada será limitada à imagem da perna, do joelho para baixo).

Na avaliação de sua ferida examinaremos a presença de sinais que indicam a presença de infecção. Nos casos em que suspeitarmos de ocorrência de infecção na lesão, será necessário coletar uma amostra de material da superfície da ferida, com uso de um cotonete especial, de algodão, que é próprio para isto, chamado swab. O material será enviado para análise da presença de micróbios e a análise no laboratório necessita de alguns dias. Em aproximadamente duas semanas, o (a) Sr (a) será chamado, para ser informado e orientado sobre o resultado, nesta unidade de saúde onde está sendo atendido no momento.

Nenhuma dessas ações oferece risco à sua segurança, porém, pode ser que o (a) Sr. (Sra.) tenha algum desconforto na realização dos testes o qual deve ser avisado e até mesmo, se quiser, o (a) Sr. (Sra.) pode desistir de continuar participando da pesquisa, sem que isso prejudique a continuidade do seu tratamento.

Além das análises que já falamos, vamos avaliar se a sua ferida apresenta sinais que indicam a suspeita de transformação das células da sua ferida em câncer. Este processo de neoplasia em feridas crônicas é muito raro, mas, como pode acontecer, também será pesquisado.

Caso sua ferida apresente estes indicadores, o (a) Sr (a) será agendado para a realização de uma biópsia, por um dos pesquisadores, que é médico oncologista, isto é, especialista em diagnóstico e tratamento de câncer. A biópsia é a retirada de pequenos pedaços de tecido da ferida, com anestesia local. Os pedaços têm o tamanho menor que uma cabeça de alfinete. O procedimento será realizado no Hospital Araújo Jorge, que é especializado no atendimento à pessoas com câncer. Não é preciso jejum ou internação. Bastará seu comparecimento à sala de curativos, no ambulatório daquele hospital. A enfermeira de lá, que é pesquisadora neste estudo, receberá o(a) Sr(a) e explicará o procedimento detalhadamente. Reforçamos que a biópsia só será realizada nos participantes da pesquisa que apresentarem suspeita de ocorrência de câncer na úlcera venosa.

O risco deste procedimento é um sangramento maior que o esperado. Neste caso, para evitar este risco, após a biópsia será feito um curativo apropriado,

comprimindo a área de onde foram retirados os fragmentos de tecido. Em caso de sangramento que suje a parte externa ao curativo, o (a) senhora pode ligar imediatamente, no telefone que foi indicado anteriormente, e falar com o pesquisador que lhe apresentou este documento e fez o convite para a sua participação. Ele (a) lhe dirá o que fazer.

O resultado da biópsia lhe será entregue em aproximadamente 15 dias, na unidade onde estão sendo realizados os seus curativos. Em caso positivo para a presença de anormalidades do tecido examinado, o(a) senhor(a) será encaminhado pelo médico da unidade de saúde para tratamento no Hospital Araújo Jorge.

Se for verificada alguma outra alteração significativa no seu estado de saúde e no processo de cicatrização da lesão, o (a) Sr. (Sra.) será comunicado, assim como o (a) enfermeiro (a) da Unidade Básica de Saúde (UBS), o qual se encarregará de tomar as devidas providências.

O (a) Sr. (Sra.) tem o direito de buscar indenização em caso de danos que julgue ter acontecido por causa de sua participação na pesquisa. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Contudo, seus custos decorrentes do seu deslocamento/ transporte para a participação nos procedimentos do estudo serão ressarcidos, isto é, o(a) senhor(a) receberá o valor correspondente às despesas que tiver realizado, para poder comparecer às atividades propostas na pesquisa.

É assegurado ao Sr. (Sra.) a preservação do seu anonimato na apresentação dos resultados desta pesquisa, que serão divulgados em eventos e/ ou revistas científicas da área de saúde.

Os dados relativos à avaliação da sua saúde em geral ficarão guardados, pelo coordenador da pesquisa, em local privativo, por 5 anos e serão destruídos após este período. As fotografias serão arquivadas, como documentação científica, preservando a sua identidade, e poderão ser usadas, em aulas ou apresentações científicas. Os tecidos, quando retirados por biópsia, serão preparados em lâminas e conservados por dez anos, como prevê a prática clínica em oncologia.

Consideramos benefícios diretos da participação na pesquisa a avaliação detalhada, da condição da evolução da ferida, bem como da presença de infecção ou de câncer na lesão, que significa detecção precoce de agravos.

Informamos ainda, que os resultados desta pesquisa serão levados à conhecimento das autoridades responsáveis pelos serviços de atendimento à pessoas com feridas, para discussão e reflexão que possam contribuir para que os profissionais da equipe de saúde tenham maior conhecimento para cuidar e tratar daqueles que possuem úlcera varicosa, e assim, poderem oferecer melhor assistência a pessoas como o (a) Sr. (Sra.).

Nome do pesquisador que prestou os esclarecimentos

Pesquisadora participante

Telefone para contato: _____

Profª Drª Maria Márcia Bachion - Pesquisadora responsável

Telefone para contato: 9146 4878

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: "AVALIAÇÃO DE ÚCERAS VENOSAS DE ESTASE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA: AMPLIANDO AS PERSPECTIVAS" como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora _____, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento e que, em caso de sentir-me lesado, posso procurar meus direitos de indenização. Foi-me assegurado a preservação de meu anonimato perante os resultados desta pesquisa que forem divulgados em eventos e/ou registros científicos da área de saúde e publicados em revista científica.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

*Em caso da pessoa não conseguir ler/escrever.

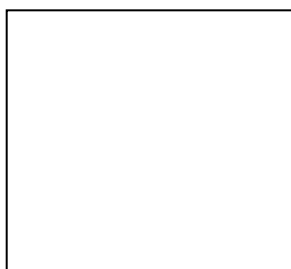
Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares: _____



*Local reservado para
impressão dactiloscópica, se for
o caso.

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

Data do 1º encontro: Data do 2º encontro: Data do 3º encontro:

Distrito Sanitário:

Unidade de Saúde:

1 - Dados de identificação

Nome:

Endereço de moradia:

2 - Dados relacionados à caracterização socioeconômica e demográfica

Data nascimento:

Sexo: masculino feminino

Estado civil: solteiro casado união consensual viúvo separad/divorci

Número de moradores no domicílio:

Escolaridade do sujeito:

Escolaridade do chefe da família:

Situação atual de trabalho:

não inserido no mercado de trabalho (aposentado/pensionista/do lar)

desempregado afastado(licença) está em atividade (aposentado ou não)

Atividade de trabalho que exerceu a maior parte da vida:

Renda pessoal:

Renda familiar:

Situação de posse da moradia: própria alugada cedida outra

Tipo de construção da moradia: alvenaria madeira outra

Disponibilidade dos seguintes serviços públicos:

Rede de esgoto: sim não Água encanada: sim não

Eletricidade: sim não Coleta de lixo: sim não

- Marcar com um "x" os itens que possui no domicílio, de acordo com a quantidade

| Itens | Quantidade de itens | | | | |
|----------------------|---------------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| Empregada mensalista | | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vídeo cassere e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Freezer (independente ou parte da geladeira | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 |

Total dos pontos=

- Marcar a pontuação de acordo com o grau de instrução do chefe da família:

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Analfabeto/primário incompleto | Analfabeto/Até 3ª série fundamental | 0 |
| Primário completo/Ginasial incompleto | Até 4ª série fundamental | 1 |
| Ginasial completo/Colegial incompleto | Fundamental completo | 2 |
| Colegial completo/Superior incompleto | Médio completo | 4 |
| Superior completo | Superior completo | 8 |

- Pontos dos itens no domicílio + pontos da instrução do chefe da família =

- Marcar a classe econômica de acordo com a pontuação obtida:

- (A1) 42 a 46
- (A2) 35 a 41
- (B1) 39 a 34
- (B2) 23 a 28
- (C1) 18 a 22
- (C2) 14 a 17
- (D) 8 a 13
- (E) 0 a 7

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil; 2008.

3 - Dados relacionados à caracterização clínica

3.1 Condições de saúde

Alteração circulatória nas pernas: sim não

Se sim, tem exame: sim não

Se sim, qual exame:

Identificação de alteração: sim não

Hipertensão arterial: sim não

Dislipidemia: sim não

Diabete: sim não

Cardiopatia: sim não

Problema renal: sim não

Outras doenças: sim não

Tabagismo: sim não

Tipo de cigarro: Quantidade/dia:

Uso de bebida alcoólica: sim não Qual:

Quantidade: Frequência:

Posição na maior parte do dia:

() em pé, parado () em pé, andando () sentado () outro

Prática de exercício físico: () sim () não

Qual: Frequência:

Peso corporal: Altura: Índice de massa corporal (IMC):

Pressão arterial:

3.2 Condições dos membros inferiores

Preenchimento capilar MID: () ≤ 3 seg () >3seg
MIE: () ≤ 3 seg () >3seg

Cianose de extremidade: MID: () sim () não
MIE: () sim () não

Pulsos arteriais(0 a 4/4+): MID: () pedioso () tibial posterior () poplíteo
MIE: () pedioso () tibial posterior () poplíteo

Palidez à elevação do membro: MID:() sim () não MIE: () sim () não

Hiperpigmentação: MID () sim () não MIE () sim () não

Ressecamento: MID () sim () não MIE () sim () não

Eczema: MID () sim () não MIE () sim () não

Edema (1-4/4+): MID () sim _____ () não MIE () sim _____ () Não

Lipodermatoesclerose: () sim () não

Prurido: () sim () não

Dor: () sim () não

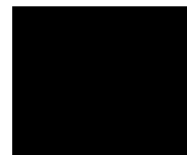
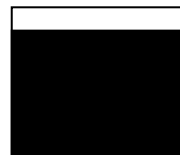
Período do dia em que melhora: () manhã () tarde () noite

Ao elevar os MMII: () piora () melhora

Intensidade (marcar com um "x"):



Ausência de dor



Pior dor

Fonte: Adaptado de Whaley L, Wong DL. Nursing care of infants and children. 3st. Ed. St. Louis: Mosby; 1987.

- Índice tornozelo-braço: MID: _____ MIE: _____

3.3 Condições das lesões

História de lesões anteriores: ()sim ()não

Quantidade de membros com úlcera: ()um membro ()os dois membros

Quantidade de lesões no participante: ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8

Numero da lesão examinada: ()lesão 1 ()lesão2 ()lesão 3 ()lesão 4 ()lesão 5
() lesão 6 () lesão 7 () lesão 8

Localização da lesão: ()zona 1 ()zona 2 ()zona 3 ()zona 1+2 ()zona 2+3

Data do início da lesão: __/__/__

Fator que antecedeu o início da lesão: ()trauma ()hiperemia/hipertermia/bolha
()não está ligada a evento ()não lembra

Leito* : () Pálido () Vermelho brilhante () Vermelho escuro
() Hipergranulação () Sangramento fácil / espontâneo

Condições das bordas da lesão*

Circunscrita: () Não circunscrita: () Regular: ()
Aderida: () Descolada: () Macerada: ()
Edemaciada: () Queratose/ceratose: () Endurecida:()
Friável: () Epitelização: () Dolorosa: ()
Irregular/elevada: ()

Área perilesional*

Hiperemia: ()sim ()não
Hipertermia: ()sim ()não
Pele com textura fina: ()sim ()não
Atrofia branca: ()sim ()não
Descamação: ()sim ()não
Brilhante: ()sim ()não
Celulite: ()sim ()não

Área da ferida verificada no Image J®: _____

Marcar um “x” para o subescore da área da ferida, quantidade de exsudato e pior subescore para o tipo de tecido presente:

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Tempo de exposição | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Quantidade de exsudato | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Tipo de tecido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Fonte: Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):305-13.

Score total PUSH= _____

* Verificar no exame clínico e conferir no registro fotográfico

Exsudato:Odor: forte () moderado () discreto () sem odor ()

| | | | | |
|---|-----------------------------------|--|------------------|--------------|
| Coloração: | seroso() piossanguinolento() | serossanguinolento() purulento-esverdeado() | sanguinolento() | purulento() |
| Quantidade dos tecidos no leito* ⁴ : | | | | |
| Escara: : ≤ 25%() | >25% a < 50%() | ≥50% a <75%() | ≥75%() | |
| Esfacelo: : ≤ 25%() | >25% a < 50%() | ≥50% a <75%() | ≥75%() | |
| Granulação: ≤ 25%() | >25% a < 50%() | ≥50% a <75%() | ≥75%() | |

3.4 Tratamento relacionado à lesão

Acompanhamento com médico: ()sim ()não

Qual médico: clínico geral() ortopedista()
cirurgião-vascular/angiologista()
médico da Estratégia Saúde da Família() outro()

Local do acompanhamento com médico: HGG() HC/UFG() UABSF()
CS /CIAMS/CAIS/CRDT/CRASPI()
instituição particular()

Acompanhamento com enfermeiro: ()sim ()não

Local do acompanhamento com enfermeiro: HGG() HC/UFG() UABSF()
CS /CIAMS/CAIS/CRDT/CRASPI()
instituição particular()

Frequência do curativo na unidade de saúde pesquisada:

Tratamento tópico utilizado: AGE() Colagenase() Bota de Unna()
PVP-I() Alginato de cálcio() Fitoterápico()
Antibiótico tópico() Hidrogel() outro()

Uso de meias elásticas: ()sim ()não
Tipo: alta compressão() média compressão() leve compressão()
Formato: meia-calça() tornozeleira()
sete-oitavos() três-quartos()
Tempo de uso: < 1 mês() mais de 1 ano()
1 a 6 meses() 7 a 12 meses()

Realização de curativo no domicílio: ()sim ()não

Momento da realização da limpeza: antes do banho()
após o banho()
não realiza limpeza()
Produto usado: água e sabonete comum()
água e sabão anti séptico()
solução fisiológica 0,9%()
outro()

Proteção do curativo durante o banho: ()sim ()não

* Verificar no exame clínico e conferir no registor fotográfico

ANEXO A

Critério de Classificação Econômica Brasil



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, atendendo a demanda de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida através é exclusivamente de caráter econômico.

SISTEMA DE PONTOS

Escore de Pontos

| | Componentes do Escore | | | | |
|------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Carro próprio ou alugado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Refrig. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ar-cond. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Calorizador | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Computador pessoal | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Microondas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Arquitetado para 200 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Internet | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Classe social/educação | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ou parte da população urbana | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Grupos de Instrução do chefe de família

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--|--|
| Ensino primário incompleto | Ensino primário completo | Ensino 1º grau fundamental | | |
| Ensino completo | Ensino incompleto | Ensino 2º grau fundamental | | |
| Ensino completo | Ensino incompleto | Ensino médio completo | | |
| Ensino completo | Ensino incompleto | Mestrado completo | | |
| Ensino completo | | Ensino completo | | |

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

| Classe | População | Porcentagem (%) |
|--------|-----------|-----------------|
| A1 | 81-120 | 1,7% |
| A2 | 61-80 | 1,3% |
| B1 | 41-60 | 0,9% |
| B2 | 21-40 | 0,5% |
| C1 | 11-20 | 0,3% |
| C2 | 1-10 | 0,2% |
| D | 1-7 | 0,1% |

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - Critério de Classificação Econômica Brasil

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o objeto seja apreendido de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos a seguir.

Para questões domésticas em geral devemos:

Considerar as seguintes cases:

- Sem alugado em caráter permanente
- Sem propriedade de outro domicílio há mais de 6 meses
- Sem ganho há mais de 6 meses

Não considerar as seguintes cases:

- Sem propriedade para outro domicílio há mais de 6 meses
- Sem ganho há mais de 6 meses
- Sem alugado em caráter eventual
- Sem de propriedade de empregado ou pensãoista

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (de marcação específica) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregada.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio de domínio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisão. Rádio tipo celular, conjunto 2 em 1 ou semelhante, devem ser considerados, desde que possam emitir as emissões de rádio-convenções.

NÃO CONSIDERAR: RÁDIO DE BASTÃO.

Bastões

O que define o bastão é a emissão de uma única estação. Considerar todos os bastões e similares com uma estação, incluindo os de empregado, se localizados fora de casa e de uso público. Para ser considerado, o bastão tem que ser privativo do domínio **estacionário**, quer sejam a mais de uma estação, **NÃO CONSIDERAR: RÁDIO DE BASTÃO.**

Automóveis

Não considerar taxa, vale de pedágio usado para frete, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais, veículos de uso misto (uso profissional e pessoal) **NÃO CONSIDERAR: TAXI.**

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados domésticos, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durante no mínimo 4 horas, não exigindo ser maior salário, residência, domicílio, cônjuge, antecedentes, considerando sempre as remunerações. Não tem o termo "empregado doméstico" se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente ou contínua pelo menos 5 dias por semana, e não se require de pagamento de salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, sempre de máquinas automáticas ou semi-automáticas. O artigo 140 deve ser considerado.

Veículo usado para o RVD

Verificar presença de qualquer tipo de valor usado no veículo de RVD

Gasolina e Freio

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para gasolina e para o freio e gasolina e freio respectivamente. A pontuação será atribuída de forma independente

- a) Rubrica gasolina no domicílio, independentemente do quantum, serão atribuídos os pontos (1) correspondentes à posse de gasolina
- b) Se o gasolina tiver um freio incorporado - 2ª parte - ou freio no domicílio um freio independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freio.

As pontuações são:

| | |
|---|-------|
| Não possui gasolina nem freio | 0 (0) |
| Possui gasolina e freio (1ª e 2ª partes) e não possui freio | 4 (4) |
| Possui gasolina de sua própria e não possui freio | 2 (2) |
| Possui gasolina de sua própria e freio | 4 (4) |
| Possui freio mas não gasolina (parte 2ª) | 2 (2) |

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este estudo foi desenvolvido para obter grandes dados que permitam as necessidades de informação dos poderosos usuários de grande escala das empresas, não com o objetivo, como qualquer outro estudo, de obter todos os detalhes em todos os aspectos. Certamente há muitos casos em que o usuário é um profissional e as empresas, geralmente, são locais onde há mais de 100-2000. Em casos como esse, é necessário fazer pesquisas sobre estudos de pesquisa que não é CCB.

A esta observação é que o CCB, como os seus predecessores, foi construído com a intenção de fornecer estatísticas que possam ser usadas para fazerem as decisões em uma determinada área, de maneira geral, tendo uma abordagem preliminar de classificação com o uso, geralmente, não são e uma possibilidade de erro de classificação que esperamos, nos casos. O que realmente é que os dados disponíveis classificadas para poder fornecer, de modo a não causar significativamente os resultados de todas as pesquisas.

Também estão disponíveis, em relação aos seus estudos individuais. Abordagem Resposta de 100 %.

Como um estudo que é geralmente usado para obter dados e dados. Não incluem o estudo que é feito para fornecer estatísticas sobre o estudo, como os dados sobre os dados disponíveis no estudo realizado. Os dados incluem os comportamentos e atitudes observadas em ambientes e situações em grupo imediatamente. Não disponível em grupo em um caso de não classificação pode ser a serem em o grupo. No caso de interesse em profissionais os estudos são áreas mais comuns. Não estão, neste estudo, portanto, fornecer uma definição de como estatisticamente distribuídos em categorias.

Portanto, é de fundamental importância garantir o acesso aos dados de que o CCB, de qualquer modo estudo econômico, não é suficiente para uma boa classificação em categorias qualitativas. Mesmo caso de não estar em o CCB, o mesmo de informações quanto, além, portanto, sobre os resultados, incluindo entre os comportamentos de sempre, portanto e métodos, com o estudo e em características de comportamento.

Uma classificação simples de comportamentos de estudo de classificação econômica é que o estudo estatístico está no poder de compreender os estudos regidos internos, portanto, portanto, portanto, portanto, portanto.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

| Região | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| A | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| B | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| C | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| D | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| E | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| F | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| G | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| H | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| I | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |

RENGA FAMILIAR POR CLASSES

| Classes | Receita | População |
|---------|---------|-----------|
| A1 | 40 e 45 | 5100 |
| A2 | 35 e 40 | 4200 |
| B | 30 e 35 | 3300 |
| C | 25 e 30 | 2400 |
| D | 20 e 25 | 1500 |
| E | 15 e 20 | 600 |
| F | 10 e 15 | 200 |
| G | 5 e 10 | 100 |