

Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas

The characterization of patients with venous ulcer followed at the Outpatient Wound Repair Clinic

Caracterización de pacientes con úlcera venosa atendidos en el Ambulatorio de Atención de Heridas

Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira¹, Glycia de Almeida Nogueira², Magali Rezende de Carvalho³, Alcione Matos de Abreu⁴

RESUMO

Objetivos: caracterizar os pacientes que apresentam úlcera venosa atendidos no ambulatório de um hospital universitário, avaliar as características das úlceras venosas e citar os produtos utilizados para o seu tratamento. Trata-se de um estudo clínico observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas, no período de janeiro a dezembro de 2008. O instrumento de coleta de dados abordou: informações clínicas do paciente e dados específicos da lesão e do tratamento tópico. Participaram do estudo 49 pacientes com úlcera venosa crônica; 55% eram mulheres entre 51-70 anos. Os participantes apresentavam 67 úlceras, a maioria localizada na porção inferior da perna (68,6%), com tempo de evolução menor de cinco anos (53,8%), apresentando leito com tecido de granulação e áreas desvitalizadas (49%) e bordas apresentavam com epitelização em 58% dos casos. Os produtos disponíveis na instituição eram os ácidos graxos essenciais e a colagenase.

Descritores: Perfil de Saúde; Úlcera Varicosa; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to characterize patients with venous ulcers who are seen at the outpatient clinic of a university hospital, evaluate the characteristics of venous ulcers and identify the products used for their treatment. This is an observational clinical study, approved by the Research Ethics Committee and performed at the Outpatient Wound Repair Clinic from January to December, 2008. The data collection instrument gathered clinical information regarding the patient and specific data about the lesion and the topical treatment used. The participants were 49 patients with chronic venous ulcer; 55% were women aged between 51-70 years. In total the participants presented 67 ulcers, most of which were located on the lower leg (68.6%), and present for less than five years (53.8%). The wound bed presented granulation tissue and slough areas (49%) and epithelialized edges (58%). The products available at the institution were the essential fatty acids and collagenases.

Descriptors: Health Profile; Varicose Ulcer; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: caracterizar a pacientes que presentan úlcera venosa, atendidos en ambulatorio de hospital universitario, evaluar características de las úlceras venosas y citar los productos utilizados para su tratamiento. Estudio clínico observacional, aprobado por el Comité de Ética en Investigación, realizado en Ambulatorio de Atención de Heridas, entre enero y diciembre de 2008. El instrumento de recolección de datos abordó: informaciones clínicas del paciente y datos específicos de la lesión y del tratamiento tópico. Participaron 49 pacientes con úlcera venosa crónica; 55% mujeres entre 51 y 70 años. Los participantes presentaban 67 úlceras, la mayoría localizadas en la porción inferior de la pierna (68,6%), con tiempo de evolución menor a cinco años (53,8%), presentando lecho con tejido de granulación y áreas desvitalizadas (49%). Los bordes presentaban epitelización en 58% de los casos. Los productos disponibles en la institución eran ácidos grasos esenciales y colagenasa.

Descriptor: Perfil de Salud; Úlcera Varicosa; Enfermería.

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: beatrizguitton@globocom.com.

² Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, EEAAC, UFF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: glycianog@yahoo.com.br.

³ Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem, EEAAC, UFF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: magalirecar@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: alci_abreu@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Úlcera da perna é a síndrome em que há destruição de camadas cutâneas, tais como epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos. Acomete geralmente o terço inferior dos membros inferiores⁽¹⁾. Estas úlceras são consideradas lesões crônicas por serem de longa duração e com recorrência frequente, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, gerando assim um incômodo para o cliente além de custos elevados para o tratamento⁽²⁾.

De acordo com a literatura, 70 a 90% das úlceras de perna são de etiologia venosa, sendo o restante (30%) dividido entre as úlceras arteriais, por pressão, mista, traumática e por outras causas, como linfáticas e hematológicas⁽¹⁾.

As úlceras venosas são causadas pela dificuldade de oxigenação tecidual decorrente da incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo. Podem ocorrer devido à obstrução do retorno venoso ou refluxo do sangue venoso, ocasionando hipertensão venosa que leva ao edema e lipodermatoesclerose, que são comuns na pessoa com insuficiência venosa⁽³⁻⁴⁾.

Clinicamente, os indivíduos com este tipo de lesão, apresentam dor e edema nas pernas, que pioram ao final do dia e podem ser aliviados com a elevação dos membros inferiores. Ao exame físico, o membro acometido pode apresentar alterações eczematosas com eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato. De um modo geral, a úlcera venosa é uma ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. A região predominante deste tipo de úlcera é a porção distal dos membros inferiores, mas principalmente, na região do maléolo medial. A pele em torno da úlcera pode ser púrpura e hiperpigmentada (dermatite ocre), pelo extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina no interior dos macrófagos⁽³⁾.

Para que o enfermeiro trate de pacientes com úlceras da perna é necessário compreender o processo de reparo tecidual, identificar as doenças de base e suas implicações, além de conhecer as características clínicas e histopatológicas das úlceras a fim de direcionar a assistência. Sabe-se que a restauração da pele ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente, composto por uma série de fases sobrepostas, denominadas de cicatrização. Este processo

pode ser prejudicado por diversos fatores locais ou sistêmicos como infecção, baixa perfusão tecidual, corpos estranhos, radioterapia, agentes químicos, alterações nutricionais, má oxigenação tecidual, obesidade, idade avançada, medicamentos sistêmicos como os antiinflamatórios, estresse, tabagismo, técnica de curativo inadequada e doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Insuficiência Venosa⁽⁵⁾.

Devido à cronicidade das úlceras venosas, o acompanhamento desses pacientes junto à instituição de saúde envolve uma equipe multidisciplinar e requer curativos frequentes, além de avaliação das condições da úlcera e reavaliações da terapia instituída. O tratamento das úlceras venosas constitui na limpeza da ferida, escolha de um produto adequado ao estágio de cicatrização em que se encontra a úlcera, associado à aplicação de uma terapia compressiva. O longo tratamento onera o sistema público de saúde, além das limitações impostas pela lesão contribuir para afastar os pacientes, muitas vezes ainda em idade produtiva, de suas atividades laborais⁽⁶⁾.

Portanto, a busca por tratamentos mais eficientes que possam contribuir para a cicatrização o mais precoce possível é de interesse público, e um desafio para os profissionais envolvidos no processo do reparo tecidual.

Por outro lado, pouco se sabe sobre as características clínicas e sócio demográficas das pessoas com esse tipo de lesão, em atendimento nos diversos cenários e regiões brasileiras. Existem estudos realizados no Brasil, mais precisamente em um município de Goiânia, nas unidades de saúde com atendimento 24 horas, onde caracterizou-se o perfil da clientela atendida e do tratamento das úlceras venosas⁽⁷⁾.

O reconhecimento do perfil clínico e socioeconômico da população de pacientes com úlcera venosa pode gerar informações importantes para o desenvolvimento de novas diretrizes para o tratamento de úlceras venosas, assim como o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis contribuindo para a redução do tempo de tratamento e gastos institucionais.

Frente ao exposto, os objetivos do estudo foram: caracterizar o perfil dos pacientes que apresentam úlcera venosa em acompanhamento ambulatorial num serviço de referência, avaliar as características das úlceras venosas e descrever os produtos utilizados para o tratamento dessas úlceras.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo clínico observacional, prospectivo, descritivo, realizado com pacientes com Insuficiência Venosa Periférica que desenvolveram úlcera venosa crônica, e foram atendidos no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

O Ambulatório de Reparo de Feridas foi criado em 1993, por iniciativa de uma docente da Escola de Enfermagem. Desde então se constitui um centro de referência regional para tratamento de pacientes com lesões crônicas, além de ser campo de ensino teórico-prático da disciplina Fundamentos de Enfermagem I, onde alunos e professores realizam a consulta de enfermagem desenvolvendo cuidados fundamentais a estes pacientes. Concomitantemente ao desenvolvimento do Ambulatório, foi criado o Projeto Cicatrizar que tem como objetivo realizar a avaliação diagnóstica de pacientes que apresentam lesões tissulares a fim de viabilizar um tratamento adequado considerando as características da lesão e o estado de saúde do paciente. Além de estimular a produção de conhecimento científico e inovador para a Enfermagem.

Em 2008, foram atendidos 105 pacientes com 136 úlceras de diversas etiologias. A amostra deste estudo correspondeu ao número de pacientes com úlceras venosas e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo 49 pacientes com 67 úlceras.

Os critérios de inclusão da população no estudo foram: ter mais de 18 anos de idade; apresentar diagnóstico médico de insuficiência venosa crônica registrado no prontuário; estar em acompanhamento com o médico do serviço de Cirurgia Vasculare; e não possuir úlcera com etiologia arterial, neuropática ou mista. Os critérios de exclusão foram: apresentar irregularidades na frequência de comparecimentos às consultas; descontinuidade no tratamento da úlcera.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2008, durante as consultas semanais de enfermagem, por meio de instrumento de pesquisa composto por um roteiro de entrevista com questões abertas e fechadas e um roteiro de avaliação clínica, além do registro fotoGráfico e do decalque das úlceras em acetato.

Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel e, posteriormente, tabulados em relação

às características sócio demográficas dos pacientes; evoluções clínicas das úlceras venosas e tipos de produtos utilizados para o tratamento das úlceras venosas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFF sob o nº. 193/06. Os participantes foram orientados quanto aos objetivos do trabalho e concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o total anonimato dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 49 participantes, 27 (55%) eram mulheres e 22 (45%) eram homens. As úlceras de perna são consideradas um problema que afeta predominantemente as mulheres. De acordo com a literatura, elas apresentam três vezes mais chances do que os homens de desenvolver úlceras venosas de membros inferiores⁽⁸⁾. Entretanto alguns estudos tem apontado o predomínio de homens com úlceras venosas⁽⁷⁾.

A faixa etária prevalente entre os participantes foi entre 51-70 anos (45,7%). A idade avançada torna as pessoas mais suscetíveis às lesões, pois ocorrem alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele⁽⁹⁾. Dentre estas alterações estão a redução da espessura da epiderme, redução da elasticidade dérmica pela diminuição do número de fibroblastos, o que modifica as fibras de colágeno e elastina, redução dos vasos sanguíneos e fibras nervosas⁽⁴⁾. Pessoas idosas quando acometidas por lesões, fisiologicamente diminuem em intensidade e velocidade em quase todas as fases de cicatrização, resultando em menores respostas inflamatórias, redução da circulação, aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização⁽⁹⁾.

Quanto à escolaridade, 30 possuíam o 1º grau incompleto (61,2%), oito o 2º grau completo (16,3%), quatro o 1º grau completo (8,2%) e sete eram analfabetos (14,3%).

Pode-se dizer que esse quadro aponta um perfil de baixa escolaridade, o que era esperado, pois o ambulatório de referência onde o estudo foi realizado está inserido num serviço público de saúde, caracterizado, no geral, pela demanda de população com

baixo poder aquisitivo e com baixa escolaridade. Estudo mostra que a maioria das pessoas que busca assistência nos serviços públicos possui baixo nível socioeconômico⁽¹⁰⁾.

É fundamental que o enfermeiro e a equipe desenvolvam processo de ensino-aprendizagem que considere esse perfil. É importante que eles aprendam a controlar os fatores que podem interferir no processo de cicatrização, como dieta, controle da pressão arterial, glicemia, fatores externos que provocam agressão ao tecido lesionado, além de outros fatores fisiológicos⁽⁴⁾. Um estudo realizado em 2002 mostrou que quanto mais elevado o nível da instrução do cliente melhor sua compreensão perante as ações do autocuidado⁽¹¹⁾.

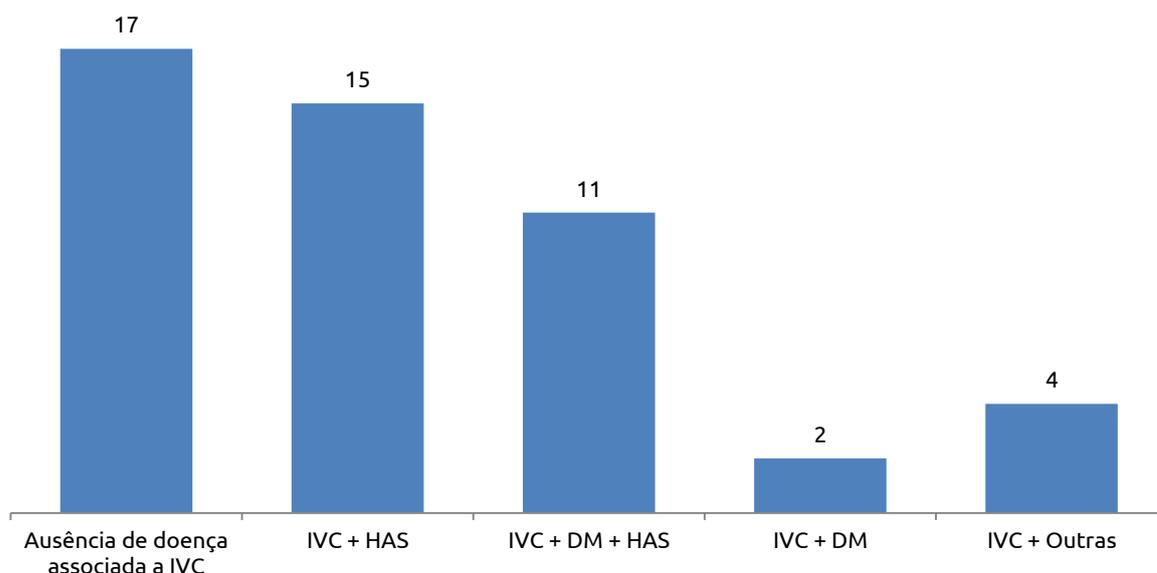
Dos pacientes do estudo, 29 (59,2%), residiam em Niterói, 16 (32,6%) em São Gonçalo e quatro (8,2%) em

Itaboraí, que são municípios próximos que demandam atendimento para o Hospital Universitário através de marcação de consultas no sistema de referência do SUS.

A procura do Ambulatório por pacientes de outros municípios se dá pelo fato deste ser considerado referência no tratamento de lesões crônicas em Niterói, além de contar com uma equipe multidisciplinar e com professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense que desenvolvem assistência, ensino e pesquisa nesse local.

É comum que os clientes com úlcera venosa crônica, apresentem outras patologias associadas, além da insuficiência venosa crônica, que podem interferir no reparo tecidual. O Gráfico 1 mostra as principais patologias associadas a Insuficiência Venosa Crônica.

Gráfico 1: Patologias associadas à Insuficiência Venosa Crônica em pessoas com úlceras venosas. Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP. Niterói, RJ, 2008.



Em relação às patologias associadas à Insuficiência Venosa Crônica (IVC) nas pessoas com úlceras venosas atendidas no Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP, predominou a presença de IVC + Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que foi detectada em 31% (15) dos pacientes e IVC + Diabetes Mellitus (DM) + HAS em 22% (11). Destaca-se que em 35% (17) não havia outra doença crônica associada à IVC, a ausência de patologias de base no paciente com úlcera venosa, indica a probabilidade do reparo tecidual ocorrer em menor tempo, quando se compara a pacientes com várias patologias associadas a Insuficiência Venosa Crônica⁽¹²⁻¹³⁾.

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial interferem no processo cicatricial da lesão devido a complicações vasculares que levam a má circulação produzindo uma cicatrização deficiente das feridas, além disso, o diabetes pode favorecer infecções⁽¹²⁾.

A seguir, passamos a apresentar as características clínicas das úlceras dos participantes.

Características clínicas das úlceras venosas

Localização das úlceras venosas

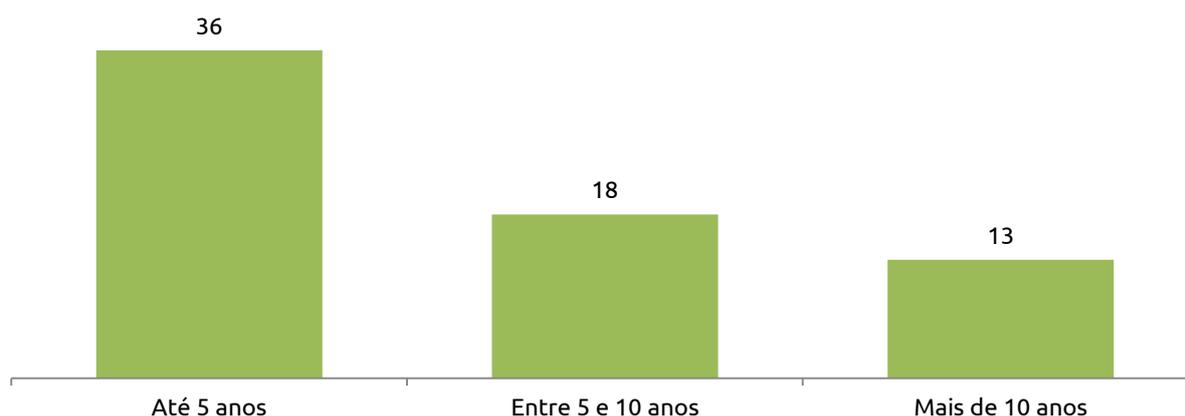
A maioria das lesões estudadas (68,6%) apresentava-se na porção inferior da perna; 20 (31,4%) localizavam-se

no maléolo. A apresentação de lesões de etiologia venosa é mais comum nas extremidades, ao redor dos maléolos, principalmente o interno, terço inferior da perna⁽¹³⁻¹⁴⁾. Raramente, a úlcera venosa ocorre na porção superior da panturrilha e nos pés; contudo, nesses casos, outras etiologias de úlcera crônica devem ser excluídas⁽¹⁴⁾.

Tempo de evolução das úlceras venosas

No Gráfico 2 observa-se que 53,8% (36) das úlceras possuíam o tempo de evolução correspondente até cinco anos, 26,9% (18) superior a cinco e até 10 anos e 19,4% (13) com mais de 10 anos de evolução.

Gráfico 2: Tempo de evolução das úlceras venosas. Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP. Niterói, RJ, 2008.



As úlceras venosas são lesões crônicas que apresentam células em baixa atividade mitótica, diminuição dos fatores de crescimento e baixa resposta celular. Geralmente não cicatrizam em menos de três meses e apresentam padrões de complexidade específicos, gerando incômodo para o paciente e custos elevados para o tratamento⁽¹⁵⁾.

É de se esperar uma permanência maior da lesão, devido às condições pré-existentes como idade, diabetes, má circulação, estado nutricional precário, imunodeficiência, além de fatores locais como infecção e presença de tecido necrótico^(6,9). Outros fatores importantes que prejudicam a cicatrização estão relacionados ao uso inadequado de produtos no curativo e a falta de terapia compressiva. O tempo transcorrido desde o surgimento da ferida até sua total cicatrização e a possibilidade de recorrência sofre influência também da terapêutica adotada para o seu tratamento⁽¹⁶⁾. A determinação da terapia mais apropriada é de suma importância, pois, durante anos, o tratamento das lesões resumia-se em solução fisiológica e aplicação de alguns produtos como por exemplo, o iodo. Com o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, temos hoje inúmeras alternativas, porém o enfermeiro deve deter conhecimento acerca dos mecanismos de

reparação tecidual e assim, escolher o produto mais adequado para cada situação específica⁽¹⁷⁾.

Profundidade das úlceras venosas

A úlcera pode ser classificada quanto à profundidade em: superficial, quando atinge apenas a epiderme e derme; profunda superficial, quando atinge até o subcutâneo; e, profunda total, quando atinge tecido muscular e estruturas adjacentes como ossos, cartilagens e tendões⁽¹⁴⁾.

Neste estudo 36 (54%) úlceras apresentaram profundidade superficial, 29 (43%) parcial e duas (3%) total. As úlceras venosas são em geral superficiais⁽¹⁴⁾ e quando profundas são mais dolorosas, principalmente aquelas localizadas próximas ao maléolo⁽⁵⁾.

Exsudato das úlceras venosas: quantidade e odor

A presença de exsudato no leito da ferida é um processo fisiológico presente na fase inflamatória, devido ao extravasamento de plasma em decorrência da vasodilatação dos pequenos vasos, provocada por traumas. A partir da avaliação acerca do volume, odor e cor, pode-se considerar a presença ou não de infecção⁽¹²⁾.

No que diz respeito à quantidade de exsudato, somente três (5%) lesões drenavam exsudato purulento, quatro (6%) sanguinolento, 16 (24%) serosanguinolento

e 44 (65%) seroso. No que se refere à quantidade, 26 (38,8%) úlceras drenaram média quantidade de exsudato, 25 (37,3%) drenaram pouca quantidade e 16 (23,9%) drenaram muita quantidade.

O exsudato seroso está relacionado normalmente às lesões limpas sendo caracterizado por ser plasmático, transparente e aquoso. Esse tipo de exsudato é composto por leucócitos e microorganismos vivos ou mortos. O exsudato purulento está geralmente associado à processos infecciosos, podendo apresentar colorações que variam entre amarelo, verde ou marrom. O exsudato serosanguinolento indica muitas vezes a presença de lesão vascular dos novos vasos frágeis que estão surgindo pelo processo de cicatrização⁽⁹⁾. Uma ferida muito exsudativa pode representar uma fase inflamatória prolongada ou infecção^(5,12). A presença de uma quantidade grande de exsudato nas fases posteriores à inflamação formam uma barreira para a cicatrização da lesão⁽⁹⁾.

Dentre as úlceras estudadas seis (9%) apresentavam exsudato com odor fétido e 61 (91%) ausência de odor. O odor exalado pela ferida indica odoração característica, como por exemplo, de infecção bacteriana por pseudomona aeruginosa. A exalação de odor fétido das úlceras é uma situação desagradável para o paciente, interferindo inclusive nas suas relações pessoais⁽¹⁸⁾ e de trabalho. Acredita-se que o número reduzido de úlceras com odor fétido nesta pesquisa se deve ao fato do acompanhamento por período criterioso e de orientações ao paciente, realizadas pelas enfermeiras do ambulatório.

Tipo de tecido no leito das úlceras venosas

Ao observar o leito das lesões foi evidenciado que 33 (49%) apresentava tecido de granulação associado à esfacelo, seguidos de 25 (37%) que apresentavam apenas granulação, cinco (8%) que apresentavam apenas esfacelo e quatro (6%) necrose de coagulação (escara).

Estudos mostram que a característica do tecido presente na ferida é um importante indicador do estágio da cicatrização alcançado ou qualquer complicação que possa estar presente⁽⁹⁾. O tecido de granulação é um tecido vermelho, brilhante, composto basicamente por vasos sanguíneos e colágeno, o topo dos arcos capilares faz com que a superfície tenha aparência granular, de onde vem seu nome⁽¹¹⁾. A maior prevalência de tecido de granulação no leito das feridas nos remete a um bom

prognóstico da evolução, já que o próximo estágio, a epitelização, que inicia o fechamento, depende do preenchimento da lesão por este tecido.

A presença de tecido desvitalizado favorece a instalação de infecção ao fornecer nutrientes para o crescimento bacteriano, além de inibir a fagocitose e destruição bacteriana retardando o reparo tecidual⁽⁵⁾.

Como a maioria das lesões apresentava exsudato seroso, odor não fétido e pouco ou quase nenhum tecido necrótico, podemos concluir que o índice de infecções nessas lesões ao longo de um ano foi reduzido, o que ratifica a importância da assistência de enfermagem adequada, com orientações referentes: a necessidade de acompanhamento regular, ao cuidado domiciliar na realização do curativo, ao uso adequado das bandagens, a proteção da lesão durante o banho, a importância da dieta alimentar e do exercício regular como as caminhadas.

Bordas das úlceras venosas

As bordas das úlceras analisadas revelaram que 39 (58%) mostravam-se epitelizadas, 25 (37%) maceradas, nenhuma com hiperqueratose e três (5%) representando outras características, como hiperemia e crosta.

O tecido epitelizado apresentado nas bordas é fino e róseo e sua orientação se dá em direção ao centro da lesão levando a contração e conseqüente fechamento da lesão⁽¹²⁾.

A maceração perilesional, atrapalha a migração dos queratinócitos para o centro da lesão, evitando o surgimento do tecido de epitelização. Pode ocorrer devido ao uso prolongado e/ou errôneo de curativos que estimulam a exsudação excessiva das feridas⁽¹⁴⁾.

Pele adjacente das úlceras venosas

A pele adjacente das úlceras dos pacientes apresentava-se em grande parte descamativa 30 (45%), seguida por hiperpigmentada 25 (37%), hidratada nove (13%) e eritematosa três (5%). Pele adjacente apresentando eritema, hiperpigmentação e descamação são características clássicas de úlceras venosas, sendo fatores agravantes que dificultam o processo de recuperação epitelial, além de favorecerem o surgimento de novas lesões⁽⁸⁾.

A pele hiperpigmentada é caracterizada pela liberação de hemoglobina após o rompimento dos glóbulos vermelhos extravasados para o interstício, é

degradada em hemossiderina, pigmento que confere a coloração castanho-azulada ou marrom-acinzentada aos tecidos⁽¹⁾.

Vários autores recomendam a hidratação da pele ao redor de uma ferida utilizando-se cremes hidratantes a base de ureia ou lanolina para a manutenção da função e integridade da pele⁽³⁾. Portanto, os cuidados realizados pelos enfermeiros não se restringem apenas a úlcera, mas consideram a área ao redor da mesma além de avaliação e hidratação da outra perna, ou seja, a que não apresenta lesão.

Produtos utilizados no tratamento das úlceras venosas

Foi utilizado em 22 (32,8%) das lesões produtos à base de AGE, 21 (31,3%) Colagenase, 12 (17,9%) Hidrogel, além de outros produtos, como Bota de Unna (1,5%), Alginato de cálcio (1,5%) ou outros (15%).

O Ácido Graxo Essencial foi o produto mais utilizado, ele é indicado para o tratamento de úlceras com tecido de granulação no leito, promovendo a quimiotaxia e a angiogênese, além de manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação tecidual^(14,19).

A Colagenase foi utilizada quando o leito da úlcera apresentava tecido desvitalizado de coloração amarelada. Esse produto age realizando o debridamento enzimático do colágeno inativo presente neste tipo de tecidos^(14,19).

O Hidrogel é um produto composto basicamente por água, assim, atua aumentando a umidade do leito da úlcera, propiciando um meio ideal para a reparação tecidual além de aliviar a dor. São indicados para úlceras secas, ou com produção moderada de exsudato e contraindicados para feridas muito exsudativas e infectadas⁽¹⁴⁾.

A Bota de Unna é o tratamento fundamental para úlceras venosas pois tem a finalidade de reduzir a hipertensão venosa. É uma atadura cuja composição se baseia na impregnação do óxido de zinco com glicerina, água destilada e gelatina. Sua troca deve ser realizada em até sete dias, porém sua utilização se limita a pacientes com diagnóstico médico de Insuficiência Venosa e a pacientes que deambulam⁽¹⁴⁾.

O Alginato de Cálcio é indicado para o tratamento de úlceras com tecido de granulação e com produção excessiva de exsudato, pois é altamente absorvente e hemostático⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O hidrogel, alginato de cálcio e a bota de unna não estavam disponíveis no Ambulatório de Reparo de Feridas, o que limitou drasticamente a sua utilização.

A escolha do produto ideal é essencial para melhor evolução da lesão, já que o tratamento de feridas cutâneas é dinâmico e depende da evolução das fases de cicatrização para a melhor opção do curativo e melhor prognóstico⁽¹⁷⁾. Entretanto, o serviço de saúde nem sempre apresenta diversidade de produtos, fazendo com que os enfermeiros utilizem o curativo disponível mais próximo do ideal, considerando as condições da úlcera e do paciente.

CONCLUSÃO

A consulta de enfermagem no atendimento ao cliente com úlceras venosas no cenário estudado tem possibilitado, além da realização do tratamento tópico das lesões, o levantamento de dados pessoais (sócio-demográficos) e clínicos que caracterizam a clientela assistida no ambulatório.

Neste trabalho foram avaliados 49 pacientes com Insuficiência Venosa Crônica, que apresentavam 67 úlceras, predominantemente no terço inferior da perna (68,6%) e com tempo de evolução de até cinco anos (53,8%). Essa população estava predominantemente entre 51-70 anos (45,7%), aproximadamente metade era do sexo feminino (55%) e com baixa escolaridade. Apresentavam insuficiência venosa crônica de forma isolada (35%) ou associada com hipertensão arterial (31%). As lesões apresentavam predominantemente profundidade superficial (54%), com exsudato seroso (65%), em média quantidade (38,8%), sem odor fétido (91%). O tecido predominante nas lesões era o de granulação associado a esfacelo (49%), as bordas estavam na maioria dos casos em fase de epitelização (58%). A pele adjacente às úlceras apresentava-se frequentemente descamativa (45%). O produto mais utilizado nas lesões foi o AGE (32,8%) seguidos pela Colagenase (31,3%), que estavam disponíveis na instituição em estudo, na época da realização da pesquisa. Apesar da indicação da terapia compressiva ser importante para os pacientes com úlceras venosas, apenas 1,5% utilizavam a Bota de Unna.

A avaliação criteriosa do enfermeiro com o paciente que apresenta úlcera venosa auxilia na determinação de cuidados específicos, direcionados ao tipo de tecido no leito da lesão, ao tamanho, a presença de exsudato, as

doença de base entre outras. Todos estes fatores são diferenciais que determinarão o cuidado adequado, conforme as características clínicas de cada paciente, a fim de proporcionar redução do tamanho da lesão, diminuição do tempo e do custo do tratamento, e satisfação do indivíduo.

Somada a relevância para a assistência, a caracterização da clientela com úlceras, também propicia a construção de protocolos de pesquisa com desenhos

mais específicos e detalhados. A crescente demanda de ensaios clínicos no Brasil faz com que investigadores procurem referências bibliográficas para auxiliar na elaboração do desenho dos seus estudos, em relação à definição do método, à formulação dos instrumentos de pesquisa e principalmente para a operacionalização de intervenções. Dessa forma, espera-se que os dados da pesquisa subsidiem tanto a assistência quanto a pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 2012 mar 30];9(2):506-17. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>.
2. Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFMG; 2008.147p.
3. Scemons D, Elston D. Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem. 1st Ed. Porto Alegre: AMGH; 2011.
4. Maffei FHA, editor. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. Doenças vasculares periféricas. 4th Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 v. 2
5. Brandão ES. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica; 2006.
6. Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. Rev. Pesq. Cuid. Fundam. [Internet] 2011 [cited 2012 mar 30];3(1):1628-37. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1209/pdf_359
7. Santana SMSC. Úlceras Venosas: ocorrência, caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia/GO. [dissertacion]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFMG; 2010. 168 p.
8. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An. Bras. Dermatol. [Internet] 2006 [cited 2012 mar 30]; 81(6): 509-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>.
9. Orosco SS, Martins EAP. Avaliação de feridas: uma descrição para sistematização da assistência. Enfermagem Atual 2006;5(1):39-46.
10. Gomes BAF, Biancardi AL, Netto CF, Gaffree FFP, Moraes JHV. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de catarata em um hospital universitário. Rev. Bras. Oftalmol. [Internet]. 2008 [cited 2012 mar 30];67(5):220-5: Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v67n5/v67n5a04.pdf>
11. Oliveira BGRB. O protocolo de pesquisa e assistência no espaço da consulta de enfermagem para clientes com lesões tissulares e doenças crônicas. [thesis] Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF; 2002. p.174
12. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia prático para as enfermeiras. 3st ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
13. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2th ed. São Caetano do Sul: Yedis editora; 2008.
14. Malagutti W, Kakihara CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.
15. Ferreira MC, Tuma JP, Carvalho VF, Kamamoto F. Complex wounds. Clinics [Internet]. 2006 [cited 2012 mar 30];61(6):571-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322006000600014>.
16. Oliveira BGRB, Lima FFS, Araújo JO. Ambulatório de Reparo de Feridas – perfil da clientela com feridas crônicas- Um estudo prospectivo. Online Braz. J Nurs [Internet] 2008 [cited 2009 jun 10]; 7(2). Available from: <http://www.uff.br/obinursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1508/369>.
17. Francon D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Rev. Col. Cir. [internet] 2008 [cited 2009 mai 20]; 35(3): 203-6. Available from: <http://www.cbc.org.br/upload/pdf/revista/05062008>.
18. Candido LC. Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas. Santos: SENAC; 2006
19. Manhezi AC, Bachion MM, Pereira AL. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. Rev Bras enferm [Internet] 2008 [cited 2009 mai 22]; 61(5):620-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5>.

Artigo recebido em 01.07.2010.

Aprovado para publicação em 13.03.2012.

Artigo publicado em 30.03.2012.