



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Soares Carvalho Sant'Ana, Sílvia Maria; Bachion, Maria Márcia; Santos, Queilene Rosa; Assis Barros
Nunes, Cynthia; Gomes Malaquias, Suelen; Guitton Renaud Baptista Oliveira, Beatriz

Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 65, núm. 4, agosto, 2012, pp. 637-644

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267024790013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial

Venous ulcers: clinical characterization and treatment in users treated in outpatient facilities

Úlceras venosas: caracterización clínica y tratamiento en usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios

**Sílvia Maria Soares Carvalho Sant'Ana^I, Maria Márcia Bachion^{II}, Queiliane Rosa Santos^{III},
Cynthia Assis Barros Nunes^{IV}, Suelen Gomes Malaquias^V, Beatriz Guilton Renaud Baptista Oliveira^{VI}**

^I Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem,

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestranda). Goiânia-GO, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas (Coordenadora). Goiânia-GO, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem,

Curso de Graduação em Enfermagem (Graduanda). Goiânia-GO, Brasil.

^{IV} Secretaria Municipal de Saúde. Goiânia-GO, Brasil. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem,

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestranda). Goiânia-GO, Brasil.

^V Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí, Faculdade de Enfermagem, Jataí-GO, Brasil.

^{VI} Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói-RJ, Brasil.

Submissão: 04-03-2011 **Aprovação:** 19-08-2012

RESUMO

A úlcera venosa representa um desafio para os profissionais de saúde, por ser um agravo crônico, recorrente e com impacto biopsicossocial. Os objetivos deste estudo foram caracterizar as úlceras venosas dos usuários atendidos em salas de curativos da rede municipal de saúde e descrever o tratamento recebido. Esta pesquisa descritiva, realizada no período de outubro de 2009 a julho de 2010 incluiu 58 pessoas. Os dados foram coletados mediante protocolo que envolveu entrevista, exame físico, aplicação de escala, registro fotográfico da lesão e planigrafia. Os resultados mostraram lesões com más condições de cicatrização e o tratamento em desacordo com as principais recomendações da literatura na área. Conclui-se que é necessário repensar a organização dos serviços para atender melhor essa população.

Descritores: Úlcera Varicosa; Perfil de Saúde; Saúde Pública; Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

Venous ulcer represents a challenge for health's professionals, because it's a chronic injury, recurrent and with biologic and psychosocial impact. The aim of this study was to characterize the venous ulcers of outpatients attended in curative rooms of the municipal health network and describe the treatment received. This descriptive study, carried out from October 2009 to July 2010 included 58 people. Data were collected using protocol that involved an interview, physical examination, application of scale, photographic record of the lesion and planigraphy. The results showed lesions with poor healing and treatment in violation of the main recommendations of the literature in the area. We conclude that it is necessary to rethink the organization of services to better serve this population.

Key words: Varicose Ulcer; Health Profile; Public Health; Nursing Care.

RESUMEN

Úlcera venosa representa un desafío para los profesionales de salud, siendo una lesión crónica, recurrente y con impacto biopsicossocial. El objetivo de este estudio fue caracterizar las úlceras venosas de los usuarios atendidos en salas de curativos de la red municipal de salud. Esta pesquisa descritiva, realizada entre octubre 2009 y julio 2010 incluyó a 58 personas. Los datos fueron recolectados mediante protocolo que incluyó entrevista, examen físico, aplicación de escala, registro fotográfico de la lesión y planigraphia. Los resultados mostraron lesiones con mala cicatrización y tratamiento con violación de las principales recomendaciones de la literatura en el área. Se concluye que es necesario repensar la organización de los servicios para servir mejor a esta población.

Palabras clave: Úlcera Varicosa; Perfil de Salud; Salud Pública; Atención de Enfermería.

Extraído de Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
A pesquisa foi desenvolvida com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG).

AUTOR CORRESPONDENTE Maria Márcia Bachion E-mail: mbachion@gmail.com

INTRODUÇÃO

As úlceras venosas constituem-se um sério problema de saúde pública, em função do grande número de pessoas acometidas, por necessitar de cuidados em saúde, provocar ausência do trabalho ou perda do emprego, contribuindo para onerar o gasto público, além de provocar o sofrimento das pessoas e a interferência na sua qualidade de vida⁽¹⁾.

As úlceras venosas são responsáveis pela principal causa de úlcera de perna, com uma ocorrência que atinge índices de até 80,0%⁽²⁾, e podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos⁽³⁻⁵⁾.

Independente da faixa etária acometida é observado impacto tanto no aspecto físico como psicossocial, que incluem a dor⁽³⁾, dificuldades para se locomover, limitações no trabalho doméstico, nas atividades sociais, vergonha de expor as pernas, limitação das atividades de lazer e restrições na vida conjugal⁽⁶⁾. Por isso, necessitam de cuidados apropriados e de forma resolutiva, com vista ao restabelecimento da saúde das pessoas e seu retorno às atividades cotidianas.

Considerando a importância de um atendimento adequado a esta população, há necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, na qual está inserida a Enfermagem, que se destaca por prestar atendimento, na avaliação ampliada das pessoas com úlceras venosas, avaliação das lesões, realização de curativos e encaminhamentos necessários, além de ações educativas para evolução favorável do processo de cicatrização e prevenção do aparecimento de lesões e ocorrência de recidivas.

Estes profissionais atuam tanto em unidades de referência⁽⁵⁾ como em unidades ambulatoriais, as quais recebem a maior parte da demanda das pessoas acometidas por esse agravo^(2,4). Apesar disso, observa-se uma tendência das pesquisas serem realizadas em unidades especializadas no tratamento de úlceras venosas, conferindo às amostras características clínicas das lesões de difícil cicatrização e refratárias ao tratamento convencional^(3,5,7).

Sendo assim, a presente pesquisa objetivou analisar as características das úlceras venosas e o tratamento recebido pela população atendida em salas de curativos de unidades da rede ambulatorial da atenção básica em saúde, com vistas a oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas e mais assertivas a esta clientela, além de indicar aspectos que podem contribuir para reflexões acerca do processo de atendimento à essa população e áreas que necessitam de pesquisas futuras.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, inserido 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).

A amostra de conveniência foi composta pelos indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, possuir pelo menos uma úlcera com

duração de seis semanas ou mais, em atividade, decorrente de alteração da circulação venosa em membros inferiores e ser usuário das salas de curativos durante o período de coleta de dados, de outubro de 2009 a julho de 2010.

Considerou-se usuário com úlcera venosa aquele que apresentasse lesão ativa, localizada na perna ou pé, índice tornozelo-braço $\geq 0,9$ ⁽²⁾, com presença de, no mínimo, dois dos sinais e sintomas de insuficiência venosa: edema em tornozelo e/ou acima; hiperpigmentação; lipodermatoesclerose; varizes e/ou veias reticulares e/ou telangiectasias⁽⁸⁾; ou ainda 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 dos sistemas venosos. Os critérios de exclusão foram: apresentar sinais de alteração da circulação arterial (palidez à elevação do membro, ausência de pulsos arteriais distais, cianose de extremidade, tempo de enchimento capilar superior a três segundos⁽⁹⁾ e dor à elevação do membro); abandono do tratamento ou morte.

A abordagem dos usuários ocorreu após identificação prévia no ambiente em que aguardavam para serem atendidos nas salas de curativo e, quando satisfeitos os critérios de inclusão, eram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e procedimentos envolvidos, sendo convidados a participar do mediante apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 196/96.

Foram identificadas 109 pessoas em tratamento para úlceras vasculares, nas 49 salas de curativos que prestavam atendimento a essa população, no período estabelecido para a coleta de dados – outubro de 2009 a julho de 2010. Destes, 13 se recusaram a participar e 23 não atenderam aos critérios de inclusão. Foram incluídas inicialmente 73 pessoas na amostra, contudo, houve 15 exclusões decorrentes de: 1 óbito, 1 desistência, 1 encaminhamento para atendimento hospitalar, que descontinuou o tratamento na rede ambulatorial do município, 5 por mudança do setor ou do município, e 7 por frequência extremamente irregular no tratamento nas salas de curativo e não atendiam ao cronograma de agendamento para a continuidade do processo de coleta de dados. Com isso, a amostra deste estudo foi de 58 pessoas.

O protocolo de pesquisa constou de procedimentos de entrevista, exame físico, utilização da *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) validada para úlcera de perna⁽¹⁰⁾, planigrafia e registro fotográfico das lesões, bem como a consulta a prontuário, para identificação de registros de diagnóstico médico e resultados de exames relativos à circulação venosa de membros inferiores.

Foram necessários de dois a quatro encontros para a finalização da coleta de dados com cada participante, sendo considerada a disponibilidade de horário pelo sujeito e o padrão de fluxo de atendimento da unidade.

As variáveis consideradas para a análise das características das lesões englobaram: história de lesões anteriores, quantidade de membros com úlcera, localização da lesão segundo as zonas (1- pé; 2- metade proximal da perna até abaixo do tornozelo; 3- metade distal da perna até a borda inferior da patela), tempo de duração da lesão, características do leito e condições da cicatrização da lesão, condições das bordas e da área perilesional. Considerou-se para avaliação das

condições de atendimento à clientela, o acompanhamento com profissional da área de saúde, a terapia tópica realizada na sala de curativo, aplicação de terapia compressiva e o tratamento farmacológico em uso. Os dados coletados foram digitados em um banco criado no software *Statistical Package of Social Sciences for Windows*®, versão 17.0, e analisados com base em estatística descritiva, obtendo-se frequências simples e percentuais dos eventos observados e cálculo de medidas de tendência central e de dispersão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 58 pessoas sendo 67,2% do gênero masculino, e com idade de 28 a 79 anos, média de 58,97 ($\pm 13,34$). Em relação ao número de membros acometidos, a maior parte (86,2%) apresentava lesão em uma das pernas. As características das lesões estão descritas na Tabela 1.

Quanto ao número de lesões, 63,8% apresentou uma única lesão, entretanto 12,1% apresentaram de três a oito

Tabela 1 – Distribuição das características clínicas de 102 feridas.
Rede ambulatorial de saúde municipal de Goiânia-GO, outubro de 2009 a julho de 2010.

Variáveis		Valores	n	%
Numero de lesões por participante		1 lesão	37	63,8
		2 lesões	14	24,1
		≥ 3 lesões	07	12,1
Zonas acometidas		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
Itens da <i>Pressure Ulcer Scale for Healing</i>	Área das lesões em cm ² / subescore	≤ 1 / ≤ 3	05	4,9
		> 1 a ≤ 8 / 4-7	31	30,4
		< 8 a ≤ 12 / 8-9	26	25,5
		> 24/ 10	40	39,2
	Quantidade de exsudato	Ausente	03	3,0
		Pequena	24	23,5
		Moderada	34	33,3
		Grande	41	40,2
	Pior tipo de tecido presente	Fechado	-	-
		Tecido epitelial	-	-
		Tecido de granulação	12	11,8
		Esfacelo	75	73,5
		Escara	15	14,7
	Escore total das lesões	≤ 4	-	-
		> 5 a 8	07	6,9
		> 9 a 13	38	37,2
		> 14 a 17	57	55,9
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 Tecido de granulação	03	3,0
		< 25 %	15	14,7
		25 % a < 50%	11	10,8
		50% a < 75%	34	33,3
		> 75%	39	38,2

lesões, totalizando 102 úlceras. As úlceras eram localizadas predominantemente em zona 2, isolada ou concomitantemente a outras regiões, com duração de 2 a 792 meses, sendo a mediana de 24 meses, e predomínio de menos de um ano de duração (Tabela 1).

Aproximadamente metade dos participantes (51,7%) apresentava lesões recidivantes. Na época da coleta de dados, as lesões apresentavam na maioria das vezes área maior que 24cm², grande quantidade de exsudato e presença de esfacelo, caracterizando más condições para cicatrização, considerando a pontuação PUSH (Tabela 1). As características do exsudato estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das feridas segundo características do exsudato. Rede ambulatorial de saúde municipal de Goiânia-GO, outubro de 2009 a julho de 2010.

Características do exsudato	n	%
Tipo / cor		
Seroso	10	9,8
Serossanguinolento	26	25,5
Sanguinolento	01	1,0
Purulento	12	11,8
Piossanguinolento	20	19,6
Purulento-esverdeado	33	32,3
Odor		
Forte	32	31,4
Moderado	24	23,5
Discreto	21	20,6
Sem odor	25	24,5

Tabela 3 – Distribuição das feridas segundo características das bordas e pele perilesional. Rede ambulatorial de saúde municipal de Goiânia-GO, outubro de 2009 a julho de 2010.

Características	f	%
Características das bordas		
Aderida	98	96,1
Circunscrita	59	57,8
Regular	53	52,0
Elevada	53	52,0
Endurecimento	40	39,2
Queratose	37	36,3
Edema	35	34,2
Maceração	30	29,4
Epitelização	30	29,4
Características da pele perilesional		
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

Observou-se que a maior parte das lesões apresentava exsudato com aspecto purulento, destacando-se a coloração esverdeada, e odor forte (Tabela 2).

Quanto às características macroscópicas do tecido de granulação presentes no leito das lesões, observou-se que 49 (48,0%) apresentavam coloração pálida, 39 (38,2%) coloração vermelha brilhante, 30 (24,9%) vermelho escuro, 18 (17,6%) sangramento fácil e nove (8,8%) hipergranulação. Características de bordas e da pele perilesional estão descritas na Tabela 3.

A maioria das úlceras apresentou bordas aderidas, circunscritas, regulares e elevadas (Tabela 3). A pele perilesão apresentava-se fina, brilhante, descamativa, com hipertermia e hiperemia.

Em relação ao acompanhamento nas unidades de saúde, observou-se que 33 (56,9%) participantes recebiam atendimento do técnico ou auxiliar de enfermagem, do enfermeiro e do médico. Catorze (24,1%) recebiam atendimento apenas do técnico/ auxiliar de enfermagem, sem a participação do enfermeiro; cinco (8,6%) eram atendidos exclusivamente pelo enfermeiro e pelo médico em relação ao tratamento para as úlceras, enquanto que quatro (7,0%) recebiam atendimento apenas do técnico ou auxiliar, não havendo avaliação do enfermeiro e do médico. Entre aqueles que dispunham de acompanhamento médico, 39 (67,2%) participantes referiram seguimento com médico angiologista, oito (13,8%) com clínico geral, quatro (6,9%) com dermatologista, três (5,2%) com cirurgião geral e um (1,7%) com médico da Estratégia Saúde da Família.

Em todas as salas de curativos a limpeza das lesões era realizada com solução fisiológica. Entre as coberturas utilizadas para o tratamento das úlceras, predominou o uso de produtos a base de ácido graxo essencial (AGE) (Figura 1).

A terapia compressiva inelástica foi aplicada em apenas dois participantes (3,9%). Não houve utilização de outros procedimentos de terapia compressiva.

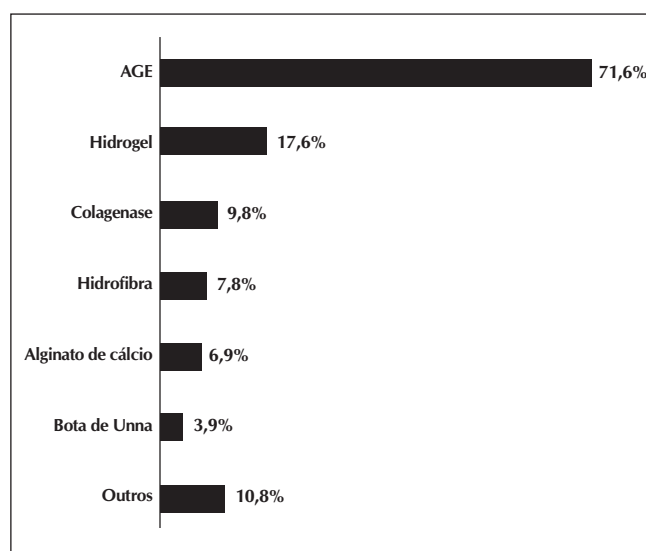


Figura 1 - Distribuição do tratamento tópico das feridas. Rede ambulatorial de saúde municipal de Goiânia-GO, outubro de 2009 a julho de 2010.

Trinta e nove (67,2%) participantes referiram também realizar curativos no domicílio, sendo que 20 (34,5%) realizam a limpeza após o banho, 12 (20,7%) lavam a ferida durante o banho; os demais não lavam a ferida. Entre os que realizam a limpeza da ferida, 15 (25,9%) referiram usar solução fisiológica, enquanto que 17 (29,3%) informaram usar a água corrente com sabonete comum ou antisséptico no leito da lesão.

Quanto à terapia farmacológica, três (5,1%) usavam medicamentos venotônicos enquanto um (1,7%) fazia uso de anticoagulante.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes assemelham-se as de outro estudo⁽¹¹⁾ com exceção do gênero masculino que tem-se mostrado preponderante no contexto regional entre a população acometida por úlceras de origem vascular, conforme identificado em pesquisa anterior realizada neste mesmo município⁽²⁾, fato este que sugere a necessidade de estudos que investiguem melhor este achado.

Como observado em nosso estudo, predominaram uma ou duas úlceras venosas por participante. A literatura indica que estas lesões em geral são únicas⁽³⁻⁴⁾, que nos remete a possível coalescência das lesões em função do tempo, se considerarmos que a maioria tinham mais de um ano de duração.

Os resultados sobre a quantidade de membros acometidos são similares com os dados evidenciados em outros estudos⁽³⁻⁴⁾. Recomenda-se que o enfermeiro esteja atento, durante a consulta de enfermagem, para realizar o exame físico na perna que não apresenta ulceração a fim de detectar sinais de surgimento de novas lesões, pele ressecada, descamativa e com prurido.

A úlcera pode interferir na capacidade de deambulação das pessoas acometidas⁽⁶⁾, e no caso dos 13,8% com lesões em ambos os membros, essa situação pode estar ainda mais comprometida. Assim, é importante que o profissional também avalie o grau de dificuldade do usuário para andar e deslocar-se à unidade de saúde.

A frequente recidiva identificada nesta pesquisa é um fenômeno comumente encontrado^(3-5,12) atingindo índices de aproximadamente 70,0%⁽³⁻⁴⁾. Isto significa maior demanda aos serviços de saúde, em relação tanto a recursos materiais, estruturais e humanos, requerendo a atuação de equipe multidisciplinar em função da interferência na qualidade de vida das pessoas⁽⁷⁾. Dessa forma, e considerando tratar-se de um indivíduo acometido por doença crônica, é indicado que mesmo após cicatrização completa da ulcera, sejam remarcadas consultas periódicas de enfermagem com intuito de avaliar a pele, a cicatriz da ferida e a manutenção dos cuidados tomados pelo paciente em prol da sua saúde⁽¹²⁾.

As estratégias visando a prevenção devem considerar uma abordagem multiprofissional, o uso meias de compressão, de classe III (alta compressão), avaliação quanto a correção cirúrgica e atividades educativas, bem como o acompanhamento regular para monitorar a condição da pele e o índice tornozelo-braquial⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A região maleolar, principalmente medial, é a localização preferencial das úlceras venosas de causa espontânea⁽⁹⁾,

região que está inserida na zona 2 e que foi a mais encontrada neste estudo, convergindo com os dados de outros autores⁽⁴⁻⁵⁾.

Em relação à área da lesão, outros estudos brasileiros⁽⁴⁻⁵⁾ também identificaram maior ocorrência de lesões com área igual ou maior que 20cm². Não há consenso sobre o que seria uma úlcera pequena, média e grande. Há estudo⁽⁴⁾ que considera uma lesão grande com área maior que 60cm², enquanto que outro⁽⁵⁾ refere como grande uma área acima de 150cm². Por sua vez, uma ferida com esta magnitude poderia ser considerada como muito grande, se fosse adotada a classificação de pesquisadores de um outro centro de referência⁽³⁾ que adota esta categoria para lesões com área maior que 90cm².

A avaliação da área das lesões é sempre motivo de preocupação, pois feridas com áreas grandes demandam mais tempo para cicatrizar, mesmo quando submetidas a tratamento adequado⁽¹⁴⁾.

Tratando-se do exsudato, os resultados desta pesquisa diferenciam-se dos achados de outros estudos que identificaram exsudato em pequena quantidade em aproximadamente 40,0% das lesões e de aspecto seroso em aproximadamente 70,0%^(4,15).

Umidade extrema na lesão afetará de forma negativa a cicatrização da lesão e, na avaliação, deve-se considerar, enquanto causas, possível inflamação ou infecção, investigar se a pessoa permanece períodos prolongados com as pernas para baixo ou ainda, a dificuldade de adesão para o uso da terapia compressiva⁽¹⁶⁾.

Observamos uma ocorrência elevada de lesões com leito de coloração pálida e vermelho escuro, os quais se relacionam com processos infecciosos⁽¹⁷⁾. Leito granuloso em úlceras venosas representa os achados de várias pesquisas^(4,11,15), sendo associado à necrose úmida ou esfacelo⁽⁴⁾, como observado neste estudo.

Bordas irregulares são referidas por diferentes autores como uma característica das úlceras venosas^(5,15), porém, no presente estudo houve predomínio de bordas regulares. Predomínio de bordas aderidas ao leito também foi identificado em outro estudo⁽¹⁵⁾, e maior frequência de bordas circunscritas⁽⁵⁾. Outras características, como bordas elevadas, presença de queratose e maceração são referidas por diferentes estudos em proporções aproximadas ao encontrado na presente pesquisa^(5,15).

A pele perilesional fornece informações para o estabelecimento dos cuidados, assim como para avaliar os resultados do tratamento⁽¹⁴⁾. Os sinais inflamatórios nas bordas e área perilesão indicam presença de infecção. A presença de maceração, que se deve a exposição prolongada da pele a fluidos, é um sinal de alerta quanto à cobertura utilizada, nível deficiente de autocuidado ou do cuidado profissional.

As informações quanto ao atendimento pelos profissionais devem ser analisadas com ressalvas, uma vez que não foi questionado se o acompanhamento era realizado com base na interação entre os profissionais, numa perspectiva de trabalho em equipe, ou num modelo de atendimento multiprofissional sem integração.

Um estudo identificou serviços de saúde desarticulados entre os diferentes níveis de assistência e com falta de continuidade do tratamento⁽¹⁸⁾. A descontinuidade da assistência também é evidenciada em outros cenários⁽⁴⁾.

O envolvimento do profissional da área médica, concomitante à atuação do enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem foi observado em maiores proporções em um ambulatório de angiologia e cirurgia vascular⁽⁵⁾, no qual foi identificada assistência médica em 100% dos casos, enfermeiro em 62,5% e do auxiliar/técnico de enfermagem em 90,0%.

Verificou-se que o acesso à atendimento com médico cirurgião vascular/angiologista, na presente pesquisa foi mais elevado do que o observado por um estudioso na região Nordeste, com foco na atenção básica, que identificou que 25,7% dos participantes tiveram acesso a este especialista⁽⁴⁾.

Os resultados do presente estudo indicam atenção precária à população com úlceras venosas, em relação às coberturas utilizadas. Em pessoas atendidas por profissionais da atenção básica, na cidade de Natal-RN, foi observado que em 43,2% havia uso inadequado de produtos na realização do curativo de úlceras venosas⁽⁴⁾.

Já 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 10% manipulada em creme (22,5%) e colagenase mono (15%)⁽⁵⁾. Destaca-se que estas coberturas não eram completamente fornecidas pelo sistema de saúde, uma vez que parte dos usuários precisava adquiri-las. Essa insuficiência do sistema em prover os materiais necessários ao tratamento do usuário na atenção básica também foi identificada na cidade de Uberaba-MG⁽¹⁸⁾.

Não há evidências de que um curativo seja superior a outro, se os mesmos promovem cicatrização em ambiente úmido^(14,16), porém, se for observado excesso de exsudato, a recomendação é para o uso de uma cobertura que controle esta situação, tais como alginato, hidrofibra de hidrocolóide e espumas de poliuretano⁽¹⁶⁾. Estes produtos eram usados em apenas 14,7% das lesões. Esse cenário denota a falta de adequação do sistema de saúde para atender aos usuários, nas suas necessidades, especialmente de controle do exsudato.

Os ácidos graxos essenciais promovem quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese, mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual. As úlceras venosas constituem uma das suas indicações, e 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-se com cobertura secundária (gaze). A sua troca se fará quando a cobertura secundária estiver saturada ou a cada 24 horas⁽¹⁾.

Porém, é praticamente impossível manter as gazes úmidas continuamente. 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⁽¹⁴⁾.

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, ainda sem grande robustez, é indicado para queimaduras, nas manifestações cutâneas de deficiência sistêmica desses ácidos e para o tratamento de ferida cirúrgica aberta infectada⁽¹⁹⁾.

Vários fatores podem interferir na escolha adequada da cobertura, dentre elas, a 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, além dos fatores relacionados ao reembolso financeiro pelos planos de saúde⁽¹³⁾.

Por outro lado, falta poder de decisão à enfermagem para adotar práticas condizentes com as diretrizes para o adequado atendimento a essa população na atenção básica, uma vez que isso depende de uma decisão institucional e não apenas pessoal.

Foi observado uso reduzido de terapia compressiva, em níveis menores do que relatado por outros autores. Enquanto que, em suas pesquisas, estudiosos encontraram de 4,0 a 56,8% de uso deste tratamento^(4-5,15), na presente pesquisa essa prática estava instituída para apenas dois participantes (3,9%).

A terapia compressiva é a medida mais importante do tratamento da pessoa com úlcera venosa⁽¹³⁾, visto que contribui para o retorno venoso, melhorando a estase e o edema, o que se traduz em melhores condições clínicas na lesão e acelerando a cicatrização⁽¹⁶⁾.

No Brasil, documento do Ministério da Saúde⁽¹⁾ preconiza que a bota de Unna só pode ser realizada com indicação médica. No cenário internacional^(13-14,16), preconiza-se assegurar a existência de profissional treinado para a aplicação da terapia compressiva, e o acompanhamento sistemático e frequente das pessoas, sem que necessariamente se restrinja a sua indicação pelo profissional médico, contudo, deve ser realizada a avaliação por especialista 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.

Não se conhece o preparo ou características da formação dos profissionais envolvidos no atendimento à pessoas com úlceras vasculares na rede de salas de curativo da atenção primária no cenário estudado. Também não foram encontrados estudos nessa perspectiva realizados no Brasil. Assim, recomendam-se pesquisas na área⁽²⁰⁾.

Observou-se que a realização do curativo no domicílio é uma prática comum e não difere de outros cenários brasileiros, apresentando ocorrência semelhante ao que é relatado na literatura^(4-5,18). Esse cenário deve ser examinado com prudência, uma vez que a água usada na limpeza das lesões pode não ter sua qualidade garantida⁽¹⁸⁾, os reservatórios não serem limpos periodicamente e não apresentarem controle bacteriológico.

De qualquer modo, o sistema de saúde deveria ser capaz de atender aos usuários nas unidades ambulatoriais ou no domicílio, com acompanhamento profissional adequado. Por limitação da capacidade do SUS, esta população é encorajada a assumir o tratamento de suas feridas no interior de suas residências, como um ato da vida doméstica, intercalando com o atendimento profissional nas instituições.

Se nas unidades de saúde o profissional identificasse as necessidades e capacidades do usuário e de sua família em cuidar da ferida, buscasse prepará-los para participarem no tratamento e nos cuidados domiciliares, e estabelecesse meios com a equipe de saúde para otimizar o atendimento, o tratamento das feridas no domicílio poderia ser seguro e resolutivo.

Entre os participantes, a terapia farmacológica mostrou-se pouco utilizada, mesmo sendo um recurso valioso e indicado, sendo reconhecido os seus benefícios^(14,16), que incluem melhora nos sintomas venosos, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas.

Tendo em vista o alto impacto dos custos diretos e indiretos da úlcera venosa para o sistema de saúde, reconhecido pelo Ministério da Saúde⁽¹⁾ e por instituições internacionais^(14,16), a preocupação com a organização de um sistema de atendimento mais condizente deveria ser priorizado, além da capacitação dos profissionais das salas de curativo das redes municipais, para o tratamento adequado dos usuários.

Nesse sentido, é necessário desenvolver pesquisas para encontrar as respostas necessárias à prática assistencial, tomando como base as realidades dos serviços. Esse poderia ser o ponto de partida para garantir maior resolubilidade ao tratamento, que representa desafio às práticas dos profissionais, não só pela questão financeira para o sistema de saúde, mas pelo impacto biopsicossocial das úlceras venosas para a população⁽⁶⁻⁷⁾.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa permitiu identificar que as úlceras venosas foram predominantes na população masculina, na faixa etária igual ou maior de 50 anos, com recorrência em aproximadamente metade dos casos, sendo mais comum a atividade de uma ou duas lesões por usuário, localizada na zona 2, com duração menor que um ano.

Os aspectos macroscópicos das lesões evidenciaram-se lesões com área acima de 24cm², leito granuloso, grande quantidade de exsudato de aspecto purulento-esverdeado e odor forte, com pontuação na PUSH que evidencia lesões em piores condições de cicatrização. O leito das lesões apresentava-se

com coloração pálida ou vermelha escura; as bordas eram frequentemente circunscritas, regulares, aderidas; a área perilesional com aspecto de textura fina, brilhante, com hipertermia e hiperemia, denotando presença de infecção.

Estas pessoas tinham acompanhamento de técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico no tratamento, sendo a especialidade médica mais referida, cirurgia vascular e angiologista. Contudo, não se pode afirmar que estes profissionais agiam de modo articulado entre si.

O tratamento tópico das lesões nas unidades de saúde estava sendo realizado predominantemente com produto à base de ácido graxo essencial, intercalado com a realização de curativo no domicílio, realizado pelo próprio usuário ou cuidador, com os mesmos produtos usados para a cobertura, que eram empregados nas salas de curativo. No entanto, o que muito preocupa os enfermeiros pesquisadores desta área, é que algumas pessoas deixam as úlceras descobertas durante o banho e ao realizar sua higiene pessoal podem deixar excreções do corpo caírem sobre a lesão. A recomendação é que o curativo da úlcera venosa seja feito separado, ou seja, após o banho e em seguida recolocada a bandagem compressiva.

Os resultados deste estudo indicam uma população com lesões deterioradas, bem como tratamento em desacordo com as principais recomendações internacionais, apontando para necessidades de intervenções de acordo com sua apresentação clínica, bem acompanhamento do seu estado evolutivo com métodos de avaliação sistematizados. As intervenções exigidas, pela sua natureza multidimensional, ou seja, terapia tópica, tratamento sistêmico das condições circulatórias, minimização do impacto da lesão na autoimagem, autoestima, manejo da dor, requerem atuação de equipe multiprofissional, entre os quais é preciso assegurar a presença do enfermeiro sua responsabilização por esse atendimento nas salas de curativo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia. Goiânia. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2008.
3. Abbade LPF, Lastória S, Rollo HÁ. Venous ulcer: clinical characteristics na risk factors. *Int J Dermatol* 2011;50:405-11.
4. Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN. Natal. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.
5. Deodato OON. Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. Natal. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
6. Costa IKF, Nóbrega WG, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, Enders BC. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. *Rev Gaúch Enferm* 2011;32(3):561-8.
7. Nogueira GS, Zanin CR, Miyazaki MCOS, Godoy JMP. Venous Leg Ulcers and Emotional Consequences. *Int J Low Extrem Wound* 2009;8:194-196.
8. Eklof 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.
9. Sieggreen M. Lower Extremity Arterial and Venous Ulcers. *Nurs Clin N Am* 2005;40:391-410.
10. Santos VLCCG, Sellmer D, Massulo MME. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), em pacientes com úlceras crônicas de perna. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(3):391-6.

11. Santos FAAS, Melo RP, Lopes MVO. Characterization of health status with regard tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J Vasc Nurs* 2010;18(1):14-20.
12. Finlayson K, Edwards H, Courtney M. Factors associated with recurrence of venous leg ulcers: a survey and retrospective chart review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(8):1071-8.
13. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Understanding compression therapy. London: MEP Ltd; 2003.
14. Royal College of Nursing. Clinical practice guideline. The nursing management of patient with venous leg ulcers. Recommendations. London; 2006.
15. Sampaio FAA. Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
16. Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.
17. Australian Wound Management Association Inc. Position document of the Australian Wound Management Association: bacterial impact in the wound healing: from contamination to infection. 2011. p. 17.
18. Zuffi FB. A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
19. Manhezi AC, Bachion MM, Pereira AL. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. *Rev Bras Enferm* 2008;61(5):620-9.
20. Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM, Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm* 2009;62(6):889-93.