

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

RAQUEL YURIKA TANAKA

**Caracterização das Úlceras Venosas dos Pacientes Atendidos
na Consulta de Enfermagem**

Porto Alegre

2007

RAQUEL YURIKA TANAKA

**Caracterização das Úlceras Venosas dos Pacientes Atendidos
na Consulta de Enfermagem**

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Curso de Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a Heloisa Helena Karnas
Hoefel

Porto Alegre

2007

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Masamichi e IKuko, pelo apoio incondicional;

Às minhas irmãs, Yumi e Yochimi pelo carinho e incentivo;

Ao meu namorado, Eduardo, pelo amor e paciência;

Às enfermeiras Rossana e Dóris por serem exemplos de profissionais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter me dado forças e persistência para chegar até essa etapa da minha vida. Agradeço aos meus pais pelo apoio e estímulo durante a minha trajetória na graduação, pois sem eles nada disso seria possível; aos meus avôs, aqui não mais presentes, por terem sido exemplos de persistência, determinação e otimismo; às minhas irmãs Yumi e Yochimi pelo apoio e incentivo na busca de meus objetivos; ao meu namorado Eduardo pelo companheirismo, carinho e paciência durante o momento mais difícil da minha vida; às minhas irmãs de coração, colegas e futuras enfermeiras, Aline e Marta pela amizade e pela convivência durante os 4 anos em que moramos juntas; à minha orientadora professora Heloísa pela orientação do presente trabalho; à professora Ana Cogo pelo apoio na elaboração do projeto; à enfermeira Rossana pela amizade e pela colaboração na realização desse estudo. Também agradeço os pacientes, pois sem eles não seria possível a realização desse trabalho

"O sábio teme o céu sereno; em compensação, quando vem a tempestade ele caminha sobre as ondas e desafia o vento." (Confúcio)

RESUMO

As úlceras venosas de membros inferiores são feridas de curso crônico que configuram 70% do total de todas as úlceras de perna. Essas lesões dos membros inferiores representam o estágio mais grave da Insuficiência Venosa Crônica, podendo acometer indivíduos em idade produtiva (FIGUEIREDO, 2003). O presente trabalho se trata de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. O objetivo geral do estudo foi caracterizar as úlceras venosas apresentadas pelos 38 pacientes. Das 78 úlceras estudadas, 42 feridas fecharam ou cicatrizaram, sendo que dessas 12, ou seja, 29% sofreram recidiva durante o período de acompanhamento. A recorrência das úlceras ocorreu em 7 pessoas sendo que dessas, 5 eram homens e 2 eram mulheres. A média da dimensão das úlceras foi de 31 cm² e as medidas variaram de 0.15 cm² até 392 cm². Classificando as feridas pelo tamanho como foi convencionado (P, M e G), foi possível observar que as feridas P e M têm em geral uma boa cicatrização nas 4 primeiras semanas de tratamento. Em relação aos tipos de cuidado, através da aplicação do teste qui-quadrado, constatou-se que a diferença foi estatisticamente significativa entre a melhora com a bota de Unna em relação aos outros tratamentos. Verificou-se que quem está fez uso da bota de Unna, possui um fator de proteção de 50% em relação àqueles que não fizeram. É importante que o indivíduo seja orientado quanto à doença para que ocorra a adesão ao tratamento proposto, pois mesmo após a cicatrização da ferida existem grandes riscos de ocorrer à reincidência na falta de cuidados do paciente.

Descritores: Ulcera venosa, Consulta de enfermagem, Cicatrização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Caracterização dos pacientes em relação à faixa etária	27
Tabela 2- Distribuição dos pacientes em relação à procedência	28
Gráfico 1- Distribuição dos pacientes em relação ao acompanhamento na consulta de enfermagem	29
Gráfico 2- Distribuição das patologias	31
Tabela 3- Frequência das comorbidades associadas à IVC	31
Tabela 4- Distribuição dos pacientes quanto ao número de úlceras	32
Tabela 5- Caracterização das úlceras venosas segundo à localização	33
Tabela 6- Leito da Ferida	34
Gráfico 3- Tipo de bordo ou epitélio	35
Gráfico 4- Tipo de pele perilesional	35
Gráfico 5- Tipo de exsudato	36
Tabela 7- Tratamento tópico	37
Tabela 8- Tratamento compressivo	38
Tabela 9- Média de dimensões das feridas em grupos de 10 avaliações	39
Tabela 10- Média de redução da área da ferida em 4 semanas de tratamento conforme distribuição por tamanho	41
Tabela 11- Resultados obtidos com a bota de unna e outros tratamentos	41

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	10
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivos Específicos	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	As feridas e o processo de cicatrização	11
3.2	Fatores que interferem na cicatrização	12
3.3	Úlceras Venosas Crônicas (UVC)	14
3.4	Consulta de enfermagem no tratamento de feridas	16
3.5	Tratamento de UVC	17
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de Estudo	21
4.2	Campo de Estudo	21
4.3	População/Amostra	21
4.4	Coleta de Dados	22
4.5	Análise dos Dados	23
5	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	25
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
6.1	Caracterização dos pacientes	26
6.2	Caracterização das úlceras venosas	32
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO A-Ficha de avaliação de feridas	49
	ANEXO B-Carta de aprovação do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação	50
	ANEXO C-Termo de Compromisso para Utilização de Dados	51

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e o envelhecimento da população mundial têm contribuído para o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, tais como Diabete Mellito (DM), Insuficiência Venosa Crônica (IVC) e outras doenças vasculares periféricas. Entre as patologias citadas, a IVC está diretamente relacionada com o aparecimento da chamada úlcera venosa ou ainda conhecida como úlcera de estase, varicosa ou flebostática.

Conforme Figueiredo (2003), as úlceras venosas de membros inferiores são feridas de curso crônico que configuram 70% do total de todas as úlceras de perna. Essas lesões dos membros inferiores representam o estágio mais grave da IVC, podendo acometer indivíduos em idade produtiva.

Abbade e Lastória (2006) descrevem que grandes partes dos estudos realizados sobre a prevalência de úlcera ativa ou cicatrizada configuram em torno de 1% da população adulta. Em estudos realizados no Brasil, esse índice aumenta para 3,6%, sendo na população masculina 2,3% e na feminina 4%. Sabe-se que com a idade a prevalência aumenta em aproximadamente 4% em pessoas acima de 65 anos (YAMADA, 2003).

As úlceras venosas podem ser consideradas um problema de saúde pública, devido ao impacto social e econômico que causa com altos custos para o sistema previdenciário e de saúde. Elas têm alta recorrência e um longo período de cicatrização, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo pelas limitações físicas e emocionais. Muitos acabam sendo afastados da função ocupacional, levando a uma aposentadoria precoce na maioria dos casos. Estudos revelam que, dos pacientes com úlcera por IVC em idade média de 57 anos, 16,1% estão afastados, 2,5% recebem auxílio-doença, 4,2% estão desempregados e 35% aposentados. Em relação à recorrência, cerca de 30% das lesões cicatrizadas sofrem recidiva no primeiro ano, enquanto após 2 anos essa taxa sobe para 78% (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

O desenvolvimento das lesões ocorre devido às falhas no controle efetivo da hipertensão venosa, muitas vezes, pela não adesão aos cuidados pelo próprio paciente e pelo despreparo dos profissionais (YAMADA, 2003).

Segundo o *Royal College of Nursing* (2006), a avaliação e a investigação clínica dos pacientes com úlcera venosa devem ser realizadas por enfermeiros ou outros profissionais da área da saúde. Esses profissionais devem ser capacitados ou ter experiência no manejo de úlceras de perna.

A proposta para a realização do presente estudo a respeito da caracterização das úlceras venosas dos pacientes atendidos na consulta de enfermagem surgiu a partir da observação do atendimento a pacientes no Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF) do Hospital de Clínicas (HC) de Porto Alegre. Através do acompanhamento do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras do Serviço de Saúde Pública (SESP) que atendem a agenda de Enfermagem Tratamento de Feridas (ETF) no ambulatório do HC, percebe-se que grande parte dos pacientes atendidos nessa agenda são portadores da chamada úlcera venosa. Essa assistência de enfermagem diferenciada no tratamento da lesão, com foco na prevenção de recorrências foi uma das motivações para a realização deste estudo.

Os trabalhos enfocando as questões da assistência de enfermagem no manejo das úlceras varicosas são ainda escassos na literatura nacional.. No Brasil, existem alguns estudos comparando as características que diferenciam a úlcera arterial e a úlcera venosa como o trabalho realizado por Berusa e Lages (2004). Também há pesquisas específicas a respeito do tratamento da lesão, comparando os produtos de curativos, como por exemplo, carvão ativado e bota de unna (FRANCISCO, 1996).

Existem trabalhos da área médica que enfocam questões sobre a abordagem geral, o tratamento local, métodos diagnósticos e cirúrgicos de pacientes com úlcera flebostática como o Abbade e Lastória (2006) ou apresentando formas de avaliação do índice de circulação arterial e venosa (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

Caracterizar a evolução dessas lesões na população atendida no ambulatório, durante as consultas de enfermagem, relacionando com o que vem sendo descrito na literatura, auxiliará a ampliar os conhecimentos na área e dessa forma permitirá a obtenção de subsídios para oferecer uma assistência de qualidade.

2 OBJETIVOS

A seguir estão descritos o objetivo geral e os específicos da pesquisa.

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as úlceras venosas dos pacientes atendidos pela enfermeira no tratamento de feridas em um ambulatório de um hospital escola.

2.2 Objetivos Específicos

São três os objetivos específicos do trabalho:

- a) Avaliar a evolução das dimensões da ferida;
- b) Identificar a proporção de recidivas das úlceras venosas associadas aos tipos de tratamento;
- c) Identificar a evolução da ferida após 4 semanas de acompanhamento na consulta de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados a revisão de literatura, referente às feridas e o processo de cicatrização, os fatores que interferem no processo de cicatrização, úlceras venosas crônicas, a consulta de enfermagem no tratamento de feridas e o tratamento de Úlcera Venosa Crônica (UVC).

3.1 As feridas e o processo de cicatrização

Ferida representa toda e qualquer ruptura da integridade de tecido ou órgão, podendo atingir a camada mais externa da pele, a epiderme, ou estruturas mais profundas como fâscias, músculos, aponeuroses e órgão cavitários (MENEZHIN; VATTIMO, 2003).

Segundo a Universidade de Campinas (2000), as feridas são classificadas em agudas e crônicas de acordo com a etiologia. Nas feridas agudas ocorre a ruptura com o desencadeamento imediato do processo de hemostasia, compreendendo respostas vasculares e exsudativas. As feridas crônicas são caracterizadas por resposta predominantemente proliferativa do que exsudativa pelo desvio no processo de cicatrização fisiológica.

As soluções de continuidade tornam-se crônicas nos casos em que os danos aos tecidos se repetem, destruindo e impedindo a sua regeneração ou quando existe deficiência de elementos químicos e celulares responsáveis pelo processo de cicatrização. Na maioria das situações, mas nem sempre esses eventos estão relacionadas com a inflamação crônica ou repetida (MARQUEZ, 2003).

As feridas de espessura parcial são as lesões que se limitam à porção mais alta da derme ou epiderme. Essas camadas se regeneram através da proliferação epitelial e migração de células, não ocorrendo a perda da função. Já nas feridas de espessura total ocorre a destruição total das camadas da epiderme, derme e subcutâneo, podendo acometer músculos e ossos. A formação da cicatriz envolve a granulação, contração e epitelização (BORGES *et al.*, 2008).

O processo de cicatrização de feridas envolve uma cascata de eventos bioquímicos e fisiológicos coordenados com a finalidade de promover a restauração tissular (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003). De acordo com os autores citados, o processo é dividido em cinco etapas principais: coagulação, inflamação, proliferação, contração da ferida e remodelação. Para que a cicatrização ocorra com sucesso, necessita que essas etapas aconteçam simultaneamente. A seguir, encontram-se as fases da cicatrização.

- **Fase de Coagulação:** corresponde a etapa que começa imediatamente após o surgimento da lesão. Ela depende da atividade das plaquetas e da cascata de coagulação. Nela ocorre uma complexa liberação de produtos que desencadeiam as outras fases tais como as substâncias vasoativas, proteínas adesivas, fatores de crescimento e proteases. A formação do coágulo serve para coaptar as bordas e permitir uma matriz provisória para que os fibroblastos, as células endoteliais e queratinócitos possam ingressar na lesão. Essas células são responsáveis pela síntese de fibronectina.

- **Fase da Inflamação:** envolve a ação de mediadores químicos e de células inflamatórias, como os leucócitos polimorfonucleares (PMN), macrófagos e linfócitos. Essas células agem em diferentes períodos de tempo, mas são responsáveis pela fagocitose de bactérias, desbridamento de corpos estranhos e direcionamento do desenvolvimento do tecido de granulação. Além das atividades das células inflamatórias, existe a ação da fibronectina que adere simultaneamente à fibrina, ao coágulo e a outros tipos celulares. Dessa forma, ela permite a formação da base para a matriz extracelular e promove a psonização e fagocitose de microorganismos e corpos estranhos.

- **Fase da Proliferação:** é responsável pelo fechamento da ferida. Nela ocorre a reepitelização do tecido com a migração de queratinócitos não danificados das bordas de ferida e dos anexos epiteliais ou apenas nas margens, dependendo do tipo de feridas quanto à espessura. São responsáveis pelo aumento de mitoses e hiperplasia do epitélio. Além da reepitelização, na fase de proliferação, ocorre a fibroplasia com a formação da matriz. Nela ocorre a atuação do fibroblasto, o qual é extremamente necessário para a formação do tecido de granulação. O fibroblasto não somente produz o colágeno, mas também é produtor da elastina, da fibronectina, glicosaminoglicana e proteases, sendo estas responsáveis pelo desbridamento e remodelamento fisiológico. Ainda na fase de proliferação, ocorre a

angiogênese com a proliferação de células endoteliais na área da ferida. A angiogênese é essencial para a promoção do suprimento de oxigênio e nutrientes para o processo de cicatrização.

- **Fase de Contração da Ferida:** corresponde à penúltima fase da cicatrização, na qual ocorre o movimento centrípeto das bordas da ferida, ou seja, nela ocorre a diminuição do tamanho da lesão.

- **Fase de Remodelação:** é a mais longa, podendo durar meses. Nessa fase acontece o aumento da força de tensão e diminuição do tamanho da ferida e do eritema.

3.2 Fatores que interferem na cicatrização

Cotran, Kumar e Collins (2004) determinam fatores que influenciam e comprometem a qualidade do reparo tecidual. A nutrição é um deles, pois a deficiência de proteínas e de vitamina C inibe a produção de colágeno e a falta de vitamina A e de zinco, também, dificulta o processo de reparação.

O estado metabólico do indivíduo pode interferir no processo, principalmente, naqueles com patologias de base como o DM. Outro fator seria o estado circulatório, o qual regula a cicatrização. Provavelmente, um indivíduo com suprimento sangüíneo inadequado, provocado por patologias como arteriosclerose ou doenças de origem venosa, terão o comprometimento e retardo no reparo tissular. Hormônios como os glicocorticóides possuem ação antiinflamatória. Esses glicocorticóides influenciam diversos componentes envolvidos na fase de inflamação e na fibroplasia (fase proliferativa). A idade avançada está associada no retardo na migração e proliferação das células, influenciando a resposta metabólica (COTRAN; KUMAR; COLINS, 2004).

Outros fatores a serem considerados são os locais como a presença de infecção, os fatores mecânicos como o movimento precoce de feridas, o tamanho, a localização e o tipo de ferida. As lesões com áreas ricamente vascularizadas cicatrizam com mais rapidez em relação às áreas mal vascularizadas.

Conforme Mandelbaum; Santis; Mandelbaum (2003), as feridas secas possuem um reparo tissular retardado, pois a migração dos queratinócitos depende do conteúdo de água no leito da lesão.

Em relação aos fatores psicossociais, os quais interferem na cicatrização, pode-se considerar a falta de apoio das redes sociais ou de sistemas de suporte, o isolamento, o uso abusivo de drogas como cigarros e bebidas alcoólicas e outras substâncias como heroína e cocaína, as dificuldades financeiras, a dor e principalmente a falta de adesão na terapêutica e o não seguimento nas consultas com os profissionais da área de saúde. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2002).

3.3 Úlceras Venosas Crônicas (UVC)

Os membros inferiores são compostos por três sistemas de veias: superficial, perfurante e profundo. Estes sistemas estão associados e são responsáveis por orientar o fluxo sanguíneo em uma única direção, pois eles são compostos por várias válvulas, as quais impedem que ocorra o refluxo de sangue mesmo durante o relaxamento da musculatura. O desenvolvimento da Insuficiência Venosa Crônica (IVC) ocorre devido à incompetência das válvulas das veias das pernas associada ao refluxo de sangue para as veias superficiais. Sabe-se que pode haver comprometimento venoso do sistema superficial ou associada ao sistema profundo. Essa falha no mecanismo fisiológico do fluxo venoso acaba gerando hipertensão venosa com a deambulação. Com o decorrer do tempo, a pressão elevada sobre a parede dos vasos afeta a micro circulação, levando a uma aumento da permeabilidade. Esse aumento acaba permitindo que substâncias saiam do interior dos vasos para o subcutâneo ocasionando alterações cutâneas (YAMADA, 2003).

Worley (2006) refere que existem vários fatores de riscos significantes que predisõem os indivíduos no desenvolvimento da IVC como: ficar em pé ou sentado por tempo prolongado, obesidade, traumatismo em membros inferiores, gravidez. A história de trombose venosa profunda ou de doença congênita de insuficiência valvular, escleroterapia, ou veias varicosas são anormalidades que também estão envolvidas no aparecimento da doença venosa. A presença de veias varicosas ou

varizes sugere anormalidades nas veias superficiais isoladas ou combinadas a problemas no sistema de veias perfurante e ou profundo.

Conforme Figueiredo (2003), a IVC se caracteriza pelo aparecimento de edema, além dos sinais clássicos como a dermatite, hiperpigmentação, dermatofibrose, linfedema secundário e anquilose tíbio-társica.

Em 2004, foi criado pelo consenso internacional (YAMADA, 2003), com o objetivo de padronizar e sistematizar a linguagem médica, o sistema de classificação de doença venosa crônica de membros inferiores, denominado CEAP (*Clinical Signs; Etiology; Anatomic distribution; Pathophysiology*). O C é graduado de 0 a 6, indicando os sinais clínicos da doença. O grau de severidade é determinado na ordem numérica crescente. O C₀ indica a inexistência de doença venosa, o C₁ telangiectasia ou veias reticulares, o C₂ veias varicosas, C₃ edema, C₄ hiperpigmentação, eczema e lipodermatosclerose. Já o C₅ as mesmas alterações do C₄ incluindo a presença da úlcera cicatrizada. O C₆ inclui os mesmos sinais de C₄ com o aparecimento da úlcera ativa. A letra E indica a etiologia, determinando se é de ordem congênita, primária ou secundária. A letra A refere-se à localização anatômica da doença no sistema venoso, se localizada no sistema venoso superficial ou profundo ou perfurante. Em relação a letra P, ela determina a fisiopatologia da doença. A fisiopatologia indicará se o refluxo venoso ocorre por insuficiência das válvulas ou obstrução das veias ou por ambos.

As úlceras crônicas de membros inferiores são assim consideradas, quando não cicatrizam em seis semanas (ABBADE; LASTÒRIA, 2006).

As úlceras de estase são causadoras de danos significativos na vida do paciente, pois afetam o estilo de vida. O paciente sente dor crônica ou desconforto, depressão, perda da auto-estima, isolamento social, invalidez ocupacional e freqüentemente hospitalizações e consultas ambulatoriais. (BORGES, 2005)

As feridas de origem venosa podem surgir em qualquer região abaixo do joelho com exceção da sola do pé. Quando surgem espontaneamente, costumam surgir na região maleolar interna. No entanto, se o surgimento da ferida for por trauma ou infecção, pode aparecer em outras localidades dos membros inferiores. (YAMADA, 2001). Fatores secundários a serem considerados são a presença de infecção e o aumento do edema. Os bordos normalmente são regulares e bem definidos de fundo raso com aparência de mapa. O leito da ferida pode se apresentar com tecido desvitalizado ou tecido de granulação. A pele perilesional

pode apresentar eczema e dermatofibrose, com pouca ou nenhuma dor (FIGUEIREDO, 2003; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2002).

3.4 A consulta de enfermagem no tratamento de feridas

Segundo Menegon (2006), o atendimento dos pacientes com problemas dermatológicos no ambulatório do HC pelas enfermeiras iniciou com cuidados no setor de fototerapia. Depois, se iniciou a prestação de assistência de enfermagem, através da consulta de enfermagem a pacientes com úlceras de membros inferiores, tais como úlcera venosa e arterial e outras patologias dermatológicas que necessitam de intervenção e acompanhamento.

O Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) do HC é composto por quatro enfermeiras que prestam cuidados aos pacientes com problemas dermatológicos, principalmente portadores de úlceras de membros inferiores, na agenda Enfermagem Tratamento de Feridas (ETF). Estas profissionais além de atenderem a agenda ETF, também, são integrantes do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF). A agenda ETF presta assistência a indivíduos encaminhados, na pós-alta hospitalar ou na interconsulta, pelos enfermeiros das unidades de internação ou pelas equipes médicas tais como a cirurgia vascular, a cirurgia plástica e a medicina interna.

A consulta de enfermagem é uma assistência voltada para o indivíduo, família e comunidade de modo sistemático e contínuo. Ela é realizada pela profissional enfermeira (o), com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do cliente, dentro de uma abordagem holística e de um processo participativo, promovendo o auto-cuidado (VANZIN; NERY, 2007).

Para a abordagem do paciente portador de úlcera de estase ou venosa, exige que o profissional realize uma avaliação vascular apropriada. Ele deve observar o estado anatômico e funcional do sistema venoso superficial, profundo e perfurante e do sistema arterial e atentar para sinais de doença sistêmica. O profissional também necessita ter conhecimentos a cerca da fisiologia do processo de cicatrização, os fatores que interferem no processo, e também conhecer seu

paciente para que possa adaptar e individualizar o atendimento de acordo com a realidade da pessoa (BORGES *et al.*, 2008).

Dealey (1996) descreve que o cuidado de enfermagem ao paciente com ulcerações de origem venosa consiste em melhorar o retorno venoso, através do controle do edema e aumentando o fluxo sanguíneo. Dessa forma, minimizando ou eliminando os fatores sistêmicos de risco, os quais retardam o processo de cicatrização.

É importante que o indivíduo seja orientado quanto à doença para que ocorra a adesão ao tratamento proposto, pois mesmo após a cicatrização da ferida existem grandes riscos de ocorrer à reincidência na falta de cuidados do paciente. O profissional enfermeiro deve realizar orientações adequadas a fim de promover o auto-cuidado (MENEGON, 2006).

3.5 Tratamento da UVC

Para se definir a escolha do curativo é necessário fazer uma avaliação tecnocientífica e financeira dos produtos disponíveis no mercado. Essa avaliação deve ser realizada por especialistas em tratamento de feridas ou profissionais com experiência na área. Para definição é importante, que se estabeleçam as opções de curativos mais adequados para o perfil da clientela usuária. Verificar o custo-benefício de determinado produto. (BORGES *et al.*, 2008).

Segundo Borges (2005), para a obtenção de resultados satisfatórios no tratamento da úlcera venosa, deve-se implementar o tratamento tópico, o qual consiste na terapia compressiva e terapia tópica. A terapia compressiva envolve a compressão externa com o objetivo de melhorar o retorno venoso, através da redução da hipertensão venosa crônica. Já a terapia tópica consiste na utilização de coberturas que absorvam o exsudato e promovam um meio propício para que ocorra a cicatrização.

O principal tratamento para a úlcera de etiologia venosa é o controle da hipertensão deambulatória, podendo ser cirúrgico ou clínico. No Brasil, nem todos os indivíduos têm acesso aos serviços de cirurgia vascular ou mesmo possibilidades de realizar a correção cirúrgica e resolver ou melhorar a IVC. Por isso, muitos desses

doentes acabam realizando o tratamento clínico por longos períodos, principalmente, o tópico. O controle da hipertensão do ponto de vista clínico seria simples se o paciente só ficasse deitado. Porém, essa conduta é inviável, pois muitas dessas pessoas com úlcera estão em plena vida produtiva e é impossível e pouco recomendável mantê-los sempre deitados. O planejamento ao cuidado do paciente deve ser individualizado e adaptado conforme a realidade da pessoa para que se tenha uma maior adesão ao tratamento. (YAMADA, 2003).

O controle da hipertensão venosa dos membros inferiores deve ser realizado com a utilização da compressão do membro. É recomendado que todos os pacientes com IVC tenham um índice de pressão tornozelo/ braço maior ou igual a 0,8 mmHg para se utilizar o tratamento com compressão (YAMADA, 2003; BERGONSE; RIVITTI, 2006).

Conforme descrito por Figueiredo (2003), a elevação de 15 a 20 cm dos pés da cama auxilia no retorno venoso, corrigindo a hipertensão venosa e diminuindo a estase. É recomendável que a cada 2 horas em repouso com os membros elevados se deambule por aproximadamente 20 minutos. Os exercícios da articulação tíbio-társica previnem o aparecimento da anquilose e das atrofia musculares ocasionadas pelo agravamento da IVC. O uso de contenção elástica, por exemplo, as meias e ou faixas elásticas, mostra eficiência no tratamento das úlceras abertas não infectadas, promovendo a cicatrização. No caso das úlceras cicatrizadas, também auxilia prevenindo a recidiva e aliviando o desconforto.

Conforme Abbade e Lastória (2006), a compressão do membro aumenta a pressão tissular favorecendo a reabsorção do edema e promovendo a melhora da drenagem linfática. Também, age na microcirculação diminuindo a saída de líquidos e macromoléculas dos capilares e vênulas para interstício, podendo estimular a atividade fibrinolítica. A terapia compressiva deve proporcionar uma pressão em torno de 35 a 40 mmHg no tornozelo e gradualmente menor na região abaixo do joelho. Esse tipo de tratamento é contra-indicado em pacientes com doença arterial periférica grave, ou seja, com pulsos distais não palpáveis ou com Índice Tornozelo/ Braço menor do que 0,5 mmHg.

As ataduras de pequeno estiramento como a bota de Unna, criam alta pressão com a contração muscular, principalmente na deambulação e pequena pressão durante o repouso. É uma compressão, que promove conforto, proteção contra trauma e mínima interferência nas atividades diárias. A bota de Unna é uma

atadura impregnada com óxido de zinco, pasta de carbonato de cálcio, glicerina e água, com isso consegue criar um molde semi-sólido para promover a compressão externa eficiente. A bota pode permanecer até 7 dias (ABBADE; LASTÓRIA, 2006). Mandelbaum, Santis e Mandelbaum (2003) relatam que a bota de Unna tem o custo relativamente baixo, podendo ser manipulado nas farmácias dos hospitais. Não é indicado para ser utilizado em feridas muito exsudativas.

O tratamento compressivo com o uso de compressão elástica por meio de multicamadas é a forma mais moderna e efetiva para o tratamento da úlcera venosa. Com esse sistema de multicamadas alcança-se a pressão sustentada de 40 a 45 mmHg no tornozelo e 17 mmHg abaixo do joelho. Esse sistema também pode permanecer por até 7 dias, proporciona o conforto e pode ser utilizado em feridas exsudativas. No entanto, é um produto com o custo muito alto ((ABBADE; LASTÓRIA, 2006; SACKHEIM; ARAÚJO; KIRSNER, 2006; MEYER et al., 2001; VOWDEN; VOWDEN, 2006) As ataduras compressivas inelásticas e elásticas podem ser nocivas ou inúteis se não utilizadas de forma correta. Elas necessitam de enfermeiras e médicos treinados para a aplicação da técnica (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

A escolha do curativo da lesão é um dos itens fundamentais para obter resultados positivos no tratamento. A avaliação da ferida crônica pode ser realizada através do *Wound Bed Preparation* (WBP) ou preparo do leito da ferida. O WBP (FALANGA, 2004) é um novo modelo que depende da avaliação da ferida de forma eficaz e precisa. Utilizando essa abordagem os profissionais podem desenvolver habilidades para identificar, precocemente, os pacientes com feridas que não cicatrizam e as estratégias que podem influenciar no progresso. O TIME é uma estrutura desenvolvida com o objetivo de otimizar o WBD através da redução do edema e do exsudato, reduzindo a carga de bactérias e corrigindo as anormalidades que prejudicam a cicatrização. O WBD é composto pelo TIME, o qual é composto por quatro componentes que precedem o WBD, são eles o tecido (não viável ou deficiente), infecção ou inflamação, umidade (controle do exsudato) e epitélio (progresso dos bordos). Em relação aos componentes do TIME, nas feridas crônicas é comum a presença de tecido desvitalizado e esse deve ser removido para se obter os efeitos benéficos, através do desbridamento.

A aparência do leito da ferida (SANTOS; SELLMER; MASSULO, 2007) é definida de acordo com o tipo de tecido prevalente na região. Pode ser classificada em:

a) Tecido necrótico: tecido desvitalizado de coloração preta ou marrom que fica firmemente aderido ao leito da lesão, podendo ser endurecido ou amolecido.

b) Esfacelo: tipo de tecido desvitalizado de cor branca ou amarelada que fica aderida no leito da ferida.

c) Tecido de granulação: possui coloração rosa ou vermelha, de aparência úmida e brilhante.

d) Tecido de epitelização: surge como um tecido novo de cor róseo e brilhante, o qual se desenvolve a partir dos bordos da ferida ou como “ilhas” na superfície da lesão.

e) Ferida fechada: é aquela totalmente recoberta com epitélio.

O “I” do TIME representa a infecção ou inflamação, as feridas geralmente são infectadas por microorganismos como bactérias e fungos, dessa forma sendo responsáveis pelos longos períodos para cicatrização. A infecção deve ser prontamente tratada. Quanto ao “M”, refere-se à umidade, em experimentos comprovou-se que a manutenção da umidade acelera a reepitelização da lesão. Em relação ao epitélio, “E” do TIME, a efetivação do processo de cicatrização depende e requer o restabelecimento do epitélio e das funções da pele (FALANGA, 2004).

Existem inúmeros produtos, podendo haver a necessidade de associar mais de um tipo de curativo para promover a cicatrização. Na escolha do curativo ideal devem-se observar os seguintes critérios: manter a ferida limpa, remover o excesso de exsudação, permitir as trocas gasosas, fornecer isolamento térmico, torná-lo impermeável às bactérias e permitir a remoção do curativo sem causar traumas na ferida (FIGUEIREDO, 2003).

No Brasil, existem vários tipos de curativos, entre eles, os que objetivam a proteção da pele contra agressões mecânicas ou químicas, prevenindo as infecções, como os filmes transparentes ou semipermeáveis, o hidrocolóide, o alginato de cálcio e carvão ativado e prata. Também existem alguns curativos que promovem o desbridamento autolítico (ex.: hidrogel) e enzimático (ex.: papaína, colagenase). Ainda existem os que funcionam como cobertura primária (ex.: gaze estéril não aderente impregnada por petrolato, entre outros. (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho consiste num estudo exploratório descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa. O fator em estudo é o tratamento de feridas na consulta de enfermagem e o desfecho a cicatrização.

Gil (2002) refere que a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema para que esse se torne mais explícito ou para constituir hipóteses. Já a descritiva tem a finalidade de descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis identificadas.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa consiste na coleta sistemática de informações numéricas, mediante controle. Além da coleta, existe a análise das informações através de procedimentos estatísticos.

4.2 Campo de estudo

Esta pesquisa foi realizada na zona 16 do ambulatório do Hospital de Clínicas (HC) de Porto Alegre, em cujo local são realizadas consultas de enfermagem.

4.3 População e amostra

A população do estudo é representada por pacientes portadores de úlcera venosa atendidos na agenda (ETF) por enfermeira na zona 16 do ambulatório do HC.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos portadores de úlcera ativa de etiologia venosa com pelo menos um mês de acompanhamento na agenda ETF. Excluiu-se da amostra os pacientes com úlcera arterial ou mista, com úlcera neuropática e com úlcera de pressão.

Esta pesquisa contou com uma amostra de 38 pacientes para estimar a prevalência dos desfechos em estudo de 20%, considerando uma população de 60 pacientes, com uma margem de erro de 8% e intervalo de confiança de 95%.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir dos dados dos pacientes registrados durante a consulta de enfermagem no atendimento de pacientes portadores de lesões em membros inferiores na agenda ETF no período de março de 2006 até 9 de setembro de 2007. As anotações são sistematizadas em uma ficha de registro das feridas, que é um instrumento construído pela autora conjuntamente com integrantes do PPTF do HC (ANEXO A).

O instrumento possui os registros de enfermagem do acompanhamento da evolução e o tratamento dispensado à lesão, qual seja, úlceras de membros inferiores. A ficha inclui o registro das características relacionadas à área da ferida, à aparência do leito da lesão, ao tipo de bordos, ao tipo de pele perilesional e ao tipo de exsudato, e dimensões da lesão. As dimensões são consideradas de acordo com Santos, Sellmer e Massulo (2007)

A área da ferida corresponde ao maior comprimento, considerando o sentido céfalo-caudal, *versus* a maior largura, em linha horizontal da direita para a esquerda. A medição é realizada pela multiplicação do comprimento e da largura, a unidade de medida utilizada é o centímetro por quadrado.

Os registros sobre as consultas datam do início do atendimento nessa agenda em março de 2006 até 9 de setembro de 2007. A pesquisadora coletou os dados durante os meses de setembro a outubro de 2007. Foram analisadas as fichas de 43 pacientes, desses foram excluídos da amostra: cinco sujeitos, pois quatro eram portadores de úlceras mistas e um tinha úlcera de pressão.

Para sistematizar a análise devido à quantidade e variedade de informações, foram estabelecidos seis momentos para a coleta dos dados referentes a cada paciente. Os períodos foram os seguintes:

- **Período 1:** dados da primeira avaliação ou na primeira avaliação após o surgimento de nova úlcera;
- **Período 2 (1º mês):** dados da avaliação nos 30 dias completos desde a primeira consulta;
- **Período 3 (3º mês):** dados da avaliação nos 90 dias completos;
- **Período 4 (6º mês):** dados da avaliação nos 180 dias completos;
- **Período 5 (9º mês):** dados da avaliação nos 270 dias completos;
- **Período 6 (12º mês):** dados da avaliação nos 365 dias completos.

Na coleta, consideraram-se as úlceras com no mínimo 30 dias de acompanhamento pela enfermeira, pois dessa forma haveria parâmetro de comparação entre as avaliações.

Flanagan (2003) em revisão sistemática sobre o tema relata que a mensuração das feridas é um importante componente para o processo de avaliação das feridas e tem um potencial para fornecer uma base de medidas e monitoramento das taxas de cicatrização. Além disso, permite verificar se a evolução da lesão está estática, deteriorando ou melhorando. A mensuração da área da lesão deve ser realizada na primeira avaliação, após o surgimento da mesma, e em intervalos mensais. (*Royal College of Nursing, 2006*).

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados e processados no *Excell*®. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, sendo estes demonstrados através de gráficos e tabelas para caracterizar a amostra estudada. Estão descritas as freqüências dos desfechos pela freqüência relativa percentual e o seu intervalo de confiança de 95%. Foram utilizadas medidas de tendência central além da análise das variáveis pelo qui-quadrado que foi utilizado para analisar os

diferentes tipos de cuidados e características das feridas. O teste do qui-quadrado, indicado para relação entre proporções, foi utilizado para estudar a relação entre as proporções de cuidados, tempo, adesão, comorbidades. As variáveis que foram estudadas são as seguintes: presença da úlcera, recidiva, cicatrização e tipo de cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

O presente trabalho, antes de sua execução, foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, a qual tem o reconhecimento pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HC e pelo *Office for Human Research Protections*, como *Institucional Review Board* (IRB0000921) analisaram e aprovaram a realização do projeto. O projeto foi registrado com o número 07-323, conforme a carta de aprovação (ANEXO B) emitida pelo GPPG.

A utilização dos dados foi realizada mediante solicitação através do formulário Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO C), o qual pertence ao grupo mencionado anteriormente.

Obedecendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o anonimato e quaisquer informações que identificassem os pacientes foram preservados, respeitando os preceitos éticos preconizados. O projeto não envolve risco aos pacientes e prevê benefícios após sua realização conforme a resolução citada (BRASIL, 2006).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram tabulados e processados no *Excell*®. Os dados analisados permitiram a caracterização dos pacientes quanto ao sexo, à idade, à procedência, às comorbidades e às patologias associadas à insuficiência venosa crônica. Respondendo aos objetivos propostos, realizou-se a caracterização das úlceras venosas dos pacientes e os cuidados realizados.

6.1 Caracterização dos pacientes

Foram estudados 38 pacientes portadores de úlcera venosa, sendo que 20 (52,6%) dos sujeitos eram homens e 18 (47,40%) mulheres.

Em estudos realizados por Kantor e Margolis (1999) com pacientes portadores de UVC na Califórnia, encontraram um percentual semelhante, com a predominância de pessoas do sexo masculino. Nesse estudo, cerca de 59 (57%) eram do sexo masculino, enquanto 45% (45) representavam o sexo feminino, considerando uma amostra de 104 pacientes.

Outras pesquisas com sujeitos portadores de UVC, demonstraram maiores percentuais de mulheres em relação aos homens (ABBADÉ *et al.*, 2005; BERGONSE; RIVITTI, 2006; YAMADA, 2001; BORGES, 2005; FRADE *et al.*, 2005; GOTTRUP; KARLSMARK, 2005).

Em relação à faixa etária, verificou-se que a maioria dos pacientes, ou seja, 12 (31%) tinham entre 50 a 59 anos de idade, 9 (23%) entre 60 a 69 anos, 8 (21%) entre 70 a 79 anos, conforme apresentado na Tabela 1. Em torno de 30 (78%) dos indivíduos apresentavam faixa etária dos 50 a 80 anos de idade. Na faixa etária dos 29 aos 39 anos, havia apenas dois pacientes correspondendo a 6% da amostra, enquanto os com idade entre 40 a 49 anos foram 6 (16%).

A idade média dos sujeitos foi de 58,23 anos, variando entre 29 a 81 anos. Média de idade semelhante foi descrito em vários estudos como o realizado por Bergonse e Rivitti (2006), onde a média foi de 60 anos. Kantor e Margolis (2000) encontraram a média de 57,2 anos, enquanto Yamada (2001), a média de 53,44

anos. A úlcera parece estar presente em adultos jovens, mas o estudo permitiu verificar que a prevalência da úlcera aumenta com a idade.

Tabela 1- Caracterização dos pacientes em relação à faixa etária.

Faixa Etária	N	%
29 anos	1	3
30 a 39 anos	1	3
40 a 49 anos	6	16
50 a 59 anos	12	31
60 a 69 anos	9	23
70 a 79 anos	8	21
≥80 anos	1	3
TOTAL	38	100

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Quanto à procedência, a maior parte dos sujeitos da amostra, cerca de 23 indivíduos, ou seja, 60% são procedentes do município de Porto Alegre. Já 15 (40%) dos pacientes provêm de cidades adjacentes e do interior do Estado gaúcho. Como descrito na Tabela 2, 3 (7%) são do município de Alvorada, 3 (7%) de Viamão, (1) 3%) de Três Coroas, 1 (3%) de Bom Princípio, 1 (3%) de São Leopoldo, 1(3%) de Cachoeirinha, 1 (3%) de Gravataí e 1 (3%) de Campo Bom. Do interior do Estado haviam 3 pacientes, sendo 1 de Rio Pardo, 1 de São Gabriel e 1 de Salvador do Sul.

O HC por ser um hospital universitário de referência e qualidade reconhecida no atendimento aos pacientes com tal patologia, recebe muitas pessoas procedentes de outros municípios gaúchos. Essa procura, também, ocorre, pois existe a carência dos serviços de saúde dos municípios pela falta de recursos, de tecnologias e de profissionais capacitados no atendimento à população portadora de UVC.

Tabela 2- Distribuição dos pacientes em relação à procedência.

Procedência	N	%
Porto Alegre	23	60
Alvorada	3	7
Viamão	3	7
Três Coroas	1	3
Rio Pardo	1	3
São Gabriel	1	3
Salvador do Sul	1	3
Bom Princípio	1	3
Cachoeirinha	1	3
São Leopoldo	1	3
Gravataí	1	3
Campo Bom	1	3
TOTAL	38	100

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

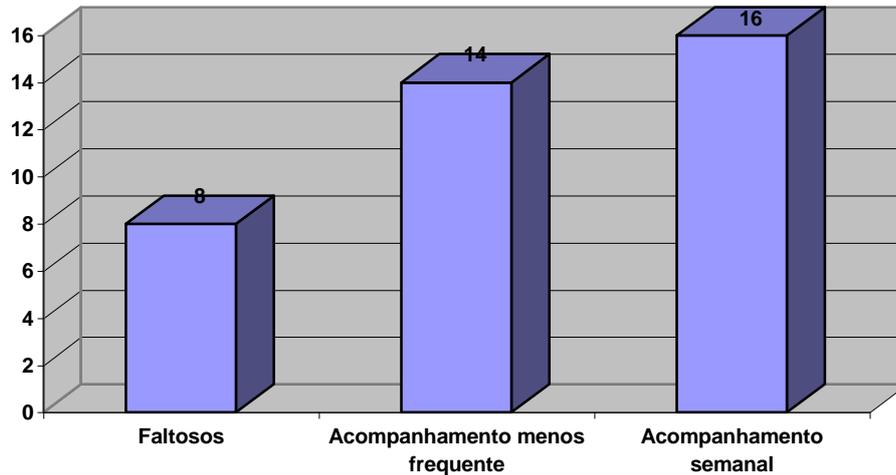
Verificou-se que cada paciente foi assistido pela enfermeira em média por 243,5 dias e em média por 8 meses. Para a realização dessa pesquisa foram consideradas 268 avaliações de enfermagem, conforme os períodos estabelecidos. A média de consultas de enfermagem realizadas pela profissional foi de 22,42 avaliações.

Em relação ao acompanhamento dos sujeitos na consulta, observou-se que 8 (21%) representaram os faltosos ou desistentes e 16 (79%) os que continuam em acompanhamento. Dos que estão em acompanhamento, cerca de 14 (42%) comparecem na consulta semanalmente e 8 (37%) têm retorno menos freqüente, ou seja, são assistidos periodicamente num intervalo maior do que uma semana (Gráfico 1).

A freqüência nas consultas de enfermagem é determinada pela situação e necessidade do paciente. Pacientes com úlcera cicatrizada fazem acompanhamento periódico, retornando a cada mês ou num intervalo de 3 meses ou mais, para revisão e para reforço das orientações quanto à prevenção de recidiva. Já os

indivíduos que estão tratando a ferida, retornam semanalmente, pois necessitam de troca de curativos com avaliações mais freqüentes para acompanhamento da evolução da lesão.

Gráfico 1- Distribuição dos pacientes em relação ao acompanhamento na consulta de enfermagem.



Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Os 38 indivíduos apresentaram 15 patologias registradas no instrumento de coleta. Essas foram organizadas quanto à freqüência no Gráfico 2 e são as seguintes: Insuficiência Venosa Crônica (IVC), Diabetes Mellitus (DM), obesidade, tabagismo, varizes em Membros Inferiores (MIs), Trombose Venosa Profunda (TVP), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Vírus da hepatite C (HCV), Neoplasias, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Asma Brônquica, Gota e Erisipela.

Entre as patologias citadas, a IVC foi a mais freqüente, totalizando 31 indivíduos com o diagnóstico médico estabelecido. Essa incompetência do sistema venoso superficial e/ou profundo acomete cerca de 2 a 7% da população. Já a sua forma mais grave, a úlcera venosa crônica, atinge 0,5 a 2% da população (CALLAM, 1994).

Em relação às demais patologias, observamos no Gráfico 2 que 15 (28%) possuem algum grau de obesidade. Na Tabela 3, verifica-se que todos os pacientes obesos tinham IVC associada. Worley (2006) e Yamada (2003) descrevem que a obesidade está envolvida no aparecimento de várias patologias, entre elas a IVC.

Segundo Abbade *et al.* (2005), a obesidade parece acelerar e agravar o desenvolvimento de veias varicosas em jovens.

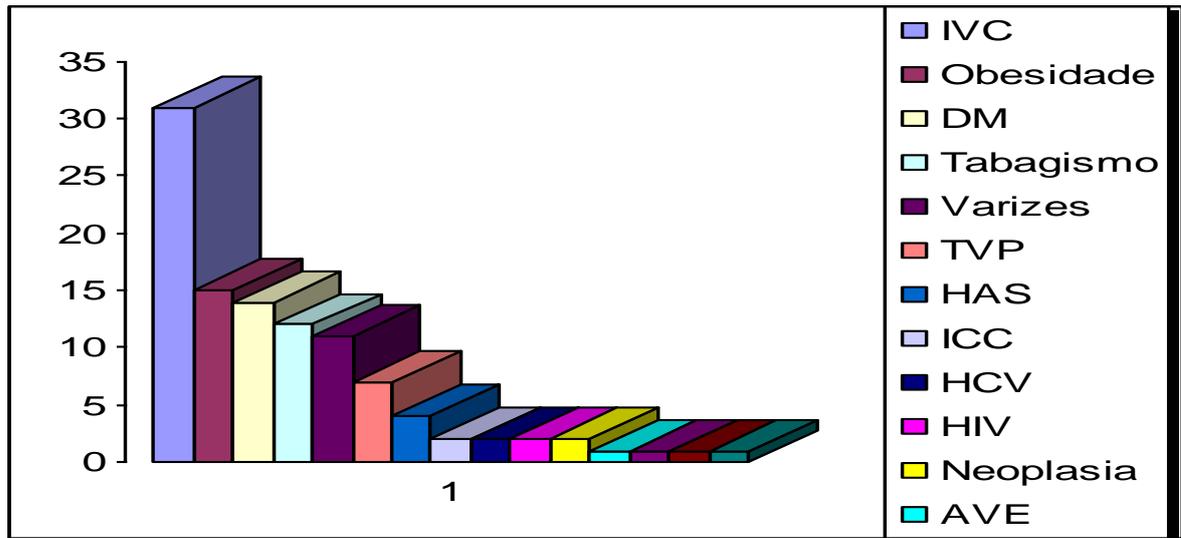
Na amostra, observou-se que 11 sujeitos eram portadores de varizes ou veias varicosas em membros inferiores (Msls). Desses sujeitos, 6 tinham IVC associada. Borges (2005), refere que a presença de veias varicosas é um dos primeiros sinais de hipertensão venosa dos Msls e, geralmente, resulta de danos das válvulas venosas. Os danos das válvulas podem ser congênitos ou adquiridos. Refere também que 3% dos pacientes com varizes desenvolverão úlcera venosa, no entanto nem todos os indivíduos com úlcera venosa são portadores de varizes. Por essa razão, não se pode afirmar que as úlceras venosas e as varizes são simplesmente condições associadas com etiologia comum ou se as veias varicosas são fatores predisponentes para a úlcera venosa. (BORGES, 2005; ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Com DM havia 14, já os com história de tabagismo representavam 12 sujeitos. De acordo com Abbade e Lastória (2004), o consumo de tabaco e a DM parecem não ser prejudiciais para IVC assim como é para outras doenças como as cardiovasculares.

Observa-se que 7 pacientes apresentavam história prévia de TVP em algum momento da vida, desses 6 tinham também o diagnóstico de IVC. Segundo Nicolaidis, Belcaro e Chan (1996), a causa mais comum da IVC é a trombose venosa iliofemoral. Conforme Smeltzer e Bare (2002), a etiologia da TVP não é exatamente conhecida, acredita-se que existem 3 fatores significativos no aparecimento da doença. Esses fatores são conhecidos como tríade de Virchow e compreendem a estase venosa, a lesão da parede vascular e a coagulação sanguínea alterada. Sabe-se que em 8% dos pacientes com TVP prévia podem desenvolver úlceras venosas nos próximos 10 anos.

Quanto às doenças cardíacas, 4 sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 2 de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Quanto às doenças infecto contagiosas, verificou-se uma pequena parcela: 1 portador de HIV e 1 com HCV (Vírus da hepatite C). As Neoplasias eram representadas por 1 paciente assim como a Asma Brônquica, Erisipela e Gota. Verificou-se 1 paciente com história de Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Gráfico 2- Distribuição das patologias.



Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Tabela 3- Frequência das comorbidades associadas à IVC.

COMORBIDADE	IVC	
	Sim	Não
Obesidade	15	0
Tabagismo	12	0
DM	12	2
Varizes	6	5
TVP	6	1
HAS	4	4
ICC	1	1
AVE	0	1
Gota	0	1
Asma	0	1
Neoplasia	0	1
HIV	0	1
HCV	0	1

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

6.2 Caracterização das úlceras venosas

A caracterização das úlceras venosas foi realizada através das 268 avaliações consideradas nos períodos pré-estabelecidos.

Os sujeitos estudados apresentaram 78 úlceras venosas consideradas crônicas. A média de úlceras por paciente foi de 2,05, considerando um desvio padrão de 1,064.

Conforme apresentado na Tabela 4, 14 (37%) tiveram uma única úlcera, enquanto 24 (63%) apresentaram múltiplas feridas, de duas a cinco feridas.

Bergonse e Rivitti (2006) estudando 40 pacientes portadores de úlcera venosa, no ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, identificaram 25 (62,5%) sujeitos com uma única ferida, enquanto o restante 15 (37,5%) com múltiplas úlceras.

Tabela 4- Distribuição dos pacientes quanto ao número de úlceras.

Número de úlceras	n	%
Única	14	37
Duas	12	32
Três	10	26
Cinco	2	5
Total	38	100

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Em relação à localização, verificou-se o predomínio da lesão na face interna da perna com 21 (26%), seguido por 16 (20%) na face externa da perna e 13 (17%) no dorso do pé. Na região do maleolar, correspondente às regiões maleolares externa, interna e medial, foram 25 úlceras no total, correspondendo 33% (Tabela 5).

As úlceras de origem venosa localizam-se, principalmente, na região do maleolar, mas pode se encontrar em outras regiões dos membros inferiores quando decorrentes de trauma ou infecção (YAMADA, 2003; FIGUEIREDO, 2003; ABBADE; LASTÒRIA, 2006; JÚNIOR, 2003).

Tabela 5- Caracterização das úlceras venosas segundo à localização.

Localização	n	%
Face interna da perna	21	26
Face externa da perna	16	20
Dorso do pé	13	17
Maléolo medial	12	16
Maléolo interno	7	9
Maléolo externo	6	8
Face anterior da perna	3	4
TOTAL	78	100

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Entre os itens avaliados no instrumento (ANEXO A) encontram-se, também, a aparência do leito da ferida, os bordos ou epitélio e a pele perilesional, o tipo de exsudato, presença de infecção, o tipo de curativo realizado e as dimensões da área da lesão.

Segundo Santos, Sellmer e Massulo (2007), é importante e fundamental a avaliação das feridas para estabelecer um bom plano terapêutico. A adequação do cuidado local e a avaliação da ferida são possíveis somente quando as observações e os resultados das intervenções de enfermagem são documentados através de registros (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2003; SANTOS, SELLMER, MASSULO, 2007).

Nas avaliações consideradas predominaram, em algum momento, no leito da ferida, o esfacelo em 48%, seguido por tecido de granulação 41%, tecido de epitelização 14%, tecido necrótico 6% e presença de crostas 2% (Tabela 6).

Em 42 ocasiões, as feridas foram consideradas fechadas, pois se apresentavam recoberta por epitélio. Na presença de tecidos inviáveis existe a necessidade de realizar o desbridamento, pois esses tecidos favorecem o surgimento de infecção e impedem a formação do bom tecido, de granulação e a adequada reepitelização.

Tabela 6- Leito da ferida.

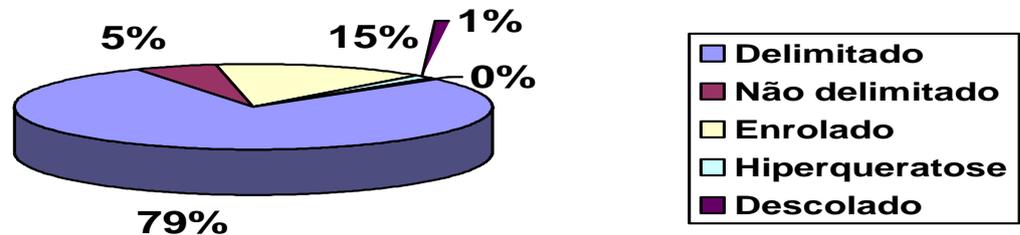
Leito da Ferida	n	%
Esfacelo	112	40
Tecido de granulação	111	39
Tecido de epitelização	38	13
Tecido necrótico	16	6
Crostas	4	2

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Considerando o bordo ou epitélio, constatou-se que 79% eram do tipo delimitado, 15% enrolado e 5% não delimitado (Gráfico 3).

Segundo Abbade e Lastória (2006), caracterizam as úlceras venosas como sendo feridas irregulares e superficiais no início, mas que podem se tornar profundas e bordos bem delimitados.

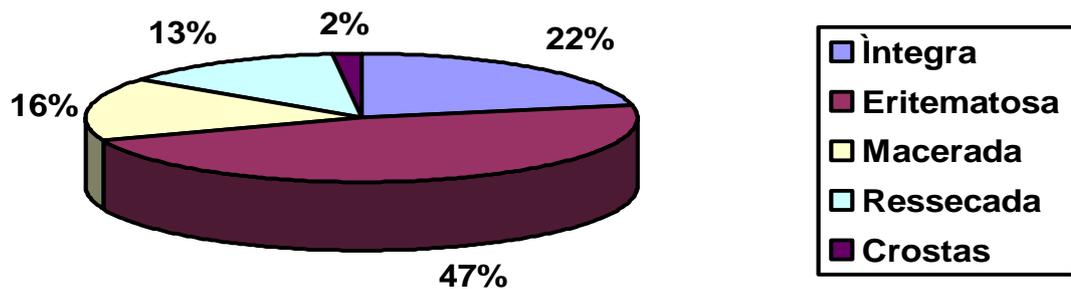
Gráfico 3- Tipo de bordo ou epitélio.



Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Foi possível verificar que em 47% das avaliações, a pele perilesional foi avaliada como eritematosa. Em 22% como íntegra, 16% como macerada, 13% como ressecada e 2% com presença de crostas (Gráfico 4)

Gráfico 4- Tipo de pele perilesional.



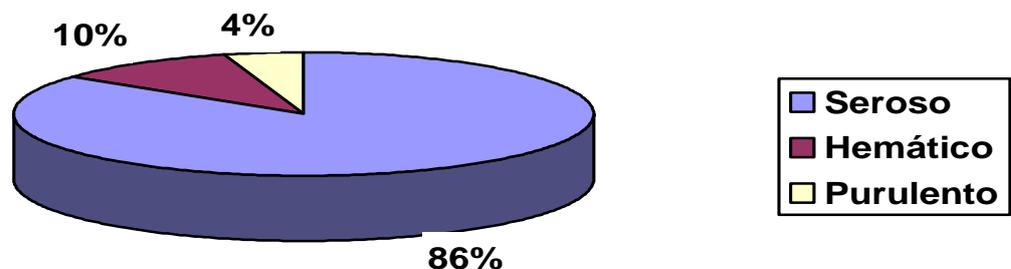
Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

No Gráfico 5, observou-se que em 86% das avaliações predominou a ocorrência do exsudato seroso, já o hemático ocorreu em 10% e o purulento em 4%.

Segundo Yamada (2003), as úlceras venosas são extremamente exsudativas, principalmente, quando o membro está edemaciado e/ou quando é

muito grande. É importante que se faça a identificação do tipo de exsudato e de sua quantidade. Meneghin e Vattimo (2003) relatam que o exsudato se forma devido à permeabilidade da parede vascular e, basicamente, se constitui por fibrinogênio, tromboplastina e plaquetas. O exsudato seroso está normalmente presente em feridas, podendo ser identificada pela consistência plasmática, transparente e aquoso. Enquanto o exsudato hemático pode estar relacionado à ocorrência de lesão vascular. Já o tipo purulento é geralmente espesso e resulta de leucócitos e microorganismos vivos ou mortos.

Gráfico 5- Tipo de exsudato.



Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Em relação à presença de infecção foram apenas 2 casos identificados. Nos cuidados realizados, em relação ao tratamento tópico, foram utilizados vários produtos padronizados no HC como o creme de papaína 8 % e uréia 10%, o hidrogel, o óxido de zinco, os triglicerídeos de Cadeia Média (TCM), o creme lanette, o filme transparente, o hidrocolóide e a cobertura estéril não-aderente impregnada com petrolato. Os produtos utilizados que precisam de compra especial foram o alginato de cálcio e os Ácidos Graxos Essenciais (AGE) derivados do ácido linoléico.

Existem vários tipos de curativos e a sua escolha deve ser realizada adaptando-se a cada paciente e analisando sempre o custo e benefício do produto (FIGUEIREDO, 2003).

O creme de papaína 8% e uréia 10% foi o mais utilizado em 89 (31%) ocasiões, seguido pelo uso do hidrogel em 60 (21%) curativos (Tabela 7).

De acordo com Mandelbaum, Santis e Mandelbaum (2003), o creme de papaína e uréia é indicado para o uso em todas as fases da cicatrização. Observando-se a concentração do produto, os que e apresentam menores concentrações de papaína até 6%, tem a indicação para ser utilizado em feridas de granulação e quando existe exsudato purulento. Acima dessa concentração, ele é indicado para feridas com tecido necrótico ou esfacelo como é o caso da fórmula de creme de papaína 8% e uréia 10% manipulado pela farmácia industrial do HC.

Já o hidrogel é um tipo de curativo tópico que promove a quimiotaxia dos leucócitos, favorece a angiogênese, mantendo o meio úmido ideal e o desbridamento autolítico de tecidos desvitalizados (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

O óxido de zinco foi utilizado em 37 (13%) curativos, o TCM em 30 (11%), o creme hidratante lanette em 15 (5%), a cobertura estéril não aderente impregnada com petrolato em 15 (5%), o alginato de cálcio em 13 (4,6%), o filme transparente em 8 (3%), AGE em 7 (2%) e hidrocolóide em 10 (4,4%) dos curativos (Tabela 7).

Tabela 7- Tratamento tópico.

Tratamento Tópico	N	%
Creme de papaína 8% e uréia 10%	89	31
Hidrogel	60	21
Óxido de zinco	37	13
TCM	30	11
Hidratante (creme lanette)	15	5
Cobertura estéril não-aderente impregnada com petrolato	15	5
Alginato de cálcio	13	4,6
Filme Transparente	8	3
AGE derivados do ácido linoléico	7	2
Hidrocolóide	10	4,4

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006

Em relação ao tratamento compressivo, segundo Tabela 8, a bota de Unna foi a mais utilizada em 144 (77%) ocasiões, seguida pela contenção elástica em 37 (22%) e 5 (3%) o sistema de multicamadas. A bota de Unna é manipulada no hospital com baixo custo. Ela não foi utilizada em 10 pacientes, pois eles eram alérgicos ao curativo e não toleraram o uso.

O tratamento compressivo é uma boa opção para o controle clínico da hipertensão venosa dos Msls, além disso auxilia no processo de cicatrização das feridas (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

O sistema de multicamadas ainda é pouco utilizado no HC, devido ao alto custo do material. No entanto, é apontado como o tratamento mais efetivo para úlcera venosa conforme constatado por Meyer *et al.*(2001) após a realização de estudo clínico randomizado comparando a eficácia das bandagens no tratamento da UVC.

Tabela 8- Tratamento compressivo

Tratamento compressivo	ocasiões	%
Bota de Unna	144	77
Contenção elástica (faixas e ataduras)	37	20
Sistema de multicamadas	5	3

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Das 78 úlceras estudadas, 42 feridas fecharam ou cicatrizaram, sendo que dessas 12, ou seja, 29% sofreram recidiva durante o período de acompanhamento. A recorrência das úlceras ocorreu em 7 pessoas sendo que dessas, 5 eram homens e 2 eram mulheres. Em 5 sujeitos ocorreram duas recidivas numa mesma ferida. Sabe-se que apenas 2 pacientes faziam uso de contenção elástica (atadura ou meia elástica), enquanto 5 faziam uso da bota de Unna.

A contenção elástica apresenta eficácia na prevenção de recidivas e no alívio do desconforto (FIGUEIREDO, 2003; SACKHEIM; ARAÚJO; KIRSNER, 2006; ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Em relação à recidiva, Abbade e Lastória (2006), constataram que 30% das úlceras cicatrizadas sofrem recidiva após um ano, enquanto em dois anos esse percentual sobe para 78%. No Reino Unido (MORISON *et al.* 1997), as úlceras de

perna afetam 1% a 2% da população, representando 80 mil a 100 mil pacientes com úlcera aberta em algum momento, e a possibilidade de recidiva da lesão ocorre em 400 mil pessoas com a úlcera cicatrizada.

Uma vez cicatrizada a úlcera, o profissional deve direcionar a assistência para a adoção de novos comportamentos, tais como o uso de terapia compressiva e alternância dos períodos de repouso com caminhadas para controlar a insuficiência venosa e evitar a recidiva da lesão (BORGES, 2005).

A partir dos dados obtidos, foram constadas 24 melhoras com a redução da área da ferida e 20 pioras com o tratamento local. Foi considerada como melhora, toda a ferida que tinha sua área total reduzida em relação ao período anterior avaliado.

A média da dimensão das úlceras foi de 31 cm² e as medidas variaram de 0,15 cm² até 392 cm². As médias das dimensões foram organizadas na Tabela 9 em intervalos de dimensões em grupos de 10, pela autora do presente trabalho, para possibilitar melhor análise dos resultados. As áreas foram convencionadas em tamanhos: pequeno (P), médio (M) e grande (G). Conforme descrito na Tabela 9, a média das feridas de tamanho P foi de 0,5 e 5,5 cm². As de tamanho M de 11 e 24 cm², já as G foram de 51,5 e 177 cm².

Tabela 9-Média de dimensões das feridas em grupos de 10 avaliações

Dimensões mínima e máxima em centímetros	N	Média das dimensões	Tamanho
0,15 a 0,7	17	0,5	P
0,8 a 1,4	6	1	P
1,5 a 2,6	8	2	P
2,7 a 7,5	10	5,5	P
7,6 a 17,5	9	11	M
17,6 a 32	7	24	M
32,1 a 35,9	-	-	-
36 a 71	9	51,5	G
71,1 a 76,9	-	-	-
77 a 392	8	177	G

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

A média de redução das úlceras, independente do tamanho, nas 4 semanas de tratamento, foi de 49,44%. Na Tabela 10, observam-se as médias de redução, conforme o tamanho da lesão nas 4 semanas de tratamento. As úlceras de tamanho P tiveram um percentual de redução média de 68%, sendo maior do que as de tamanho M, a qual foi de 32%. As classificadas como G tiveram uma redução menor com uma média de 27%. Constatou-se que as feridas P e M têm em geral cicatrizam mais rapidamente. Já as G, demoram significativamente mais a responder ao tratamento ($p=0,0005$).

Observou-se que em 14 feridas P ocorreu a redução da dimensão em 100% da área, ou seja, fecharam nas 4 primeiras semanas

O percentual de redução da área é um importante indicador nas primeiras semanas de tratamento, auxiliando a diferenciar as úlceras que cicatrizam e as que não cicatrizam. Uma redução de 20 a 40% da área da lesão nas 2ª e 4ª semanas é considerada um indicador confiável de que a lesão está respondendo bem ao tratamento (FLANAGAN, 2003).

Tabela 10- Média de redução da área da ferida em 4 semanas de tratamento conforme distribuição por tamanho

Tamanho	N	% médio de redução
P(0,15-7,5)	31	68
M (7,6-17,5)	16	32
G (32,1-392)	17	27

Qui 2=1,3; gl= 2, p=0,0005

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Na Tabela 11, encontram-se os resultados do tratamento com Unna e outros curativos. De acordo com o teste qui-quadrado a diferença foi estatisticamente significativa entre as melhoras com a bota de Unna em relação aos outros tratamentos (p=0,009). Foi considerada uma melhora quando houve redução, independentemente do tempo e considerada uma piora quando houve aumento da área da ferida. Ou seja, uma mesma ferida teve diagnóstico tanto de melhora quanto de piora. Foi considerado o tratamento da consulta anterior ao dia da mensuração seguinte da ferida.

Tabela 11- Resultados obtidos com a bota de unna e outros tratamentos.

	Melhora		Piora		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
Bota de Unna	58	71	17	46	75	63
Outros tratamentos	24	29	20	54	44	37
	82	100	37	100	119	100

Fonte: Registros da consulta de enfermagem ETF, Porto Alegre, 2006.

Em relação entre incidência dos que fizeram uso da bota de Unna e os que não usaram, constatou-se que 77% tiveram melhora com o uso da Unna. Já a incidência dos que não utilizaram a Unna tiveram melhora de 54%.

Considerando o risco relativo à proteção na utilização da bota de Unna em relação aos outros tratamentos foi de 50%. Segundo Yamada (2003), a bota de Unna é utilizada preferencialmente em pacientes com o membro edemaciado, pois esse sistema promove mínimo ou nenhuma elasticidade e o efeito é obtido através do relaxamento e contração da panturrilha, durante a deambulação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência de doenças venosas, especialmente a UVC tem um impacto socioeconômico significativo nos serviços de saúde, no tempo de trabalho e na redução da qualidade de vida dos doentes.

No presente trabalho foi possível a caracterização dos 38 indivíduos e das 78 úlceras apresentadas pelos mesmos. Na amostra estudada houve percentual semelhante de homens e mulheres, principalmente, na faixa etária dos 50 aos 81 anos. Isso demonstra que a UVC atinge pessoas em idade produtiva e principalmente pessoas idosas. Em torno de 60% são procedentes de Porto Alegre e o restante de outras cidades do Estado gaúcho. Isso pode estar refletindo o despreparo dos municípios em oferecer atendimento aos portadores de UVC. Muitos se deslocam de longe para serem assistidos semanalmente no HC, sendo que o repouso é uma das terapêuticas que devem ser seguidas para evitar o agravamento da hipertensão venosa.

Das 78 úlceras estudadas, 42 feridas fecharam ou cicatrizaram, sendo que dessas 12, ou seja, 29% sofreram recidiva durante o período de acompanhamento. A recorrência das úlceras ocorreu em 7 pessoas sendo que dessas, 5 eram homens e 2 eram mulheres. Após a cicatrização da UVC é importante que se estabeleçam medidas para melhorar a hipertensão venosa dos membros inferiores e evitar a recorrência da ferida. A alternância no repouso com caminhadas, o uso de terapia compressiva e a incorporação de hábitos saudáveis são alguns dos comportamentos que devem ser adotados pelos pacientes. É imprescindível que indivíduo participe ativamente do tratamento e incorpore os cuidados na vida diária para que, dessa forma, possa contribuir na obtenção dos resultados positivos. Em relação às limitações do estudo, no presente trabalho foram consideradas avaliações e os cuidados prestados pela enfermeira no tratamento local da lesão, pois esses estavam contemplados no instrumento e puderam ser quantificados. Sugere-se, portanto que seja realizado um estudo paralelo quanto à adesão às recomendações durante a consulta de enfermagem.

Classificando as feridas pelo tamanho como foi convencionado, foi possível observar que as feridas P e M têm em geral uma boa cicatrização nas 4 primeiras semanas de tratamento. Já as G, provavelmente devido ao seu tamanho, demoram

a responder ao tratamento. Verificou-se que 14 feridas P fecharam nas primeiras semanas.

O tratamento tópico mais utilizado foi o creme de papaína seguido pelo hidrogel. Já no tratamento compressivo a mais usada foi a bota de Unna, seguida pela atadura e meia-elástica e pelo sistema de compressão multicamadas. Concluiu-se que quem está faz uso da bota de unna, possui um fator de proteção 50% em relação àqueles que não fizeram. Embora a bota de Unna esteja descrita na literatura como sendo uma boa opção terapêutica e no presente trabalho isso se confirme; os outros tipos de cuidados não foram avaliados, devido ao número reduzido no período acompanhado. Sugere-se a ampliação do estudo, quando houver um número significativo de outros produtos para que se possa estabelecer uma comparação em relação à bota de unna no que diz respeito à efetividade.

A UVC é considerada um problema para a saúde pública e verifica-se a necessidade de implementação de políticas de saúde pública visando à prevenção de doença de base que podem ocasionar a IVC. A assistência de enfermagem na abordagem ao paciente portador de úlcera venosa na agenda ETF tem se mostrado eficaz conforme os resultados obtidos na pesquisa. O tratamento de feridas é um processo dinâmico que exige do profissional: avaliações sistematizadas, orientações com relação à frequência de trocas e a escolha adequada do curativo conforme a fase do processo de cicatrização da lesão. Por essa razão, o tratamento deve ser realizado por profissionais capacitados e atualizados, que possuam habilidade e competências para prestar os cuidados e que tenham conhecimento a cerca da patologia, da cicatrização e dos fatores que interferem no processo.

REFERÊNCIAS

ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes; LASTÓRIA, Sidnei. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. **An. Bras. Dermatol.** São Paulo, v.81, n. 6, p. 509-522, jun. 2006.

ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes *et al.* A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. **Internacional Journal of Dermatology.** São Paulo, v. 44, n.6 , p. 989-992, 2005.

ABDALLA, Simone; DADALTI, Paula. Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. **An. Bras. Dermatol.** São Paulo, v. 78, n. 2, p. 227-233, abr. 2003.

BERGONSE, Fabiane Noronha; RIVITTI, Evandro Ararigboia. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An. Bras. Dermatol.** São Paulo, v.81, n. 2, p.131-135, mar. 2006.

BERUSA, Ana Aparecida Sanches; LAGES, Joyce Santos. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. *Ciênc. cuid. saúde.* Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 81-92, jan./abr. 2004.

BORGES, Eline Lima. **Tratamento tópico de úlcera venosa:** proposta de uma diretriz baseada em evidências. 2005. 306 p.Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BORGES, Eline Lima *et al.* **Feridas:** como tratar. 2.ed,Belo Horizonte: Coopmed, 2008, 246 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://216.239.51.104/search?q=cache:8Ftp0dEW_cEJ:legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php%3Fid%3D15559%26word%3D+Resolu%C3%A7%C3%A3o+196/96:+diretrizes+e+normas+regulamentadoras+de+pesquisa+em+seres+humanos.&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=9&gl=br>. Acesso em 26 abr. 2007

CALLAM, M.J. Epidemiology of varicose veins. **British Journal of Surgery.** United Kingdom, v. 81, n. 2, p. 167-173.

COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Atheneu, 1996, 200 p.

FIGUEIREDO, Marcondes. Úlceras varicosas. *In*: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 24 abr. 2007.

FALANGA, Vicent. **Wound Bed Preparation in Praticce**. London: MEP LTD, 2004, p. 20.

FLANAGAN, Madeline. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. **Osomy/ Wound Management**. Malvern, v. 49, n. 8, p. 28-40, out. 2003.

FRADE *et al.* Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. . **An. Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 41-46, jan./ fev. 2005.

FRANCISCO, Tiago. Tratamento de úlceras de estase venosa com bota de unha e carvão ativado. *Rev. Bras. Enfermagem*. Minas Gerais, v. 49, n. 2, p. 215-224, abr./jun.1996.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: editora Atlas, 2002. 175 p.

GOTTRUP, Finn; KARLSMARK, Tonny. Leg Ulcers: uncommon presentations. **Clinics in Dermatology**. Denmark, v. 23, p. 601-611, 2005.

GRUPO DE ESTUDOS DE FERIDAS. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNICAMP (FEFE). **Manual de tratamento de feridas**. 2. ed. Campinas: Hospital das Clínicas/UNICAMP, 2000, 77 p.

JÚNIOR, Newton de Barros. Insuficiência Venosa Crônica. *In*: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: < <http://www.lava.med.br/livro> >. Acesso em: 24 abr. 2007.

KANTOR, J.; MARGOLIS, J.D. A Multicentre study of percentage change in venous ulcers as a prognostic index of healing at 24 weeks. **British Journal of Dermatology**. Philadelphia, v. 142,n.5, p. 960-964, May, 2000.

MANDELBAUM, Samuel H.; SANTIS, Èrico P.; MANDELBAUN, Maria H. Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares- Parte I. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393-410, jul./ ago. 2003.

MARQUEZ, Robin Ryam. Avaliação da ferida. *In*: GOGIA, Prem P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, 192 p.

MENEGHIN, Paolo; VATTIMO, Maria de Fátima Fernandes. Fisiopatologia do processo cicatricial. *In*: JORGE, Sílvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 378 p. p. 31-42.

MENEGON, Dóris Baratz. Cuidado de enfermagem ao paciente com doenças dermatológicas. *In*: TASCA, Ângela Maria; SANTOS, Beatriz Regina Lara; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; ZÁCHIA, Suzana. **Cuidado ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPUB; 2006, 238 p. p. 193-204.

MEYER, F.J. *et al.* Randomized clinical trial comparing the efficacy of two bandaging regimes in the treatment of venous leg ulcers. **British Journal of Surgery**. London, v. 89, n.6, p. 40-44, aug. 2001.

NICOLAIDES, N.A; BELCARO, G.; CHAN, P. Chronic deep venous insufficiency. *In*: HAIMOVICI, H. *et al.* **Vascular surgery: principles and techniques**. USA: Blackwell Science; 1996, p. 1243-1258.

PEREIRA, Ângela Lima. **Revisão sistemática da literatura sobre produtos usados no tratamento de feridas**. 2006. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2006.

RIJSWIJK, Lia Van. Princípios gerais do tratamento de feridas. *In*: GOGIA, Prem P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, 192 p.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Clinical practice: guidelines: the nursing management of patients with venous leg ulcer**. London, 2006, 46 p.

SACKHEIM, Kimberly; ARAÚJO, Tami S. de; KIRSNER, Robert. Compression

modalities and dressings: their use in venous ulcer. **Dermatologic Therapy**. Miami, v. 19, n.8 , p. 338-347, 2006.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia; SELLMER, Danielle; MASSULO, Marley Maciel. Confiabilidade Interobservadores do Pressure Ulcer Scale for healing (PUSH) em pacientes com úlceras crônicas de perna. **Revista Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n.3, 7 p., mai-jun. 2007.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. PIEPER, Bárbara; CALIRI, Maria Helena L.; BENFATI, Flávia. **Úlceras Venosas e Doenças Venosas**. São Paulo, 2002. Disponível em: > <http://www.eerp.usp.br/projetos/feridas/uvenosa.htm> >. Acesso em 23 set. 2007.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de enfermagem: método de intervenção no cuidado humano**. Porto Alegre: RM & L Gráfica, 2007, 194 p.

VOWDEN, Kathryn R.; VOWDEN, Peter. Preventig venous ulcer recurrence: a review. *Int. Wound Journal*. V. 6, p. 11-21, 2006

WORLEY, Cynthia A. Wound assessment and evaluation: it hurts when i walk: venous stasis disease- etiology and assessment. **Dermatology Nursing**. Houston, v. 18, n. 5, p. 480-481, oct. 2006.

YAMADA, Beatriz Farias Alves. Úlceras venosas. In: JORGE, Sílvia Angélica; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003, 378 p. p. 247-259.

YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. 2001. 175 p. Dissertação (Mestranda em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ANEXO A- Ficha de Avaliação de Feridas

HCPA/ Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Nome:..... Sexo: () M () F Data de Nascimento:/...../..... Prontuário:.....

Comorbidades: () Diabetes () Insuficiência Venosa Crônica () Acidente Vascular Encefálico () Outros Qual?

Ferida 1				Ferida 2				Ferida 3			
Data:				Data:				Data:			
Tipo:				Tipo:				Tipo:			
Localização (descrever):				Localização (descrever):				Localização (descrever):			
Dimensões (altxlargx prof):				Dimensões (altxlargx prof):				Dimensões (altxlargx prof):			
Leito da ferida:				Leito da ferida:				Leito da ferida:			
Infecção:				Infecção:				Infecção:			
Cultural:				Cultural:				Cultural:			
ATB p/lesão:				ATB p/lesão:				ATB p/lesão:			
Aspecto do exsudato:				Aspecto do exsudato:				Aspecto do exsudato:			
Quantidade de exsudato:				Quantidade de exsudato:				Quantidade de exsudato:			
Epitélio (bordos):				Epitélio (bordos):				Epitélio (bordos):			
Pele perilesional:				Pele perilesional:				Pele perilesional:			
Prescrição:				Prescrição:				Prescrição:			

LEGENDA:

Tipo:	Leito da ferida:	Infecção:	ATB p/ lesão:	Quantidade de exsudato:	Epitélio (bordos)	Pele perilesional:	Conduta:
1- úlcera venosa	1- tecido necrótico	S-sim	S-sim	1-ausente	1-não delimitado	1 íntegra-	1-hidrogel 7-desbridamento cirúrgico
2-pé diabético	2-esfacelo	N-não	N-não	2-pequena	2-delimitado	2-eritematosa	2-creme de papaína 8% e uréia 10% 8-mantido
3-deiscência	3-tecido de granulação	Cultural:	Aspecto do exsudato:	3-média	3-enrolado	3-macerada	3-óxido de zinco 9-Outros Qual?.....
4-Outros	4-tecido epitelial	S-sim	1-seroso	4-grande	4-descolado	4-ressecada	4-bota de uma
Qual?.....	5-ferida fechada	N-não	2-hemático 3-purulento		5-hiperqueratose	5-crostas	5-hidrocolóide 6-filme transparente

Enfermeira PPTF:.....

DATA:.....

ANEXO B-Carta de aprovação do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

ANEXO C - Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>Caracterização das úlceras venosas dos pacientes atendidos na Consulta de Enfermagem</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
--	--------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ___ de _____ de 200_.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Heloísa Helena Karnas Hoefel	
Raquel Yurika Tanaka	