

Características epidemiológicas e clínicas de pessoas com úlcera venosa atendidas em unidades municipais de saúde

Epidemiological and clinical characteristics of people with venous ulcers attended at municipal health units

Características epidemiológicas y clínicas de personas con úlcera venosa atendidas en unidades municipales de salud

Clara Cayeiro Cruz¹, Maria Helena Larcher Caliri¹, Rodrigo Magri Bernardes²

ORCID IDs

Cruz CC  <https://orcid.org/0000-0003-2380-9948>

Caliri MHL  <https://orcid.org/000-0001-7662-5072>

Bernardes RM  <https://orcid.org/000-0001-6232-704>

COMO CITAR

Cruz CC, Caliri MHL, Bernardes RM. Características epidemiológicas e clínicas de pessoas com úlcera venosa atendidas em unidades municipais de saúde. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16:e1218. doi: 10.30886/estima.v16.496_PT

RESUMO

Objetivos: Descrever os dados sociodemográficos e de saúde de indivíduos com úlceras venosas atendidos em serviços de saúde de Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil) e identificar aspectos dos membros inferiores e das lesões e as terapias utilizadas no tratamento.

Método: Estudo descritivo quantitativo desenvolvido por meio da revisão de prontuários, entrevista com usuários e avaliação dos membros inferiores. A coleta de dados foi feita no período de quatro meses após a aprovação do Comitê Institucional de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Participaram do estudo 53 indivíduos com úlcera venosa ativa ou cicatrizada. Houve predomínio de indivíduos com idade superior a 60 anos (73,5%), de sexo feminino (64,2%) e com doenças crônicas (73,6%), em especial a hipertensão arterial sistêmica. Trinta e sete (69,8%) indivíduos apresentavam 72 úlceras ativas e 16 (30,2%) apresentavam 23 úlceras cicatrizadas. As úlceras estavam localizadas no terço inferior da perna (97,2%), numa área < 49 cm² (80,6%), com predominância do tecido desvitalizado (61,1%). Foram utilizadas várias opções de tratamento para a proteção do leito da ferida, o desbridamento ou a absorção do exsudato.

Conclusão: O estudo possibilitou identificar o perfil dos usuários com úlcera venosa e a assistência prestada a eles.

DESCRITORES: Estomaterapia; Úlcera varicosa; Assistência ao paciente; Atenção primária à saúde.

¹Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada – Ribeirão Preto/SP – Brasil.

²Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental – Ribeirão Preto/SP – Brasil.

Autor correspondente: Clara Cayeiro Cruz | Rua Professora Vanda Gonzaga, 821 – Recanto Capitão Heliodoro | CEP: 14407-702 – Franca/SP – Brasil | E-mail: clara_ccruz@yahoo.com

Recebido: Maio 25, 2017 | Aceito: Dez. 21, 2017

ABSTRACT

Objectives: To describe the sociodemographic and health data of individuals with venous ulcers treated at health services in Ribeirão Preto (São Paulo, Brazil) and to identify aspects of lower limbs and lesions and therapies used in treatment. **Method:** Quantitative descriptive study developed through the review of medical records, interview with users and evaluation of lower limbs. The data collection was done in the period of four months after the approval of the Institutional Committee of Ethics in Research. **Results:** 53 individuals with active or healed venous ulcer participated in the study. There was a predominance of individuals older than 60 years (73.5%), women (64.2%) and chronic diseases (73.6%), especially systemic arterial hypertension. Thirty-seven (69.8%) individuals had 72 active ulcers and 16 (30.2%) had 23 healed ulcers. Ulcers were in the lower third of the leg (97.2%), in an area < 49 cm² (80.6%), with predominance of devitalized tissue (61.1%). Several treatment options were used to protect the wound bed, debridement or absorption of the exudate. **Conclusion:** The study enabled possible to identify the profile of users with venous ulcer and the assistance provided to them.

DESCRIPTORS: Stomatherapy; Varicose ulcer; Patient care; Primary health care.

RESUMEN

Objetivos: Describir los datos sociodemográficos y de salud de individuos con úlceras venosas atendidos en servicios de salud de Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil) e identificar aspectos de los miembros inferiores y de las lesiones y las terapias utilizadas en el tratamiento. **Método:** Estudio descriptivo cuantitativo desarrollado por medio de la revisión de historias clínicas, entrevista con usuarios y evaluación de los miembros inferiores. La recolección de datos se hizo en el periodo de cuatro meses después de la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación. **Resultados:** Participaron del estudio 53 individuos con úlcera venosa activa o cicatrizada. Hubo predominio de individuos con edad superior a 60 años (73,5%), de sexo femenino (64,2%) y con enfermedades crónicas (73,6%), especialmente con hipertensión arterial sistémica. Treinta y siete (69,8%) individuos presentaban 72 úlceras activas y 16 (30,2%) presentaban 23 úlceras cicatrizadas. Las úlceras estaban ubicadas en el tercio inferior de la pierna (97,2%), en un área < 49 cm² (80,6%), con predominancia del tejido desvitalizado (61,1%). Se utilizaron distintas opciones de tratamiento para la protección del lecho de la herida, el desbridamiento o la absorción del exudado. **Conclusión:** El estudio posibilitó identificar el perfil de los usuarios con úlcera venosa y la asistencia prestada a ellos.

DESCRIPTORES: Estomaterapia; Úlcera varicosa; Asistencia al paciente; Atención primaria a la salud.

INTRODUÇÃO

A ocorrência da úlcera venosa (UV) nos membros inferiores é o evento final de uma série de anormalidades vasculares que acometem o sistema tegumentar. As UV constituem um grande problema de saúde pública e têm longa duração. São altamente recidivantes e acometem, em sua maioria, pessoas idosas. Podem estar associadas a outras doenças ou condições de saúde, como diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial e obesidade, dentre outras¹.

Geralmente, as UV são iniciadas por um trauma e têm como principal etiologia a insuficiência venosa crônica (IVC), uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso que pode afetar tanto o sistema venoso profundo como o superficial¹.

O comprometimento dos membros inferiores, em decorrência da IVC, é manifestado por várias alterações que podem ser evidenciadas pelo exame físico do paciente. O Sistema de Classificação de Doenças Venosas Crônicas (CEAP) foi criado por especialistas e considera os sinais clínicos (C), a causa ou etiologia (E), a localização anatômica (A) e as condições fisiopatológicas específicas (P).

Os sinais clínicos são facilmente observados e a classificação (C) tem seis categorias, considerando: C0 – a ausência de indicadores objetivos da doença; C1 – a presença de telangiectasia ou veias reticulares; C2 – a presença de veias varicosas ou varizes; C3 – edema; C4 – alterações tróficas como hiperpigmentação, eczema e lipodermoesclerose; C5 – alterações tróficas de C4 e úlcera cicatrizada; e C6 – alterações tróficas de C4 e úlcera ativa¹.

Autores afirmam que a exata prevalência de UV ativa na população é desconhecida, mas a estimativa é de que, em países desenvolvidos, a prevalência seja de menos de 1% e superior a 3%¹.

As UV podem dificultar e, até mesmo, impedir o atendimento a aspectos básicos da vida diária, como a locomoção e a deambulação, devido à dor crônica ou ao desconforto, afetando, assim, os hábitos de vida do indivíduo. Também há prejuízos à convivência, causando depressão, isolamento social, baixa autoestima, afastamento do trabalho ou aposentadoria precoce e aumento das hospitalizações ou visitas ambulatoriais, o que resulta em diminuição da qualidade de vida e em elevado impacto social e econômico. Quando não manejadas adequadamente, 26% a 28% das

UV cicatrizadas recorrem no primeiro ano e até 76% delas, dentro de três a cinco anos¹.

O tratamento da UV, além de ser de longa duração, é oneroso, devido à natureza recorrente e ao longo tempo decorrido entre seu início e a cicatrização. O cuidado requer o tratamento básico da hipertensão venosa por meio da terapia compressiva¹. A bota de Unna é utilizada com frequência nos serviços de saúde, sendo indicada para pacientes com UV que deambulam, pois favorece o retorno venoso. Pode ser usada em combinação com outras terapias tópicas, mas é contraindicada se houver suspeita de infecção^{1,2}.

A terapia tópica consiste na limpeza da lesão e no uso de coberturas que possibilitem que o leito da ferida permaneça úmido e limpo, além de promoverem a absorção do exsudato. Para a limpeza da superfície da ferida, a solução mais indicada é o soro fisiológico, por ser isotônico. No ambiente domiciliar, a água potável pode substituir a solução salina, porém, para a segurança do paciente, é necessário avaliar a sua qualidade¹.

Na atualidade, espera-se que a assistência prestada pelos serviços de saúde incorpore nas rotinas dos profissionais as melhores evidências para amparar as decisões acerca dos cuidados mais apropriados. Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil), desde 2001, existe o protocolo para terapia tópica de feridas crônicas, que faz parte do “Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas”. Os protocolos são vistos como ferramentas que auxiliam os profissionais nas suas decisões, visando nortear sua atuação em prol de uma assistência de qualidade².

Estudo realizado em Ribeirão Preto com indivíduos com feridas crônicas atendidos nas unidades de saúde identificou que a ferida mais comum era a UV e que muitos usuários, por solicitação judicial, além da terapia tópica padronizada no protocolo da SMS, recebiam também tratamento com oxigenoterapia hiperbárica (OHB). Entretanto, grande parte dos indivíduos não apresentou cicatrização das feridas ao término do referido tratamento e continuava em acompanhamento pela equipe de saúde, mesmo após as sessões de OHB³.

Quinze anos após a criação do “Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas” e a proposição do protocolo, torna-se necessário novo estudo para investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários com UV e o

tratamento que tem sido realizado nos serviços de saúde da cidade.

OBJETIVOS

Descrever os dados sociodemográficos e clínicos dos usuários com UV cadastrados nos serviços de saúde de um Distrito Sanitário de Ribeirão Preto; descrever as características dos membros inferiores, segundo o CEAP; e identificar as características das lesões e as terapias utilizadas no tratamento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo quantitativo realizado com indivíduos com diagnóstico de UV em tratamento nas unidades de saúde de um Distrito Sanitário do município de Ribeirão Preto. A população foi composta de 98 usuários adultos ou idosos, identificados nos cadastros das unidades de saúde, em abril de 2015. Foram excluídos da pesquisa os usuários que não compareceram às consultas agendadas nas unidades de saúde no período da coleta de dados e/ou aqueles que não foram localizados nos endereços cadastrados como de seus domicílios, após a terceira tentativa de busca.

O contato inicial com o usuário foi realizado por telefone para explicar os objetivos do estudo e identificar a data do retorno na unidade de saúde, quando este foi convidado a participar da pesquisa. Para os que não puderam ir até a unidade, foi agendada a visita domiciliar. Os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi feita de outubro de 2015 a janeiro de 2016 por meio de revisão dos prontuários, entrevista com os usuários e avaliação dos membros inferiores e das feridas. Para a coleta de dados foram utilizados roteiros adaptados de trabalho anterior³. A área da úlcera foi classificada em pequena (< 50 cm²), média (> 50 cm² e < 150 cm²), grande (> 150 cm² e < 250 cm²) e extensa (> 250 cm²).

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do Microsoft Excel® 2007, validados por dupla digitação e analisados por meio do programa de estatística SPSS versão 16.0, considerando para as variáveis categóricas, as frequências absolutas e percentuais, e para as variáveis

contínuas, a média, o desvio padrão e os valores mínimo e máximo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o CAAE nº 48669515.0.0000.5393.

RESULTADOS

Dos 98 usuários cadastrados nos serviços de saúde em abril de 2015, identificou-se que 10 haviam falecido e oito se recusaram participar. Vinte e sete não foram encontrados após a terceira tentativa de busca por telefone ou por visita domiciliar no endereço cadastrado no sistema de informação. Dessa forma, 53 indivíduos participaram do estudo. A Tabela 1 apresenta suas características sociodemográficas.

A maioria dos indivíduos (64,2%) era do sexo feminino. Houve predominância de idosos (58,5%). A idade mínima dos pacientes era 30 anos e a máxima foi 89 anos (média de 63 anos e DP 14,2). Quanto à raça, houve frequência semelhante entre brancos e pardos, sendo 21 pacientes (39,6%) em cada categoria.

O nível de escolaridade dos participantes variou entre analfabetos (13,2%) e com ensino superior (9,4%), sendo que 49,1% dos indivíduos possuíam o ensino fundamental incompleto.

Quanto ao estado conjugal, 22 (41,5%) eram casados ou estavam em união estável, 19 (35,9%) eram separados, divorciados ou solteiros e 12 (22,6%) eram viúvos. A maioria (88,7%) possuía filhos (mínimo 0, máximo 17 e média 3,5; DP 3,1). Quarenta e seis (86,8%) residiam com familiares, quatro (7,5%) moravam sozinhos e três (5,7%) estavam em instituições de longa permanência para idosos.

Quanto à profissão/ocupação dos participantes, a maioria (75,4%) era de trabalhadores de serviços e comércio, porém só 13 (24,5%) exerciam a profissão. Vinte e sete (50,9%) eram aposentados, sete (13,2%) recebiam auxílio-doença, três (5,7%) eram pensionistas e três (5,7%) estavam desempregados.

Em relação às condições de saúde e aos hábitos de vida, 10 (18,9%) eram fumantes (média de consumo de 5,8 cigarros ao dia e média de uso de 29,2 anos) e 14 (26,4%) faziam uso de bebidas alcoólicas, com preferência pela cerveja e consumo estimado de três copos ao dia. Quanto ao índice de massa corporal (IMC), dois (3,8%) estavam abaixo do peso, 10 (18,9%) tinham peso normal, 12 (22,6%) estavam com sobrepeso, 24 (45,3%) eram obesos e cinco (9,4%) não sabiam informar o peso e a altura. O IMC mínimo foi 16,8; o máximo, 55,5; e a média, 30 (DP 7,5).

Trinta e nove (73,6%) usuários apresentavam outras condições/doenças crônicas além da doença venosa. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a condição

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com úlcera venosa, segundo sexo, faixa etária e raça. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	34	64,2
Masculino	19	35,8
Faixa etária		
30 a 40 anos	01	1,9
41 a 59 anos	21	39,6
60 a 80 anos	25	47,2
≥ 81 anos	06	11,3
Raça		
Branca	21	39,6
Parda	21	39,6
Negra	11	20,8

crônica de maior frequência, acometendo 34 (64,2%) indivíduos, seguida da DM, em 14 (26,4%). Outras doenças presentes em nove (17%) usuários foram hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertireoidismo, hiperuricemia, anemia falciforme, enfisema pulmonar, trombose, depressão, mal de Parkinson e mal de Alzheimer.

Na Tabela 2, são apresentados os dados referentes às características clínicas dos membros inferiores (MI) dos 53 pacientes, levando em consideração o CEAP. Destaca-se que um paciente tinha um membro amputado, portanto, foram avaliados 105 membros.

Dos 105 membros avaliados, 46 (43,4%) apresentavam alterações tróficas e úlceras ativas e 23 (21,7%) apresentavam alterações tróficas com úlceras cicatrizadas. Identificou-se que alguns usuários tinham histórico de outros agravos nos MI, como erisipela (oito) e flebite (quatro). Dois pacientes tinham histórico de trombose venosa profunda, um com acometimento de um membro e o outro em ambos os membros.

Trinta e sete usuários (69,8%) apresentavam 72 úlceras ativas (mínimo um, máximo quatro), presentes entre um a 60 anos. Nos outros 16 (30,2%), as úlceras estavam cicatrizadas (mínimo um, máximo três), sendo o total de 23 úlceras. O tempo de ferida para as úlceras cicatrizadas variou de um a 37 anos.

A maioria das úlceras era na região do terço inferior da perna (97,2%), com destaque para a região do maléolo medial (36,2%), seguida pela do maléolo lateral (31,9%). Quinze úlceras (20,8%) estavam localizadas no dorso da perna e oito (11,1%), em toda a circunferência do membro. Cinquenta e oito úlceras (80,6%) tinham área < 49 cm² e sete (9,7%) tinham área > 250 cm².

Em relação às características das 72 UV, 44 (61,1%) apresentavam predominância de tecido desvitalizado e 28 (38,9%) apresentavam tecido de granulação. Quanto ao exsudato, nove (12,5%) não apresentavam; 24 (33,3%) apresentavam pequena quantidade; 20 (27,8%), média quantidade; e 19 (26,4%), grande quantidade. Considerando a borda das lesões, destacou-se que 28 (38,9%) feridas apresentavam bordas íntegras e que igual quantidade apresentava bordas maceradas. Quanto às condições da pele periférica, 21 (29,1%) apresentavam-se íntegras ou róseas; 27 (37,5%), hiperemiadas; 12 (16,7%), ressecadas; nove (12,5%), entumecidas; e três (4,2%), maceradas. Treze (18,1%) úlceras apresentavam odor fétido.

Quanto ao nível de dor durante o curativo, 30 (56,6%) usuários relataram escore 0 e seis (11,3%) relataram escore 10. Na escala de 0 a 10, a média do escore de dor foi 2,8 (DP 3,7).

O tratamento das úlceras ativas dos 37 usuários, durante o ano de 2015, foi realizado por meio de diferentes terapias tópicas e coadjuvantes. Vinte e quatro usuários receberam terapia compressiva, sendo 22 (59,4%) por meio da bota de Unna e dois (5,4%) com meia elástica. Dez (18,9%) usuários fizeram tratamento por OHB, obtido por meio de processo judicial. O tempo de tratamento variou de um a 1080 dias, com o número de sessões entre um a 160. Quanto à terapia tópica (Tabela 3), houve uso de, no mínimo, um produto e, no máximo, 22 produtos e/ou medicamentos. As diferentes opções de tratamento foram utilizadas para a manutenção de ambiente úmido ou proteção do leito da ferida, para debridamento, para absorção do exsudato ou para proteger a pele. Os produtos utilizados com maior frequência pelos usuários foram a calêndula (51,4%) e a sulfadiazina de prata (43,2%).

Tabela 2. Distribuição das características dos membros inferiores dos pacientes em relação à classificação clínica do Sistema de Classificação de Doenças Venosas Crônicas (CEAP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015.

Classificação clínica	n	%
0 – Nenhuma evidência de doença venosa (sinal visível ou palpável)	03	2,9
1 – Telangiectase, veias reticulares ou explosão maleolar	04	3,8
2 – Veias varicosas	04	3,8
3 – Edema sem alterações na pele	07	6,7
4 – Alterações na pigmentação da pele, eczema venoso e lipodermoesclerose	18	17,1
5 – Alterações tróficas com úlceras cicatrizadas	23	21,9
6 – Alterações tróficas com úlceras ativas	46	43,8
Total	105	100

Tabela 3. Distribuição de frequência dos tratamentos utilizados para as úlceras venosas ativas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015.

Tipos de terapia	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	F	%
Calêndula	19	51,4	18	48,6	37	100
Papaína gel	18	48,6	19	51,4	37	100
Sulfadiazina de prata 1%	16	43,2	21	56,8	37	100
Hidrogel sem alginato	16	43,2	21	56,8	37	100
Gel de barbatimão	11	29,7	26	70,3	37	100
Ácido graxo essencial	11	29,7	26	70,3	37	100
Hidrocolóide	10	27,0	27	73,0	37	100
Hidrogel com alginato de cálcio	10	27,0	27	73,0	37	100
Colagenase	10	27,0	27	73,0	37	100
Espuma	08	21,6	29	78,4	37	100
Creme barreira	07	18,9	30	81,1	37	100
Vaselina	07	18,9	30	81,1	37	100
Carvão ativado	06	16,2	31	83,8	37	100
Fibrinolisa, desoxirribonuclease e cloranfenicol	06	16,2	31	83,8	37	100
Espuma com prata	04	10,8	33	89,2	37	100
Sulfato de neomicina e bacitracina	03	8,1	34	91,9	37	100
Espuma com ibuprofeno	03	8,1	34	91,9	37	100
Fita de alginato de cálcio	03	8,1	34	91,9	37	100
Hidrofibra	02	5,4	35	94,6	37	100
Espuma com silicone	01	2,7	36	97,3	37	100

DISCUSSÃO

Quanto à categorização sociodemográfica, houve predominância de idosos do sexo feminino, o que corrobora dados de outros estudos internacionais e nacionais^{1,4}. No estudo realizado em Ribeirão Preto, dos 86 pacientes com feridas crônicas que solicitaram judicialmente tratamento por OHB, 51,2% eram mulheres e a idade média desses pacientes foi de 63 anos. Dos 34 pacientes com UV, 25 (54,4%) eram idosos³. Esses resultados confirmam a epidemiologia do problema em que a idade e o sexo são fatores de risco para a ocorrência da UV, que aumenta progressivamente com o envelhecimento e afeta as mulheres em maior proporção do que os homens¹.

A escolaridade dos participantes variou muito, desde analfabetos até aqueles com ensino superior. Predominou-se o ensino fundamental incompleto, seguido pelos analfabetos. A baixa escolaridade pode interferir diretamente na compreensão das orientações e cuidados relevantes à saúde das pessoas,

comprometendo o grau de entendimento e a adesão a tratamentos complexos, como os exigidos às pessoas com UV.

Quanto à profissão/ocupação dos participantes, o fato de a maioria ter trabalhado em serviços e comércio pode ter influenciado o desenvolvimento da insuficiência venosa e a presença da úlcera. O estilo de vida sedentário com longos períodos de trabalho na posição de pé ou sentada, sem alternar com a deambulação, é condição predisponente para a hipertensão venosa¹. O tipo de atividade ou ocupação exercida pelo paciente pode influenciar o manejo da úlcera, principalmente no que se refere à cronicidade das lesões, gerando, muitas vezes, aposentadorias precoces, desemprego e licenças médicas frequentes.

No que concerne às comorbidades, houve maior prevalência de HAS, seguida da associação dessa com a DM. Esse achado também foi encontrado em estudo realizado no município de Botucatu, no qual os autores constataram a associação entre os pacientes que possuíam UV com HAS e DM, sendo que a maioria deles apresentava

HAS⁴. A HAS influencia na evolução da UV, uma vez que está associada à aterosclerose, que ocasiona vasoconstrição e diminuição do aporte de oxigênio tecidual¹. Essa condição, associada à idade avançada e à DM, favorece a diminuição do fluxo vascular e um microambiente com depleção de oxigênio, o que dificulta a cicatrização⁴. Pacientes diabéticos e com mau controle glicêmico podem apresentar disfunção celular em todas as fases do processo de cicatrização. A fase proliferativa é afetada e resulta em pequena formação de tecido de granulação⁵.

No presente estudo, a média do IMC dos pacientes foi 30, com grande frequência de indivíduos com sobrepeso e obesidade. A obesidade está associada a várias doenças, como HAS e DM do tipo 2, além de doenças venosas e suas sequelas, como a UV⁶. Nos indivíduos obesos, o risco de infecção em feridas é aumentado devido à falta de vascularização do tecido adiposo, o que diminui a capacidade de defesa do corpo, aumentando a carga bacteriana no local. Por outro lado, a obesidade pode diminuir a mobilidade e a capacidade do indivíduo de realizar a higiene pessoal e o autocuidado adequado dos membros inferiores.

O hábito do tabagismo ocorreu em 18,9% dos indivíduos desse estudo. O tabagismo interfere em todas as fases do processo de cicatrização. A nicotina, uma substância alcalóide presente em todos os produtos que contém tabaco, reduz o fluxo sanguíneo pela vasoconstrição, estimula a liberação de proteases que podem acelerar o processo de destruição dos tecidos, suprime a resposta imune e leva a um maior risco de infecção. O tabaco por si só diminui a produção do colágeno, enfraquece o tecido cicatricial e torna-o mais susceptível à recorrência da lesão. O monóxido de carbono produzido durante a combustão do tabaco apresenta maior afinidade pela hemoglobina, acarretando a redução de O₂ nos tecidos periféricos⁵.

O uso de bebidas alcoólicas, citado por 26,4% dos indivíduos, também pode interferir no processo de cicatrização das feridas. O mecanismo pelo qual a ingestão do álcool interfere nesse processo inclui o aumento da resistência à insulina e da glicemia. Em adição, usuários de bebidas alcoólicas tendem a apresentar ingestão alimentar inadequada, com risco elevado de diminuição das proteínas. Isso resulta em diminuição das respostas inflamatória e autoimune, diminuição da migração de fibroblastos e angiogênese e diminuição da produção do colágeno, enfraquecendo o tecido cicatricial na fase de remodelamento^{6,7}.

No presente estudo, observou-se que a maioria das úlceras estava localizada na região do terço inferior da perna, com predomínio dos maléolos. Na literatura, foram encontrados resultados similares, com as úlceras ocorrendo principalmente na região maleolar medial⁴.

O tempo de existência das UV nos participantes da pesquisa variou de um a 60 anos, o que difere dos resultados de outro estudo, no qual a maioria das UV tinha menos de um ano⁴. O cuidado com a UV requer o tratamento básico da hipertensão venosa. A falha no controle da hipertensão contribui para o longo tempo da lesão e para as altas taxas de recidivas, assim como para a piora da qualidade de vida do paciente^{6,8}.

No que se refere à avaliação da úlcera, houve predomínio de lesões com áreas pequenas. Em relação ao leito da lesão, houve maior predominância do tecido desvitalizado. Sabe-se que a presença de tecido necrótico aumenta o tempo de cicatrização e predispõe à infecção⁴. Quanto à quantidade de exsudato, houve variação, porém destaca-se que 19 (26,4%) feridas possuíam grande quantidade. O excesso do exsudato pode causar danos na borda da lesão e na pele periférica se a umidade não for controlada com terapias tópicas e compressivas apropriadas.

Na avaliação do nível de dor durante o curativo, identificou-se, em escala de 0 a 10, que 11,3% dos indivíduos relataram escore 10 (pior dor possível). Um estudo realizado em Goiânia com 76 indivíduos que apresentavam úlceras de perna, sendo 39 (51,3%) dessas de etiologia venosa, identificou que 75% apresentavam dor nas feridas no período que antecedeu o curativo. Durante o curativo, a intensidade da dor foi maior. Para os que tinham UV, 28,2% referiram dor leve ou moderada e 17,9%, dor forte. A limpeza da lesão foi o procedimento mais doloroso, seguida do momento da retirada do curativo anterior⁹.

A terapia compressiva por meio da bota de Unna foi feita na maioria dos usuários (59,4%), que utilizaram o produto na forma manipulada, sendo a periodicidade de troca de sete dias. No protocolo da SMS-RP, é apresentado que o tempo de permanência da bota de Unna pode variar entre sete e 15 dias, porém, quando há extrema exsudação ou quando o paciente relatar afrouxamento ou garroteamento da bota, a troca pode ser feita com intervalo de três dias^{1,2}.

Em relação à terapia tópica, o protocolo indica o uso de vários produtos, a partir da avaliação da lesão, como: carvão ativado, hidrogel com e sem alginato, alginato de cálcio,

hidrocoloide, filme transparente e adesivo, calêndula, vaselina sódica, sulfadiazina de prata 1% e papaína, dentre outros².

No presente estudo, as coberturas mais utilizadas foram indicadas no protocolo da SMS-RP para feridas com tecido de granulação ou em fase de epitelização, como a calêndula e o hidrogel sem alginato. Para desbridamento enzimático foi utilizada papaína. Outras terapias tópicas, como colagenase e sulfato de neomicina e bacitracina, não são terapias padronizadas no protocolo da SMS do município, mas foram prescritas pela equipe médica.

Para favorecer a absorção do exsudato foram usados produtos como alginato de cálcio, coberturas de espuma (com e sem prata), carvão ativado e hidrofibra. Em três casos foi utilizada a cobertura de espuma com ibuprofeno para o controle da dor na úlcera, produto ainda não inserido no protocolo da SMS-RP, mas disponível em algumas unidades de saúde. A sulfadiazina de prata 1% foi utilizada por 16 (48,6%) indivíduos. As pomadas e cremes com antibióticos, usados no tratamento de feridas infectadas, não atingem níveis séricos adequados para debelar a infecção e, dependendo do volume de exsudato drenado, exigem a troca do curativo uma ou mais vezes ao dia, o que aumenta o custo direto e indireto do tratamento¹.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou maior visibilidade da população que possui UV nas unidades de saúde de um Distrito

Sanitário do município de Ribeirão Preto e do tratamento fornecido. Os resultados evidenciaram maior prevalência de indivíduos idosos, do sexo feminino, com HAS e obesidade. Trinta e sete usuários apresentavam 72 úlceras ativas há mais de um ano e a maioria das lesões era na região do terço inferior da perna, com destaque para a região do maléolo. As úlceras apresentavam predominância do tecido desvitalizado, sendo a maioria com exsudato em média ou grande quantidade.

Nem todos os usuários com úlceras ativas receberam terapia compressiva. Grande frequência de usuários relatou sentir dor durante o procedimento de troca de curativo. O tratamento tópico foi feito, na sua maioria, com as coberturas indicadas no protocolo da SMS do município, porém terapias não padronizadas foram prescritas pela equipe médica. A caracterização dos usuários e de suas condições de saúde e tratamento foi essencial para planejar intervenções junto aos serviços, visando a melhoria da qualidade da assistência, com utilização das melhores evidências na prática.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Cruz CC, Caliri MHL, Bernardes RM; Metodologia, Cruz CC, Caliri MHL, Bernardes RM; Redação Cruz CC, Caliri MHL, Bernardes RM; Supervisão, Caliri MHL.

REFERÊNCIAS

1. Carmel J. Venous ulcers. In: Bryant RA, Nix DP. Acute and chronic wounds: current management concept. 4th ed. St. Louis Missouri: Elsevier; 2012. p. 204-26.
2. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde, Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Manual de assistência integral às pessoas com feridas. 3a ed. Ribeirão Preto, 2013.
3. Fuzaro MMM, Bernardes RM, Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas crônicas: análise retrospectiva do desfecho de solicitações judiciais. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2012;10(3):1-15.
4. Borges EL, Amorim IPG, Carvalho DV. Características dos pacientes com úlcera venosa atendidos nas unidades de atenção primária de Nova Lima, Minas Gerais. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2014;12(1):31-41.
5. Anderson K, Hamm RL. Factors that impair wound healing. J Am Coll Clin Wound Spec. 2012;4(4):84-91. doi: 10.1016/j.jccw.2014.03.001.
6. Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Tinôco JDS, Paiva MGMT, Lopes MVO, Lira ALBC. Úlcera venosa: relação entre os fatores de risco e a classificação dos resultados de enfermagem. Invest Educ Enferm. 2014;32(2):252-9.
7. Dryden SV, Shoemaker WG, Kim JH. Wound management and nutrition for optimal wound healing. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin. 2013;21(1):37-47. doi: 10.1016/j.cxom.2012.12.008.
8. Araújo RO, Silva DC, Souto RQ, Pergola-Marconato AM, Costa IKF, Torres GV. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. Aquichan. 2016;16(1):56-66. doi: 10.5294/aqui.2016.16.1.7.
9. Oliveira PFT, Tatagiba BSF, Martins MA, Tipple AFV, Pereira LV. Avaliação da dor durante a troca de curativos de úlceras de perna. Texto Contexto Enferm. 2012;21(4):862-9. doi: 10.1590/s0104-07072012000400017.