



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM ÚLCERAS DA PERNA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF AMBULATORY PATIENTS WITH LEG ULCERS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES AMBULATORIOS CON ÚLCERAS EN LAS PIERNAS

Fernanda Soares Pessanha¹, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira²

RESUMO

Objetivo: descrever os dados sociodemográficos, o histórico de saúde e as características das úlceras da perna dos pacientes atendidos num serviço ambulatorial. **Método:** estudo retrospectivo descritivo. A amostra foi composta por 31 pacientes portadores de 45 úlceras da perna que tinham protocolos de avaliação dos clientes com lesões tissulares preenchidos integralmente atendidos no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, Niterói/RJ, Brasil. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 13452713.3.0000.5243. **Resultados:** a maior parte dos pacientes eram mulheres, entre 60 e 80 anos, portadoras de úlceras venosas, com hipertensão arterial sistêmica. A maioria das feridas tinha menos de 3cm² até 30cm², com tecidos desvitalizados e de granulação em leito, tendo sido o hidrogel a 2% prioritariamente empregado nos curativos. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de avaliação de uma amostra maior, confirmando-se a importância de uma documentação efetiva das condutas assistenciais dos profissionais de enfermagem. **Descritores:** Enfermagem; Úlcera da Perna; Cicatrização.

ABSTRACT

Objective: describing the sociodemographic data, health history record and the characteristics of leg ulcers of patients assisted at an outpatient service. **Method:** a retrospective descriptive study. The sample consisted of 31 patients with 45 leg ulcers that had customer evaluation protocols with tissue injuries fully filled treated at the Outpatient Wound Healing of the University Hospital Antônio Pedro/UFF, Niterói/RJ, Brazil. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 13452713.3.0000.5243. **Results:** most patients were women between 60 and 80 years old, venous ulcers carriers, and with hypertension. Most of the wounds had less than 3cm² to 30cm², with devitalized tissues and of granulation in bed, and the hydrogel was 2% mainly employed in the dressings. **Conclusion:** there is the need for evaluation of a larger sample, confirming the importance of an effective documentation of care behaviors of nursing professionals. **Descriptors:** Nursing; Leg Ulcer; Healing.

RESUMEN

Objetivo: describir los datos sociodemográficos, los antecedentes de salud y las características de úlceras en las piernas de los pacientes que asisten a un servicio ambulatorio. **Método:** estudio retrospectivo descriptivo. La muestra consistió en 31 pacientes con 45 úlceras en las piernas que tenían protocolos de evaluación del cliente con lesiones de tejidos llenos integralmente tratados en la Clínica de curación de heridas en el Hospital Universitario Antônio Pedro/UFF, Niterói/RJ, Brasil. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE 13452713.3.0000.5243. **Resultados:** la mayoría de los pacientes eran mujeres de entre 60 y 80 años, que sufren de úlceras venosas, y la hipertensión. La mayoría de las heridas era menos de 3cm² hasta 30cm², con tejidos desvitalizados y de granulación en lecho, y el hidrogel fue 2% empleado principalmente en los apósitos. **Conclusión:** existe la necesidad de una evaluación de una muestra más amplia, lo que confirma la importancia de la documentación eficaz de los comportamientos de cuidado por la parte de los profesionales de enfermería. **Descriptor:** Enfermería; Úlcera de la Pierna; Sanación.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: fernandapessanh@hotmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: beatrizguitton@globo.com

INTRODUÇÃO

As feridas configuram um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pacientes com alterações na integridade da pele¹ e também devido à demora de meses ou até anos para conclusão da cicatrização de úlceras crônicas.²

O processo de cicatrização de feridas ocorre em quatro fases altamente integradas e sobrepostas: hemostasia, inflamação, proliferação e remodelação do tecido. Para a correta reparação das feridas, estas fases devem ocorrer na sequência correta, dentro de um período de tempo determinando e numa intensidade ideal.¹ Sendo assim, muitos fatores podem afetar a cicatrização das feridas ao interferir em uma ou mais fases deste processo, determinando, assim, uma reparação inadequada ou um atraso na remodelação tissular, conduzindo as lesões ao estado de cronicidade.

Do ponto de vista biocelular, estados patológicos de inflamação no geral são responsáveis por processos de cicatrização atrasados, incompletos ou descoordenados.¹ Entretanto, sabe-se que não se alcança a cicatrização de uma ferida crônica através de intervenções voltadas exclusivamente ao aspecto biológico, como com a aplicação de coberturas ou a simples realização de curativos.

O processo de cicatrização pode ser influenciado por diversas variáveis, desde as sociais, como aquelas relacionadas às condições financeiras para adquirir os materiais necessários à realização dos curativos no domicílio, até as patologias de base apresentadas por um indivíduo, dentre outros.

Para que o enfermeiro trate pacientes com úlceras da perna é necessário compreender o processo de reparo tecidual, identificar as comorbidades, suas implicações e conhecer as características clínicas e histopatológicas das úlceras a fim de direcionar a assistência.³ Portanto, faz-se necessário conhecer o paciente como um todo, visando não apenas prestar cuidados às feridas, mas aos indivíduos integralmente.

Além disso, o reconhecimento do perfil clínico e socioeconômico da população de pacientes com feridas pode gerar informações importantes para o desenvolvimento de novas diretrizes para o tratamento, assim como o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, contribuindo para a redução do tempo de tratamento e gastos institucionais.³

Em contra partida, pouco se sabe sobre as características clínicas e sócias demográficas

dos pacientes com úlceras da perna no Brasil. Existem estudos realizados visando descrever o perfil de pacientes internados⁴, ou ainda voltados a sujeitos ambulatoriais, porém restritos a portadores especificamente de úlceras venosas³, sendo relevante contribuir para diminuição desta lacuna no conhecimento.

Este estudo foi realizado partindo da seguinte questão norteadora << *Qual é o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes ambulatoriais com úlceras da perna?* >>, tendo como objetivo:

- Descrever os dados sociodemográficos, o histórico de saúde e as características das úlceras da perna dos pacientes atendidos num serviço ambulatorial.

MÉTODO

Estudo retrospectivo descritivo, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas, do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ, Brasil). Neste serviço são desenvolvidas consultas de enfermagem por mestrandos do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde e docentes das disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem, acompanhados por graduandos e bolsistas de iniciação científica.

A seleção da amostra da pesquisa ocorreu a partir dos Protocolos de Avaliação dos Clientes com Lesões Tissulares, que são instrumentos preenchidos anualmente para cada paciente do Ambulatório e que têm, dentre outras, a função de registrar as principais informações necessárias ao cuidado das lesões, dando subsídios para os cuidados de enfermagem. Contêm campos relativos à identificação do paciente e doenças de base, bem como, etiologia, localização, área de extensão e exsudato das feridas, tipo de tecidos presentes nas lesões e, por fim, produtos utilizados durante a realização do curativo.

A população atendida entre os meses de janeiro de 2012 e setembro de 2013 foi de 302 pacientes. Para determinação da amostra da pesquisa foram incluídos todos os pacientes da população que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. São eles: ser maior de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de úlceras da perna com ou sem sinais infecciosos, de qualquer etiologia ou área de extensão, que tinham Protocolos de Avaliação dos Clientes com Lesões Tissulares preenchidos integralmente no período de janeiro de 2012 a setembro de 2013. Foram excluídos aqueles pacientes que não tinham protocolos preenchidos ou cujos protocolos apresentavam-se incompletos. Assim, a

amostra deste estudo foi de 31 pacientes, que possuíam 45 úlceras da perna, pois muitos apresentavam mais de uma lesão.

Os dados dos protocolos foram digitados em um banco de dados no software Microsoft Excel 2010 e analisados por estatística descritiva simples para evidênciação das frequências e percentuais de aparecimento de cada característica dos pacientes e das lesões em tratamento. Os resultados foram organizados em três categorias: dados sócio demográficos, histórico de saúde e características das lesões.

Este trabalho foi realizado como um recorte do projeto “Desenvolvimento de protocolo de enfermagem para pacientes com lesões tissulares: Mapeamento Cruzado”, que foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFF, via Plataforma Brasil⁵, com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 13452713.3.0000.5243.

RESULTADOS

◆ Dados sociodemográficos

Tabela 1. Distribuição dos pacientes conforme dados sociodemográficos. Niterói/RJ, 2013.

Sexo	n	%**
Feminino	18	58,06
Masculino	13	41,93
Idade		
40-60 anos	11	35,48
60-80 anos	17	54,83
Maior que 80 anos	3	9,67
Convivência em domicílio		
Com familiares	25	80,65
Vivem sozinhos	6	19,35
Escolaridade		
Analfabeto	3	9,67
Ensino Fundamental	18	58,06
Ensino Médio	7	22,58
Ensino Superior	3	9,67
Ocupação		
Aposentados ou Pensionistas	18	58,06
Empregados ou Autônomos	9	29,03
Desempregados	4	12,90
Renda familiar		
2-5 salários mínimos	12	38,70
1-2 salários mínimos	9	29,03
Menos de 1 salário mínimo	9	29,03
Maior que 10 salários mínimos	1	3,22

◆ Histórico de saúde

Apenas dois tipos de feridas foram identificados neste trabalho: 23 pacientes apresentavam lesões de etiologia venosa e oito, de etiologia diabética, conforme aponta

a figura 2 a seguir. A insuficiência venosa crônica se mostrou de fato como diagnóstico médico principal mais prevalente, pois 21 pacientes o apresentavam.

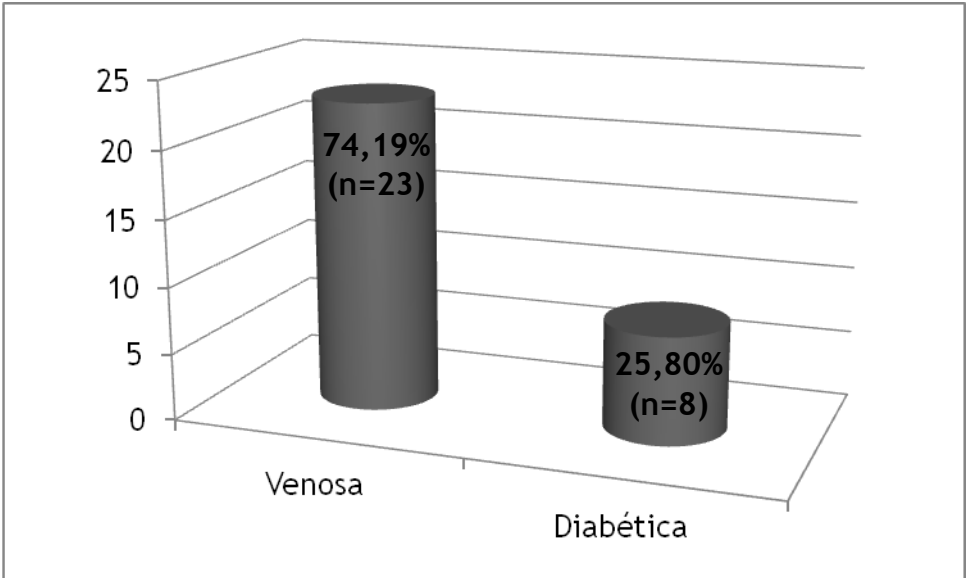


Figura 1. Distribuição dos pacientes segundo etiologia das feridas. Niterói/RJ, 2013.

Acerca das doenças de base (figura 2), cinco pacientes possuíam apenas diabetes mellitus como diagnóstico principal, três, apenas hipertensão arterial sistêmica e dois, hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus. Como doença de base, o

diabetes mellitus aparece como em um paciente, enquanto que a hipertensão arterial sistêmica, em treze pacientes. Em três pacientes verificou-se a presença de hipertensão arterial sistêmica associada a condições anêmicas como doenças de base.

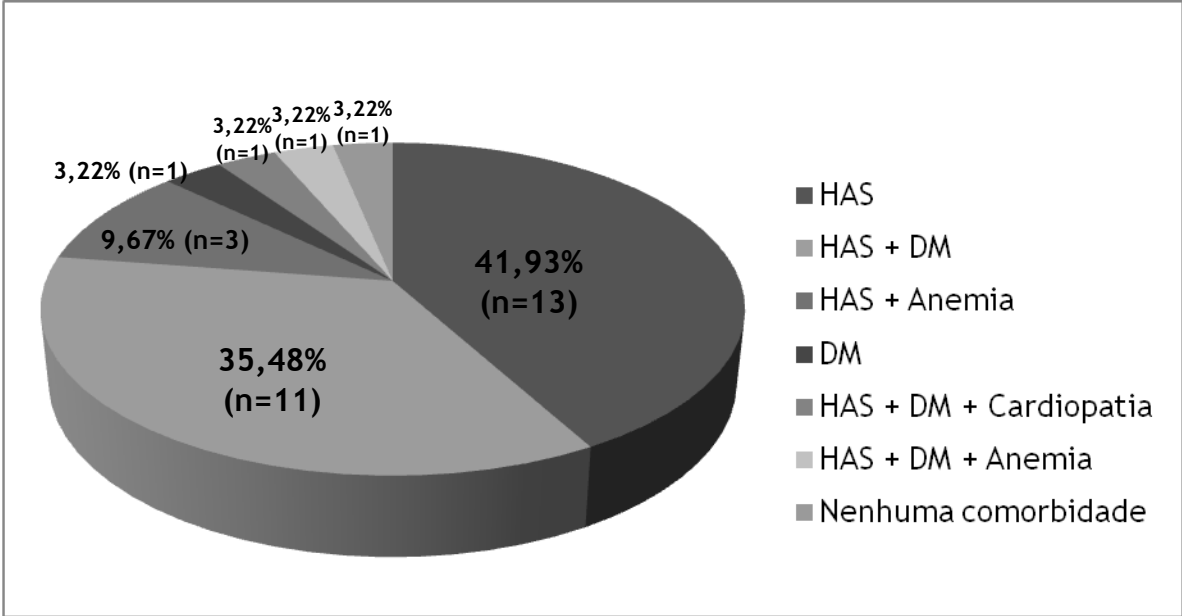


Figura 2. Distribuição dos pacientes conforme doenças de base. Niterói/RJ, 2013.

♦ Características das úlceras

Foram encontradas dez lesões nos maléolos mediais e nove nos terços inferiores das pernas. Seis encontravam-se nos maléolos laterais, cinco nos terços médios das pernas, outras cinco nos dorsos dos pés, quatro na região plantar dos pés, duas nos hálux, outras duas nos terços inferiores e médios das pernas, uma no coto de amputação dos pés e outra nos calcâneos.

Dentre 45 feridas avaliadas, treze eram menores que 3cm², dez possuíam de 3,5 a 10 cm², oito apresentavam de 20,5 a 30 cm², cinco eram maiores que 100 cm², quatro eram circulares da perna, isto é, não possibilitavam a determinação da área pelo método do decalque, três possuíam de 30,5 a 100 cm² e duas estavam entre de 10,5 a 20 cm² (figura 4 abaixo).

Quanto aos relatos de dor, dos 31 pacientes avaliados, treze descreveram sentir dor nas lesões propriamente ditas, oito informaram não sentir dor, seis disseram que as dores encontravam-se nos membros inferiores como um todo, dois descreveram sentir dor nas áreas perilesionais e outros dois descreveram dor em outros locais.

A maior parte dos pacientes não relatou sensação de prurido, isto é, apenas dez deles informou sentir prurido perilesional, outros dois descreveram prurido na própria lesão e um paciente relatou sentir prurido nos membros inferiores. Dezoito pacientes apresentaram edema nos membros inferiores, isto é, apenas treze pacientes não apresentaram esse sinal clínico.

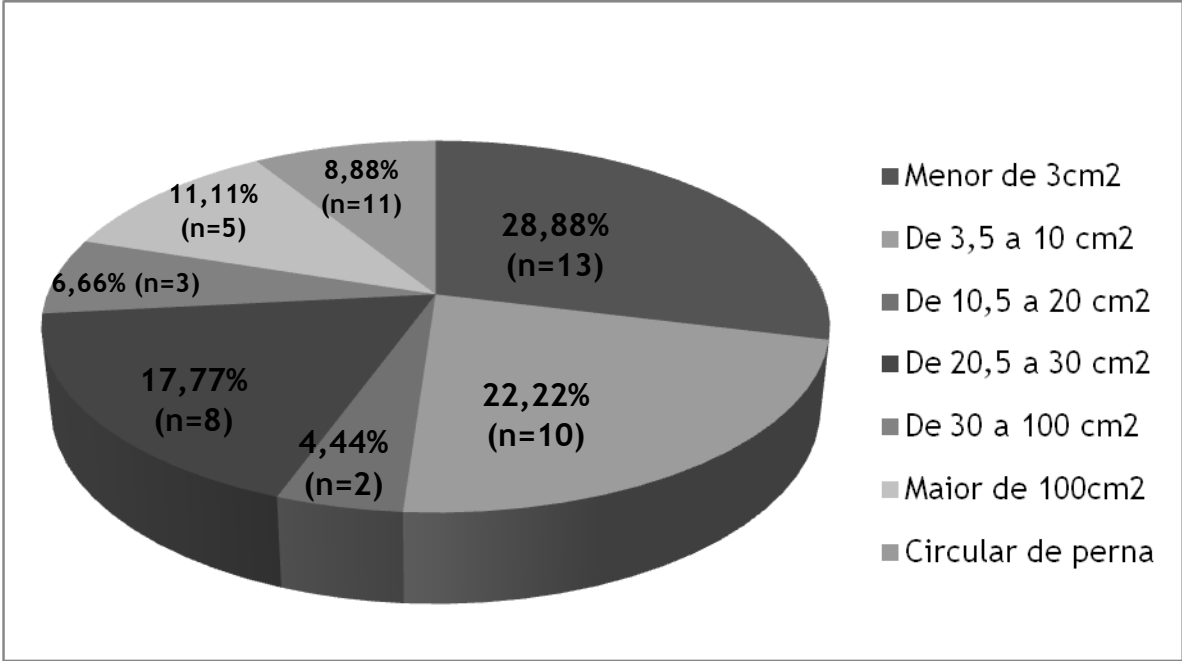


Figura 3. Distribuição das lesões de acordo com área de extensão. Niterói/RJ, 2013.

Quanto aos tecidos presentes nos leitos das lesões (figura 5 a seguir), observou-se grande prevalência de tecidos desvitalizados e de granulação: 22 lesões os apresentavam.

Nove feridas possuíam apenas tecido de granulação e oito apresentavam apenas tecido desvitalizado.

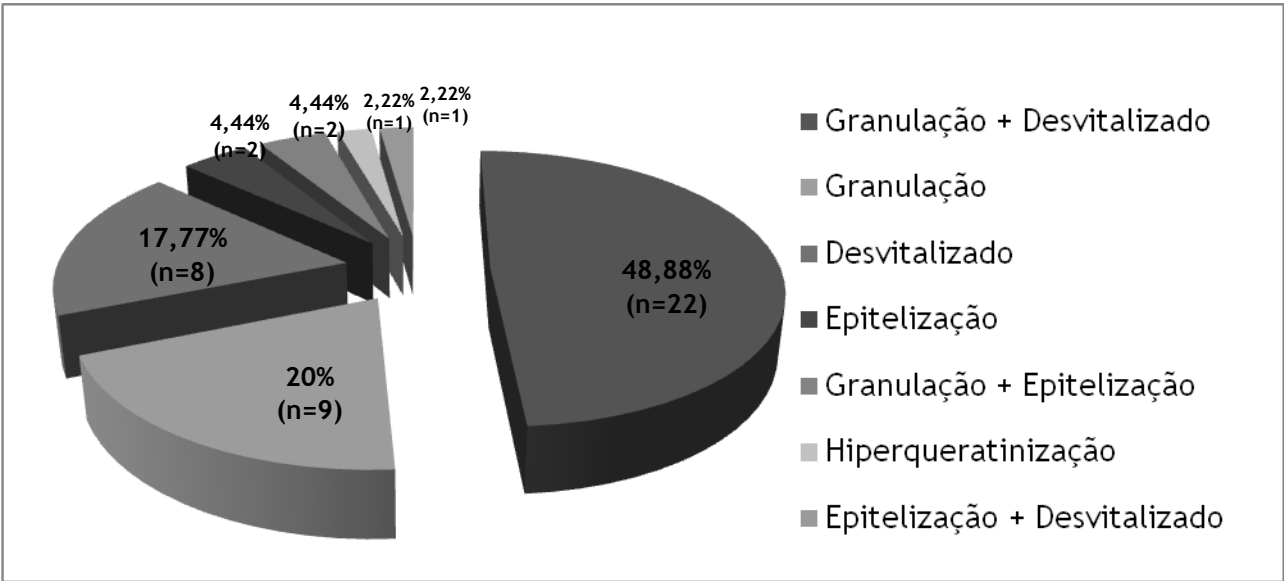


Figura 4. Distribuição das lesões de acordo com o tipo de tecido presente no leito lesional. Niterói/RJ, 2013.

A maior parte das feridas avaliadas apresentava bordas maceradas (n=21). Doze feridas tinham bordas com tecido de epitelização, seis caracterizavam-se por tecido hiperqueratinizado, três tinham tecidos de epitelização e de maceração associados e outras três possuíam tecidos de maceração e hiperqueratinizado.

A maior parte das lesões apresentava apenas exsudato seroso (n=25). Catorze feridas tinham exsudato serosanguinolento, três possuíam exsudato purulento, duas tinham exsudato sanguinolento e uma não possuía exsudato. Verificou-se a prevalência de lesões com pouco exsudato (n=22). Além destas, doze feridas tinham média quantidade e dez tinham grande quantidade de exsudato.

Acerca das áreas adjacentes às lesões, nove feridas tinham pele adjacente hidratada

e outras nove tinham pele hidratada e hiperpigmentada. Cinco feridas tinham pele adjacente ressecada, quatro possuíam tecidos macerados e hiperpigmentados, três apresentavam eritema, crosta e tecido de hidratação e outras três caracterizavam-se por possuir pele adjacente ressecada e hipopigmentada. Duas feridas apresentavam pele adjacente hidratada e com eritema e outras duas tinham tecidos ressecado, descamativo e hiperpigmentada. As demais lesões apresentavam associações específicas e isoladas destes tecidos.

A maior parte das lesões observadas nesta pesquisa apresentava profundidade parcial (n=34), apenas oito eram superficiais e três de profundidade total. Quanto ao odor fétido, 41 feridas não o apresentavam.

O total de usos de produtos nas lesões tratadas foi 59, valor maior que o número total de feridas avaliadas. Isso porque, em alguns casos, diferentes produtos foram aplicados numa mesma ferida. O produto mais usado foi o hidrogel a 2% (n=20).

Em dezoito feridas utilizou-se AGE, em seis aplicou-se sulfadiazina de prata, em cinco optou-se pela vaselina sólida e em quatro pela papaína a 2%. Em três feridas foi utilizada collagenase, em duas aplicou-se carvão ativado e em uma, placa de petrolatum.

DISCUSSÃO

Estudos reiteram⁶⁻⁷ uma maior prevalência das feridas no sexo feminino, o que também mantém relação com a maior demanda de mulheres pelos serviços de saúde, em função das objeções apresentadas pelos homens quanto a buscar assistência.

Sabe-se que as lesões tissulares são patologias que progridem negativamente conforme a idade, em função da maior prevalência de doenças crônico-degenerativas.^{1,6} Nesse sentido, é notório que muitos idosos têm dificuldades para realizar sozinhos atividades básicas de vida diária, como comer ou ir ao banheiro. Em 8% das famílias se observam idosos com essas limitações⁸, sendo, portanto, ideal que estes pacientes não vivam sozinhos, tendo ao menos uma pessoa que assuma a posição de cuidadora. A baixa escolaridade encontrada na amostra estudada também pode comprometer a adesão ao tratamento.⁹

O valor de dois a cinco salários mínimos, relatado como renda da maior parte dos pacientes desta pesquisa, contraria alguns estudos que referem que a renda precária dos pacientes com lesões tissulares limita o acesso a serviços de saúde especializados⁹, já que a continuidade do tratamento apresenta um alto custo.

Sabe-se que cerca de 75% de todas as úlceras da perna resultam da insuficiência venosa crônica.¹⁰ A fisiopatologia que determina o desenvolvimento desta doença descreve que o sistema venoso no membro inferior classifica-se no sistema superficial (subcutâneo), no sistema profundo (abaixo da fáscia muscular) e nas veias perfurantes de ligação.¹¹ Na dinâmica vascular entre esses vasos, destaca-se a função da bomba venosa do membro inferior, formada pela ação muscular e pelas válvulas das veias, a qual auxilia o retorno de sangue venoso ao coração, sendo a contração muscular o principal ativador desse sistema.¹¹

A pressão nas veias musculares é três vezes superior à das veias superficiais, tendo as

válvulas venosas competentes à função de impedir o fluxo retrógrado, isto é, o retorno do sangue das veias profundas às superficiais, porém, se as válvulas das veias superficiais e perfurantes forem incompetentes, o sangue oscila entre os segmentos, fluindo erroneamente. A incompetência das válvulas venosas desses três sistemas leva o paciente a um quadro de hipertensão venosa, que, por sua vez, conduz a distensão das veias perfurantes e a mais disfunção valvular, determinando o aparecimento das veias varicosas.¹¹

As úlceras venosas são feridas de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato seroso. Podem ser únicas ou múltiplas e de tamanhos e localizações variáveis, mas, em geral, ocorrem na porção distal dos membros inferiores, particularmente na região do maléolo medial.¹²

O Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas que ocorre em função de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, cujo principal sintoma é a hiperglicemia e que pode determinar complicações em vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.¹³ As úlceras de pés e amputações de extremidades inferiores são as complicações mais graves da Diabetes Mellitus, ocorrendo, sobretudo, como evolução direta da neuropatia diabética.¹³

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo que no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais.¹⁴ Com a idade ocorrem alterações estruturais e funcionais no coração e vasos sanguíneos que contribuem para o aumento da pressão arterial, tais como, acúmulo de placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágeno e vasodilatação prejudicada.

O resultado dessas alterações é uma diminuição na elasticidade dos principais vasos sanguíneos, determinando a elevação prolongada da pressão arterial, que, por sua vez, em longo prazo, lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, contribuindo para a morte por doença cardíaca e vascular periférica.¹⁰

Da mesma maneira, o diabetes é a terceira causa principal de morte por doença nos Estados Unidos, dentre outras coisas, devido à alta taxa associação com doenças vasculares periféricas, sendo também a causa principal de amputações não-traumáticas.¹⁰

A maior prevalência de lesões nos maléolos mediais e nos terços inferiores das pernas pode ser explicada pelo maior número de pacientes com insuficiência venosa, já que úlceras de etiologia venosa ocorrem principalmente nesses locais, apesar de também ocorrerem em localizações externas.¹¹

Quanto às áreas de extensão das lesões, a técnica de mensuração usada no setor é o decalque, que consiste em desenhar o formato da ferida, utilizando folha de plástico transparente, caneta retroprojetora e papel quadriculado em centímetros. O decalque tem como vantagem oferecer o formato e o tamanho preciso da lesão, mas como desvantagens não descrever detalhes do aspecto da lesão, como odor, tipo de tecido e aspecto do exsudato. Essa avaliação qualitativa das feridas pode ser mais adequadamente realizada através do registro fotográfico.

Os pacientes portadores de úlceras venosas queixam-se de dor que se acentua ao final do dia, logo, como a maior prevalência neste estudo é de úlceras venosas, é aceitável inferir que há relação entre a presença de dor e a etiologia da maioria das úlceras.¹⁵ Assim também o edema, isto é, o fato de muitos pacientes apresentarem edema é coerente com o grande número de portadores de insuficiência venosa crônica.

A disfunção da bomba muscular da panturrilha também é responsável pela hipertensão venosa¹¹, levando a um acúmulo excessivo de líquido e de fibrinogênio no tecido subcutâneo, resultando em edema, lipodermatosclerose e, finalmente, ulceração.

O tecido desvitalizado se desenvolve no leito das lesões em função da morte celular, podendo retardar a cicatrização por atuar como substrato para o crescimento bacteriano, com uma constante atividade inflamatória, atuando como barreira física para o tecido de granulação. A presença de tecido desvitalizado favorece a instalação de infecção ao fornecer nutrientes para o crescimento bacteriano, além de inibir a fagocitose e destruição bacteriana retardando o reparo tecidual.³

Vale a pena destacar que a inflamação prolongada, o comprometimento da angiogênese ou da formação de matriz extracelular, a síntese inadequada de colágeno, as anomalias na migração e na proliferação das células, bem como, na síntese e na secreção inadequadas de fatores de crescimento são mecanismos observados na formação das feridas crônicas.¹¹

Esses processos, característicos de úlceras com cronicidade, podem determinar a presença de tecido desvitalizado nas feridas, ou ainda fazer com que ocorram retardos nos processos de debridamento autolítico ou enzimático que visem à retirada do esfacelo dos leitos lesionais. Assim, pode-se dizer que a retirada do tecido desvitalizado de feridas crônicas é lentificada.

Enquanto o tecido desvitalizado deve ser retirado das feridas, em função do atraso que gera no processo cicatricial, o tecido de granulação é caracterizado por ser de aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido³, rico em vasos sanguíneos neoformados, fibroblastos e fatores de crescimento essenciais para que a cicatrização se concretize.

O tecido de granulação é o estágio da cicatrização que antecede a epitelização e é tido como objetivo no que tange a limpeza da ferida. Isto é, ao realizar uma higienização ou um desbridamento nas lesões, os profissionais da saúde visam retirar os tecidos desvitalizados, fazendo com que a ferida alcance o estágio de granulação, preparando-a para epitelizar. Os macrófagos direcionam essa fase, já que são as células responsáveis pela formação do tecido de granulação.¹

Por ser altamente vascularizado, é importante que o profissional, ao realizar o curativo e o desbridamento mecânico ou cirúrgico, evite lesionar as áreas neoformadas, sobretudo nas feridas onde há associação entre tecido de granulação e desvitalizado, nas quais o profissional deseja retirar os tecidos inviáveis, mas manter o de granulação.

O tecido de epitelização, por sua vez, caracteriza etapas finais da cicatrização, sendo anterior apenas à fase de maturação. Desenvolve-se a partir da migração de células epiteliais das bordas da ferida e de anexos epiteliais para a superfície da lesão¹⁶. Essas células são denominadas queratinócitos e estão presentes de forma abundante na epiderme¹⁷. No caso de lesões crônicas podem estar localizados na camada basal da epiderme residual, como, por exemplo, em folículos pilosos cujos bulbos tenham sido preservados, ou profundamente no epitélio.

Os queratinócitos migram para a superfície da ferida, determinando a formação da base para o novo epitélio, a proliferação de novas células epiteliais e a estratificação da pele nas camadas que a compõe, isto é, camada basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea.¹⁷

A maceração impede a aproximação das bordas da ferida, isto é, a cicatrização horizontal. No geral, quando os pacientes estão bem orientados quanto à necessidade de

troca dos curativos, uso das coberturas corretas e adequada forma de aplicação dos mesmos, a ocorrência de bordas maceradas é menor, tendo em vista que as maiores causas de maceração são o excesso de produto enzimático aplicado no leito da ferida, que acaba dirigindo-se às bordas e lesionando-as, ou ainda o tempo de exposição desta ferida ao seu próprio exsudato.

Para que ocorra a cicatrização é necessário o controle da umidade da ferida.¹⁶ Enquanto o leito da ferida ressecado ocasiona uma migração lenta das células epiteliais, o excesso de exsudato também é prejudicial, pois pode provocar maceração da margem e da pele perilesional. Nessas condições, é preciso controlar o edema e o excesso de fluídos para evitar a maceração.

Sendo assim, como cuidado de enfermagem para evitar a maceração de bordas, o profissional deve proceder a troca dos curativos periodicamente conforme a etiologia da úlcera e o produto em uso. Mas também é fundamental que os pacientes sejam orientados a trocar as bandagens no domicílio sempre que se observe que o curativo não está mais externamente limpo e seco.

O tecido de hiperqueratinização, ou ainda, hiperqueratose, ocorre, sobretudo, em úlceras diabéticas neuropáticas¹⁸, surgindo como mecanismo de defesa do organismo, já que objetiva proteger a área lesionada de novos agravos. Em função disso, não deve ser removido totalmente, mas aos poucos e de forma contínua.

A hiperpigmentação da pele adjacente é um dos sinais clínicos observados em pacientes com insuficiência venosa crônica em fases mais avançadas.¹¹ O grande número de lesões com exsudato seroso relaciona-se a quantidade significativa de úlceras venosas.¹⁹ Trata-se de um achado positivo, já que o sangramento indica que a ferida ainda encontra-se na primeira fase da cicatrização, isto é, aguardando que o processo de hemostasia se complete. Uma ferida muito exsudativa pode representar uma fase inflamatória prolongada ou infecção, bem como, formar uma barreira à cicatrização da lesão. Da mesma maneira, outros estudos descrevem que as úlceras venosas apresentam também, prioritariamente, profundidade parcial.¹⁹

O odor fétido é um sinal clínico de infecção da ferida, estando presente frequentemente em úlceras venosas.¹⁹ O pequeno número de pacientes com odor fétido nas lesões é um dado que tem se repetido nas diversas avaliações feitas com os pacientes do Ambulatório, desde outras pesquisas

realizadas. Isso porque a amostra em geral é composta por pacientes que já participaram de outros estudos e que continuamente são atendidos no setor, recebendo as orientações necessárias para evitar qualquer tipo de afecção clínica que determine a presença de odor desagradável nas feridas.

O hidrogel é feito de polímeros insolúveis e possui alto teor de água, podendo ser usado em vários tipos de feridas.²⁰ Tem a capacidade de absorver o exsudato e de hidratar feridas ressecadas, estimulando o desbridamento. Uma das justificativas para o uso prioritário do hidrogel a 2% neste estudo encontra-se no fato de ser fabricado a um custo reduzido pela Farmácia Universitária da UFF, tornando-se bastante acessível financeiramente aos pacientes.

Os ácidos graxos essenciais compõem um produto originado de óleos vegetais polissaturados como ácido linoléico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E, e a lecitina de soja. São necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água. Têm uma abrangente gama de indicações²⁰, o que pode justificar a elevada frequência de uso dos AGE registrada neste trabalho.

Para a escolha dos produtos a serem aplicados nas feridas deve-se levar em consideração a etiologia da lesão e as características histológicas, visando sempre realizar curativos que se configurem em barreiras contra agentes infecciosos externos, mantenham a temperatura e a umidade, mas também controlem o excesso de exsudato, sejam aplicados e retirados sem lesionar o tecido de granulação presente e, quando necessário, propiciem o debridamento dos tecidos inviáveis.

CONCLUSÃO

Foram avaliados 31 pacientes, portadores de 45 úlceras da perna. Do ponto de vista sociodemográfico, evidenciou-se que a maior parte dos pacientes atendidos era do sexo feminino, com idades entre 60 e 80 anos, residentes com familiares e aposentados. O histórico de saúde, por sua vez, apontou, sobretudo, para portadores de úlceras venosas, com insuficiência venosa crônica como diagnóstico médico principal e hipertensão arterial sistêmica como comorbidade.

Quanto às características das feridas, viu-se que a maioria delas apresentou área de extensão variando entre menores que 3cm² até 30cm², com tecidos desvitalizados e de granulação em leito, maceração nas bordas, profundidade parcial, com dor nas lesões e edema perilesional, sem prurido ou odor

fétido. O produto mais empregado junto aos pacientes foi o hidrogel a 2%.

Como limitação deste estudo destaca-se a necessidade de avaliação de uma amostra maior, sendo necessário, para tanto, o preenchimento de um número maior de Protocolos de Avaliação dos Clientes com Lesões Tissulares. Isto é, a necessidade de documentação mais eficaz das avaliações e das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem foi reiterada neste estudo.

Como contribuições deste trabalho em âmbito assistencial têm-se a confirmação do problema de registro das atividades da equipe da enfermagem, que aponta para a necessidade de iniciativas de educação em serviço, visando ratificar entre os profissionais a necessidade de documentar suas condutas. Já do ponto de vista da pesquisa tem-se a continuidade dos estudos relativos ao Projeto “Desenvolvimento de protocolo de enfermagem para pacientes com lesões tissulares: Mapeamento Cruzado”, objetivando dirimir as lacunas no que tange a documentação das atividades de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Guo S, DiPietro LA. Factors Affecting Wound Healing. J Dent Res [Internet]. 2010 Mar [cited 2014 Mar 10];89(3):219-29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903966/>
2. Martins MM, Tipple AFV, Reis C, Santiago AB, Bachion MM. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento ambulatorial: análise microbiológica e de suscetibilidade antimicrobiana. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2010 July-Sept [cited 2014 Mar 11];9(3):464-70. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/viewFile/8178/6635>
3. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2014 Mar 9];14(1):156-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>
4. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CABN, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 July-Aug [cited 2014 Apr 13];65(4):637-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
6. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2014 May 1];12(4):727-35. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8425/8496>
7. Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 July-Sept [cited 2014 Mar 11];13(3):428-36. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13040/8820>
8. Queiroz ZPV, Lemos NFD, Ramos LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Ciênc Saude Coletiva [Internet]. 2010 Sept [cited 2014 Mar 11];15(6):2815-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a19v15n6.pdf>
9. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CC, Lino Junior RS, Ferreira PS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2014 Apr 3];46(2):302-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf>
10. Smeltzer SC, Bare BG Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2009.
11. Morison MJ, Moffatt CJ, Franks PJ. Úlceras de perna - Uma abordagem de aprendizagem baseada na solução de problemas. Tradução ao português de Leg ulcers - A problem-based learning approach, 2007 Ed Elsevier. Portugal, Editora Lusodidacta, 2010.
12. Salomé GM. Assistência de enfermagem ao indivíduo com úlcera venosa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Mar 11];6(12). Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4052/pdf_1767
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

15. Takahashi P. A predictive model for venous ulceration in older adults: results of a retrospective cohort study. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 Mar 11];56(4):60-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2975563/pdf/nihms224935.pdf>

16. Santos JB, Porto SG, Suzuki LM, Sostizzo LRZ, Antoniazzi JL, Echer IC. Avaliação e tratamento de feridas. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. 2011. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf?sequence=1>

17. Mendonça RJ, Coutinho-Netto J. Aspectos celulares da cicatrização. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2009 July [cited 2014 May 1];84(3):257-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n3/v84n03a07.pdf>

18. Duarte N, Gonçalves A. Pé diabético. *Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2011 June [cited 2014 Mar 10];7(2):65-79. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2_a02.pdf

19. Chatterjee SS. Venous ulcers of the lower limb: Where do we stand? *Indian J Plast Surg* [Internet]. 2012 May-Aug [cited 2014 Mar 9];45(2):266-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495377/>

20. Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: A escolha do curativo adequado. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2008 May-June [cited 2014 Mar 10];35(3):203-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n3/a13v35n3.pdf>.

Submissão: 29/05/2014

Aceito: 26/05/2015

Publicado: 01/07/2015

Correspondência

Fernanda Soares Pessanha
Rua Cândido Reis, 582
Bairro Coelho
CEP 24741-103 – Gonçalo (RJ), Brasil