

CUIDADOS COM ÚLCERAS VENOSAS: REALIDADE DO BRASIL E PORTUGAL
TREATING VENOUS ULCERS: REALITY IN BRAZIL AND PORTUGAL
CUIDADOS CON ÚLCERAS VENOSAS: REALIDAD DE BRASIL Y DE PORTUGAL

Daniel Silveira da Silva¹
Giselda Veronice Hahn²

RESUMO: Objetivo: descrever os recursos utilizados pelos enfermeiros de saúde pública no cuidado de úlceras venosas em duas realidades socioeconômicas distintas. **Método:** estudo de campo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de um questionário semi-estruturado, a amostra consistiu em seis enfermeiras de cada cidade. Foi realizada a análise de conteúdo. **Resultados:** constatou-se que alguns agentes tópicos são utilizados em ambas as cidades estudadas, porém em Leiria há maior disponibilidade e variedade de recursos. **Conclusões:** não há uma única cobertura adequada para todas as feridas, devido às especificidades de cada tipo ou fase das lesões. Os enfermeiros precisam conhecer e testar novas tecnologias e recursos disponíveis no mercado, assim como investigar suas práticas para aumentar o poder de argumentação junto aos gestores e demais profissionais da equipe de saúde. É preciso realizar avaliação interdisciplinar do usuário e agregá-lo no plano terapêutico, especialmente nos casos de feridas crônicas.

Descritores: Úlcera varicosa; Bandagens; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: Objective: to describe resources nurses in the public health in the treatment for venous ulcers used in two different social and economic realities. **Method:** exploratory descriptive field study with qualitative approach. Data were collected through a semi-structured questionnaire. The sample included six nurses from every town. Content analysis was done. **Results:** we have found out that some topic agents were used in both studied towns, but in Leiria there is a much wider variety of recourses. **Conclusions:** there is no adequate covering for all wounds, due to the specificities for every type or phase of lesion. Nurses have to know and check new technologies and recourses available in the market, and investigate its practices to heighten the arguing powers in with managers and other health team workers. It is necessary to make an interdisciplinary evaluation of the patient and including him/her in the therapeutic plan, especially in cases of chronic wounds.

Descriptors: Varicose ulcer; Bandages; Health care.

RESUMEN: Objetivo: describir los recursos utilizados por los enfermeros de salud pública en el cuidado de úlceras venosas en dos realidades socioeconómicas distintas. **Método:** estudio de campo exploratorio descriptivo con abordaje cuantitativo. Los datos se recogieron a través de un cuestionario semiestructurado, la muestra estuvo conformada por seis enfermeras de cada ciudad. Se realizó el análisis de contenido. **Resultados:** se constató que algunos agentes tópicos son utilizados en ambas ciudades, pero en Leiria hay más disponibilidad y variedad de recursos. **Conclusiones:** no hay una capa adecuada para todas las heridas, debido a las características de cada tipo o fase de las lesiones. Los enfermeros necesitan conocer y testar nuevas tecnologías y recursos disponibles, además de investigar sus prácticas para aumentar el poder de

¹Enfermeiro, Especialista, Hospital Bruno Born. E-mail: dsilveiradasilva@yahoo.com.br

²Enfermeira, Mestre, Centro Universitário Univates. E-mail: giselda@bewnet.com.br

argumentación con los gestores y demás profesionales del equipo de salud. Hay que realizar evaluaciones interdisciplinarias del usuario y añadirlo al plan terapéutico, especialmente en casos de heridas crónicas.

Descritores: Úlcera varicosa; Bandajes; Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

Ferida “é uma palavra de origem latina (*ferire*) que indica solução de continuidade de qualquer tecido mole, produzida por traumatismo direto, com ou sem perda de substância”.^{1,7} Ferida é “qualquer lesão que leve à solução de continuidade da pele”.^{2:1}

As feridas podem ser classificadas quanto: ao diagnóstico etiológico; à causa; à morfologia; ao grau de contaminação; à fase de evolução cicatricial; à característica do leito da ferida; à característica do exsudato; à cultura da secreção; à presença de fístulas; à evolução da ferida e ao tipo de cicatrização.³

As úlceras venosas podem ser de difícil cicatrização. Estima-se que elas sejam responsáveis por aproximadamente 70% a 90% das úlceras crônicas de membros inferiores.⁴ A incidência desta lesão aumenta com a idade⁴ sendo maior na faixa de 65 a 70 anos, atingindo mais as mulheres na proporção de 3:1, em razão delas possuírem uma sobrevivência maior que a dos homens. Além disto, esse tipo de úlcera apresenta recorrência em aproximadamente 70% dos casos.^{1,3}

A úlcera venosa situa-se frequentemente no terço mediodistal da perna, principalmente nos maléolos mediais, com maior incidência sobre as proeminências ósseas. Geralmente é superficial, com formato irregular, podendo ser múltipla.³ Para realizar o diagnóstico e controle adequados das úlceras venosas é preciso compreender o sistema venoso dos membros inferiores. Ele é composto por veias profundas, superficiais, comunicantes, musculatura da panturrilha e válvulas que impedem o refluxo sanguíneo.⁴

Várias hipóteses têm sido propostas para explicar a patogenia da ulceração venosa.⁵ A trombose ou varicose causa danos às válvulas das veias dos membros inferiores. Normalmente as veias possibilitam o retorno sanguíneo ao coração através da contração dos músculos da panturrilha e das válvulas internas, entretanto, se algumas válvulas se danificarem o sangue passa a fluir em qualquer direção. Se o sangue fluir de volta ao leito capilar causará hipertensão venosa que resultará em maior permeabilidade capilar, portanto, moléculas maiores, como fibrinogênio e glóbulos vermelhos, conseguirão migrar para o meio extracelular.² Esta situação provocaria edema local e devido ao acúmulo de fibrinogênio a lipodermosclerose.³ Bastaria então um leve trauma para a úlcera se desenvolver.²

O tratamento clínico oferecido à pessoa com úlcera venosa consiste nomeadamente em realizar o curativo na ferida, terapia compressiva, prescrição de dieta que favoreça a cicatrização, orientações referentes à importância de repouso e do uso de meias de compressão após a cura da lesão.⁶ Os cuidados aos portadores de úlcera venosa devem estar centrados nas medidas para controlar os fatores sistêmicos, melhorar o retorno venoso e propiciar um ambiente adequado na lesão para então promover a cicatrização.⁷ Faz-se necessária uma equipe multidisciplinar com objetivo de melhorar a abordagem e favorecer a relação custo/efetividade, atuando de forma conjunta e integral.⁸ De modo a oferecer um cuidado humanizado, considerando o cliente como único em suas necessidades.

Além do cuidado prestado pelo enfermeiro é importante salientar o valor do autocuidado que promove melhorias significativas na qualidade de vida dos portadores de qualquer enfermidade e diminui os casos recidivantes.⁹

Os produtos usados no tratamento de feridas incluem agentes tópicos, como pomadas e soluções que são aplicadas nas lesões, e curativos, cuja função é promover a cicatrização e proteger a área lesada de danos maiores.² Existe uma grande variedade destes recursos no

mercado. Através de estudos de relação custo/benefício tem-se comprovado o menor custo final no uso das tecnologias mais avançadas ao comparar com o tratamento tradicional em virtude de exigir um número menor de trocas e menos horas de enfermagem.^{6,10}

Alguns pacientes necessitam de drenagem linfática manual e fisioterapia para melhorar a mobilidade da articulação do tornozelo. Outras modalidades terapêuticas podem ser utilizadas como estimulação elétrica, terapia com pressão negativa, oxigenioterapia hiperbárica, ultra-som e laserterapia de baixa intensidade. Porém, são necessários mais estudos que atestem a efetividade destes tratamentos⁹.

“As úlceras venosas causam significativo impacto social e econômico devido à natureza recorrente e ao longo tempo decorrido entre sua abertura e cicatrização”.^{8:510} O tratamento é frequentemente negligenciado, apesar da elevada prevalência e importância deste tipo de ferida.⁸ Essas lesões afetam o indivíduo em muitos níveis, trazendo prejuízos financeiros, sociais e psicológicos que devem ser considerados na prática do enfermeiro.¹¹

O interesse em pesquisar este tema surgiu após um dos autores ter realizado intercâmbio acadêmico em Portugal, entre fevereiro e julho de 2006. Nesta ocasião foi possível realizar estágios, em unidade hospitalar e em centro de saúde, e constatar semelhanças na prática de enfermagem deste país com a realidade vivenciada no Brasil. Entretanto, observou-se que no serviço público português os enfermeiros dispõem de maior variedade e quantidade de recursos materiais para serem utilizados no cuidado das feridas de seus clientes. Dessa forma, surgiu o questionamento: Quais os recursos utilizados pelos enfermeiros de saúde pública do Brasil e de Portugal para o cuidado com úlcera venosa.

O presente estudo tem por objetivo descrever os recursos utilizados pelos enfermeiros de saúde pública no cuidado a úlceras venosas em duas realidades socioeconômicas distintas, nas cidades de Lajeado (BR) e Leiria (PT).

MÉTODO

Foi realizada pesquisa de campo exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O campo de ação compreendeu doze unidades básicas de saúde, sendo que seis delas no Brasil, na cidade de Lajeado, situada no estado do Rio Grande do Sul, e seis em Portugal, na cidade de Leiria, sede de Conselho e capital do Distrito com o mesmo nome. A população envolvida abrangeu enfermeiros que atuam em saúde pública, sendo que a amostra foi constituída de doze profissionais que possuem em sua rotina o cuidado a úlceras venosas e outras feridas e que aceitaram participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se um questionário semi-estruturado contendo perguntas abertas e fechadas. Foi aplicado um teste piloto na cidade de Lajeado em duas unidades distintas das que compuseram a amostra visando avaliar o instrumento, este sofreu pequenas modificações sem, contudo, alterar sua essência.

No Brasil, os questionários e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entregues pessoalmente pelo pesquisador aos sujeitos, sendo combinada a data de retirada dos mesmos depois de preenchidos e assinados. Em Portugal, a coleta dos dados deu-se por intermédio de uma professora da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLEI) que aceitou colaborar com a realização deste estudo e entregou o instrumento aos sujeitos, enviando-os ao pesquisador pelo correio depois de preenchidos juntamente com o TCLE assinado.

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 196/96¹² do Ministério da Saúde em relação às pesquisas envolvendo seres humanos. Foi inicialmente solicitada a permissão para a realização da pesquisa aos responsáveis pelas instituições de saúde em ambos os países. Em seguida, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário UNIVATES (Processo N° 007/08).

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo¹³, tendo-se utilizado da estatística descritiva para apresentar os dados quantificáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituiu-se de seis enfermeiras no Brasil, sendo que três delas atuam em unidades com Estratégia de Saúde da Família e as demais em unidades básicas, todas do sexo feminino, com idade média de 33,5 anos, variando de 27 a 46 anos. Destas, 66,66%(4) são especialistas, 16,66%(1) é bacharel e licenciada e 16,66%(1) é bacharel, cursando pós-graduação. A experiência profissional na enfermagem foi, em média, de 9,6 anos e variou entre 5 e 24 anos, sendo que, em média, as enfermeiras atuam a 9,4 anos no cuidado a feridas, variando entre 4 e 24 anos.

Em Portugal, a amostra foi igualmente composta de seis enfermeiras que atuam em diferentes unidades de saúde de Leiria, sendo todas do sexo feminino, com idade média de 39,2 anos, variando de 31 a 46 anos. Destas, 16,66% (1) é especialista, 50% (3) são bacharéis e 33,33% (2) são licenciadas. As enfermeiras portuguesas possuíam em média 15 anos de experiência profissional, variando entre 9 e 22 anos, sendo que elas atuam no cuidado a feridas a 12,2 anos em média, variando entre 9 e 17 anos.

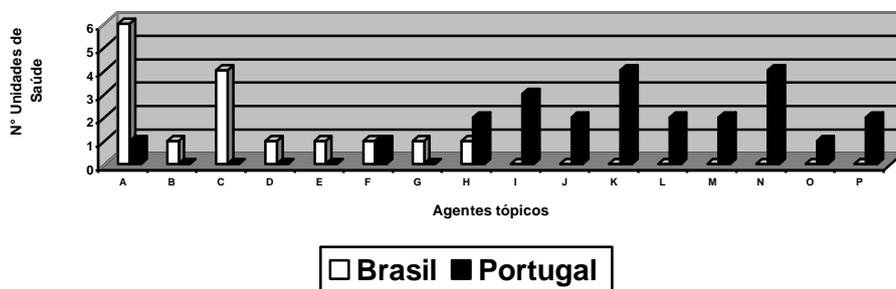
Em relação aos materiais utilizados no cuidado a úlcera venosa, tanto em Lajeado quanto em Leiria, as unidades possuem alguns itens comuns disponibilizados pelos serviços, apesar de nem todas as enfermeiras terem relatado os mesmos. São eles: Soro Fisiológico 0,9%, gaze, atadura, pinças, espátula, fita adesiva, entre outros recursos que fazem parte das tecnologias tradicionais para a realização do curativo passivo.

Em relação aos curativos industrializados e agentes tópicos disponíveis nas unidades, em Lajeado todos os curativos são realizados na própria unidade e não há no serviço coberturas industrializadas (prontas para o uso). Já em Leiria, além dos curativos tradicionais utilizados pela enfermeira, todas as unidades dispõem de coberturas industrializadas, conforme Tabela 1:

Tabela 1 - Coberturas industrializadas disponíveis nos serviços de Leiria

Cobertura Industrializada	N° de unidades de saúde	%
Hidrocolóide	2	33,33
Hidrocolóide gel	2	33,33
Hidrogel	5	83,33
Hidropolímero (Poliuretano)	1	16,66
Hidrofibra com Ag	1	16,66
Gaze impregnada de iodopovidona	2	33,33
Gaze "gorda" (vaselinada)	5	83,33
Gaze oxigenada	1	16,66
"Penso" (curativo) iodóforo	3	50
Placa de Iodofórmio	1	16,66
Ligadura com óxido de zinco	2	33,33
Carvão ativado + Ag	6	100

No tocante aos agentes tópicos utilizados em ambos os serviços estudados, foi feita relação entre o agente, o número de unidades que dispõem do mesmo e os países das cidades estudadas, demonstrada pela Figura 1. A maioria das enfermeiras de ambos os países citou mais de um agente tópico para o cuidado a feridas. Pôde-se perceber que os agentes tópicos utilizados nos serviços de saúde das cidades estudadas são distintos em sua maioria e somente três produtos são utilizados em comum: sulfadiazina de prata, Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e colagenase.



(A - Sulfadiazina de prata, B - Metronidazol creme, C - Neomicina+bacitracina, D- Dexametasona, E- Fibrinolisinase, F- Ácido Graxos Essenciais (AGE), G - Iodoform, H - Colagenase, I Iodopovidona pomada, J - Bacitracina, L- Ácido fusídico, M - Neomicina+betametasona, N - Vitamina A , O - Mitysil®, P - Betametasona)
Figura 1 - Distribuição dos agentes tópicos em ambos os países conforme utilização pelos enfermeiros.

Em decorrência da sensibilização desenvolvida pelo uso prolongado de antibióticos tópicos como neomicina, sulfas, gentamicina, lanolina e antissépticos (iodopovidona) pode ocorrer dermatite de contato que geralmente se manifesta como lesão eczematosa aguda ou crônica.⁸ A pouca eficiência dos antibióticos tópicos é comprovada, pois apresentam baixa concentração nas camadas tissulares e podem interferir no processo cicatricial.³ O ácido fusídico é um antibiótico tópico indicado para o tratamento de dermatoses inflamatórias em que exista ou possa existir infecção bacteriana.¹⁴

O uso de anti-sépticos tópicos é controverso, pois a citotoxicidade sobrepõe-se a atividade bactericida, além disso, eles podem apresentar efeitos colaterais, como a dermatite.⁴

A betametasona é indicada para o tratamento de lesão inflamatória da pele, sendo que há uma apresentação mais apropriada para cada tipo de lesão. O creme hidrossolúvel é indicado para superfícies úmidas exsudativas, pomada para lesões mais secas e loção cremosa para áreas extensas.¹⁴

Tanto a colagenase, quanto a fibrinolisinase são pomadas enzimáticas e têm como vantagem a fácil disponibilidade e baixo custo. Ambas são indicadas para a remoção de tecido necrótico e são pouco efetivas em grandes áreas de necrose.³ Estas substâncias são indicadas com cautela, pois a colagenase pode causar hipersensibilidade, eritema, dor e queimadura no local e a fibrinolisinase hiperemia local e induzir a resistência bacteriana.¹⁵

Dexametasona creme dermatológico é um corticosteróide indicado para uso local em algumas enfermidades da pele, age sobre a inflamação e prurido.¹⁶ Em um estudo foi investigado o uso crônico de corticosteróides na cicatrização de lesões cutâneas e verificou-se que houve diminuição da resistência da cicatriz e baixa densidade do colágeno total.¹⁷

A pomada Mitysil® é composta por óleo de fígado de peixe e óxido de zinco, tem indicação de uso em úlceras varicosas, além de outras feridas. Não é indicada para feridas exsudativas.¹⁸

Em revisão¹⁹ sobre o uso de creme de sulfadiazina de prata a 1%, associada a nitrato de cério a 0,4%, em úlcera venosa foram relatados dois casos que responderam satisfatoriamente a esta terapêutica.

Os AGE promovem quimiotaxia dos leucócitos e neo-angiogênese, além de manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação.³ Este óleo vegetal contém vitamina A que é utilizada pelas enfermeiras portuguesas para favorecer a integridade cutânea e sua cicatrização.

Alginato de cálcio é um derivado de algas marinhas marrons que auxilia no desbridamento autolítico, mantém o meio úmido com a formação de um gel e promove grande absorção de exsudato. Sua indicação é para feridas abundantemente exsudativas, com ou sem infecção, cavitárias e sanguinolentas. Pode ser associado a AGE, carvão ativado e outros.³

O carvão ativado impregnado com prata possui poder bactericida, reduz o odor fétido de lesões purulentas e promove alta absorção. É indicado para feridas infectadas, fétidas e com exsudato abundante.^{3,15} Pode permanecer durante 48 a 72 horas em determinadas feridas, ou por até sete dias.¹⁵

O hidrocolóide é composto por gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica em sua face interna e espuma de poliuretano na face externa. Mantém a umidade da ferida através da interação de sua parte interna com a lesão. Tem indicação de uso em feridas limpas com pequena a média quantidade de exsudato.^{3,15}

O hidropolímero é um adesivo de poliuretano, revestido com uma almofada de hidropolímero de alta densidade que mantém a umidade e se expande preenchendo o espaço morto no leito da ferida. É indicado para feridas limpas em fase de granulação, com pequena a média quantidade de exsudato.³

O Hidrogel é composto de polímeros insolúveis (carboximetilcelulose e propilenoglicol) e água. Estimula o desbridamento autolítico, pode absorver pouca quantidade de exsudação e promove hidratação de feridas ressecadas.^{3,15}

Em relação às terapias complementares, no Brasil nenhuma enfermeira relatou utilizá-las. Todavia, em Portugal 66,66% (4) das enfermeiras referiram que é realizado terapia compressiva com ligadura e 33,33% (2) referiu o uso de meias elásticas. Apenas 16,66% (1) relatou não ser usado terapia complementar no cuidado a úlcera venosa.

No entanto, no Brasil, em Lajeado, uma unidade possui rotina específica para o cuidado a Úlcera Venosa, realizando terapia compressiva inelástica (Bota de Unna) uma vez por semana, já que dispõe de um profissional médico que utiliza esta técnica. A rotina compreende limpeza da ferida com Soro Fisiológico e aplicação da Bota. Uma das enfermeiras que atua em outra unidade referencia os usuários com Úlcera Venosa para realizar o procedimento na primeira unidade.

O custo do procedimento com bota de Unna é elevado em relação a outras opções quando se leva em consideração apenas o custo do material e dos recursos humanos para sua realização. No entanto, a frequência de troca dos curativos pode compensar esses custos.²⁰ Deve-se realizar a troca semanalmente³, como é feito nesta unidade de saúde brasileira que utiliza o produto manipulado em farmácia devido ao menor custo.

É importante destacar que a terapia compressiva inelástica e elástica pode ser nociva ou inútil se não utilizada corretamente e que sua efetividade pode ser influenciada pela técnica de aplicação por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) ou dos próprios pacientes.⁹ Um estudo evidenciou que as meias elásticas atingem bons resultados enquanto estão em uso.²¹

No que se refere a outros recursos, apenas uma enfermeira brasileira relatou que alguns pacientes adquirem óleo mineral com recursos próprios. Neste mesmo item duas enfermeiras referiram orientar para o autocuidado no domicílio, instruindo os pacientes para a elevação dos membros inferiores. Uma delas acrescenta a higiene diária com água do chuveiro e a outra o uso de meias e calçados apropriados para cada caso.

Em Leiria 33,33% (2) das enfermeiras não fizeram menção no que concerne a outros recursos; 33,33% (2) referiram dispor de *Ecodoppler*; 16,66% (1) de internamento hospitalar; 16,66% (1) de encaminhamento para o médico de família e 33,33% (2) mencionaram o uso de medicação, das quais 33,33% (2) relataram o uso de antibióticos, 16,66% (1) de antiinflamatórios e 16,66%(1) de facilitadores circulatórios. Assim como no Brasil, uma enfermeira referiu orientar repouso dos membros inferiores no leito.

A ultra-sonografia Doppler é um teste não-invasivo utilizado para fazer o diagnóstico diferencial entre úlcera de origem venosa ou arterial. É um procedimento que deve ser realizado por profissional treinado e é utilizado também para comparar a pressão sanguínea na parte inferior da perna (tornozelo) com a pressão braquial, apresentando, por meio de uma fórmula, o

Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB). Há um suprimento arterial normal para a perna quando o IPTB for 0,9 ou mais, sendo que abaixo deste valor, evidencia alguma isquemia presente. Não se deve utilizar terapia compressiva se o IPTB for inferior a 0,8.^{2,4}

O uso de antibióticos sistêmicos deve restringir-se aos pacientes com úlcera infectada clinicamente comprovada, podendo ser um complemento terapêutico no tratamento.^{4,8}

O edema impede o processo de cicatrização.⁴ A elevação dos membros inferiores sobre uma banquetta não é eficaz para diminuir o edema, já que os pés devem ficar mais altos que o coração. Uma alternativa útil é orientar a elevação dos pés da cama com tijolos ou blocos de madeira, esta medida manterá a elevação das pernas durante toda a noite, colaborando assim para a diminuição do edema e melhora da microcirculação. Deve-se também encorajar os pacientes a elevar as pernas pelo período de no mínimo duas horas ao longo do dia com o intuito de envolvê-los ativamente no seu processo de tratamento.^{2,8}

Pode ser válida a internação hospitalar para um curto período de repouso no leito se ocorrer exacerbação aguda da úlcera, com edema e forte exsudação. No entanto, esta medida não deve ser considerada por longo prazo, pois ao levantar-se e movimentar-se, o paciente voltará a desenvolver a ferida. Além disto, pode afetar gravemente a mobilidade de pacientes mais idosos.²

A totalidade da amostra em Lajeado utiliza como rotina de curativos a limpeza da ferida com Soro Fisiológico 0,9%, realizam a cobertura com gaze, ataduras e fixam com fita adesiva, mantendo a técnica asséptica. Não foi especificado se a limpeza com Soro Fisiológico 0,9% é por irrigação em jato ou não, bem como a temperatura do mesmo.

Para além da rotina tradicional já citada, um dos sujeitos referiu utilizar AGE em creme nas feridas com tecido de granulação e iodoform aquoso *quando é machucadura muito suja e recente* (E1). O iodoform é também utilizado em outra unidade para a limpeza de feridas. Duas respondentes referiram ainda utilizar os agentes tópicos conforme orientação médica.

Os AGE permitem a manutenção da umidade nas feridas, fornecem nutrientes que podem ajudar na cicatrização e facilitam as remoções das coberturas durante as trocas, já que previnem a aderência da cobertura à ferida e, conseqüentemente, a destruição do tecido de granulação que pode ocorrer durante as trocas.²²

As enfermeiras portuguesas referiram realizar inicialmente a “lavagem” da ferida. O uso de água corrente tépida para tal objetivo foi relatado por 83,33% (5) da amostra, sendo que 16,66% (1) além da água, utiliza sabão e soro fisiológico a seguir. Além desta última, mais 33,33% (2) das enfermeiras utilizam o soro fisiológico 0,9% morno e sob pressão. É importante que os enfermeiros certifiquem-se da pressão que estão exercendo com a irrigação no leito da ferida para que não comprometam o processo cicatricial.²³

Após a lavagem 50% (3) das enfermeiras portuguesas mencionou realizar a manutenção da integridade cutânea da região peri-lesional com a aplicação de creme hidratante. Uma enfermeira relatou desinfetar com iodopovidona pomada a ferida daqueles usuários que não são alérgicos ou quando a cobertura escolhida não reagir com este produto.

Na sequência, 33,33% (2) da amostra referiu utilizar um agente tópico adequado à evolução da ferida. Foi relatado também o uso de cobertura escolhida consoante a apresentação da lesão por 50% (3) dos sujeitos. Além disso, é utilizada a terapia compressiva de acordo com a indicação por 33,33% dos pesquisados, uso de compressas absorventes por 16,66% (1) e a instituição de tratamento de acordo com a avaliação da úlcera (medição, exsudato, coloração, bordas, tipo de tecidos, etc) por 16,66% (1) das enfermeiras portuguesas.

Diferentes técnicas foram desenvolvidas e diversos produtos foram lançados no mercado nos últimos anos visando tratar as úlceras venosas. Cabe a equipe de saúde, de acordo com o seu contexto, definir aqueles que proporcionarão melhor qualidade de vida aos portadores dessas lesões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o tamanho da amostra e a limitação de uma cidade em cada país não permitam conclusões generalistas, pôde-se, com esta pesquisa, conhecer os recursos que vêm sendo utilizados no cuidado a úlcera venosa nas realidades estudadas. Não há uma única cobertura adequada para todas as feridas, devido às especificidades de cada tipo ou fase das lesões. Os enfermeiros precisam conhecer e testar novas tecnologias e recursos disponíveis no mercado, assim como investigar as suas práticas para possibilitar a argumentação junto aos gestores e demais profissionais da equipe de saúde. Todavia, o tratamento não depende só da aplicação de agentes tópicos e coberturas, é preciso realizar avaliação interdisciplinar do usuário e agregá-lo no plano terapêutico, especialmente nos casos de feridas crônicas.

Tendo em vista que o cuidado a feridas faz parte das atribuições do enfermeiro e cada vez mais vem sendo estudado, discutido e aperfeiçoado, torna-se pertinente realizar estudos sobre esta temática já que o conhecimento é constantemente atualizado e novas tecnologias são produzidas. A enfermagem baseada em evidências auxilia o enfermeiro a prestar uma assistência adequada e adquirir a capacidade de discernimento entre o melhor material a ser utilizado em cada ferida, considerando suas especificidades, especialmente em serviços com recursos limitados.

REFERÊNCIAS

1. Ohnishi M, Utyama IKA, Silva FP, Janene SMA. Feridas: cuidados e condutas. Londrina: UEL; 2001.
2. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
3. Candido LC. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Senac São Paulo; 2001.
4. Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002.
5. Figueiredo M. Úlcera varicosa. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado [internet]. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. [acesso em 2007 nov 5]. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro>.
6. Carmo SS; Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev Eletrônica Enferm [internet]. 2007 [acesso em 2008 mar 6];9(2):506-17. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>.
7. Silva DM, Mocelin KR. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. [200-] [acesso em 2007 maio 28]. Disponível em: <http://www.hospitaldecaridade.com.br/informativos/coluna/docs/PortadorDeFeridas.pdf>
8. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. Sociedade Brasileira de Dermatologia. [acesso em 2007 maio 27]. Disponível em: http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=10205.
9. Silva JLA, Lopes MJM. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(2):240-50.
10. Bardivieso EC, Beatrice, Silva A. Úlcera Venosa x Actisorb Plus+Dyna Flex. Grupo Empório Saúde [internet]. [acesso em 2008 maio 22]. Disponível em: http://www.grupoemporio.com.br/estudo_casos_4.pdf.



11. Ferreira AM, Candido MCFS, Pena SB. O cuidar de clientes com feridas: subsídios para a prática de enfermagem. Rev Mosaico [internet]. 2006 [acesso em 2007 jun 12];1:45-50. Disponível em: http://www.fev.com.br/canais/pesquisa/mosaico_biologicas/biologica.pdf.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996. [acesso em 2007 jun 12]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Dicionário de especialidades farmacêuticas: DEF2006/07. 35ª ed. Rio de Janeiro: Ed. de Publicações Científicas; 2006.
15. Ribeiro AG, Sardenberg LM, Sardenberg JAGN. Tratamento de feridas. Goiânia: AB; 2004.
16. Portal da Saúde. São Paulo. [acesso em 2008 jun 5]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes_da_sessp/assistencia_farmaceutica/lista_medicamentos_dose_certa/dexacreme_memento_srep_sac.pdf.
17. Tenius FP, Biondo-Simões MLP, Ioshii SO. Efeitos do uso crônico da dexametasona na cicatrização de feridas cutâneas em ratos. An Bras Dermatol. 2007;82(2):141-9.
18. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. [acesso em 2008 jun 5]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.gov.br/Portal/servicos/prontuario/detalhe/?medicineID=5654>.
19. Abdalla S, Dadalti P. Uso da sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. An Bras Dermatol. 2003;78(2):227-33.
20. Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unha em pacientes com úlceras venosas. Rev Latinoam Enferm [internet]. 2006 [acesso em 2007 maio 15];14(6). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
21. Figueiredo MAM, Filho AD, Cabral ALS. Avaliação do efeito da meia elástica na hemodinâmica venosa dos membros inferiores de pacientes com insuficiência venosa crônica. J. Vasc Br. 2004;3(3):231-7.
22. Godoy JMP, Prado PA. Ácidos gordos essenciais enriquecidos com vitamina A, E e ácido linoleico como pensos em feridas crônicas. Rev Port Clin Geral. 2005;21:193-5.
23. Santos VLCC. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.

Data de recebimento: 14/03/2012

Data de aceite: 25/04/2012

Contato com autor responsável: Daniel Silveira da Silva.

Endereço: Rua Bento Gonçalves, 1379/508 - Centro - Lajeado/RS, Brasil.

CEP: 95900-000

E-mail: dsilveiradasilva@yahoo.com.br