



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARLA CAROLINA DA SILVA LEITE

**ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: AVALIAÇÃO E  
TRATAMENTO**

CAMPINA GRANDE – PB  
2013

CARLA CAROLINA DA SILVA LEITE

**ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: AVALIAÇÃO E  
TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Maria do Socorro Alves Silva Lúcio

CAMPINA GRANDE – PB  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

L533u          Leite, Autor: Carla Carolina da Silva.  
Úlceras crônicas de membros inferiores [manuscrito] : avaliação e  
tratamento / Carla Carolina da Silva Leite. – 2013.  
26 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –  
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da  
Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Alves Silva Lúcio, Departame  
de Enfermagem”.

1. Assistência de enfermagem.    2. Curativos.    3. Feridas.    I. Títul

21. ed. CDD 610.73

CARLACAROLINA DA SILVA LEITE

## ÚLCERAS DE MEMBROS INFERIORES: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em 14/04/2013.

*Maria do Socorro Alves Silva Lúcio*

Prof.<sup>a</sup> Maria do Socorro Alves Silva Lúcio / UEPB  
Orientadora

*Juraci Dias Albuquerque*

Prof.<sup>a</sup> Juraci Dias Albuquerque

*Fabíola de Araújo Leite Medeiros*

Prof.<sup>a</sup> Fabíola Araújo Leite Medeiros

A Deus, por ter confortado, amparado, iluminado e encaminhado os meus passos, nesta trajetória. Sua permanência, sempre ao meu lado, deu-me forças para continuar lutando e acreditando em meus sonhos. Abriu portas e cobriu-me com seu manto sagrado, de forma que ficasse sempre protegida com seu poder.

## AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço a todos de coração.

A estimada professora orientadora, *Socorro Lúcio*, pela paciência, acolhimento e dedicação.

A minha família, pelo apoio constante e paciência nas minhas ausências.

A minha avó, *Terezinha Gomes*, por seu exemplo e carinho.

Ao meu esposo, *Marcos Santos*, companheiro sempre presente nos diferentes momentos de lutas e vitórias, apoiando-me e ajudando-me, no decorrer dos estudos.

Aos amigos e colegas de curso, pelo incentivo e apoio constantes, em especial as minhas amigas *Elaine Cristina, Raísa Barbosa e Yris Luana*, levarei vocês comigo por toda a minha vida.

A Clínica CICATRIZA, na pessoa de *Marina Sandrele*, pelo acolhimento e oportunidade.

## SUMÁRIO

1	Artigo: Úlceras crônicas de membros inferiores: avaliação e tratamento...	07
2	Apêndice.....	21
3	Referências.....	26

ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: AVALIAÇÃO E  
TRATAMENTO

## RESUMO

As úlceras crônicas de membros inferiores são consideradas feridas complexas de difícil cicatrização, sua etiologia está associada a distúrbios circulatórios. Caracterizam-se por ser incapacitantes, reduzindo assim a qualidade de vida. Avaliar as úlceras de membros inferiores como também as principais medidas assistenciais dispensadas pela enfermagem no tratamento dessas lesões. As úlceras venosas encontram-se relacionadas à incompetência valvular, seu tratamento inclui a compressão do membro. As úlceras arteriais têm como principal etiologia a obstrução do fluxo sanguíneo, o tratamento visa a reversão do quadro. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa. Foram analisados 112 prontuários, dos pacientes atendidos no período de junho de 2011 a dezembro de 2012. Estes foram tabelados e analisados por meio da estatística descritiva (distribuição absoluta e percentual), utilizou-se o software estatístico *SPSS*, versão 17.0, para armazenar e codificar os dados. Quanto à classificação as úlceras venosas se apresentaram em maior número, seguido das arteriais. Verificou-se uma maior incidência de úlceras nos pacientes da terceira idade. Sendo o sedentarismo o fator de risco predominante seguido pelo ex-tabagismo e ex-etilismo. Como principal medida assistencial para úlceras venosas tem-se a compressão dos membros inferiores e para as arteriais a revascularização, sendo indicado o aquecimento do membro visando reduzir a vasoconstrição. Os curativos visam a cicatrização precoce. A assistência ao paciente deve ser realizada por profissional capacitado que detenha o conhecimento acerca dos produtos, de forma a realizar uma avaliação efetiva da ferida.

**PALAVRAS CHAVE:** Feridas. Assistência de enfermagem. Curativos.

## INTRODUÇÃO

A incidência e prevalência de feridas na população brasileira são consideráveis, acarretando elevados custos financeiros ao indivíduo acometido e onerando os gastos públicos. Dentre estas, as Úlceras Crônicas de Membros Inferiores (UCMI) se caracterizam como um grave problema de saúde pública, pois interferem na qualidade de vida, reduzindo a produtividade no trabalho e a capacidade funcional (COSTA et al, 2012).

São consideradas UCMI as lesões abertas, localizadas em sua maioria entre o joelho e o tornozelo, geralmente ao nível dos maléolos, ou no pé e que não apresenta cicatrização antes de decorridas quatro semanas. A sua apresentação encontra-se relacionada à má perfusão dos membros inferiores, causada por disfunção do sistema vascular arterial ou venoso (ABREU; PITTA; MIRANDA JÚNIOR, 2012).

A etiologia está associada a diversos fatores: venosos como a doença venosa crônica, hipertensão venosa; arteriais como a doença arterial periférica; fatores externos e internos como os traumas físicos, estado nutricional, doenças inflamatórias, infecções cutâneas e neoplasias (MIOT et al, 2009).

Apesar da ampla variedade de fatores etiológicos destacam-se as venosas representando 75% dos casos, com prevalência global que varia de 0,06 a 3,6% e as arteriais com representação de 10 a 25%, podendo estas coexistir em alguns casos. Ressalta-se a importância do diagnóstico correto,

tendo em vista que os tratamentos divergem e que a introdução da terapêutica equivocada acarretará danos ao paciente (ABBADE, 2011).

O tratamento envolve aspectos sistêmicos e locais, enfocando a limpeza e cobertura, este objetiva restabelecer a integridade da pele, controlar as condições de base e proporcionar melhor qualidade de vida. O Avanço do conhecimento nessa área influenciou no desenvolvimento de uma ampla variedade de produtos utilizados na terapêutica, dessa forma, reconhecer as características da lesão para associar o produto adequado requer conhecimento por parte dos profissionais de saúde (PEREIRA, BACHION, 2005) .

Atualmente a área dermatológica tem sido alvo de interesse, tendo em vista o aumento no número de casos e a diversidade de produtos apresentados no mercado. No entanto, é importante lembrar que o tratamento deve ser dirigido não apenas a úlcera, mais sim ao indivíduo como um todo, pois o sucesso deste processo está ligado a mudanças realizadas em hábitos que expõem o indivíduo a riscos (FERREIRA, BOGAMIL, TORMENA, 2008).

A difícil cicatrização, a dor e a diminuição na qualidade de vida, exige o empenho de uma equipe multiprofissional, dentre estes profissionais o enfermeiro, que se encontra historicamente associado a este papel, sendo muitas vezes responsável pela avaliação da evolução e pelo tratamento. Na prática clínica, observa-se que, apesar dos avanços nas pesquisas, ainda persistem dúvidas a respeito da melhor terapêutica tópica, conseqüentemente ocorre em alguns serviços uma baixa na qualidade dos atendimentos oferecidos (BORGES;CALIRII, 2011).

Frente ao exposto, o presente estudo objetiva enfatizar as medidas assistenciais dispensadas pela equipe de enfermagem, como também traçar o perfil dos portadores de úlceras crônicas; partindo deste levantamento de dados clínicos e sociodemográficos, características importantes são apontadas, contribuindo para os profissionais atuantes juntos aos mesmos, como também para os pacientes, pois o tratamento está diretamente relacionado ao estilo de vida.

## **REFERÊNCIAL TEÓRICO**

Para compreender as condições que desencadeiam as úlceras crônicas nos membros inferiores, se faz necessário o conhecimento da anatomia do sistema circulatório como também a fisiopatologia das regiões afetadas por estas lesões.

A circulação venosa conta com dois compartimentos funcionais, o primeiro está acoplado a região da panturrilha, que representa o sistema propulsor sanguíneo do membro, o outro é responsável pelo escoamento do sangue venoso e envolve o seguimento coxa e bacia. As veias podem ser classificadas em comunicantes; superficiais, destacando-se as safenas magna e parva ou profundas, principalmente as solares, as gêmeas, poplítea e femorais. A drenagem ocorre de forma central para o coração, isto porque as veias possuem válvulas unidirecionais. A insuficiência venosa é causada pela incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso (BORGES, CALIRII, 2011).

As artérias são responsáveis pela irrigação e nutrição dos tecidos, possuem fibras elásticas que permitem o transporte do sangue sob alta pressão, a propagação do sangue se dá por meio de ondas pulsáteis. Nos membros inferiores são encontrados três tipos de artérias: as elásticas, que distribuem o sangue para o organismo; as musculares, que tem a função de regular o fluxo sanguíneo de acordo com a pressão e as arteríolas que são minúsculas e permitem trocas com os tecidos. As principais artérias dos membros inferiores são: femoral, poplítea, tibial posterior e dorsal do pé. A insuficiência arterial está associada a diminuição do fluxo sanguíneo, por obstrução geralmente mecânica (LIMA et al, 2011).

A doença venosa dos membros inferiores tem etiologia congênita ou adquirida, podendo afetar o sistema venoso superficial, profundo ou ambos, sua evolução ocasiona a úlcera venosa de caráter recidivante ou não. A sintomatologia apresenta dor, alterações tróficas e edema. Estima-se que 3% da população brasileira seja portadora dessa lesão, vários são os fatores de risco que se encontram associados como sedentarismo, obesidade, gestação, traumas, cirurgias, período prolongado em mesma posição dentre outros. Esta patologia altera de forma significativa os hábitos do indivíduo, onde o mesmo tem sua capacidade funcional reduzida o que provoca a diminuição da qualidade de vida (COSTA et al, 2012).

A úlcera venosa se apresenta de forma irregular, superficial a princípio, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. Estas podem ser únicas ou múltiplas e de tamanho e localização variáveis, mas no geral ocorrem na porção distal dos membros inferiores. A pele em torno da úlcera pode ser purpúrica e hiperpigmentada, devido ao extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina nos macrófagos, podendo também apresentar eczema e lipodermoesclerose. Sua redução pode levar a atrofia branca, que é uma cicatriz de cor branco-marfim. São extremamente dolorosas e de cicatrização lenta (ABBADÉ; LASTORIA, 2006).

A úlcera arterial apresenta edema, ausência de pulso arterial, tem como principal sintoma a dor na panturrilha durante a deambulação que alivia em repouso, costuma ser profunda, com borda demarcada e solapada, sem tecido de granulação viável, pálida e geralmente necrótica. A região periúlcera pode ficar eritematovinhosa (MALAGUTTI; KAKIHARA; 2011).

Nas úlceras arteriais o paciente deve ser avaliado por um cirurgião vascular com meta a restabelecer o fluxo arterial. O tratamento envolve o desbridamento conservador, controle da dor, uso de curativos oclusivos que ajudam a controlar o quantitativo de exsudato, aumentam o desbridamento autolítico e mantém um ambiente úmido na ferida, o que acelera o processo cicatricial. O curativo não deve fazer compressão na ferida, é recomendável a utilização de algodão ortopédico ou gazes sobre o curativo para aquecer os pés, reduzindo assim a vasoconstrição (BRANDÃO, KOLBLINGER, 2006).

Visando a revascularização pode-se ter a intervenção cirúrgica nos casos mais graves. Enquanto aguarda-se o procedimento, é possível, na presença de esfacelo ou tecido necrótico no leito da ferida, fazer uso de desbridantes autolíticos como o hidrogel, ou químico, como enzimas proteolíticas (BRANDÃO, KOLBLINGER, 2006).

A assistência ao paciente portador de úlcera crônica deve ser realizada por profissional capacitado que detenha o conhecimento acerca dos produtos, de forma a fazer uma avaliação efetiva da ferida. O curativo visa promover proteção, contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos, este deve ser concretizado de forma asséptica, objetivando acelerar o processo cicatricial. (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2010).

Salienta-se que a escolha do tratamento deve ser de acordo com o diagnóstico clínico e laboratorial da úlcera, levando em consideração os fatores locais e sistêmicos, a causa e tempo, presença ou não de infecção, características do leito da ferida, da pele perilesional e do exsudato. Para iniciar o processo terapêutico é necessário classificar quanto ao comprometimento tecidual, etiologia e ao conteúdo microbiano em limpas, limpas contaminadas, contaminadas ou infectadas (BLANES, 2004).

O processo cicatricial é complexo, com o rompimento da pele inicia-se reparação, que objetiva reconstituir o tecido lesado e apresentar uma cicatriz funcional e esteticamente satisfatória. Este é constituído por três fases a primeira inflamatória, onde é ativado o sistema de coagulação, a

segunda caracteriza-se pela proliferação celular e aparecimento do tecido de granulação, por fim a fase reparadora corresponde a epitelização (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009).

Visando alcançar a cicatrização estudos foram realizados, resultando em um arsenal de produtos utilizados no tratamento de feridas. Alguns exemplos são: os filmes, hidrocolóides, hidrogél, os alginatos, carvão ativado, ácidos graxos essenciais, entre outros (GEOVANINI; OLIVEIRA JUNIOR, 2010).

O primeiro cuidado com feridas crônicas inicia-se com a limpeza, de modo que o profissional possa avaliar a ferida detalhadamente, o antisséptico deve apresentar ampla atividade antimicrobiana, toxicidade mínima e nenhum efeito adverso, os que apresentam melhores resultados são a clorhexidina a 0,05%, a clorazina e o propilenoglicol (SASSERON, 2011).

Buscando acelerar os resultados do tratamento e precaver as recidivas é necessário trabalhar os fatores de risco. Para as pessoas com dependência do tabaco, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, trabalha a educação em saúde, por meio de treinamentos aos profissionais, oferecimento de material teórico, publicidade nos meios de comunicação entre outros. Nos casos de dependência severa do álcool há uma série de abordagens e tratamento especializado, incluindo intervenções comportamentais, farmacológicas e psicossociais, de variadas intensidades, nos âmbitos domiciliares, dos serviços comunitários. Estes encontram-se associados as doenças de base como a hipertensão e o diabetes, que dentre suas complicações ocasionam as doenças vasculares periféricas que podem progredir para úlceras crônicas (MENDES, 2012).

A assistência de enfermagem ao portador de úlceras de membros inferiores, deve estar baseada no indivíduo como um todo. Por ser altamente incapacitante deve-se trabalhar o psicológico do paciente, considerar a idade, o estado nutricional e os fatores de risco aos quais podem estar se expondo (SANT'ANA et al, 2012).

## **REFERENCIAL METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudo**

Orienta-se de uma pesquisa retrospectiva documental, de abordagem quantitativa. Uma pesquisa de campo com coleta de dados em prontuários, através do qual procurou avaliar as úlceras de membros inferiores como também as principais medidas assistenciais dispensadas pela enfermagem no tratamento dessas lesões.

## **Cenário**

Este estudo foi desenvolvido na Clínica Cicatriza, especializada em feridas e localizada no município de Campina Grande – PB. Na referida clínica os atendimentos foram desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem e medicina, através de agendamento e de acordo com a necessidade de troca dos curativos.

## **População e amostra**

Os dados foram coletados através dos 136 prontuários, destes 24 foram eliminados do estudo visto que estes não atenderam aos critérios de exclusão, ou seja, os pacientes apresentaram lesões agudas de membros inferiores, abandonaram o tratamento e outros faleceram. Dessa forma foram selecionados 112 prontuários dos pacientes portadores de úlceras crônicas em membros inferiores e que foram atendidos no período de junho de 2011 a dezembro de 2012.

## **Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos os clientes portadores de UCMI diagnosticadas, que estavam devidamente cadastrados na unidade, com idade maior ou igual a 18 anos e que demandaram um tratamento especializado específico para úlceras. Os critérios de exclusão serão: Clientes com idade inferior a 18 anos; que apresentaram feridas agudas ou de sítio cirúrgico ou que tenham abandonado o tratamento.

## **Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu durante os meses de abril e maio de 2013 e foi utilizado um formulário desenvolvido a partir das informações disponíveis no prontuário. As variáveis do estudo abordaram: dados pessoais do paciente, histórico de patologia pregressa, história de lesões anteriores, possíveis doenças de base, fatores de risco e dados referentes às lesões como: quantidade de membros com úlcera, característica da ferida e condições da cicatrização, e processo terapêutico oferecido ao cliente.

## **Processamento e análise dos dados**

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva (distribuição absoluta e percentual) apresentados em tabelas. Utilizou-se o software estatístico *SPSS* (Statistical Package of Social Sciences for Windows), versão 17.0, para armazenar e codificar os dados. Após

processamento das frequências simples para cada variável, minuciosa verificação da consistência e amplitude foi aplicado o teste estatístico (*Test chi-Square*), sendo consideradas estatisticamente significantes diferenças menores ou iguais a 5% ( $p \leq 0,05$ ).

### Aspectos éticos

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. CAAE: 13529213.0.0000.5187.

## RESULTADOS

Os resultados do estudo buscaram inicialmente delinear o perfil dos pacientes atendidos na clínica e analisar as principais características das feridas, o tratamento dispensado as mesmas e os fatores de risco. Dos 112 estudados, a idade média foi de 67,34 anos, sendo a máxima de 91 e a mínima de 18 anos. Desses 58,0% são do gênero feminino. Observa-se também que a maior parte 76,8% encontra-se na faixa etária acima dos 60 anos, o que coincide e confirma que 63,4% eram aposentados e 9,6% pensionistas.

**Tabela 1:** Distribuição dos participantes do estudo (N= 112) segundo os aspectos sociodemográficos.

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	F	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	47	42,0
Feminino	65	58,0
<b>Residência</b>		
Campina Grande	62	55,4
Circunvizinhas	46	41,1
Outros estados	4	03,6
<b>Condição laboral</b>		
Agricultor	4	03,6
Aposentado	71	63,4
Pensionista	11	09,8
Desempregado	2	01,8
Do lar	8	01,8
Outros	16	14,3
<b>Faixa etária</b>		
≤ 18 anos	1	00,9
20 a 40 anos	6	05,4
41 a 59 anos	19	17,0
≥ 60 anos	86	76,8

$X^2$  calculado=0,48

A tabela 2 trabalha as características das lesões, estas se apresentam como únicas em 67,9% da amostra, sendo estas em sua maior parte de etiologia patológica 58,0%, venosa 57,1% e arterial 22,3% . Merece destaque o grande número de recidivas 63,4%.

**Tabela 2:** Caracterização das feridas segundo variáveis de morbidade dos participantes.

<b>Variáveis de morbidade (N=112)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Membro Afetado</b>		
Membro inferior direito	57	50,4
Membro inferior esquerdo	49	43,4
Ambos	6	05,3
<b>Nº de ferida por participante</b>		
1 lesão	76	67,9
2 lesões	23	20,5
3 lesões	8	07,1
≥4 lesões	5	04,5
<b>Etiologia</b>		
Traumática	34	30,4
Patológica	65	58,0
Cirúrgica	13	11,6
<b>Recidiva</b>		
Não	41	36,6
Sim	71	63,4
<b>Profundidade</b>		
Superficial	11	09,8
Profunda superficial	70	62,5
Total	31	27,7
<b>Classificação</b>		
Arterial	25	22,3
Venosa	64	57,1
Pé diabético	16	14,3
Linfagitenecrosante	5	04,5
Mista	2	01,8
<b>Conteúdo microbiano</b>		
Limpas	1	00,9
Contaminadas	77	68,8
Infectadas	34	30,4
<b>Exsudato</b>		
Fibrinoso	64	57,2
Seroso	28	25,0
Serosanguinolento	8	07,1
Purulento	12	10,7
<b>Tecidos</b>		
Tecido necrótico	69	61,1
Fibrina	6	05,3
Tecido de granulação	6	05,3
Fibrina e tec. de Granulação	26	23,0

$X^2$  calculado=0,46

Quanto aos fatores de risco aponta-se o tabagismo e o etilismo como principais fatores extrínsecos, destes 40,2% são ex-tabagistas e 27,8% ex-etilistas. O diabetes e a hipertensão foram as patologias de base que se apresentaram em maior número simultaneamente 44,6% dos indivíduos.

**Tabela 3:** Fatores de risco que predisõem ao aparecimento de úlceras.

<b>Fator de risco (N=112)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ex tabagista	45	40,2

Etilista	1	00,9
Ex etilista	31	27,8
Sedentarismo	112	100,0
<b>Patologia de base</b>		
Sim	98	87,5
Não	14	12,5
<b>Classificação patologia</b>		
Diabetes	5	04,5
Hipertensão	37	33,0
Ambas	50	44,6
Cardiopatía (todas associada a HAS)	19	17,0
Câncer	2	01,8
Outras	4	03,6
Nefropatia	4	03,6

$X^2$  calculado=0,36

O tratamento local é denominado curativo, que constitui tratamento de limpeza e cobertura, de acordo com o diagnóstico da lesão ulcerativa o processo terapêutico é diferenciado, na unidade a média semanal é de 2 curativos. A *tabela 4* apresenta as principais medidas assistenciais dispensadas pela enfermagem no diz respeito aos cuidados locais prestados no tratamento das UCMI.

**Tabela 4:** Medidas assistenciais dispensadas pela enfermagem na clínica especializadas em feridas.

<b>Medidas comuns a todos curativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<b>Educação em saúde:</b> Para o sucesso da terapia e prevenção das recidivas, é necessário a adoção de alguns hábitos de vida como a introdução de exercícios adequados, controle nutricional buscando estabilizar taxas como colesterol, triglicérides e glicemia, abandono do álcool e do tabaco;</li> <li>·<b>Consulta de enfermagem;</b></li> <li>·<b>Exame clínico e avaliação da(s) úlcera(s);</b></li> <li>·<b>Medidas locais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>·Higienização das mãos;</li> <li>·Remoção da cobertura anterior com luva de procedimento e material auxiliar adequado, caso necessário;</li> <li>·Com luvas estéreis, realizar a limpeza das bordas da ferida e do membro afetado com solução fisiológica, água deionizada e/ou clorexidina;</li> <li>·Secagem com gazes e/ou compressas estéreis, em leves toques.</li> </ul> </li> <li>·<b>Medidas complementares:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>·Exame da pele adjacente;</li> <li>·Nos casos necessários coletar secreção para análise, removendo com solução fisiológica o excesso;</li> <li>·Administrar medicações tópicas ou sistêmicas quando prescritas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Úlceras arteriais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<b>Curativo oclusivo:</b> Como cobertura primária gaze 100% algodão, impregnado de soluções que estimulam a regeneração cutânea; cobertura secundária gazes secas e cobertura terciária atadura (enfaixamento não compressivo);</li> <li>·O curativo não deve ficar aderido ao leito da ferida e deve manter o interior úmido;</li> <li>·No caso de apresentação de tecido de granulação a secagem deve ser realizada com gaze ou compressa estéril em leves toques;</li> <li>·<b>Desbridamento:</b> Na presença de tecido de esfacelo ou necrótico removível, realizar desbridamento autolítico com hidrogel, químico usando enzimas proteolíticas ou de forma mecânica;</li> <li>·Verificar a temperatura do membro, procurando manter o membro aquecido, buscando assim evitar a vasoconstrição;</li> </ul>

<b>Úlceras venosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<b>Curativo oclusivo:</b>Tendo como cobertura primária gaze 100% de algodão, impregnada com soluções que estimulam a regeneração cutânea e cobertura secundária gazes secas;</li> <li>·<b>Terapia compressiva:</b> Como cobertura terciária, podendo ser utilizado ataduras; bota de ulna (bandagem de curto estiramento indicada para pessoas que deambulam) ou meias elásticas compressivas.</li> <li>·<b>Desbridamento enzimático:</b> No caso de tecido necrótico usar papaína 10% ou Vhera gel nas áreas afetadas.</li> </ul>
<b>Pé-diabético</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·<b>Medidas complementares:</b></li> <li>·Verificar os sapatos e as meias utilizadas;</li> <li>·Controlar a patologia de base (índices glicêmicos);</li> <li>· Controlar os fatores de risco;</li> <li>· Empregar estratégias que aliviem a pressão;</li> <li>·<b>Curativo oclusivo:</b> Visa manter o meio úmido, proporcionar isolamento térmico e proteção mecânica.</li> </ul>

Fonte: Dados pesquisa 2013

## DISCUSSÃO

As úlceras de membros inferiores estão associadas à dor, perda da capacidade funcional e da qualidade de vida. A maioria (55%) dos pacientes provém da localidade, o que pode estar associado à dificuldade de transporte e locomoção imposta pela patologia. Estudo realizado em unidades básicas de Goiânia observou que o deslocamento dos pacientes é prejudicado pela incapacitância imposta pela doença e por falta de recursos (MARTINS, 2008).

O sexo predominante foi o feminino, o que assemelha-se a outros estudos (AZOUBEL et al, 2010; COSTA et al, 2012; BERGONSE, RIVITTI, 2006), dados estatísticos apontam as mulheres como maioria entre os pacientes com úlceras, essa diferença pode estar associada a longevidade, ao uso de hormônios e as alterações metabólicas que ocorrem na menopausa (BORGES, 2011). Dados epidemiológicos demonstram a incidência de, pelo menos, uma forma de doença vascular crônica em mais de 50% das mulheres e 30% dos homens (COSTA et al, 2012).

A faixa etária predominante foi de idosos (76,8%), o que pode estar associado a maior expectativa de vida, e conseqüentemente ao aumento no número de doenças crônicas degenerativas (MALAQUIAS et al, 2012). Deve-se levar em consideração que com a longevidade vários aspectos se modificam na vida desses indivíduos, como a não produtividade, perdas afetivas e de papéis ocupacionais, estas mudanças expõe a depressão e isolamento social (DIAS; SILVA; 2006).

Com a idade, ocorrem alterações fisiológicas, funcionais, cognitivas e psicossociais, em consequência os processos metabólicos diminuem, a pele apresenta redução de colágeno e a vascularização apresenta conturbações. Diante desse quadro, é importante que o enfermeiro ao

prestar a assistência se preocupe não só com o físico, mais sim visualize todo o contexto do paciente, buscando antecipar as possíveis interferências que essas lesões possam acarretar no cotidiano (POTTER; PERRY, 2009).

Quanto à condição laboral o estudo apresentou características semelhantes a outras pesquisas (DIAS, SILVA, 2006; ABBADE, 2011; BORGES 2011), neste estudo, 63,4% foram aposentados. Esta informação pode estar associada a pessoas de baixo poder aquisitivo, haja vista que a incapacidade provocada pela patologia pode levar a aposentadoria por invalidez, assim muitas vezes o portador de úlcera crônica fica na dependência de parentes (MARTINS, 2008).

A avaliação de úlceras crônicas de membros inferiores representa um desafio para os profissionais, tendo em vista a complexidade das mesmas e os possíveis tratamentos que são inversos a depender do diagnóstico. Estudos que demonstrem a prevalência de lesões crônicas são difíceis de serem executados, dado as dificuldades inerentes à metodologia de investigação de ocorrências de enfermidades crônicas, aliada à falta de uma rede integrada de pesquisa (PEREIRA; BACHION, 2005).

Pode-se observar a predominância de uma lesão por participante (67,9%), este resultado é similar a outros estudos (MALAQUIAS, 2012; MENDES, 2008). Estas características corroboram com a literatura que aponta as úlceras crônicas como únicas geralmente (ABBADE, 2011). Recomenda-se que durante a assistência ao paciente seja realizado concomitantemente o exame físico do membro não afetado, a fim de detectar achados que predisponem a novas lesões (SANT'ANA et al, 2012).

As lesões ulcerativas de membros inferiores podem apresentar diversas etiologias, geralmente estando associadas a patologias vasculares, sendo que 90% dessas são decorrentes da insuficiência venosa crônica, insuficiência arterial e neuropatia diabética. O resultado encontrado neste estudo apresentou a prevalência de úlceras venosas (57,1%), o que conferi com outros de mesma abordagem (BORGES, CALILI, 2011; MORAIS, OLIVEIRA, SOARES, 2008; AZOUBEL et al, 2010, MALAQUIAS et al, 2012).

O número elevado de recidivas (63,4%) é um fenômeno comumente encontrado, segundo Silva et al (2010) este fato se apresenta em diversos estudos e gera altos custos. Destaca-se a necessidade de um trabalho preventivo de forma a mudar hábitos de risco, visto que há evidências

de que os comportamentos e estilos de vida são determinantes sociais importantes para o surgimento e recidiva de úlceras crônicas em membros inferiores (MENDES, 2012).

O sucesso da terapêutica depende da aderência do paciente ao tratamento, tendo em vista que alguns hábitos modificados devem ser mantidos como rotina permanente, como exemplo tem-se adequação nutricional, posicionamento do membro, controle das patologias de base, distanciamento de fatores de risco como o tabagismo e o etilismo (MORAIS, OLIVEIRA, SOARES, 2008).

A depender do grau de contaminação as úlceras crônicas podem levar a complicações como as infecções das partes moles, dermatites de contato, osteomielites e mais raramente transformações neoplásicas (ABBADÉ, 2006). Foi verificado que 30,4% das lesões estavam infectadas, dado este muito importante para a continuidade do tratamento. Ressalta-se a necessidade de exames microbiológicos, pois estes direcionam a escolha do antimicrobiano evitando assim a resistência bacteriana (BORGES, 2011).

Um dos pontos a ser observado é a exsudação, sendo ideal manter o leito úmido, pois o excesso pode levar maceração da pele em torno da úlcera e aumentar assim o processo inflamatório local e a proliferação bacteriana. Expressaram-se em maior quantidade o exsudato fibrinoso (57,2%) e seroso (25,0%), o que é similar ao estudo desenvolvido por Martins (2007) em Goiânia-GO aponta lesões com exsudato de aspecto seroso em torno de 70%.

Quanto aos fatores de risco, o tabagismo representa o principal fator evitável para doenças cardiovasculares, o usuário do tabaco está exposto a mais de 4 mil substâncias tóxicas, este é responsável por 1 em cada 8 mortes no mundo. Segundo o Ministério da Saúde o tabaco expõe o indivíduo a um risco 10 vezes maior de desenvolver doenças vasculares periféricas, esse risco é multiplicado quando atua em sinergia com outros fatores, exemplo o etilismo (MENDES, 2012).

A combustão do cigarro produz o monóxido de carbono, que tem grande afinidade com as moléculas de hemoglobina, o que acarreta uma redução na oferta de oxigênio para os tecidos periféricos. A nicotina composto presente na fumaça do cigarro, provoca vasoconstrição e aumento da pressão arterial, além de diminuir a proliferação de eritrócitos, macrófagos e fibroblastos, células fundamentais no processo cicatricial (AZOUBEL et al 2010).

Outro fator relevante é o etilismo, o uso excessivo do álcool determina sérios problemas sociais e expõe o indivíduo a diversas condições crônicas, dentre estas as doenças cardiovasculares. O alcoolismo é responsável por causar 3,7% de todas as mortes e de determinar 4,4% da carga global de doenças no mundo (MENDES, 2012).

É evidente o grau de incapacitância provocado pelas úlceras crônicas, principalmente quando a mesma se apresenta em ambos os membros, o estudo apontou que este caso ocorre em 5,3% dos pacientes. Logo é dedutível a grande porcentagem de pacientes que apresentam como fator de risco o sedentarismo, necessitando estes de uma atenção especial, tendo em vista o seu grau de comprometimento, que leva a dificuldade de locomoção, podendo interferir na continuidade do tratamento (MENDES, 2012).

Com o sedentarismo, pode ocorrer o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, e aumentar assim o risco para problemas cardiovasculares, no Brasil em 2010, estimou-se que 48,1% dos brasileiros apresentaram sobrepeso e 15,0% obesidade (ABBADE, 2012).

Segundo Costa (2012) atividades que exigem do indivíduo a permanência por longos períodos em pé ou sentado, a jornada dupla de trabalho, contribuem significativamente para o desenvolvimento de distúrbios vasculares, além do surgimento e cronicidade das úlceras.

Com relação as patologias de base, 44,6% dos pacientes apresentaram simultaneamente o diabetes e a hipertensão arterial, estes resultados se assemelham ao estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que apontou 62,5% dos pacientes como hipertensos, 15% cardiopatas, 10% portadores de diabetes mellitus (BERGONSE, RIVITTI, 2006). Estas doenças, principalmente o diabetes e a hipertensão arterial, podem interferir negativamente no processo de reversão do quadro, sendo dessa forma necessário seu controle (MORAIS, 2008).

O diabetes é uma doença crônica que causa alterações nos pequenos vasos, dificulta a perfusão tecidual, fazendo com que a hemoglobina tenha grande afinidade com o oxigênio, logo ela não libera oxigênio para os tecidos de forma satisfatória, causa hiperglicemia, que altera a capacidade dos leucócitos em realizar fagocitose e também apóia o crescimento e infecção por fungos (BRUNNER & SUDDARTH, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica, interfere no processo cicatricial, esta muitas vezes encontra-se associada à arterosclerose. Estudos experimentais apontam a interferência dessa patologia na

síntese do colágeno como também a diminuição no aporte de oxigênio tecidual devido a vasoconstrição. Contribui, dessa maneira, para o retardo do processo cicatricial (AZOUBEL et al, 2010).

O processo inicial do tratamento envolve o exame físico em ambos os membros, associando a dor ao posicionamento, verificando a pulsação, a temperatura e as características da lesão, estes aspectos devem ser considerados visando a classificação correta. Para que o enfermeiro desempenhe uma assistência diferenciada é necessário sistematizar suas ações tornando-as científicas (SANT'ANA, 2012).

Os curativos são usados na terapêutica e se adaptam de acordo com a evolução do quadro, inúmeras são as opções de coberturas existentes. No caso das úlceras crônicas a manutenção do meio úmido é a mais indicada, pois, previne a desidratação, acelera a angiogênese, estimula a epitelização, a formação do tecido de granulação, facilita a remoção de tecido necrótico e fibrina; serve como barreira protetora contra microorganismo, promove a diminuição da dor, evita a perda excessiva de líquidos, além de prevenir contra traumas na troca do curativo (FRANCO; GONÇALVES, 2007).

É consenso a terapia compressiva como a principal medida assistencial na ocorrência de úlceras venosas pois esta aumenta o retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo patológico durante a deambulação e aumenta o volume ejetado durante a ativação dos músculos da panturrilha (BRUNNER; SAUDDARTH, 2010). Esta terapia aparece associada a deambulação e apresenta um aumento significativo na taxa de cicatrização, como também uma queda na recorrência da ulceração, isto porque, ameniza a hipertensão venosa, aumenta a função muscular e a drenagem linfática (ALDUNATE et al, 2010).

Visando uma boa cicatrização muitas vezes é necessário o desbridamento para expor o tecido de granulação e propiciar uma boa epitelização. Estudos apontam o hidrogel, alginatos, hidrocolóides como produtos indicados para o desbridamento autolítico. Para o desbridamento químico é colocado a papaína e a colagenase. O desbridamento mecânico é colocado como alternativa em feridas que apresentam uma maior quantidade de tecido necrótico (MENDONÇA; COUTINHO-NETTO, 2009).

## **COSIDERAÇÕES FINAIS**

Pôde-se concluir que as úlceras crônicas de membros inferiores são feridas complexas de difícil cicatrização, seu tratamento requer conhecimento científico por parte do profissional, isto porque, a evolução no tratamento dessas lesões vêm se tornando cada vez mais específica e científica.

O estudo em tela possibilitou a compreensão de algumas características determinantes para o sucesso da terapêutica, como também ressaltou as principais medidas assistenciais oferecidas. De uma maneira geral, para o alcance dos resultados almejados são necessários recursos materiais adequados, capacitação por parte dos profissionais, educação em saúde de forma a completar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida.

# APÊNDICE

## INSTRUMENTO DE COLETA

Dados Pessoais		
Cidade: UF: Data da admissão: __/__/__	Profissão: ( )Agricultor ( )Aposentado ( )Autônomo ( )Celetista ( )Outros	Faixa etária: ( ) ≤ 18 anos ( ) 20 a 40 anos ( ) 40 a 59 anos ( ) ≥ 60 anos
Data de nascimento: __/__/__.		Idade:
Patologia de base	Fatores de risco	
( ) Diabetes mellitus	( ) Tabagismo	
( ) Hipertensão arterial	( ) Etilismo	
( ) Cardiopatia		
( ) Doença renal		
Histórico da úlcera		
( ) Primeira vez	Quantidade ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) ≥ 4	
( ) Recidivada	Período:	Causa:
Exame físico		
Peso:	Altura:	IMC:
Local:		Tamanho (cm) Comprimento: Largura:
Características: ( ) Tecido necrótico ( ) Fibrina ( ) Tecido de granulação	Profundidade: ( ) Epiderme ( ) Derme ( ) Subcutâneo ( ) Músculo	Exsudato: ( ) Serosanguinolento ( ) Linfático ( ) Secreção purulenta
Diagnóstico	Conduta	
( ) Úlcera venosa	( ) Curativos	
( ) Úlcera arterial	( ) Antibioticoterapia	
( ) Mista	( ) Meia-elástica	
( ) Neuropática	( ) Outros	
( ) Outra	( ) Repouso ( ) Elevação do(s) membros	
Medidas assistenciais dispensadas pela equipe de enfermagem		
Técnica de limpeza da ferida	Tratamento da úlcera	Cobertura
Observações		

### 3 REFERÊNCIAS

ABBADE, LPF. Diagnósticos diferenciais de úlceras crônicas dos membros inferiores. In: MALAGUTTI, W; KAKIHARA, CT. *Curativo, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari, 2011. p. 73-88.

ABBADE, LPF; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol*, v.81, n. 6, p. 509-22, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>>. Acesso em: 17 de jun de 2013.

ABREU, JAC; PITTA, GBB; MIRANDA JÚNIOR, F. Avaliação do segmento femoropoplíteo pela Ultrassonografia Doppler em pacientes com úlcera varicosa. *J Vasc Bras*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-83, 2012.

ALDUNATE, JLCB; ISAAC, C; LADEIRA, PRS; CARVALHO, VFC; FERREIRA, MC. Úlceras venosas em membros inferiores. *Rev Med (São Paulo)*. v. 89, n. 3, p. 158-63, 2010. Disponível em: <http://www.revistademedicina.org.br/ant/89-3/12-ulceras%20venosas.pdf>. Acesso em 14 de jun de 2013.

BERGONSE, FN; RIVITTI, EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol*. v.81, n.2, p.131-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a03.pdf>>. Acesso em: 9 de mai de 2013.

BORGES, EL; CALIRI, MHL. Funcionamento do sistema venoso. In: Feridas: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

BRANDÃO, ES; KOLBLINGER, E & M, RGA. Cuidados essenciais ao cliente com úlceras arteriais e venosas. In: BRANDÃO, ES&S, I. *Enfermagem em Dermatologia: Cuidado técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p. 295-303.

BLANES, L. Tratamento de feridas. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: Baptista, SJCC editor; 2004. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/>. Acesso em 16 de maio de 2013.

COSTA, LM; HIGINO, WJF; LEAL, FJ; COUTO, RC. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica em centros de saúde de Maceió (AL). *J Vasc Bras*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 108-13, abr/jun. 2012.

DIAS, ALP; SILVA, LD. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. *Rev Esc. Anna Nery*. v.10, n.2, p. 280-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a16v10n2.pdf>>. Acesso em: 19 de junho de 2013.

FERREIRA, MF; BOGAMIL DDD; TORMENA, PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 15, n. 3, p. 105-9, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN269.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2013

FRANCO, D; GONÇALVES, LF. Feridas cultâneas: a escolha do curativo adequado. Rio de Janeiro, p. 203-6, 2010.

LIMA, MP; LIMA, VLAN; CARVALHO, DV; BORGES, EL. Insuficiência arterial. In: Feridas: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

MARTINS, MA. *Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia*. Dissertação. 2008. 147 f. Dissertação - Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2008.

MALAQUIAS, SG; BACHION, MM; SANT'ANA, SMSC; DALLARMI, CCB; LINO JUNIOR, RS, FERREIRA, OS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Rev Esc Enferm USP*. v. 46, n. 2, p. 302-10, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf>>. Acesso em: 3 de jun de 2013.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília – DF. 1. ed. 2012.

MENDONÇA, RJ; COUTINHO-NETTO, J. Aspectos celulares da cicatrização. *An Bras Dermatol*. v.84, n.3,p.257-62, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n3/v84n03a07.pdf>>. Acesso em 15 de jun. de 2013.

MIOT, HA et al. Úlceras crônicas dos membros inferiores: Avaliação pela fotografa digital. *Rev Assoc Med Bras*, v. 55, n. 2, p. 145-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/16.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2012

PEREIRA, AL; BACHION, MM. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. *Rev. Bras. Enferm*, v. 58, n. 2, p. 208-13, mar/abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a16.pdf>>. Acesso em: 27 de fev. 2013.

POTTER, PA; PERRY, AG. O idoso. In: Fundamentos de Enfermagem. Ed. ELSEVIER. Rio de Janeiro, p. 191-212, 2009.

SANT'ANA, SMSC; BACHION, MM; SANTOS, QR; NUNES, CAB; MALAQUIAS, SG; OLIVEIRA, BGRBO. Úlceras venosas: Caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. v. 65, n. 4, p. 637-44, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>>. Acesso em: 6 de mai de 2013.

SILVA, EFH; MARTINS, CC; GUIRRO, Elaine CO; GUIRRO, RRJ. Estimulação elétrica de alta voltagem como alternativa para o tratamento de úlceras crônicas de membros inferiores. *An Bras Dermatol*. v. 85, n. 4, p. 567-69, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n4/v85n4a25.pdf>>. Acesso em: 13 de junho de 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.