

Os pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna

- Requisitos para terapia compressiva

Xénio Terra*, Miguel Gomes**

Resumo

O tratamento de pacientes com úlcera de perna é algo de complexo. A ausência de uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada tem conduzido a uma prática de cuidados pouco efectiva e por vezes pouco segura. O objectivo geral deste projecto visou, precisamente, a caracterização dos pacientes do Centro de Saúde da Horta com úlcera de perna, para se eleger aqueles que eram susceptíveis de serem tratados através da terapia compressiva. Efectuou-se um estudo epidemiológico de natureza descritiva, estruturado em 2 fases. Na primeira procedeu-se à avaliação da prevalência de úlcera de perna e numa segunda fase, operacionalizou-se a caracterização dos 28 pacientes que constituíram a população do estudo. Os resultados indicaram uma elevada prevalência de úlcera de perna e que as avaliações clínicas foram determinantes para se identificar os 14 pacientes elegíveis para tratamento com terapia compressiva.

Palavras chave: Úlcera de perna, prevalência, avaliação clínica, índice pressão tornozelo-braço, terapia compressiva;

INTRODUÇÃO

As úlceras de perna são habitualmente classificadas como feridas abertas, localizadas abaixo do joelho e que não cicatrizam em 4 semanas. Quando não tratadas adequadamente, cerca de 30% reaparecem no primeiro ano e 78% após 2 anos (Abbade & Lastória, 2006; Moffatt et al, 2004). São sinónimo de desconforto, dor, angústia e provocam diminuição da mobilidade, reflectindo-se na perda de qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares.

Todavia, a sua prevalência tem diminuído substancialmente em Países como o Reino Unido que criaram e adoptaram guidelines para a uniformização dos cuidados (incluindo a avaliação clínica, as novas tec-

nologias auxiliaadoras no exame físico, a terapia compressiva e uma melhor articulação com as unidades especializadas) (Moffatt et al, 2004). Dos poucos estudos realizados em Portugal, Pina et al. (2001) calculou uma prevalência de 1.46/1000, análoga à encontrada no Reino Unido em meados dos anos 80. Esta circunstância pode ser compreendida pelo facto da úlcera de perna ser um problema de saúde subestimado no nosso país, devido à carência de profissionais com competências na avaliação e tratamento de pacientes com úlcera de perna (Mateus & Furtado, 2006).

Consequentemente, as úlceras de perna acarretam elevados custos sócio-económicos, primeiro devido à sua natureza incapacitante e recorrente e segundo por consumirem imensos recursos materiais e humanos aos serviços de saúde. Collier (1996) estima que os custos relacionados com o tratamento de úlceras de perna no

*Enfermeiro de Nível I do Centro de Saúde da Horta
mail: xenioterra@sapo.pt

**Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo - Universidade dos Açores
lmsmgomes@uac.pt

Reino Unido, variam entre 300 e 600 milhões de Libras por ano e que a maior fatia deste bolo corresponde aos gastos com os cuidados de enfermagem (Bonsaquet, 1992).

A terapia compressiva tem sido mencionada como a primeira linha de tratamento (Fletcher et al, 1997). Porém, requer alguns cuidados na sua aplicação sendo fundamental uma avaliação clínica que inclua os antecedentes e história familiar do paciente, sinais e sintomas da doença venosa e arterial e avaliação da circulação vascular nos membros inferiores, através do índice de pressão tornozelo/braço: IPTB (Furtado, 2003).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o enfermeiro deve “aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas” apropriando-se dos “resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências”.

No Centro de Saúde da Horta (CSH) o tratamento à úlcera de perna não se encontra baseado no conhecimento científico. Este facto não se deve propriamente à carência de formação dos enfermeiros, mas à falta de recursos (instrumentos de avaliação, materiais de tratamento e de unidades especializadas a quem referenciar). Foi no sentido de se obter um retrato fiel da população do CSH com úlcera de perna, que surgiu a ideia deste projecto.

Numa fase inicial foi calculada a prevalência de úlcera de perna e numa segunda fase, realizada a colheita de dados para se caracterizar a população a quem são dirigidos os cuidados e identificar as suas necessidades. A determinação do IPTB e posterior comparação com Lanarkshire oximeter index (LOI) foi outro objectivo parcelar que contribuiu para a identificação dos pacientes elegíveis para o tratamento com terapia compressiva.

A caracterização destes pacientes foi determinante, quer na avaliação da úlcera de

perna quer na escolha do próprio tratamento.

METODOLOGIA

O projecto de intervenção foi apresentado ao Conselho de Administração e Enf^a Chefe do CSH e solicitada a autorização para a sua realização. O parecer de ambos foi favorável e considerado de interesse para a instituição pelas repercussões na melhoria dos cuidados.

A população alvo foi definida pelos critérios de selecção. Os pacientes inscritos e seguidos pelo CSH com de úlcera de perna prevalente à mais de 4 semanas ou cicatrizada externamente à menos de um mês, foram os únicos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

O facto dos pacientes de outras unidades de cuidados não terem sido incluídos deveu-se às finalidades do próprio estudo, pois foram estruturadas para a realidade do CSH e consideraram a implementação de um protocolo de terapia compressiva. Além disso, possibilitou que alguns enfermeiros do CSH adquirissem competências na avaliação clínica, colocando em prática os conhecimentos que obtiveram em diversas formações nos últimos meses, tendo decorrido a selecção durante a primeira semana do mês de Março.

Após a identificação da população alvo, procedeu-se à 2^a fase do projecto que decorreu entre 1 e 31 de Maio de 2008. Sendo um estudo epidemiológico de natureza descritiva, usou-se um formulário como instrumento de colheita de dados, baseado no questionário cedido gentilmente pela Prof^a Dulce Cabete e complementado com informação de outras fontes. O instrumento incluiu entre outros, a colheita de dados sobre a doença venosa e respectivas alterações das características da pele, os factores de risco da doença venosa e arterial periférica, os estadios da doença arterial periférica, a avaliação do IPTB, a avaliação do LOI, o impacto da úlcera na qualidade de vida e a avaliação das circunstâncias sociais.

A aplicação do instrumento foi apresentada a todos os colegas que participaram na selecção dos pacientes. Consequentemente, foram sugeridas algumas alterações representando uma envolvimento de toda a equipa neste projecto. Realizadas as alterações e esclarecidas as dúvidas, ficou assente perante todos a sua correcta aplicação.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado individualmente a cada paciente, após devidamente informados dos objectivos do estudo, de pedido o seu consentimento informado, assim como, de garantida a protecção de todos os seus dados pessoais.

Foi construída uma base de dados com a informação recolhida e efectuada análise estatística através do programa Microsoft Excel® para Windows®.

RESULTADOS

Durante a primeira fase do projecto foram identificados 35 pacientes com úlcera de perna, reflectindo uma prevalência de 2.34/1000 (Quadro 1). Esta elevada prevalência representa o dobro da observada por Pina et al. (2001) em Portugal Continental e foi 5 vezes superior à encontrada no Reino Unido, onde a uniformização dos cuidados com

	N	População	Prevalência (por 1000)
Mulheres	22	7726	2,84
Homens	13	7229	1,80
Total	35	14955	2,34

Quadro 1. Número de casos identificados por género, população inscrita no CSH e respectivas prevalências específicas

recurso às boas práticas já vigora à mais de 2 décadas (Moffatt et al, 2004). Além disso, não foram considerados os pacientes que apesar de estarem inscritos no CSH, recorreram eventualmente a outros cuidadores assim como os que praticavam o autocuidado. Contudo, esta prevalência pode ser compreendida devido à úlcera de perna ser um problema de saúde ainda subestimado nos Açores e no Faial em particular, aliás como de resto se verifica no Continente

Português (Mateus & Furtado, 2006).

Em relação à população do estudo, a classificação segundo o género determinou 22 mulheres e 13 homens. De acordo com Benbow (2005), a úlcera de perna afecta maioritariamente mulheres idosas principalmente se for de origem venosa. Esta afirmação é sustentada pelo facto das mulheres viverem mais anos e pelo risco acrescido de trombose venosa profunda durante os períodos de gravidez (Moffatt et al, 2007).

Os critérios de abandono reduziram a população para 28 pacientes, tendo estes 7 indivíduos continuado seleccionados para o cálculo da prevalência e excluídos dos restantes objectivos que compõem a sua caracterização.

A média de idades foi de 77,5 anos (Quadro 2) corroborando a evidência científica que refere que a prevalência da úlcera de perna aumenta com a idade. (Callam et al, 1999; Franks et al, 1992). A média da altura foi de 1,63m (pacientes de baixa estatura) e do peso de 80,3kg, indicativo de elevados índices de massa corporal – IMC (Gráfico 1).

A avaliação do IMC revelou 17 pacientes com um peso acima do normal. Segundo Moffatt et al. (2007) o excesso de peso é responsável pelo aumento da pressão sobre as válvulas, comprometendo a circulação no interior das veias e estando também relacionado com a redução da mobilidade potenciando o sedentarismo. Benbow (2005) considera a obesidade como mais um obstáculo ao processo de cicatrização, uma vez que está relacionada com a má perfusão nos tecidos gordos agindo como potenciadora da infecção. Aliás, ser obeso

	Mulheres	Homens	Total/Média
Incluídos	18	10	28
Excluídos	0	0	0
Abandono	4	3	7
Média Idades	76,9	78,6	77,5
Média Peso	81,3	78,6	80,3
Média Altura	1,58	1,73	1,63

Quadro 2. Caracterização dos pacientes quanto aos critérios de inclusão, exclusão e de abandono do estudo e média de idades, peso e altura

não significa que se tem um aporte nutricional equilibrado sendo muitas vezes necessários suplementos vitamínicos, de zinco e de proteínas para se retomar os processos de cicatrização.

Conforme vimos anteriormente, o envelhecimento e a obesidade contribuem para o aumento do risco de ulceração de perna e também para o prolongamento dos tempos de cicatrização. No entanto, outros factores devem ser considerados.

A ausência de uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada tem conduzido a uma prática de cuidados pouco eficaz, e em muitos casos a tratamentos inapropriados e bastante prolongados. (Royal College of Nurses, 1998 citando Cornwall et al, 1986; Elliott et al, 1996; Roe et al, 1993; Stevens

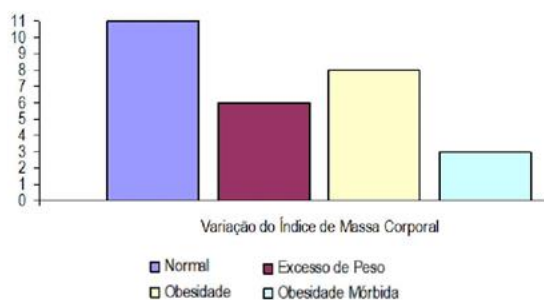


Gráfico 1. Caracterização dos pacientes segundo o IMC

et al, 1997). Uma investigação ao historial clínico e a realização de um exame físico é importante (Callam, 1992). Estes juízos clínicos fazem parte de uma avaliação pormenorizada para se identificar as causas que estão subjacentes à ulceração, suportando qualquer decisão sobre o tratamento e/ou referenciação.

Em relação ao historial clínico e de acordo com Gráfico 2, as doenças cardiovasculares constituíram o problema de saúde que mais afectou os pacientes do estudo, e a hipertensão arterial (HTA) a complicação mais frequente (Gráfico 3). Para Jones (2001) a HTA é responsável pela evolução da arteriosclerose estando associada ao desenvolvimento de doença arterial periférica.

Outras patologias que devem ser consideradas aquando da investigação do historial clínico são a insuficiência cardíaca e renal,

a neuropatia diabética, demência ou perturbação mental. A terapia compressiva, nestes casos, tem que ser ponderada e supervisionada por um especialista (Moffatt, et al, 2007).

A doença venosa, a doença arterial periférica ou a combinação de ambas, são frequentemente consideradas como as principais causas de ulceração vascular nos membros inferiores (Moffatt et al, 2007).

Para este autor, existe evidência científica que relaciona a doença venosa com a componente hereditária. Esta evidência foi corroborada por 12 pacientes do estudo que referiram que os seus familiares directos tal como eles, apresentaram sinais desta doença ao longo de suas vidas.

Em relação à história familiar de doença arterial, os familiares directos de 9 pacientes desenvolveram complicações arteriais e de 5 pacientes, úlceras nos pés, não sendo no entanto diabéticos.

O risco de ulceração vascular inclui também o consumo de tabaco, que não só constitui o maior factor de risco de desenvolvimento de doença arterial periférica, como também afecta e prolonga o processo de cicatrização das feridas (Benbow, 2005). De acordo com este autor, o British Heart Foundation revelou que 97% dos indivíduos com doença arterial periférica foram fumadores activos por mais de 20 anos. Em relação ao estudo, 4 pacientes referiram ser fumadores e 5 ex-fumadores, embora todos com mais de 20 anos de vício (Gráfico 3).

Para além dos factores de risco supracitados, outros foram igualmente relatados. Cerca de 9 pacientes referiram permanecer longos períodos de pé ou sentados durante o dia. A ausência de exercício físico (sedentarismo) é um problema que está enraizado na população tendo sido relatado por 20 pacientes. Ambas as situações potenciam o risco de ulceração venosa. Por outro lado, 3 apenas pacientes apresentaram diabetes com valores de glicemia não estáveis. A diabetes é um conhecido factor de risco da doença arterial periférica e que prolonga o processo de cicatrização das

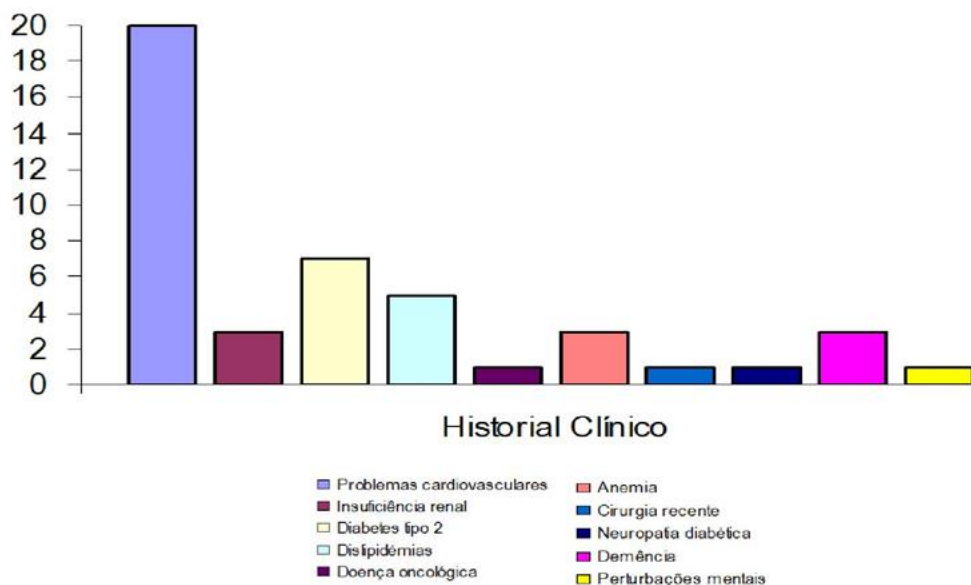


Gráfico 2. Caracterização dos pacientes em relação ao seu historial clínico

feridas (Benbow, 2005).

Outro factor de risco da doença venosa é relacionado apenas com as mulheres. Para Moffat et al. (2007) existe uma forte ligação entre o desenvolvimento de veias varicosas e a gravidez, devido a um risco aumentado de trombose venosa profunda relacionado com o aumento da pressão abdominal. No Gráfico 4 podemos observar que todas as mulheres do estudo tiveram, pelo menos, uma gravidez.

A doença venosa é a patologia que mais

contribui para a ulceração dos membros inferiores. Diversos estudos publicados suportam esta afirmação ao identificar evidência de doença venosa em 57 a 80% das ulcerações de perna (Moffatt e tal. 2007). Como tal, todos os pacientes com úlcera de perna devem ser examinados para se identificar evidência clínica da doença venosa envolvendo uma investigação minuciosa da história venosa e das alterações das características da pele.

Como se pode verificar no Gráfico 5, 27

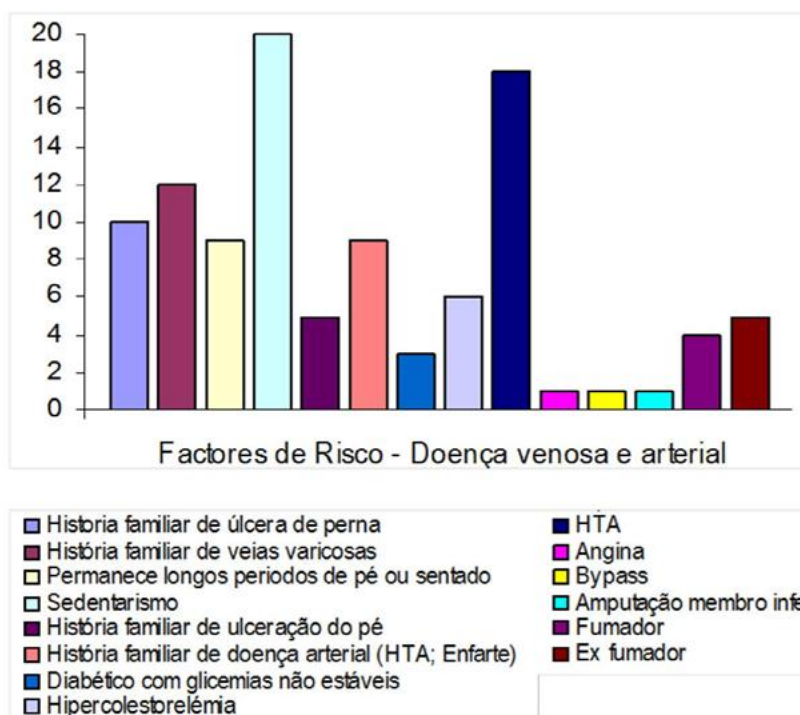


Gráfico 3. Caracterização dos pacientes em relação aos factores de risco da doença venosa e arterial

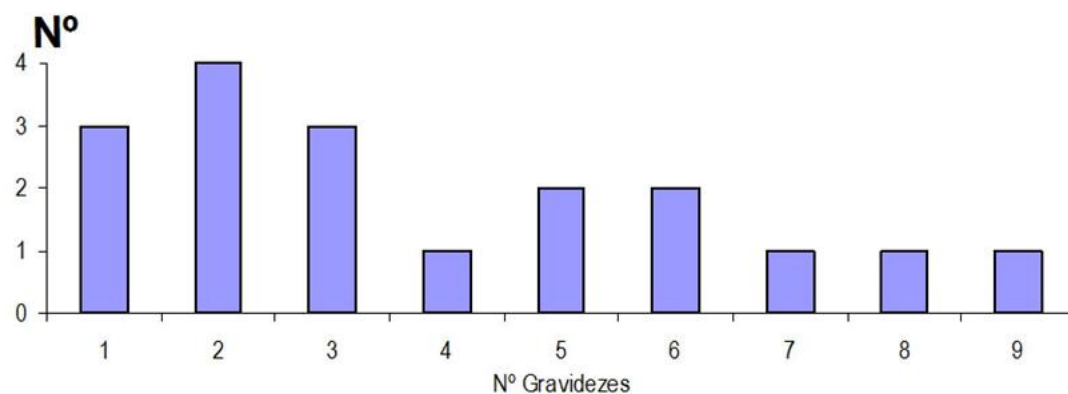


Gráfico 4. Distribuição do número de gravidezes

pacientes apresentaram um historial de desenvolvimento de úlceras nos membros inferiores, corroborando diversos estudos que determinaram percentagens de recorrência elevadas, ocorrendo a ulceração quase sempre espontaneamente ou ao mínimo trauma.

As alterações das características da pele relacionadas com a doença venosa são sinais que se localizam predominantemente entre os maléolos e a região gemelar (Moffatt et al, 2007). De acordo com este autor, apenas um ou dois sinais são suficientes para se sugerir a presença desta doença. A avaliação clínica direccionada aos pacientes do estudo determinou que a hiperpigmentação e o edema nos membros inferiores, fossem os sinais mais observados. A hiperpigmentação esteve mesmo presente em 24 dos 28 pacientes do estudo. Em relação ao edema venoso e de acordo com Hoffman (1998), este é muitas vezes confundido com o edema de origem

cardíaca ou renal sendo necessária uma pesquisa do historial clínico e de outros sinais e sintomas para se obter um diagnóstico diferencial de edema. Dois pacientes referiram insuficiência renal e 5 insuficiência cardíaca em associação com edema nos membros inferiores. Como já foi referido anteriormente, o tratamento compressivo tem que ser ponderado nestes casos, estando estes pacientes caracterizados à priori como não elegíveis para o tratamento com terapia compressiva, pelo menos enquanto não for realizado um diagnóstico diferencial de edema por um médico especialista.

Outros sinais de doença venosa comumente relatados são a presença de veias varicosas e de vénulas perimaleolares dilatadas, presentes em 16 pacientes (Franks et al, 1992). A atrofia branca caracterizada por áreas esbranquiçadas, avascularizadas e extremamente dolorosas obteve igualmente alguma expressão, estando presente

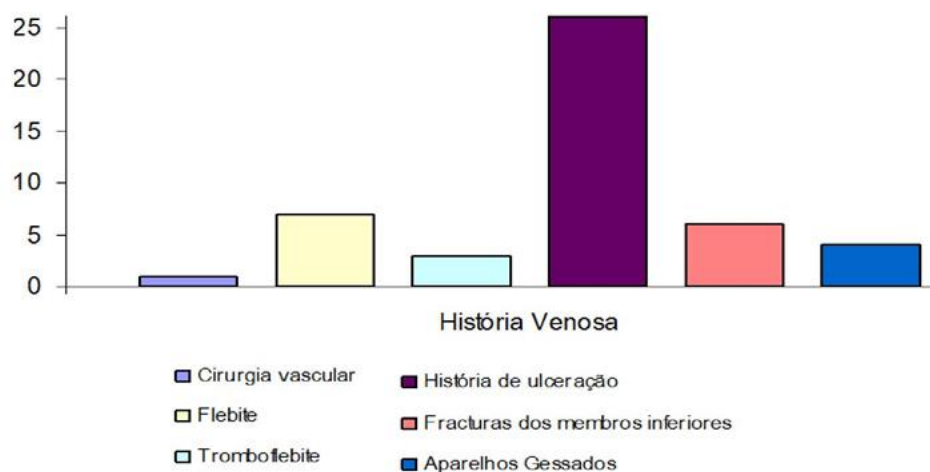


Gráfico 5. Caracterização dos pacientes em relação à história venosa

em 14 pacientes, ou seja, em exactamente 50% da população do estudo (Moffatt et al, 2007).

A doença arterial periférica constitui segundo Benbow (2005), a segunda principal causa de ulceração de perna nos países ocidentais. Diversos autores publicaram estudos em que cerca de 25% das ulcerações de perna eram de etiologia mista (venosa e arterial) e que apenas uma percentagem inferior a 10% estava relacionada exclusivamente com a doença arterial.

A determinação da etiologia da úlcera é importante para se obter uma diferenciação entre a úlcera venosa e a úlcera arterial e ambas com a úlcera mista, e assim gerir os tratamentos da forma mais segura e eficaz possível.

A terapia compressiva considerada como a pedra angular no tratamento de úlceras de perna de origem venosa pode ser perigosa quando aplicada num membro inferior com a circulação arterial comprometida, pois poderá conduzir à destruição dos tecidos de uma forma totalmente irreversível (Benbow, 2005).

A doença arterial periférica está relacionada com o deficiente aporte de sangue arterial e oxigenação dos tecidos e existem uma série de sinais e sintomas que poderão contribuir para a sua avaliação (Moffatt et al, 2007). A diminuição da temperatura nos membros

inferiores em relação à temperatura ambiente, a cor azulada ou ruborizada do membro inferior quando elevado, a presença de formigueiro, a ausência de pêlos, as alterações tróficas das unhas e atrofia dos músculos gemelar e coxa, são sinais comumente relacionados com a insuficiência arterial. No Gráfico 7 podemos observar os sinais e sintomas de insuficiência arterial que mais afectaram os nossos pacientes.

Num estadio avançado da doença arterial irrompe a dor isquémica que ocorre quando os músculos da perna são privados de oxigénio. Inicialmente, ocorre a claudicação intermitente tendo 8 pacientes referido estes sintomas. Para Dumas (1995) a claudicação intermitente é como uma câibra localizada nos membros inferiores e/ou nádegas, que ocorre durante a actividade física devido à incapacidade das artérias responderem às necessidades crescentes de oxigenação dos músculos em exercício. A dor desaparece com o repouso, ou seja, quando as necessidades de oxigenação dos músculos diminuem. Os pacientes descrevem frequentemente que não são capazes de percorrer distâncias longas, necessitando de parar muitas vezes para recuperarem da dor.

Numa fase avançada de dor isquémica, os pacientes queixam-se de dores nos mem-

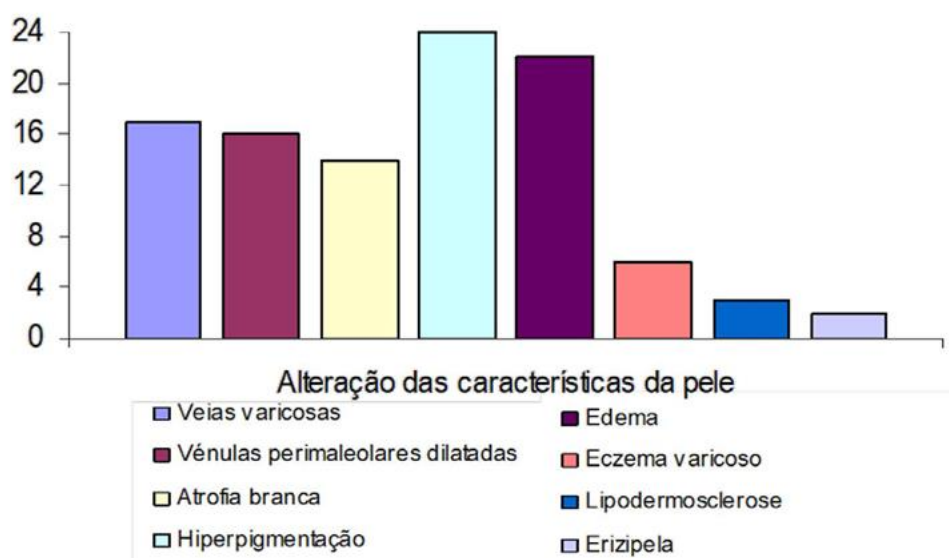


Gráfico 6. Caracterização dos pacientes em relação à presença de alterações das características da pele

bro inferiores durante a noite, principalmente quando estes estão elevados sobre a cama. Durante o sono, a pressão sanguínea baixa sendo incapaz de manter uma perfusão adequada até às extremidades. Os pacientes geralmente ganham algum alívio quando colocam as pernas fora da cama em contacto com o chão, facilitando o aporte sanguíneo devido à força da gravidade (Moffatt et al, 2007).

O último estadio da dor isquémica é referente à dor em repouso. Ocorre quando o paciente encontra-se sentado e envolve frequentemente os pés. Esta dor indica uma severa diminuição do aporte de sangue arterial, abaixo do que é normal para o metabolismo celular podendo ocorrer gangrena e consequentemente a amputação de uma parte ou da totalidade do membro inferior, tendo sido verificada em um paciente. (Benbow, 2005).

O método mais recomendado para a monitorização da circulação arterial nos membros inferiores é a avaliação do IPTB, através de um Doppler portátil de ultra sons (Royal College of Nurses, 1998; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998). Contudo, a utilização de um Doppler exige prática (Ray et al, 1994). É considerado tecnicamente difícil obter uma avaliação

fidedigna em situações complexas como nos pacientes particularmente obesos, com edemas acentuados nos membros inferiores, linfedema ou com uma ulceração bastante extensa envolvendo todo o tornozelo. Também é considerado impreciso em pacientes com diabetes, com calcificação das artérias ou quando aplicado por profissionais inexperientes (Bianchi & Douglas, 2002). Durante a colheita de dados as dificuldades sentidas foram na detecção do sinal nas artérias, dorsal pedioso e tibial posterior, em pacientes obesos ou com comprometimento arterial.

Segundo Bianchi e Douglas (2002) a avaliação da circulação arterial com o LOI, constitui um método alternativo viável e preciso e que já existe alguma evidência que sugere que o LOI é pelo menos tão preciso quanto o IPTB, tendo no entanto muitas mais vantagens. Este método é particularmente eficaz em praticamente todos os pacientes, mesmo apresentando edema, obesidade, linfedema e diabetes.

Este projecto de intervenção apresentou como um dos seus objectivos parcelares a comparação entre o IPTB e o LOI, uma vez que ainda existem poucos estudos comparativos entre os dois métodos. A avaliação foi efectuada a apenas 26 dos 28 pacientes

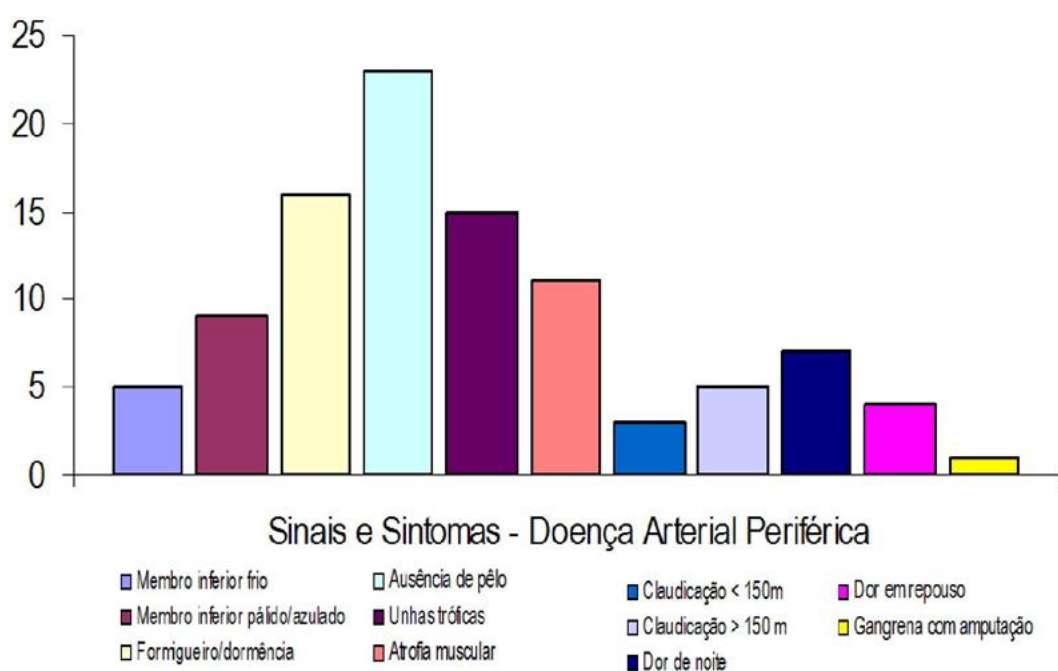


Gráfico 7. Caracterização dos pacientes em relação aos sinais e sintomas da doença arterial periférica

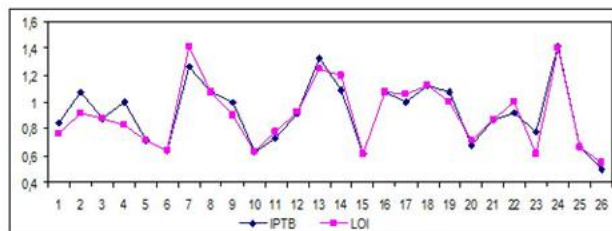
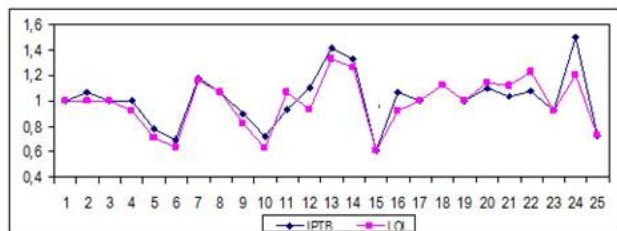


Gráfico 8 e 9. Comparação entre o IPTB e o LOI nos membros inferior esquerdo e direito, respectivamente

em estudo. As dificuldades detectadas com este método e que impossibilitaram mesmo estas duas avaliações, foram na obtenção de sinal em pacientes com unhas tróficas ou com dedos extremamente edemaciados. Nos Gráficos 8 e 9 podemos observar que as avaliações demonstraram concordância, corroborando os resultados dos poucos estudos que compararam os dois métodos (Bianchi et al, 2000).

A média dos resultados obtidos foi de 1,01 para o IPTB e 0,98 para o LOI em relação ao membro inferior esquerdo. A média para o membro inferior direito foi de 0,92 e 0,91 respectivamente. O valor máximo obtido com o IPTB foi de 1,50 para o membro inferior direito e 1,42 para o esquerdo. Com o LOI foi de 1,33 para o direito e de 1,41 para o esquerdo. Analogamente, em relação ao valor mínimo obtido voltou-se a verificar valores muito similares entre ambos os métodos. O desvio padrão assumiu uma dispersão estatística muito semelhante. Toda esta concordância de valores é transmitida pela Correlação de Pearson que foi quase perfeita.

Um IPTB normal ocorre quando os valores obtidos são superiores a 1 enquanto que valores inferiores a 0,8 indicam comprometimento arterial importante. Na presença de sintomatologia, como nos estádios mais avançados da doença arterial periférica, torna-se imprescindível a referência para o cirurgião vascular.

De acordo com alguns autores, um IPTB entre 0,8 e 0,5 em simultâneo com a presença de sinais de doença venosa, não impede a aplicação de níveis reduzidos de compressão (inferiores a 25mmHg) mas necessitará sempre de um acompanhamento por um profissional qualificado (Vowden

& Vowden, 2001).

Como se pode verificar no Gráfico 10, cinco pacientes apresentaram valores inferiores a 0,8, ou seja, com comprometimento arterial significativo. Outros 3 pacientes apresentaram um IPTB inferior a 0,8, embora em apenas um dos membros inferiores. Em qualquer dos casos, um encaminhamento para um cirurgião vascular será importante para se garantir um diagnóstico mais efectivo.

Dezassete pacientes apresentaram valores superiores a 0,8, aparentemente com mar-

	IPTB (ME)	LOI (ME)	IPTB (MD)	LOI (MD)
Média	1,01	0,98	0,92	0,91
Máximo	1,50	1,33	1,42	1,41
Mínimo	0,62	0,61	0,50	0,55
Desvio padrão	0,21	0,20	0,24	0,24
Correlação de Pearson	0,90		0,95	

Quadro 3. Representação estatística dos resultados obtidos com as variáveis IPTB e LOI.

gens de segurança para aplicação de terapia compressiva. Porém, segundo Vowden e Vowden (2001) será incorrecto decidir pela aplicação de terapia compressiva baseando-nos unicamente no valor do IPTB. Há toda uma avaliação holística que deve ser feita aos pacientes, assim como, o respeito pela vontade destes em relação à terapia (Moffatt et al, 2007).

A caracterização dos pacientes envolveu também o impacto da úlcera de perna na qualidade de vida. Para Moffatt et al. (2007) este impacto é ainda pouco compreendido porque a úlcera crónica que não cicatriza pode representar os mais variados estados de alma para o paciente e respectiva família. Mesmo assim, recorreu-se a um questionário extraído do programa de tratamento de úlcera de perna de Tower Hamlets da National Health Services (NHS) no Reino Unido, com a devida autorização de

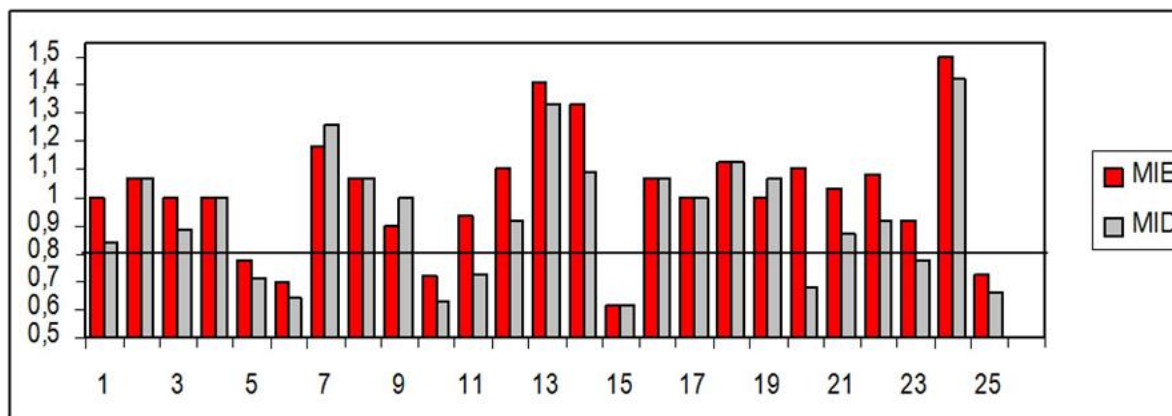


Gráfico 10. Caracterização dos pacientes de acordo com o IPTB obtido em ambos os membros inferiores

Sr^a Enf^a Allison Hopkins. Foram colocadas 10 questões envolvendo diferentes dimensões da qualidade de vida, as quais estão referenciadas no Gráfico 11. As condições cujo impacto se fez sentir com maior intensidade foram as relacionadas com a dimensão psicológica (ansiedade em 8 pacientes, pior disposição em 6, dificuldade em dormir em 6 e presença de dor intensa na úlcera em 5 pacientes).

A ulceração de perna em pacientes de classes sociais baixas é uma analogia que continua pouco clara. No entanto, diversos estudos revelam que a duração da ulceração é sempre superior naqueles que pertencem a estas classes ou simplesmente nos possuem menores rendimentos (Moffatt et al, 2007). Franks et al. (1995) descreve num estudo em que participaram 168 pacientes com ulceração de perna, que os que pertenciam a classes sociais baixas ou que eram simplesmente solteiros experimentaram todas interrupções e atrasos nos processos de cicatrização. Além disso,

ser homem e viver sozinho também está associado a processos de cicatrização morosos e instáveis.

A avaliação das circunstâncias sociais permitiu-nos concluir que apenas 3 pacientes viviam sós sendo 2 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto á determinação da classe social, foi aplicada a escala de Graffar cujos resultados corroboraram o que vem descrito na bibliografia, ou seja, 24 dos 28 pacientes deste estudo foram classificados como pertencentes a uma estratificação social baixa.

CONCLUSÕES

Dos 5 pacientes que apresentaram um IPTB inferior a 0,8, quatro são do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Todos os indivíduos do sexo masculino são ou foram fumadores activos durante 20 ou mais anos. Outros 4 pacientes apresentaram um IPTB inferior a 0,8, embora em apenas um dos membros inferiores. Novamente 3 são do sexo masculino e fumadores e 1 do sexo

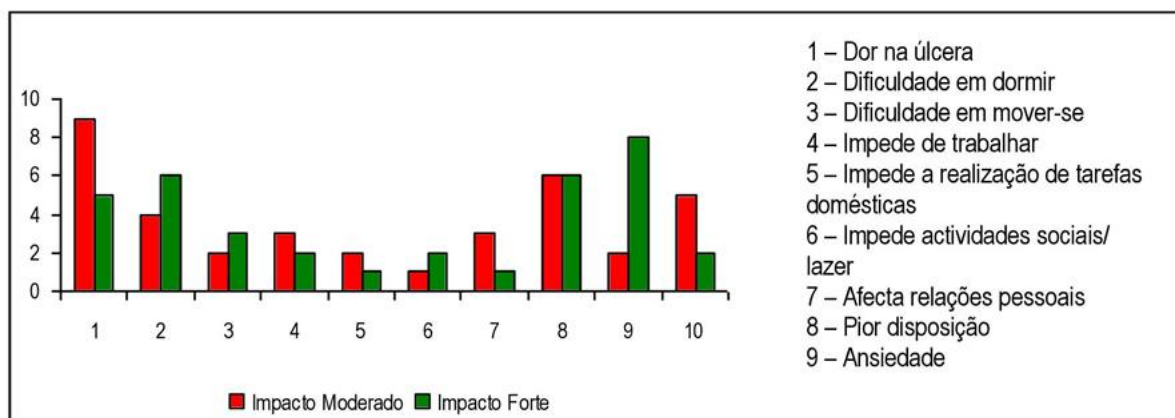


Gráfico 11. Caracterização dos pacientes em relação ao impacto da úlcera na sua qualidade de vida

feminino não fumador.

Analisando o historial clínico dos 7 pacientes masculinos que constituem este grupo, conclui-se que 3 são hipertensos, 3 insuficientes cardíacos e 2 diabéticos, ou seja, apresentam igualmente outros factores de risco da doença arterial assim como outras complicações relacionadas com os estadios da doença arterial periférica. Em relação aos sinais e sintomas da doença venosa, 5 pacientes apresentam hiperpigmentação, 4 edema venoso e 3 vénulas perimaleolares dilatadas, indicando que as suas úlceras poderão ter uma etiologia mista. Analogamente, as duas pacientes que fazem parte deste grupo são hipertensas e uma refere insuficiência cardíaca. Evidencia-se a presença de complicações arteriais e de alguns sinais de doença venosa como as veias varicosas e a hiperpigmentação, sugerindo também uma componente mista na etiologia das suas úlceras.

Foi também neste grupo que se verificou os IMC mais baixos (7 pacientes apresentaram um IMC dentro dos parâmetros normais).

Contudo, por apresentarem todos sinais e sintomas de doença arterial clinicamente significativas, permite-nos concluir que a terapia compressiva forte não será o tratamento de eleição para as suas úlceras, sendo importante a referência para um cirurgião vascular.

Um IPTB entre 0,8 e 1 foi avaliado em 6 pacientes, existindo algum comprometimento arterial mas não impeditivo de uma compressão forte nos membros inferiores. Dois são do sexo masculino e novamente fumadores e 4 do sexo feminino, não fumadoras. Em relação ao IMC, todos apresentavam excesso de peso e obesidade. A análise do historial clínico revela que 4 são hipertensos e 1 insuficiente cardíaco. Quanto à história familiar de doença venosa, 3 pacientes referem que os seus familiares mais directos sofreram de veias varicosas e de úlceras de perna. O historial venoso permite-nos verificar que já apresentaram

úlceras de perna em outros momentos. Algumas das alterações das características da pele resultantes da insuficiência venosa são visíveis, sendo que o edema e a hiperpigmentação os sinais mais característicos. Não são significativos os sinais e sintomas da doença arterial presentes. Um paciente apresentou edema e simultaneamente insuficiência cardíaca, havendo a necessidade da realização de um diagnóstico diferencial de edema. De resto, a aplicação de terapia compressiva será muito provavelmente uma boa opção para estes pacientes.

Um IPTB normal foi avaliado nos restantes 13 pacientes. De realçar que é neste grupo que se verificou os IMC mais elevados. Em relação ao historial familiar de doença venosa, 7 indivíduos referem que os seus familiares mais directos também sofreram da doença. Uma análise cuidadosa ao seu historial clínico, permite-nos concluir que 9 são hipertensos, 2 apresentam insuficiência cardíaca e 3 insuficiência renal. Curiosamente, estes 13 pacientes já apresentaram úlceras de perna em outras ocasiões. Dez apresentam também, de uma forma aleatória, veias varicosas, vénulas perimaleolares dilatadas, atrofia branca, hiperpigmentação e edema nos membros inferiores. Quatro indivíduos apresentam edema nos membros inferiores e simultaneamente um quadro insuficiência cardíaca ou renal, pelo que a aplicação de terapia compressiva terá que ser ponderada. Os restantes 9 pacientes não possuem aparentemente qualquer contra-indicação e a terapia compressiva constitui a principal linha de tratamento para as suas úlceras de perna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objectivo principal deste estudo foi caracterizar os pacientes do CSH com úlcera de perna de forma a se eleger aqueles que são susceptíveis de serem tratados através de terapia compressiva. Os resultados do estudo revelam que 14 pacientes não possuem aparentemente qualquer contra-indicação ao tratamento. Por outro lado, 5

pacientes necessitam de um encaminhamento para um cirurgião vascular para se confirmar algumas situações que poderiam, eventualmente, constituir um problema para utilização de compressão forte nos membros inferiores. Por fim, 9 pacientes apresentam características de doença arterial periférica clinicamente significativas e estão, à priori, excluídos do tratamento compressivo, sendo no entanto prioritário o seu encaminhamento para um cirurgião vascular para se confirmar os diagnósticos. Ficou então assente que, para se aplicar um tratamento como a terapia compressiva, é rigorosamente necessário se proceder a uma caracterização dos pacientes, de uma forma sistematizada e uniformizada, tendo em atenção os antecedentes clínicos e história familiar, sinais e sintomas da doença venosa e arterial e avaliação do IPTB ou LOI.

A prevalência pontual encontrada neste estudo foi bastante superior à de outros estudos nacionais e internacionais, corroborando o facto da úlcera de perna ser um problema de saúde ainda subestimado ilha do Faial e revelando a importância da uniformização de cuidados com recurso às boas práticas, que inclui as novas tecnologias, a terapia compressiva e uma melhor articulação com as unidades especializadas.

A comparação entre o IPTB e o LOI permite-nos aferir que o LOI é um instrumento de diagnóstico válido, principalmente em situações mais complexas.

Este projecto de intervenção irá continuar tendo como objectivo a criação de protocolos de orientação para o tratamento dos pacientes com úlcera de perna no CSH, uma vez que uma avaliação clínica sistematizada e uniformizada permite-nos eleger aqueles que são susceptíveis de serem tratados através de terapia compressiva, o que por sua vez traduzir-se-á na melhoria da qualidade dos cuidados, de acordo com o que a população e os serviços de saúde exigem dos profissionais de saúde, isto é,

cuidados eficazes, melhores resultados e uma prática baseada no conhecimento científico.

Agradecimentos: A todos os utentes com úlcera de perna que participaram neste estudo; À direcção do CSH; Aos enfermeiros do CSH e em especial à minha chefe, Enfª Conceição Santos, por todo o apoio e disponibilidade que me concedeu.

REFERÊNCIAS

- Benbow, M. (2005). *Evidence-based wound management*: Whurr publishers.
- Bianchi, J., Douglas, S., Dawe, R., Lucke, T., Loney, M., McEvoy, M. & Urcelay, M. (2000). Pulse oximetry: a new tool to assess patients with leg ulcers. *Journal of wound care*, 9, March, 109-112.
- Bianchi, J. & Douglas, S. (2002). Pulse oximetry vascular assessemnet in patients with leg ulcers. *Woundcare Journal*, September, 23-28.
- Bosanquet N. (1992). Costs of venous ulcers: from maintenance therapy to investment programs. *Phlebology; Suppl. 1*, 44-46.
- Callam, M. (1992). Prevalence of chronic leg ulceration and severe chronic disease in Western Countries. *Phlebology Supplement; 1*, 6-12.
- Callam, M. (1999). Epidemiology of varicose veins. *British Journal of Surgery*; 81, 167-173.
- Collier, M. (1996). Leg ulceration: a review of causes and treatment. *Nursing Standard*, 10(31), 49-51.
- Dumas, . (1995). Intermittent claudication: clinical snapshot. *American Journal of nursing*, December, 34-35.
- Fletcher, A., Cullum, N. & Sheldon, T. (1997). A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. *British medical Journal* (on-line). Acedido em 4 de Novembro de 2007, em <http://www.bmj.com/cgi/content/full/315/7108/576>
- Franks, P., David, D., Moffat, C., Stirling, J., Fletcher, A., Bulpitt, C. & McCollum, C. (1992). Prevalence of venous disease: a community study in West London. . *European journal of Surgery*, 18, 143-147.
- Franks, P., Bonsaquet, N., Connolly, M., Oldroyd, M., Moffat, C., Greenhalgh, R. & McCollum, C. (1995). Venous ulcer healing: effect of socio-economic factors in London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(4), 385-388.

- Furtado, K. (2003). Úlceras de Perna - Tratamento baseado na evidência. Acedido a 1 de Março de 2008, em <http://www.gaif.net/ulceraperna.pdf>
- Hoffman, D. (1998). Oedema and the management of venous ulcers. *Journal of Wound Care*, 7(7), 345-348.
- Jones, S. (2001). *Anatomy & physiology of the vascular system*. London: Whurr Publishers.
- Mateus, C. & Furtado, K. (2006). Prevalência de úlcera de perna numa população suburbana de Lisboa. In Cabete, D., *Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual - Da Formação à Acção: A Construção de Projectos no Terreno*; Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal. 85-86.
- Moffatt, C., Franks, P., Doherty, D., Martin, R., Blewett, R. & Ross, F. (2004). Prevalence of Leg Ulceration in a London population. *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 431-437.
- Moffat, C., Martin, R. & Smithdale, R. (2007). *Leg Ulcer Management*. Blackwell Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. (pp. 18) Acedido em 4 de Novembro de 2007, em http://conversamos.files.wordpress.com/2007/10/brochura_competenciasenfcg.pdf
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P. & Moffat, C. (2001). Úlceras de perna em Portugal: um problema de saúde subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vascular*, Vol. XI(4).
- Ray, S., Srodon, P., Taylor, R. & Dormandy, J. (1994). Reliability of ankle: brachial pressure index measurement by junior doctors. *British Journal of Surgery*, 81, 188-190.
- Royal College of Nursing. (1998). The management of Patients with Venous Leg Ulcers. RCN, Acedido a 01 de Abril de 2008, em http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/107941/001269.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (1998). The Care of Patients with Chronic Leg Ulcers. SIGN, Acedido a 01 de Abril de 2008, em <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign26.pdf>
- Vowden, P. & Vowden, K. (2001). Doppler assessment and ABPI: Interpretation in the management of leg ulceration. Acedido a 01 de Abril de 2008 em <http://www.worldwidewounds.com/2001/march/Vowden/Doppler-assessment-and-ABPI.html>