

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

MICHELE PATRICIA GASPAROTO

**COMPARAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA BOTA DE
UNNA ASSOCIADA AO AGE E COLAGENASE EM
PACIENTES COM ÚLCERAS DE ESTASE VENOSA.**

Bauru

2008

MICHELE PATRICIA GASPAROTO

**COMPARAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA BOTA DE UNNA
ASSOCIADA AO AGE E COLAGENASE EM PACIENTES COM
ÚLCERAS DE ESTASE VENOSA.**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde como requisito para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, sob orientação da Profa. Ms. Márcia Ap. Nuevo Gatti e Dr. Benedito Silveira Filho.

Bauru

2008

G249c

Gasparoto, Michele Patricia

Comparação da utilização da bota de Unna associada ao AGE e Colagenase em pacientes com úlceras de estase venosa / Michele Patricia Gasparoto – 2008.

37f.

Orientadora: Profa. Ms. Márcia Ap. Nuevo Gatti.

Co-orientador: Dr. Benedito Silveira Filho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Úlceras venosas. 2. Bota de Unna. 3. Cicatrização. 4. Ácido Graxo Essencial. 5. Colagenase. I. Gatti, Márcia Ap. Nuevo. II. Silveira Filho, Benedito. III. Título.

MICHELE PATRICIA GASPAROTO

**COMPARAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA BOTA DE UNNA
ASSOCIADA AO AGE E COLAGENASE EM PACIENTES COM
ÚLCERAS DE ESTASE VENOSA.**

Monografia apresentada ao Centro de Ciências da Saúde como requisito para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, sob orientação da Profa. Ms. Márcia Ap. Nuevo Gatti e Dr. Benedito Silveira Filho.

Banca examinadora:

Profa. Ms. Márcia Ap. Nuevo Gatti

Bauru, 15 de dezembro de 2008

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, por colocar pessoas tão especiais em minha vida e se fazer tão presente!
Para minha família, Antonio, Rosely e Fábio, que sempre me incentivaram e nunca deixaram que eu desistisse ou desanimasse. Mesmo frente a tantas dificuldades, contribuíram de uma maneira mais que especial no meu crescimento pessoal e profissional, com todo carinho, paciência, humildade e amor.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais à:

Sempre a Deus, que abre novos caminhos...

A minha querida orientadora Mestre Márcia Aparecida Nuevo Gatti, por toda a sabedoria, ensinamentos compartilhados e inúmeros momentos que se fez, e faz, tão presentes em minha vida. Não foi apenas a realização de um trabalho e sim, convivência, experiências, aprendizagens e conquistas que levarei para vida. Você é muito especial!

Ao Doutor Benedito Silveira Filho, pelo respeito, profissionalismo, compreensão, incentivo e amizade com que contribuiu para a realização deste trabalho.

A professora Rita de Cássia Altino Delarmelindo, pela amizade que se nota mesmo nos momentos mais difíceis. Carinho, simplicidade, alegria, humildade, amor... São palavras que expressam pouco tudo o que você é!

A professora Doutora Leila Maria Vieira, por acreditar no meu potencial e me receber como estagiária na Clínica de Educação para a Saúde... Foi assim que tudo começou. MUITO OBRIGADA!

A Enfermeira Adriana Aparecida Bini Dória, minha gratidão pela disponibilidade do campo e cooperação para a realização deste trabalho.

A todos os professores que fazem parte da graduação, meu respeito e reconhecimento pelos exemplos de vida e trabalho, que só nos fazem amar ainda mais a Enfermagem.

Aos funcionários da Clínica de Educação para a Saúde, do qual contribuíram gentilmente no enriquecimento do trabalho.

As alunas de Enfermagem Aline Maria Pontalti, Luciana Andrades Fiorini e Natália Perez Gonçalves Pavani amigas que se dedicaram nesse projeto, contribuindo com sugestões, carinho, simplicidade, alegria e conhecimento.

A Enfermeira Juliana Amaral Esponton, pelo carinho, amizade, respeito, dedicação... Sempre presente nos momentos mais difíceis.

A todos aqueles que fazem parte da minha vida, amigos fiéis, a minha eterna gratidão!

RESUMO

As úlceras venosas são feridas crônicas, localizadas nos membros inferiores. Resultam da incapacidade de manutenção do equilíbrio entre o fluxo arterial que chega ao tecido periférico do membro inferior e o fluxo venoso de retorno ao átrio direito. Esta hipertensão venosa crônica é decorrente da insuficiência das válvulas venosas superficiais, profundas ou de ambos os sistemas. Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Baseando-se em trabalhos da literatura sobre as propriedades da bota de Unna e na experiência como estagiária do Ambulatório de Feridas na Clínica de Educação para a Saúde, localizada na Universidade Sagrado Coração, esse trabalho teve como objetivo avaliar a evolução da cicatrização com a utilização da bota de Unna associada com Ácido Graxo Essencial comparado ao uso da bota de Unna associada a Colagenase, em pacientes que apresentaram úlceras de estase venosa. Trata-se de um estudo descritivo, com acompanhamento dos indivíduos por até oito semanas. Após este acompanhamento, os pacientes que não tiveram a lesão totalmente cicatrizada foram encaminhados ao Ambulatório de Feridas para a continuidade do tratamento. Os pacientes que tiveram as feridas cicatrizadas receberam orientações de como manter a integridade cutânea, evitando o surgimento de novas lesões. Pode-se observar que somente um paciente permaneceu com dor durante toda a terapêutica e todos apresentaram diminuição do diâmetro das lesões, sendo que o grupo que utilizou a associação da Colagenase com a bota de Unna, teve uma redução significativa das lesões e melhora no aspecto cicatricial.

Palavras – chave: Úlceras venosas. Bota de Unna. Cicatrização. Ácido Graxo Essencial. Colagenase.

ABSTRACT

The venous ulcers are chronic wounds, located in the lower limbs. Resulting from the inability to maintain the balance between the arterial circulation that reaches the peripheral tissue of the lower limb and venous circulation of return to the right atrium. This chronic venous hypertension is current due to the incompetence of superficial venous valves, deep or both systems. The bandages are a form of treatment of skin wounds and their choice depends of the intrinsic and extrinsic factors. Based on studies of the literature on the properties of the boot of Unna and in the experience as trainee of the Clinic Wounds on Education for Health Clinical, located at Universidade Sagrado Coração, this study had the aim evaluate the progress of healing with the use of the Unna's boot associated with Enssential fatty acid compared to the use of the Unna's boot associated with Collagenase, in patients with venous stasis ulcers. It is a descriptive study, with details of the individuals for up to eight weeks. After this monitoring, patients who had not the injury fully healed were referred to the clinic of wounds for continuity of the treatment. The patients who the wounds healed received guidance as to maintain the integrity of the skin, avoiding the appearance of new lesions. It can be observed that only one patient remained in pain throughout the therapy and all showed a decrease of the diameter of the lesions, and the group that used the combination of Collagenase with the Unna's boot, had significant reduction of lesions and improves the healing aspect.

Keywords: Venous ulcers. Unna's boot. Healing. Enssential fatty acid. Collagenase.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1	Perfil dos pacientes portadores de úlceras venosas dos dois grupos segundo número de filhos e idade.....	19
Gráfico 2	Perfil do primeiro paciente portador de úlcera venosa segundo o tamanho da lesão, comprimento – largura onde utilizou-se Ácido Graxo Essencial.....	21
Gráfico 3	Perfil do segundo paciente portador de úlcera venosa de acordo com o tamanho da lesão, comprimento, largura e profundidade onde utilizou-se pomada Colagenase.....	23
Gráfico 4	Perfil do terceiro paciente portador de úlcera venosa segundo o tamanho das duas lesões (face interna e lateral) do membro inferior esquerdo, onde utilizou-se Ácido Graxo Essencial.....	25
Gráfico 5	Perfil do quarto paciente portador de úlcera venosa de acordo com o tamanho da lesão, comprimento – largura onde utilizou-se pomada Colagenase.....	27

Lista de Tabelas

Tabela 1	Caracterização da amostra dos pacientes portadores de úlceras venosas, dos dois grupos segundo gênero, estado civil e cor.....	18
Tabela 2	Caracterização da amostra dos pacientes portadores de úlceras venosas, dos dois grupos segundo tempo da lesão, dor, localização e tratamento.....	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PRODUTOS UTILIZADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS	14
2.1 Elaboração e aplicação do instrumento	15
2.1.1 Grupo bota/AGE	17
2.1.2 Grupo bota/Colagenase	17
2.2 Aspectos éticos	17
3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	18
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICES	32
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	33
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RES. CONEP 196/96)	34
APÊNDICE C – MANUAL PARA OS CUIDADOS COM A PELE APÓS A CICATRIZAÇÃO	35
ANEXOS	36
ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: PROTOCOLO 33/07	37

1 INTRODUÇÃO

As úlceras venosas são feridas crônicas, localizadas nos membros inferiores. Resultam de vários mecanismos potenciais de lesão tecidual. Em todos os casos, porém, é a hipertensão venosa crônica a causa principal do aparecimento destas úlceras (HERDY et al., 1997).

As veias que transportam o sangue de retorno ao membro inferior são diferenciadas em superficiais e profundas, sendo que o retorno venoso profundo é responsável por 90% do total (SALEH, 2006).

De acordo com Júnior (2003), as úlceras venosas resultam da incapacidade de manutenção do equilíbrio entre o fluxo arterial que chega ao tecido periférico do membro inferior e o fluxo venoso de retorno ao átrio direito. Esta hipertensão venosa crônica decorre da incompetência das válvulas venosas superficiais, profundas ou, ainda, de ambos os sistemas.

Na população mundial, a incidência de veias varicosas ou algum grau de insuficiência venosa superficial ou profunda dos membros inferiores é de 10 a 20%. A insuficiência venosa crônica acomete de 2 a 7% da população e a prevalência da maior complicação da insuficiência venosa crônica, a úlcera de estase venosa crônica, atinge de 0,5 a 2% da população (JÚNIOR, 2003).

As pessoas portadoras de insuficiência venosa crônica procuram os serviços de saúde em busca da cura para suas lesões. Em alguns casos essa procura é logo atendida, para outros, entretanto, o tratamento é longo com melhoras temporárias e recidivas freqüentes. A dor, a limitação física, a marginalização da vida social e afetiva, pioram o quadro clínico (PASSOS; LOPES; SILVEIRA, 2000).

Os curativos são uma forma de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos (FRANCO; GONÇALVES, 2007).

Cuzzel e Krasner (2003), apontam que existem hoje no mercado aproximadamente 2.500 itens que se destinam ao tratamento de feridas agudas e crônicas, desde a mais simples cobertura, soluções para higienização e anti-sepsia até os mais complexos tipos de curativos, que interferem de forma ativa nas diversas fases do processo cicatricial, dos vários tipos de feridas.

Dealey (2008), ressalta que os curativos efetivos são aqueles que conseguem manter o ambiente ideal para o processo de cicatrização e devem ter um efeito funcional.

Baseando-se nos achados da literatura sobre as propriedades da bota de Unna, que quando confeccionada pelo serviço de saúde com a união de óxido de zinco, glicerina, gelatina e solução fisiológica apresenta baixo custo. Na prática vivenciada como estagiária do Ambulatório de Feridas da Clínica de Educação para a Saúde (CEPS), localizada na Universidade Sagrado Coração pode-se observar a evolução da cicatrização com a utilização da bota de Unna.

Muitos fatores levam os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, a aproximarem-se da realidade dos pacientes, procurando, numa relação de troca, alternativas para atender as necessidades desta população. Profissionais e pacientes enfrentam mudanças na sociedade, refletindo nos aspectos psicológicos, espirituais e muitas vezes físicos. Frente a essas mudanças, há uma constante busca pelo bem-estar pessoal e social, ou seja, procura-se a qualidade de vida em todos os níveis.

Assim, pensando na qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas, buscou-se outras opções de coberturas com preço acessível à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma opção foi a Colagenase disponível aos portadores de feridas nas Unidades Básicas de Saúde. No Ambulatório de Feridas da CEPS, utiliza-se o Ácido Graxo Essencial (AGE), manipulado, com bons resultados por ter propriedades cicatrizantes, protetor de pele e poder ser utilizado em qualquer fase do processo de cicatrização.

Pensou-se então em comparar a evolução cicatricial dos portadores de úlceras venosas, com curativos semanais realizados com AGE e bota de Unna, comparado ao uso da bota de Unna associado a Colagenase, em pacientes que apresentam úlceras de estase venosa. Sendo os dois produtos indicados para cicatrização de lesões, será que existe melhor desempenho em determinado produto?

Para tanto, desenvolveu-se um estudo descritivo no Ambulatório de Feridas da Clínica de Educação para Saúde (CEPS), Madre Rosália Sosso, localizada nas dependências da USC, no endereço sito a Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, na

cidade de Bauru - São Paulo. Fundada em Agosto de 1983, tornando-se um campo de ensino, pesquisa e aprendizagem pela sua própria natureza.

O atendimento realizou-se de segunda-feira, no horário das 13h00min às 17h00min, nos meses agosto/outubro 2007, pela equipe multidisciplinar do Ambulatório composta por enfermeiros, clínico vascular e estagiários de Enfermagem. Dependendo a necessidade do paciente, este pode ser encaminhado para outras especialidades dentro da clínica, como, cardiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, etc, oferecendo a população assistida um trabalho dinâmico e integrado.

Este estudo teve como objetivo comparar o resultado do processo de cicatrização após aplicação da bota de Unna associada com AGE e a bota de Unna associada a Colagenase em pacientes que apresentaram úlceras venosas, observando diminuição do diâmetro, características das lesões e a dor do paciente e especificamente elaborar um manual para os cuidados com a pele após a cicatrização.

Considerando a relevância desse tema como um importante problema de saúde pública, visto que os pacientes portadores de feridas de perna apresentam problemas relacionados à auto-estima, sentem-se impotentes para a vida social e ficam temporária ou permanentemente impossibilitados para o trabalho em decorrência do tratamento (necessidade de repouso ou dor), justifica-se a importância desse trabalho.

2 PRODUTOS UTILIZADOS NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

As bandagens são utilizadas como uma opção para o controle clínico da hipertensão dos membros inferiores, visando auxiliar no processo de cicatrização das úlceras venosas. Existem dois sistemas básicos de compressão:

1. Sistema inelástico: constituído pelas bandagens de curto estiramento, que são recomendadas para pacientes que deambulam, que não exista edema no membro acometido, pois a compressão ocorre pelo processo de contração e relaxamento da panturrilha.

Nesse sistema encontramos a bota de Unna, que pode ser manipulada ou adquirida para pronto uso.

2. Sistema elástico: existem vários tipos de bandagens que propiciam a compressão contínua do membro. Na Europa e nos Estados Unidos são utilizados os sistemas de quatro camadas, que promovem a compressão por mais tempo. No Brasil, são mais utilizadas as faixas elásticas e as meias elásticas (MANDELBAUM, DI SANTIS & MANDELBAUM, 2003).

Segundo Figueiredo (2003), a bota de Unna foi desenvolvida pelo dermatologista alemão Paul Gerson Unna em 1896. Em sua composição há basicamente óxido de zinco, glicerina e gelatina. A bota de Unna exerce pressão durante o movimento de contração e relaxamento dos músculos da panturrilha, onde amplia desta forma a eficiência da “bomba venosa”.

Inicia-se a aplicação da bota de Unna pela base dos artemhos, sempre mantendo o pé e o calcanhar em ângulo reto. O enfaixamento é realizado, até aproximadamente, três cm abaixo do joelho. Apresenta flexibilidade, permitindo a deambulação, preservando o movimento dos pés. Pode ser mantida por até sete dias, a menos que haja desconforto, sinais de infecção e dormência dos dedos (AUN, 2003).

A Colagenase é uma enzima que atua na degradação do colágeno nativo, facilitando a lise dos tecidos necróticos e induzindo a granulação e cicatrização das lesões (BRASIL, 2007).

De acordo com Franco; Gonçalves (2007), a Colagenase é composta por clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas, age degradando o colágeno nativo da

ferida, sendo indicada em feridas com tecido desvitalizado, e contra-indicada em feridas com cicatrização por primeira intenção. Sua aplicação é simples, pois consiste na limpeza da ferida com Solução Fisiológica a 0,9% (S.F.) e aplicação de fina camada (2mm) na área. Faz-se a seguir a proteção com gaze úmida de contato e cobertura com gaze seca e fixação. A troca deve ser realizada a cada 24 horas e podem provocar hipersensibilidade a seus compostos (derivados bovinos, cloranfenicol) (MANDELBAUM, DI SANTIS & MANDELBAUM, 2003).

Os Ácidos Graxos Essenciais (AGE) promovem a quimiotaxia e a angiogênese, mantém o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual. Atuam sobre a membrana celular aumentando sua permeabilidade, facilitando a entrada de fatores de crescimento promovendo a mitose e a proliferação celular. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local. (FRANCO; GONÇALVES, 2007; MANDELBAUM, DI SANTIS & MANDELBAUM, 2003).

Segundo Mandelbaum (2003), o óleo vegetal é composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja. Pode ser usado em qualquer fase da cicatrização onde auxilia no debridamento, remoção de exsudato e tecido desvitalizado. Previne a formação de úlcera de pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção. Pode provocar hipersensibilidade. Para realizar o curativo devemos espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca. Ocluir com cobertura secundária estéril de gaze e fixar. Periodicidade de troca sempre que o curativo secundário estiver saturado ou, no máximo, a cada 24 horas.

2.1 Elaboração e aplicação do instrumento

O presente trabalho foi desenvolvido com portadores de úlceras venosas que compareceram a CEPS para consulta com o clínico vascular nos meses de agosto a outubro de 2007, de ambos os sexos, com diferentes idades, cujo diagnóstico médico foi de úlcera de estase venosa, indicando a necessidade de acompanhamento para

curativos. Os pacientes estudados deveriam residir no município de Bauru e foram acompanhados até a alta ou no máximo por oito semanas.

O estudo foi realizado em dois grupos denominados grupo Bota/AGE e grupo Bota/Colagenase. Os sujeitos que fizeram parte do projeto foram atendidos mediante sorteio para definição do grupo iniciado e assim, foram alternados até o final do período de coleta dos dados, onde pacientes receberam curativo de AGE e bota de Unna, com troca semanal pelo pesquisador. O outro grupo de pacientes fez uso da pomada a base de Colagenase e bota de Unna, também com troca semanal pelo pesquisador, após assinarem o termo de consentimento (Apêndice A e B).

Embora acompanhados por oito semanas, houve a descrição dos casos no primeiro, quarto e oitavo atendimentos, com medição da lesão, verificação da dor, aspecto da lesão e controle da hipertensão arterial. Segundo Rodrigues (2007), a mensuração de feridas deve ser efetuada de 2/2 ou de 4/4 semanas. A medida da lesão foi obtida colocando-se um plástico filme em cima da mesma, desenhando a lesão com caneta de retroprojeter, transcrevendo para o prontuário do paciente, podendo assim medir seu maior comprimento e diâmetro, além de poder auxiliar visualmente o aspecto do tamanho, inclusive pelo paciente.

De acordo com Maria (2003), para um acompanhamento preciso e conclusivo, um dos parâmetros que deve ser observado é o dimensionamento da lesão. Algumas técnicas podem ser utilizadas para esse fim, como a medida linear de comprimento e largura, daí chegando-se à área da lesão, ou ainda, o diâmetro, quando o formato desta for circular. Estes dois métodos são direcionados às feridas planas e não são muito precisos, uma vez que, no decorrer da evolução cicatricial, a ferida pode mudar seu formato. O método de maior precisão para o dimensionamento das feridas planas é o mapeamento dos contornos da lesão, porque permite a documentação visual da evolução cicatricial, possibilitando até a aferição da área linear.

Quanto à dor, os pacientes foram questionados se sentiam ou não dor e se essa era maior ou menor do que a semana anterior.

Eram questionados sobre o efetivo controle da pressão arterial, como também se estavam fazendo uso adequadamente das medicações anti-hipertensivas.

2.1.1 Grupo bota/AGE

* Realizado curativo, efetuando a anti-sepsia com gaze e SF 0,9%, cobrindo o leito da ferida com gaze impregnada com Ácido Graxo Essencial (AGE), fixando a bota de Unna e enfaixando o membro com atadura de crepe, do pé até a panturrilha, da parte distal para a proximal.

* Os pacientes foram orientados a permanecer com a bota de Unna por sete dias, não molhar o local, sempre trocando a atadura de crepe ou curativo secundário, se este estivesse molhado por secreção e a não retirar a bota de Unna, evitando o edema para futura colocação e risco de contaminação durante o banho.

2.1.2 Grupo bota/Colagenase

* Realizado curativo, efetuando a anti-sepsia com gaze e SF 0,9%. Com uma espátula estéril foi colocada pomada a base de Colagenase no leito da ferida. Foi coberto com gaze, fixando a bota de Unna e enfaixando o membro com atadura de crepe, do pé até a panturrilha, da parte distal para a proximal.

* Os pacientes foram orientados a permanecer com a bota de Unna por sete dias, não molhar o local, sempre trocando a atadura de crepe ou curativo secundário, se este estivesse molhado por secreção e a não retirar a bota de Unna, evitando o edema para futura colocação e risco de contaminação durante o banho.

Os pacientes foram orientados quanto à importância do repouso, sempre mantendo o membro elevado acima da linha do coração (TIAGO, 1996).

2.2 Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração – USC, aprovado em 06/06/2007, sob nº 33/07 (Anexo A). Este estudo irá garantir aos pacientes o sigilo e anonimato, assegurado pelo consentimento informado, que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa (Apêndice A e B).

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após acompanhamento por oito semanas, os pacientes que não tiveram a lesão totalmente cicatrizada foram encaminhados ao Ambulatório de Feridas para seqüência do tratamento. Os pacientes que cicatrizaram receberam orientações de como manter a integridade cutânea para evitar o surgimento de novas lesões (Apêndice C).

TABELA 1 - Caracterização da amostra dos pacientes portadores de úlceras venosas, dos dois grupos segundo gênero, estado civil e cor.

Pacientes	Sexo		Estado civil		Cor	
	Masc	Fem	Com parceiro	Sem parceiro	Branco	Negro
	40,00%	60,00%	80,00%	20,00%	40,00%	60,00%
TOTAL	100,00%		100,00%		100,00%	

Dos pacientes tratados em relação ao gênero, 60% era do sexo feminino e 40% do sexo masculino, conforme descrito por Martins; Souza (2007), a maior incidência de úlcera venosa é em pessoas do sexo feminino 75% e 25% pertencem ao sexo masculino. A úlcera venosa atinge mais o sexo feminino devido a dois principais fatores como a gravidez e os hormônios. De acordo com Rittes (1996), 70% dos pacientes portadores de úlcera venosa são realmente do sexo feminino enquanto 30% são do sexo masculino.

Especificamente nos pacientes tratados no ambulatório de feridas da USC, constata-se uma melhora mais rápida para os clientes que viviam com um com parceiro do que para aqueles que viviam sem parceiro, o que se revela nos resultados encontrados (Comunicação pessoal).

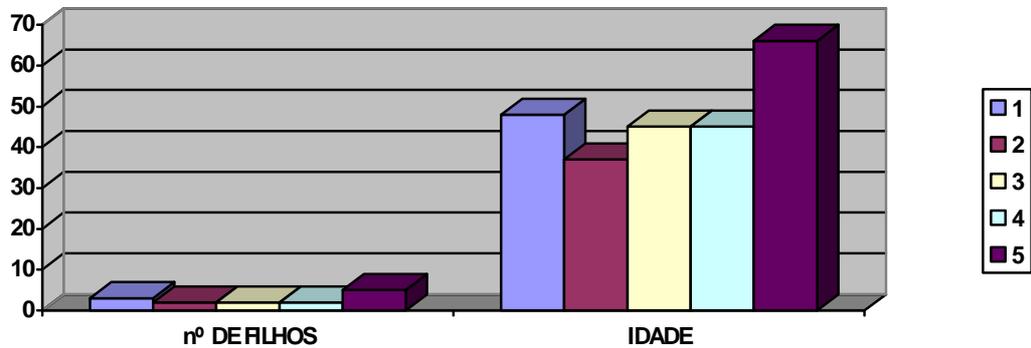


Gráfico 1 – Perfil dos pacientes portadores de úlceras venosas dos dois grupos segundo número de filhos e idade.

Quanto à idade, a menor idade encontrada foi de 37 anos e a maior 66 anos. Rittes (1996), aponta uma maior ocorrência para úlceras em pessoas com faixa etária entre 50 e 87 anos. A idade mostra-se um fator dificultador para cicatrização de feridas. Segundo Tudook.com (2008), com o avanço da idade, a resposta inflamatória diminui, reduzindo o metabolismo colágeno, a angiogênese e a epitelização, especialmente se associada às condições que freqüentemente acompanham a senilidade como a má nutrição, insuficiência vascular e doenças sistêmicas. De acordo com Fernandes (2008), quanto mais idoso, menos flexíveis são os tecidos, existe diminuição progressiva do colágeno.

Tabela 2 - Caracterização da amostra dos pacientes portadores de úlceras venosas, dos dois grupos segundo tempo da lesão, dor, localização e tratamento.

PACIENTES	TEMPO DA LESÃO	DOR	LOCALIZAÇÃO	TRATAMENTO	
				Anterior	Atual
1º. Paciente	08 anos	Presente	MID	SIM	AGE
2º. Paciente	06 meses	Presente	MID	SIM	Colagenase
3º. Paciente	08 meses	Presente	MIE	SIM	AGE
4º. Paciente	01 ano	Presente	MIE	SIM	Colagenase

Os resultados apontaram que o tempo em relação à existência da ferida, ficou entre 6 meses a 8 anos. No estudo de Rittes (1996), 40% apresentavam úlceras com tempo de evolução inferior a 2 anos, 30% entre 2 e 5 anos, 30% há mais de 5 anos. Segundo Martins; Souza (2007), o tempo médio da ferida é de 10 anos e que as mesmas possuem tecido de granulação, porém não epitelizam.

No primeiro atendimento todos os pacientes queixavam-se de dor, mas apenas um paciente apresentou dor durante todo o tratamento, a explicação realizada por Campos (2003), é devido à presença de infecções secundárias, pacientes hipertensos, com a hipertensão não controlada o que justifica a dor desta paciente ser tão intensa e sem melhora. O paciente portador de úlcera venosa apresenta dor nas pernas (pernas pesadas, cansadas), edema, coceira nas áreas de inflamação da pele. De acordo com Luz (2008), as úlceras em geral são pouco dolorosas, e demoram muito para cicatrizar.

Quanto à localização das feridas, 50% foi em membro inferior direito (MID) e 50% em membro inferior esquerdo (MIE), diferente do encontrado por Martins; Souza (2007), onde 54,54% das feridas encontram-se localizadas na perna direita. Segundo Martins; Souza (2007), as úlceras se iniciam de forma espontânea ou traumática, em tamanho e profundidade variáveis e sua cura e recidivas são freqüentes. Geralmente aparecem no terço distal da face medial da perna, próximas ao maléolo medial. De acordo com Luz (2008), localizam-se preferencialmente sobre os ossos dos tornozelos e costumam surgir após leves traumatismos, forma-se uma pequena ferida que não cicatriza e vai gradativamente aumentando de tamanho.

PRIMEIRO PACIENTE

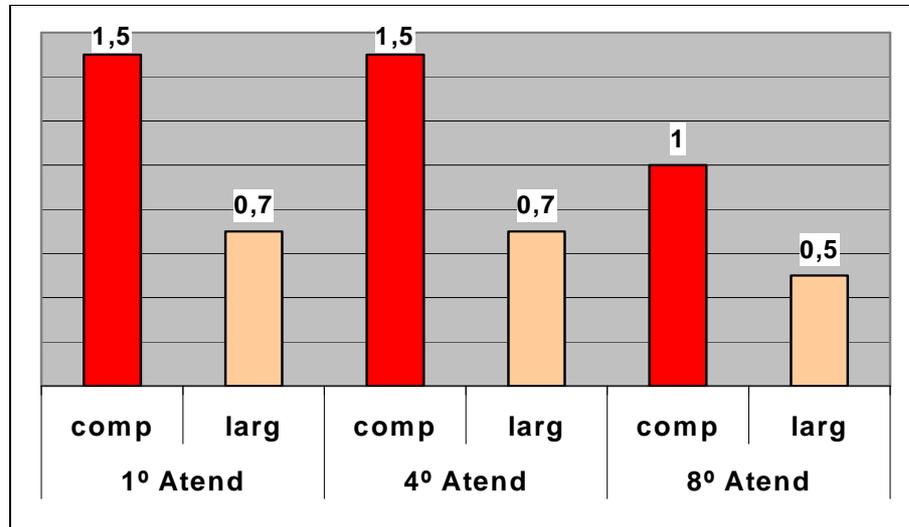


Gráfico 2 – Perfil do primeiro paciente portador de úlcera venosa segundo o tamanho da lesão, comprimento – largura onde utilizou-se Ácido Graxo Essencial.

1º atendimento: paciente admitido no Ambulatório de Feridas para realização de curativo em membro inferior direito (MID). Apresenta ferida superficial e coloração marrom escura. Relata muita algia. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação de todo o membro com AGE, ocluído com gaze impregnado com AGE e colocado bota de Unna. Diâmetro da ferida: 1,5cm comprimento por 0,7cm largura. Orientado quanto à importância do repouso, não molhar o curativo e realizar troca de curativo secundário sempre que apresentar muito exsudato. Retorno em 1 semana.

4º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para a realização de curativo em MID, lesão com bom aspecto de cicatrização, toda granulada. Continua queixando-se de dor. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação em todo o membro com AGE e ocluído com gaze impregnado com AGE e bota de Unna. Diâmetro da ferida: 1,5cm comprimento por 0,7cm largura. Orientado quanto à importância do

repouso, não molhar o curativo e realizar troca de curativo secundário sempre que apresentar muito exsudato. Retorno em 1 semana.

8º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para a realização de curativo em MID, lesão com ótimo aspecto de cicatrização, porém a dor não melhora. Relata fazer repouso em períodos alternados, com membros inferiores elevados acima da linha do coração. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação em todo o membro com AGE e colocado gaze com AGE na lesão e bota de Unna. Medicado com Piroxicam 01 ampola intramuscular ao dia por cinco dias. Diâmetro da ferida: 1,0cm comprimento por 0,5cm largura. Orientado quanto à importância do repouso, não molhar o curativo e realizar troca de curativo secundário sempre que apresentar muito exsudato. Retorno em 1 semana para o Ambulatório de Feridas.

Este paciente teve a diminuição do diâmetro de sua lesão apenas no oitavo atendimento onde o comprimento diminuiu 0,5cm, enquanto a largura 0,2cm.

O paciente retornou por mais duas semanas, com dificuldade em controlar a pressão arterial e queixa de algia intensa. Avaliado pelo clínico vascular, e após discussão da equipe com o paciente, optou-se pela internação para tratamento clínico.

SEGUNDO PACIENTE

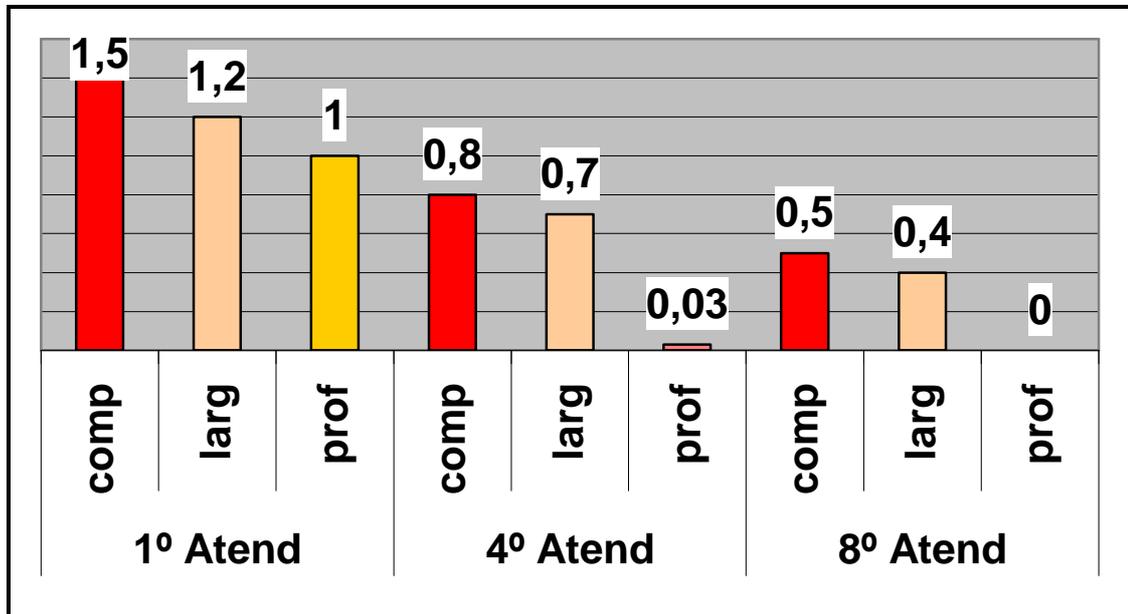


Gráfico 3 – Perfil do segundo paciente portador de úlcera venosa de acordo com o tamanho da lesão, comprimento, largura e profundidade onde utilizou-se pomada Colagenase.

1º atendimento: paciente admitido no Ambulatório de Feridas para realização de curativo em MID. Diâmetro da ferida: lesão com profundidade de 1cm, 1,5cm comprimento por 1,2cm largura. Odor fétido, coloração marrom escura e presença de muita fibrina. Refere muita algia. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação em todo o membro com AGE, colocado Colagenase na ferida, ocluído com gaze e bota de Unna. Orientado a não molhar o curativo, realizar troca de curativo secundário quando apresentar muito exsudato, fazer repouso no mínimo 15 minutos a cada 2 horas com os membros inferiores (MMII) elevados acima da linha do coração. Não retirar a bota de Unna, no período de sete dias. Retorno em 1 semana.

4º atendimento: paciente compareceu no Ambulatório para a realização de curativo em MID, lesão pouco exsudativa, de cor amarelo escura na gaze. Diâmetro da ferida: lesão com profundidade de 0,3cm, 0,8cm comprimento por 0,7cm largura. Relata que não sente mais dor na lesão, colocado Colagenase na lesão, ocluído com gaze e

bota de Unna. Orientado a não molhar o curativo, realizar troca de curativo secundário quando apresentar muito exsudato, fazer repouso no mínimo 15 minutos a cada 2 horas com os MMII elevados acima da linha do coração. Não retirar a bota de Unna, no período de sete dias. Retorno em 1 semana.

8º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para realização de curativo em MID. Lesão em bom estado, porém com processo lento de cicatrização. Diâmetro da ferida: lesão superficial, 0,5cm comprimento por 0,4cm largura. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação ao redor com AGE, passado Dexametasona nas regiões pruriginosas. Colocado Colagenase na lesão, ocluído com gaze e bota de Unna. Orientado a não molhar o curativo, realizar troca de curativo secundário quando apresentar muito exsudato, fazer repouso no mínimo 15 minutos a cada 2 horas com os MMII elevados acima da linha do coração. Não retirar a bota de Unna, no período de sete dias. Retorno em 1 semana.

Em relação à diminuição do diâmetro da lesão, da primeira para a quarta semana, o comprimento foi de 0,7cm, largura 0,5cm e profundidade 0,07mm. Porém da quarta para a oitava semana a lesão evoluiu muito bem, pois o comprimento diminuiu 0,3cm, largura 0,3cm e a ferida passou a ser superficial. O paciente continuou o tratamento no Ambulatório até a alta que foi em seis semanas.

TERCEIRO PACIENTE – duas feridas. Nesse caso considerou-se duas lesões, onde realizou-se curativo com AGE em ambas.

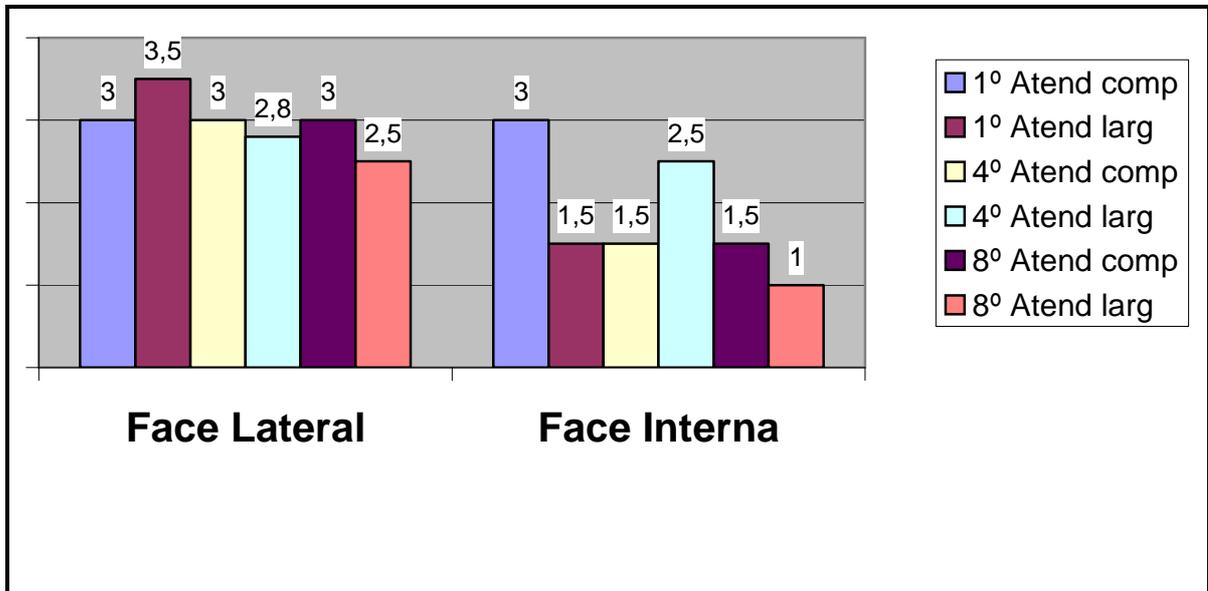


Gráfico 4 – Perfil do terceiro paciente portador de úlcera venosa segundo o tamanho das duas lesões (face interna e lateral) do membro inferior esquerdo, onde utilizou-se Ácido Graxo Essencial.

1º atendimento: paciente admitido no Ambulatório de Feridas para a realização de curativo em membro inferior esquerdo (MIE). Há presença de duas lesões superficiais.

Lesão 1 - face lateral mede 3,0cm comprimento por 3,5cm largura.

Lesão 2 - face interna em MIE mede 3,0cm comprimento por 1,5cm largura.

As duas lesões são superficiais, com bastante fibrina e drenagem de líquido extracelular. Paciente relata muita algia. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratação de todo o membro com AGE, ocluído com gaze impregnado com AGE e bota de Unna. Orientado sobre a importância do repouso, não molhar e realizar a troca de curativo secundário quando apresentar muito exsudato. Não retirar a bota de Unna para evitar edema em futura colocação. Retorno em 1 semana.

4º atendimento: paciente compareceu no Ambulatório para a realização de curativo em MIE, apresentando 2 lesões.

Lesão 1- face lateral medindo 3,0cm comprimento por 2,8cm largura.

Lesão 2- face interna medindo 1,5cm comprimento por 2,5cm largura.

Ambas apresentam ótima evolução na cicatrização. Foi retirada bota de Unna contendo grande quantidade de secreção esverdeada, pois só foi realizado troca de curativo secundário uma vez durante a semana. Paciente relata que não sente mais dor. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratado o membro com AGE e ocluído com gaze impregnado com AGE e bota de Unna. Orientado a não molhar, fazer a troca de curativo secundário mais vezes durante a semana e continuar fazendo repouso. Retorno em 1 semana.

8º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para a realização de curativo em MIE, nega algia e prurido durante a semana.

Lesão 1 - face lateral está medindo 3,0cm comprimento por 2,5cm largura.

Lesão 2 - face interna 1,5cm comprimento por 1,0cm largura.

Ambas apresentando ótima evolução. Realizado limpeza com SF 0,9 %, hidratado com AGE, ocluído com gaze impregnado com AGE e bota de Unna. Orientado a continuar repouso, não molhar e realizar a troca de curativo secundário. Retorno em 1 semana.

A lesão de face lateral em relação ao comprimento se manteve durante as oito semanas. Enquanto a largura da primeira para a quarta semana diminuiu 0,7cm e da quarta para a oitava semana diminuiu 0,3cm.

Quanto a lesão de face interna o comprimento da primeira para a quarta semana diminuiu 1,5cm, e se manteve da quarta para a oitava semana. Em relação a largura da primeira para a quarta semana aumentou 1,0cm e da quarta para a oitava semana diminuiu 1,5cm. O paciente continuou o tratamento no ambulatório até a alta.

QUARTO PACIENTE

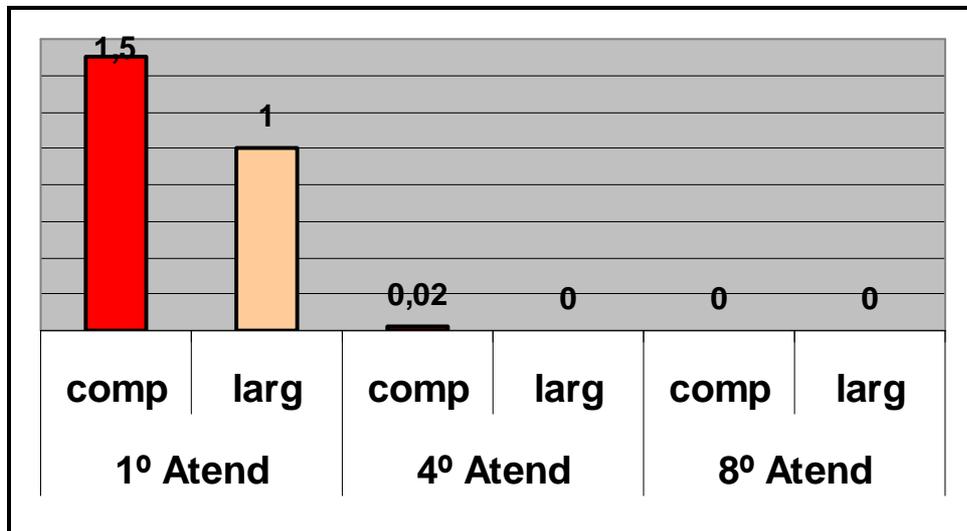


Gráfico 5 – Perfil do quarto paciente portador de úlcera venosa de acordo com o tamanho da lesão, comprimento – largura onde utilizou-se pomada Colagenase.

1º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório de Feridas para a realização de curativo em MIE. Lesão medindo aproximadamente 1,5cm comprimento por 1cm largura. Lesão superficial com bastante fibrina, pele ressecada e com pontos de prurido. Relata muita algia. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratado com Dexametasona, colocado Colagenase na lesão e bota de Unna. Orientado a não molhar o curativo, realizar troca de curativo secundário quando apresentar exsudato, realizar repouso a cada 2 horas no mínimo por 15 minutos com os MMII elevados acima da linha do coração. Realizar hidratação em MID, pois a pele está muito ressecada. Retorno em 1 semana.

4º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para a realização de curativo em MIE. Lesão com ótimo aspecto de cicatrização, apresentando 03 pontos para ocorrer a cicatrização total da lesão, medindo aproximadamente 0,02mm. Nega algia. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratado toda a perna com AGE, pois está descamando bastante, realizado debridamento mecânico. Colocado Colagenase na

lesão e bota de Unna. Orientado a não molhar, realizar a troca de curativo secundário quando apresentar exsudato continuar fazendo repouso. Retorno em 1 semana.

5º atendimento: paciente compareceu ao Ambulatório para a realização de curativo em MIE. Retirado a bota de Unna e a lesão está totalmente cicatrizada. Realizado limpeza com SF 0,9%, hidratado toda a perna com AGE, colado gaze impregnado com AGE e bota de Unna, pois o paciente não tem a receita de meia-elástica. Este curativo foi realizado a fim de prevenir nova lesão. Retorno na próxima semana apenas para retirar a receita da meia-elástica com o clínico vascular.

O diâmetro da lesão diminuiu da primeira para a quarta semana em relação ao comprimento e largura de 1,5x1,0 para 0,02mm, ou seja, a cicatrização foi excelente.

O paciente retornou após uma semana ao Ambulatório, retirado bota de Unna, lesão totalmente cicatrizada. Foi entregue a receita da meia-elástica prescrita pelo clínico vascular, e recebeu o Manual para os cuidados com a pele após a cicatrização. (Apêndice C).

CONCLUSÃO

- Após o acompanhamento por oito semanas, os pacientes que não tiveram a lesão totalmente cicatrizada foram encaminhados ao Ambulatório de Feridas para a continuidade do tratamento, ficando os profissionais livres para escolha de outros produtos que julgassem necessários naquele momento.
- Os pacientes que tiveram as feridas cicatrizadas receberam orientações de como manter a integridade cutânea, evitando o surgimento de novas lesões.
- Observou-se que somente um paciente permaneceu com dor durante toda a terapêutica.
- Todos apresentaram diminuição do diâmetro das lesões.
- O grupo que utilizou a associação da Colagenase com a bota de Unna, teve uma redução significativa das lesões e melhora no aspecto cicatricial, comparado com o grupo que utilizou a associação de AGE com bota de Unna.
- Observou-se que sem um efetivo controle da hipertensão arterial, a dor e a evolução da cicatrização não acontece efetivamente. Encontrou-se um grupo que se manifestou melhor frente ao uso da Colagenase, porém se a pressão arterial não estivesse controlada, será que esse grupo apresentaria o mesmo comportamento? Mais estudos são necessários nessa temática, para responder esse questionamento.

REFERÊNCIAS

AUN, R. **Úlcera de estase**. p. 1-3, jul. 2003. Disponível em:

<<http://www.rrferidas.com/materia.asp?idmateria=14>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

BRASIL, 2007. Instituto Butantã. Disponível em: <<http://www2.cristalia.com.br>>. Acesso em: 04 abr. 2007.

CAMPOS, S. D. **Dermatologia/Pele**: úlcera de perna. Disponível em:

<<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/3966>>. Acesso em: 19 set. 2008.

Carlos Rodrigues. Disponível em: <<http://enfermagem-fer.blogspot.com/search?q=06/05/2007>>. Acesso em: 14 set. 2008.

Cuzzel J, Krasner D. Curativos. In: GOGIA P. **Feridas - tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter , 2003 . p. 103-114.

Dealey C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 2008.

FERNANDES, L. R. A. **Fisiologia da cicatrização**: feridas e curativos. Disponível em: <http://www.unimes.br/aulas/MEDICINA/Aulas2005/1ano/Procedimentos_basicos_em_medicina/feridas_e_curativos.html>. Acesso em: 19 set. 2008.

FIGUEIREDO, M. Úlcera Varicosa. **Angiologia e Cirurgia Vascul**: guia ilustrado. Maceió, p. 1-10, maio 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

FRANCO, D; GONÇALVES, L. F. Feridas Cutâneas: A escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 35, n. 3, p. 203-206, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.cbc.org.br/upload/pdf/revista/05062008%20-%2012.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2008.

HERDY, C. D. D. C. et al. Ação da pentoxifilina na cicatrização das úlceras de estase um estudo clínico-comparativo. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v.71, n. 4, p. 157-61, jul./ago. 1997.

JÚNIOR, N. D. B. Insuficiência venosa crônica. **Angiologia e Cirurgia Vascular: guia ilustrado**. Maceió, p. 1-7, maio 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

LUZ, F. **Doenças da Pele: úlcera venosa ou úlcera de estase**. Disponível em: <http://www.dermatologia.net/neo/base/doencas/ulceras_venosas.htm>. Acesso em: 19 set. 2008.

MANDELBAUM, S. H; SANTIS, E. P. D; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: Conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte II. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 78, n. 5, p. 525-542, set./out .2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17545.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2008.

MARIA, R. Tratamento de feridas – Kit Educacional Johnson&Johnson Wound Management – ETHICON. Avaliação das feridas. (13 de novembro, 2003).

MARTINS, D. A; SOUZA, A. M. D. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogitare Enferm**, v.12, n.3, p. 353-7, jul/set 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/10032/6891>>. Acesso em: 19 set. 2008.

PASSOS, L. M. S; LOPES, C. F.; SILVEIRA, M. A. **Utilização da Bota de Unna em pacientes portadores de úlcera venosa crônica**.

RITTES, P. F. D. A. G. Úlceras de estase dos membros inferiores: uma nova abordagem terapêutica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 295-297, jul./ago. 1996. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=1066>. Acesso em: 19 set. 2008.

TIAGO, F. Tratamento de úlceras de estase venosa com Bota de Unna e carvão ativado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 215-224, abr./jun. 1996.

TUHOOK.COM. **Prevenção e tratamento de feridas**. Disponível em: <http://www.tudook.com/saude/prevencao_e_tratamento_de_feridas.html>. Acesso em: 19 set. 2008.

ÚLCERA de perna de origem venosa. Disponível em: <<http://www.saleh.com.br/veias/ulceras>>. Acesso em: 25 jan. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: **Comparação da utilização da bota de Unna associada ao AGE e Colagenase em pacientes com úlceras de estase venosa.**

A pesquisa será desenvolvida no Ambulatório de Feridas da Clínica de Educação para a Saúde Madre Rosália Sosso, localizada nas dependências da USC, no endereço sito a Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, na cidade de Bauru – São Paulo.

Será realizado curativo em pacientes portadores de úlcera venosa, que após consulta com o clínico vascular, será indicado o uso da bota. Não haverá risco algum referente à participação na pesquisa e não terá custos e pagamentos associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos. Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Declaro que efetuei a leitura, aceito e concordo com o acima exposto.

Assinatura do participante da pesquisa:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a)....., acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:.....

Bauru, ____ de _____ de 2007.

**APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RES. CONEP 196/96).**

Título do Projeto: **Comparação da utilização da bota de Unna associada ao AGE e Colagenase em pacientes com úlceras de estase venosa.**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,.....RG....., residente na Rua.....n, na cidade de Bauru, abaixo assinado, expresso o meu total consentimento para que seja utilizada toda informação por mim fornecida neste tratamento, bem como as informações que constam nos documentos pertencentes ao meu prontuário ou no prontuário da pessoa sobre a qual estou dando informações. Aceito participar, como voluntária (o), no estudo acima citado, desenvolvido no Ambulatório de Feridas da Clínica de Educação para a Saúde Madre Rosália Sosso, localizada nas dependências da USC, no endereço sito a Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, na cidade de Bauru – São Paulo. Declaro que este consentimento foi-me entregue para leitura e depois, lido e esclarecido pela pesquisadora envolvida no trabalho. Autorizo ainda, a divulgação dos resultados para que mais pacientes possam usufruir de um tratamento de qualidade, mantendo sempre minha identidade em anonimato.

A) Fui informada (o) que serei atendida (o) nesse serviço, independentemente de participar do trabalho em questão e que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem prejuízo aos cuidados com meu curativo.

B) Fui informada (o) que minha participação nesse estudo é inteiramente voluntária.

C) Fui informada (o) que para participar dessa pesquisa, devo ser portador de úlcera venosa, após diagnóstico do clínico vascular e ser residente na cidade de Bauru.

D) Fui informada (o) que o estudo será realizado em dois grupos denominados grupo Bota/AGE e grupo Bota/Colagenase, onde os sujeitos serão definidos por sorteio.

E) Fui informada (o) que os participantes do grupo Bota/AGE, irão receber curativo convencional, aplicação de AGE na lesão e bota de Unna, com troca semanal pelo pesquisador. O grupo Bota/Colagenase aplicação da pomada a base de Colagenase na lesão e bota de Unna com troca semanal pelo pesquisador.

F) Fui informada (o) que não haverá risco algum referente à participação na pesquisa e não terá custos e pagamentos associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

G) Fui informada (o) que a minha participação não será remunerada e que os resultados obtidos serão utilizados apenas cientificamente.

Bauru, ___ de _____ de 2007.

NOME:..... Assinatura:.....

Certifico que respondi todas as questões que me foram feitas, testemunhando sua assinatura.

Pesquisadora: Michele Patrícia Gasparoto.

Assinatura:.....

APÊNDICE C— MANUAL PARA OS CUIDADOS COM A PELE APÓS A CICATRIZAÇÃO.

- Elevação dos membros inferiores, elevando-se 15 a 20 cm dos pés da cama;
- A cada 02 horas, realizar repouso com as pernas elevadas acima da linha do coração, durante 15 a 20 minutos;
- Repouso;
- A movimentação de pernas e pés é muito importante, pois o simples movimento de contração dos membros inferiores ajuda o sangue a fluir perna acima;
- Usar meia-elástica, onde deve ser calçada ao acordar antes de sair da cama, e retirar na hora de dormir;
- Manter extremidades aquecidas;
- Avisar sempre que notar o aparecimento de bolhas, cortes e arranhões;
- Não andar descalço;
- Usar meias macias, sem costuras e de algodão;
- Comprar sapatos no final do dia, pois os pés estão mais inchados;
- Não utilizar sapatos apertados ou largos e sandálias com tiras entre os dedos;
- Sapatos novos não devem ser usados por mais de 02 horas;
- Lavar os pés com água morna e sabão neutro, evitando fricção na hora de secar;
- Hidratação diária dos membros inferiores, exceto entre os dedos;
- Examinar os membros inferiores todos os dias, utilizar um espelho para inspecionar os pés;
- Cuidado para caminhar evitando traumas;
- Não utilizar medicamentos ou produtos por conta própria.

ANEXOS

ANEXO A — COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo nº 33/07

**PRPPG**Pró-reitoria
de Pesquisa e
Pós-graduação

Título do Projeto: “Comparação da utilização da bota de Unna associada ao AGE e Colagenase em pacientes com úlceras de estase venosa”

Pesquisador (a) Responsável: Prof.^a Ms. Márcia Aparecida Nuevo Gatti

Comitê de Ética:

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 06/06/2007

Assinatura do Presidente:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marcos da Cunha Lopes Virmond', is written over a light grey background.

Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond