

TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE ESTASE VENOSA COM BOTA DE UNNA E CARVÃO ATIVADO

TREATMENT OF VENOUS STASIS ULCERS WITH UNNA'S BOOT AND ACTIVATED COAL

Francisco Tiago¹

RESUMO: Neste trabalho descreve-se os resultados obtidos no tratamento das úlceras de estase venosa utilizando bota de unna mais curativo de carvão ativado e prata, em 47 pacientes com idade entre 30 e 80 anos. O tempo de tratamento variou de 2 a 16 semanas, a frequência média das trocas dos curativos foi a cada 6 dias. Dos 47 pacientes, 87% tiveram suas feridas cicatrizadas, 8,5% não obtiveram sucesso e 4,5% abandonaram o tratamento. As principais vantagens observadas foram: redução do número de curativos, economia para o serviço de saúde e pacientes, facilidade da aplicação do tratamento.

UNITERMOS: Úlcera de Estase Venosa - Carvão ativado mais prata e bota de unna.

INTRODUÇÃO

Existe um grande desafio frente ao qual alguns profissionais da área de saúde, principalmente os de enfermagem, deparam-se diariamente: a assistência aos indivíduos com feridas de várias etiologias e em diversos estágios de evolução.

Os seres vivos desenvolveram um processo fundamental para preservar a vida que é o fenômeno da cicatrização. Este é constituído por uma série de eventos bioquímicos e celulares bem ordenados, influenciados, favorável ou desfavoravelmente, por muitos fatores¹, internos e externos, que podem influenciar a reparação tecidual, particularmente a vascularização adequada. Talvez este seja o pré-requisito mais importante, pois, sem uma irrigação sanguínea eficiente, a cicatrização retarda-se ou não ocorre completamente.

Muitas feridas crônicas, portanto, são resultado de uma circulação deficiente, o que leva à deterioração dos tecidos subjacentes. Exemplos de cicatrização difícil nas feridas crônicas são a úlcera de pressão e úlcera por estase venosa.(UEV)

¹ Técnico de Enfermagem do Centro de Saúde Escola da USP de Ribeirão Preto. SP.

A respeito desta última, Lucas apresenta a seguinte definição:

“As úlceras de estase venosa ou úlceras varicosas são feridas ulcerativas provocadas pela deficiência circulatória causada geralmente por varizes, tortuosidade vascular dos membros inferiores, ocasionando edema, dor, e às vezes podem causar trombose.

Desde a Antigüidade, o tratamento de feridas passou por muitas fases. No século XX, até a década de 60, houve um avanço lento na pesquisa e desenvolvimento de produtos para o cuidado com ferimentos. A partir dos anos 70, o objetivo e a função dos procedimentos para curativos começaram a se destacar e conseqüentemente foram fabricados produtos para cumprir estas funções, o que acelerou a velocidade e efetividade do tratamento das feridas⁶.

Em muitos pacientes, a resposta automática de reparo da perda tecidual não é eficiente a ponto de limpar a ferida, erradicando as bactérias e promovendo a cicatrização⁵. Nesses casos, antibióticos e outros agentes antimicrobianos são utilizados no sentido de prevenir a contaminação bacteriana em feridas. No entanto, chegou-se à conclusão de que certos agentes retardam o processo de cicatrização⁸.

“Constituem sério problema médico e sócio-econômico tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos, levando os indivíduos portadores desta enfermidade a perambular durante anos a procura de tratamento curativo. No Brasil estima-se que 3% da população tenha úlceras.”

O tratamento de ferida, no Brasil, muda conforme o local da assistência, ou seja, em hospitais, centros de saúde, unidades básicas ou até em farmácias. O procedimento varia de acordo com a prescrição médica e com os tipos de curativos disponíveis. Existem certos materiais e procedimentos padronizados, como a utilização de pomadas de antibiótico¹⁴, de açúcar nas feridas infectadas⁵, de papaína⁸, de própolis², de plantas e o uso de gaze e fita adesiva na cobertura de feridas.

Nas unidades básicas de saúde do Distrito do Sumarezinho, na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, no local de trabalho do autor desse estudo, este procedimento era realizado também de forma tradicional. O atendimento aos pacientes em sistema de ambulatório contava com duas salas de curativos (asséptico e séptico), com média de 600 procedimentos mensais. Estes pacientes eram encaminhadas por profissionais médicos da própria unidade ou de outras unidades básicas de saúde e hospitais da cidade, e também havia muita procura por indicação de outros pacientes, constituindo-se na demanda espontânea.

Até o ano de 1989, os pacientes que necessitavam de curativos e

procuravam o local de trabalho do autor, eram atendidos pela enfermagem e utilizava-se o seguinte procedimento:

1. Realização de antisepsia com Polivinilpirrolidona Tópico (PVP-I)³ e (Solução fisiológica ou água e sabão);
2. Aplicação de açúcar e pomada de neomicina;
3. Oclusão da ferida com gaze (curativo secundário);
4. Enfaixamento com ataduras crepe;
5. Fixação dos curativos com esparadrapo e fitas hipoalérgicas.

Obs. Os curativos eram trocados diariamente. Os pacientes que necessitavam desta assistência deslocavam-se de suas residências até uma Unidade de Saúde, aguardavam na fila por mais ou menos uma hora para receberem este cuidado. Estas pessoas se locomoviam com maior ou menor dificuldade dependendo das suas condições econômicas: de ônibus, veículos próprios ou de parentes e/ou andando.

Durante os finais de semana, as Unidades de Saúde em sua maioria não funcionavam e estes pacientes executavam os cuidados em suas próprias residências. Os portadores de úlcera de estase venosa (UEV), em geral, eram os que mais sofriam, pois uma das necessidades para a eficácia do tratamento destas úlceras enfrentada pelos pacientes era o repouso com os membros elevados, o que se tornava difícil na situação de troca diária de curativos.

Analisando as dificuldades vivenciadas no cotidiano do exercício da Enfermagem, buscou-se então alternativas que proporcionassem uma melhor atenção para os pacientes com feridas infectadas, que eliminassem as trocas diárias e auxiliassem a cicatrização das mesmas.

O presente estudo teve então como objetivos:

- 1 Buscar facilitar a rotina dos pacientes com UEV, eliminando as trocas de curativos nos finais de semana, diminuindo o número de retornos ao serviço;
- 2 Melhorar o processo de cicatrização das úlceras; e
- 3 Facilitar o trabalho por parte da equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde-Escola de Ribeirão Preto (CSERP), unidade do Sumarezinho, durante 12 meses. Os sujeitos estudados foram 47 pacientes de ambos os sexos, sendo 33 (70,2%) mulheres e 14 (29,7%) homens com idade entre 30 e 80 anos, sendo predominante a faixa etária de 51 a 60 anos, cujo diagnóstico médico de úlcera de estase venosa (UEV), indicava a necessidade de acompanhamento através de curativos.

Os gráficos 2.1 e 2.2, demonstram a distribuição desta população.

GRÁFICO 2.1 - Distribuição dos 47 pacientes portadores de UEV, atendidos durante o período de 12 meses na CSERP-USP, segundo o sexo.

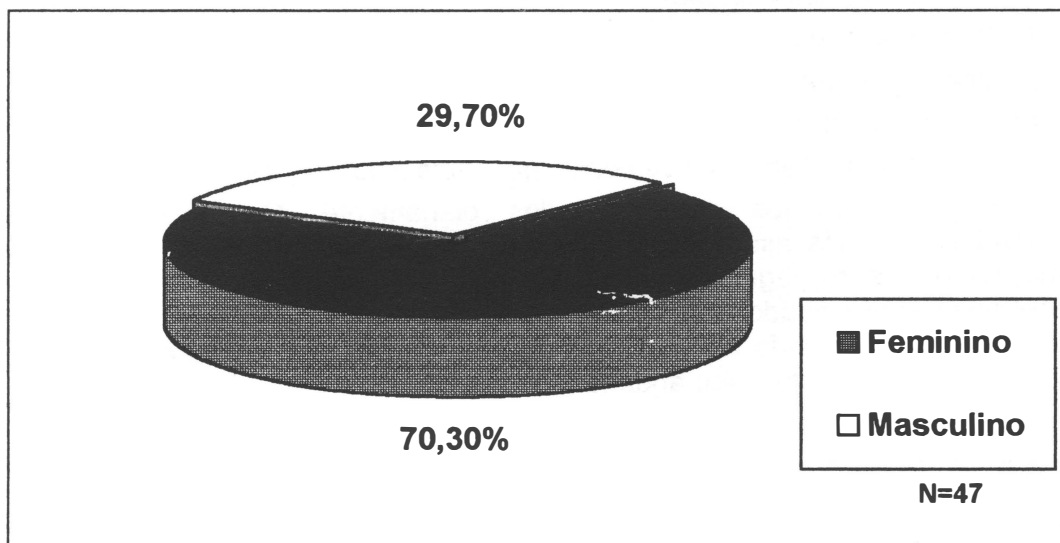
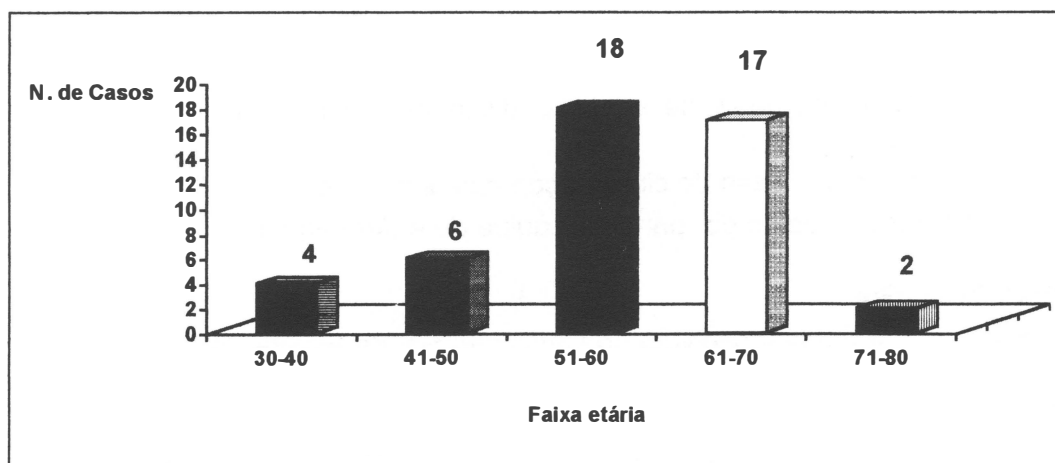


GRÁFICO 2.2 - Distribuição dos 47 pacientes portadores de UEV, atendidos durante o período de 12 meses no CSERP-USP, segundo a faixa etária.



Os pacientes em estudo são residentes no município de Ribeirão Preto, moradores de bairros que ficam distantes do Centro de Saúde em média de 5 a 10 quilômetros. Todos foram submetidos a uma avaliação médica, no próprio CSERP-USP ou em alguma outra instituição de saúde, antes de serem encaminhados à sala de curativo. Todos os pacientes foram orientados sobre o

presente estudo e houve concordância dos mesmos. A limpeza e antissepsia das feridas foi feita com SF PVP-1 (polivinil-perrolidona-iodo) solução tópica e gaze estéril como relato da literatura¹³ e o curativo utilizado foi de carvão ativado indicado para uso em feridas infectadas. Este curativo é uma cobertura de ferimento composta de uma almofada de “não tecido”, contendo no seu interior tecido carbonizado impregnado com nitrato de prata em sua superfície, selado nos quatro lados, estéril e embalada individualmente. É indicada para ser aplicada diretamente sobre feridas infectadas com exsudação e odores desagradáveis. O curativo de carvão ativado elimina a infecção pelo seguinte mecanismo: as bactérias são atraídas por uma ação elétrica do carvão ativado, ficando aderidas ao tecido carbonizado sendo mortas pela ação da prata⁴.

Este curativo já vem esterilizado, pronto para o uso e encontra-se disponível em dois tamanhos: 10 X 10 cm e 19 X 10,5 cm. Depois de feita a antissepsia o curativo é aplicado diretamente sobre a úlcera e fixado nas suas bordas com fitas hipoalérgicas (este é o curativo primário). Deve-se colocar gazes sobre o mesmo, que irão absorver o exsudato da ferida (curativo secundário).

Em um estudo comparativo entre o curativo de carvão ativado e o curativo convencional, foram comprovadas melhoras significativas no grupo cujas úlceras foram tratadas com o primeiro tipo de curativo, referindo-se a um aumento na taxa de cicatrização comparado ao grupo controle. Além disso, foi observada a redução dos níveis de exsudato, odor e edema, assim como da agilização da epitelização das úlceras tratadas com o curativo de carvão ativado e prata⁹.

Como tratamento compressivo foi utilizada a bota de Unna, que é indicada para a redução de edemas linfáticos, tratamento de úlceras de estase venosa e mal perfurante plantar. Propriedades: secante e antisséptica, ajuda a diminuir o edema e melhora a circulação venosa. A bota de Unna é um tipo de tala elástica, feita de uma resina chamada “Unna”. Esta resina é composta de óxido de zinco, gelatina branca, glicerina e água destilada. Embora descrito há quase um século, o tratamento pela aplicação de bota de Unna continua sendo uma boa opção terapêutica para enfrentar as úlceras de estase venosa e úlceras plantares^{4, 5, 6, 7}. O repouso prolongado é impossível para a grande maioria destes pacientes. Há vários anos tem sido utilizado este método terapêutico, com bons resultados.

A cada sete dias eles retornavam à Sala de Curativos do CSERP-USP onde era feita a troca do curativo e avaliadas as condições das feridas pela equipe de enfermagem, como presença de secreção e suas características, sinais de infecção, hipertermia, hiperemia e verbalização dos pacientes, antissepsia e aplicação de novo curativo de carvão ativado com o curativo secundário. As observações eram anotadas na ficha controle do paciente.

Aplicação da bota de Unna .

1. Colocar a vasilha com a pasta de Unna em água quente e deixá-la amolecer, até ficar em estado pastoso.
2. Realizar o curativo do paciente, efetuando a antissepsia e cobrindo a ferida com curativo carvão ativado (fixando-o com fita hipoalérgica), colocando o curativo secundário com gazes ou compressas e enfaixando o membro.
3. Enfaixamento do membro. Todos os casos de úlceras varicosas, que são tratados com botas de Unna, acometem os membros inferiores; portanto, o enfaixamento deve começar do pé até a panturrilha, da parte distal para a proximal.

Observação importante: Antes de ser aplicada sobre o membro, o paciente deve estar deitado com o mesmo elevado a 45 graus, durante 30 minutos, no mínimo.

Para fazer a bota de Unna usa-se esta técnica: deixar a pasta de Unna em banho-maria até ficar pastosa (este tempo gira em torno de 15 minutos); depois, enfaixar a perna do paciente, passando a pasta de Unna como um gesso até a panturrilha; colocar outra faixa por cima, esperando cinco minutos para secar.

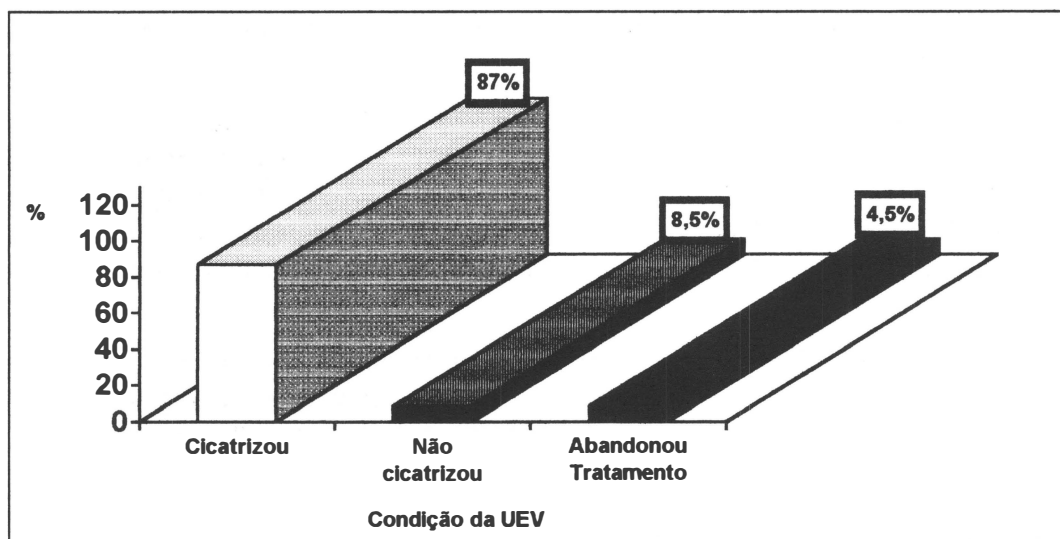
Quanto à presença de infecção no início do tratamento, 100% dos pacientes apresentaram sinais de infecção como secreção purulenta, eritema e hipertermia, fato também observado em outros relatos da literatura¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos objetivos propostos, os resultados alcançados são os que se seguem. Quanto à facilitação da rotina para pacientes com feridas, eliminando as trocas de curativos nos finais de semana, constatou-se que o tempo médio de troca do curativo foi de 7,5 dias, e acredita-se que este número mostra um resultado que pode ser considerado bom para os pacientes que reduziram a quantidade de retornos ao serviço.

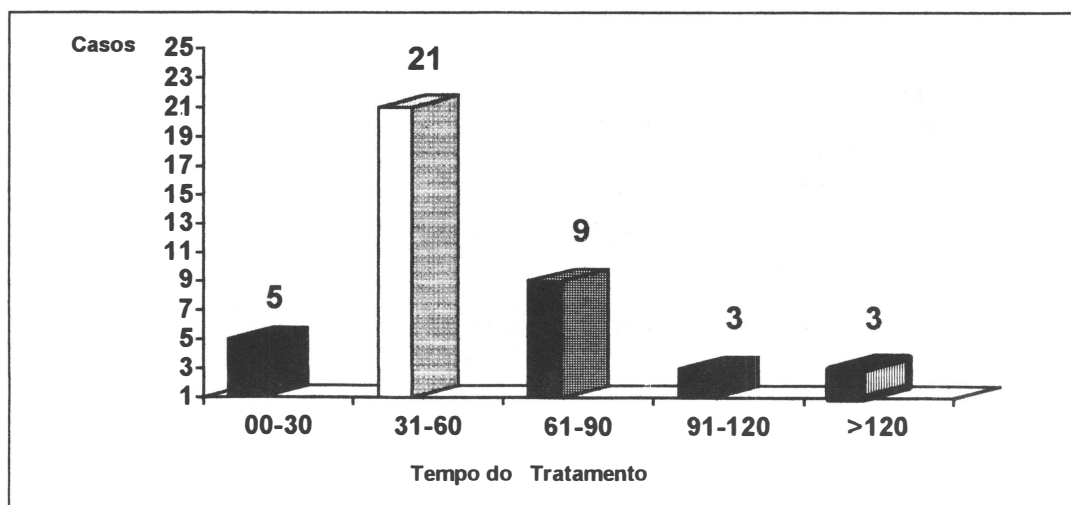
Evidentemente, a diminuição da frequência de trocas de curativos facilitou a rotina dos pacientes, que não precisavam comparecer diariamente ao CSERP-USP. Observou-se que o apenas 2 (4,3%) dos 47 pacientes estudados abandonaram o tratamento; em 4 (8,5%) pacientes as úlceras não cicatrizaram; 41 (87,2%) tiveram suas feridas cicatrizadas. O menor tempo de cicatrização foi de 14 dias e o maior tempo foi de 300 dias.

GRÁFICO 3.1 - Distribuição dos 47 pacientes portadores de UEV, atendidos durante o período de 12 meses no CSERP-USP, segundo a cicatrização.



Nas primeiras trocas dos curativos observamos uma diminuição da quantidade de secreção e os pacientes referiram melhora na dor, diminuindo o consumo de analgésicos, e redução importante do edema, fato também explicado porque eles tiveram mais tempo para repouso e não deambularam cotidianamente até o CSERP-USP. Estes achados também foram relatados por outros autores¹⁰ em pacientes com UEV; o Gráfico 3.2 mostra estas considerações.

GRÁFICO 3.2 - Distribuição dos 41 pacientes portadores de UEV (cicatrizadas), atendidos durante o período de 12 meses no CSERP-USP, segundo o tempo de tratamento (em dias).

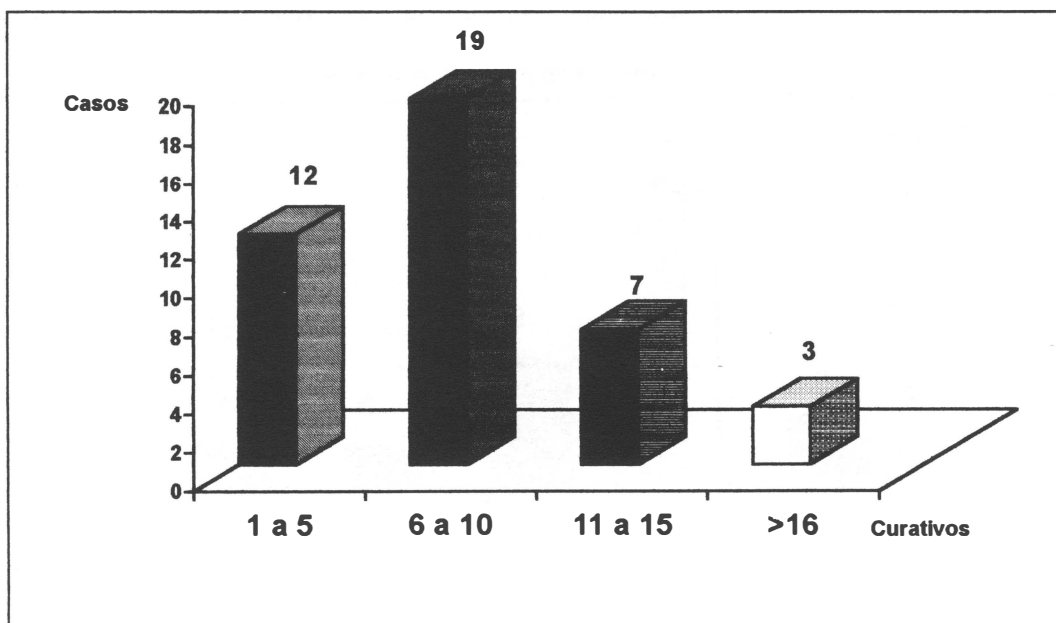


O curativo de carvão ativado, quanto à sua aplicação, mostrou ser de fácil uso por já vir pronto e estéril e em dois tamanhos. Segundo orientação do fabricante, não pode ser cortado por causa de risco de alergia ao entrar diretamente em contato com a úlcera. No estudo não houve nenhum caso de alergia ao produto.

Com a mudança na frequência de troca dos curativos, os retornos passaram a ser agendados com dia e hora marcada. Com este novo procedimento, os pacientes, além de reduzirem os seus retornos ao Centro de Saúde, ganharam mais tempo para o repouso. Também tiveram despesas reduzidas, e nos dias marcados para seus retornos a espera para serem atendidos passou a ser menor.

A diminuição da frequência de trocas dos curativos trouxe importante benefício para a equipe de enfermagem que assim passou a dispor de mais tempo para prestar melhor assistência, podendo orientar melhor os pacientes, organizar e planejar melhor suas atividades, e usar esse tempo ganho para aperfeiçoar suas técnicas, procedimentos, e realizar pesquisa. Outro fator importante que verificamos foi a redução das filas de espera para o atendimento.

GRÁFICO 3.3 - Distribuição dos 41 pacientes portadores de UEV, atendidos durante o período de 12 meses no CSERP-USP, segundo o número de curativos com carvão ativado e bota de Unna utilizados para o tratamento.



COMENTÁRIOS FINAIS

As úlceras de estase venosa constituem hoje um grave problema para a saúde pública e para milhares de pacientes que procuram todos os dias os postos de saúde e ambulatórios em busca dos curativos convencionais. Para tais pessoas esta rotina pode durar anos e agravar cada vez mais o seu estado de saúde.

Por isto todos os esforços para aliviar o sofrimento dos pacientes devem ser empreendidos pela equipe de saúde, buscando tratamentos que representem benefícios para os mesmos.

No presente estudo utilizou-se o tratamento de bota de Unna com curativos de carvão ativado, tendo-se observado que, na primeira semana de tratamento, todas as feridas apresentaram a diminuição da quantidade de secreção e redução no edema.

Quanto à cicatrização das feridas, observou-se que 81% dos pacientes tiveram suas úlceras cicatrizadas. O tempo de tratamento variou de 2 a 16 semanas, sendo que nos tratamentos tradicionais era de 10 a 40 semanas¹³.

Todas as úlceras tratadas apresentavam inicialmente sinais de infecção, como secreção purulenta, hipertermia, edema e rubor. Com a freqüência de troca sendo alterada para cada 6 dias em média, os sinais de infecção apresentaram regressão. Os relatos dos pacientes indicam a redução do uso de analgésico após o início do uso do curativo de carvão, hipótese explicada pela redução do quadro infeccioso.

Um dos pontos principais nas características de curativos realizados em ambulatórios é a elevada freqüência de troca, devido as dificuldades dos pacientes em se locomover até o serviço. Nesta pesquisa obteve-se uma freqüência de trocas em média a cada 6 dias, sendo no mínimo a cada 3 dias e no máximo a cada 7 dias.

Além da economia obtida, este sistema de curativo trouxe benefícios para os pacientes e para o ambulatório do CSERP-USP pois observou-se que a bota de Unna e o curativo de carvão mostraram-se de fácil aplicação, sem nenhuma reação adversa, a exemplo de eritema ou prurido.

ABSTRACT: In this study the author describes the results of venous stasis ulcers treatment using Unna's boot and activated coal and silver in 47 patients aged 30-80. Total treatment time was from 2 to 16 weeks, with the average of 6 days between two consecutive bandages. Among these 47 patients, 87% have had their wounds healed. 8.5% have been unsuccessful in healing them and 4.5 % have dropped the treatment. the main profits observed were the decrease of bandage number, patients and Public Health Service money saving and treatment compliance.

KEYWORDS: Venous Stasis ulcer - Activated coal and silver - Unna's boot.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALL ASAL, F. *Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Venosa Crônica*. In: Maffei FHA, Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro: Medsi Editora, 1987. 665-667.
2. BERNARDO, C. L. et all. Própolis Cicatrizante Natural. *R. Bras. Enferm.* Brasília: v. 43, n. 1, 2, 3. p. 101-106 jan./dez. 1990.
3. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. S. N. O. *Programa Controle de Infecção hospitalar. Anti-sepsia de Feridas e Mucosas e Queimaduras*. Brasília, 1987.
4. DALEJJ, CALLAM J. M., RUCKELEYCV, ET ALL. Chronic Ulcers of the Leg: A Study of Prevalence in a Scottish Community. *Health Bulletin*, 1983.
5. HADDAD, M. C. et all. *O Uso do Açúcar nas Feridas Infectadas*. *R. Bras. Enferm.* Brasília v. 36, n. 2, p. 52-154, abr./mai./Jun., 1983.
6. LAX, I. P.; ALVAREZ, S. G.; GRUN, D. *Feridas e Seus Cuidados*. Departamento de Serviços Educacionais. Johnson & Johnson. São Paulo, 1992.
7. LUCAS, G. C. Tratamento Domiciliar de Úlcera de Estase Venosa dos Membros Inferiores. *Circ. Vásc. An.* v. 6, n. 3, p. 23-25, 1990.
8. MONETA, Lina. Uso da Papaína nos Curativos Feitos Pela Enfermagem. São Paulo: *Rev. Enfoque* 36 (3) 64 Setembro 1988.
9. MULLIGAN, G. M. et all. A Controlled Comparative Trial of Actisorb Activated Charcoal Cloth Dressings in the Community Bhit. *J. Chin. Pract.* 40-44, 1986.
10. OLIVEIRA, C. A. A Eficácia de um Novo Método de Tratamento para Úlceras de Perna. *Circ. Vasc. An.* v. 6, n. 3, p. 13, 1990.
11. ROBSON MC, KRISLK TJ, HEGGERS JF. Biology of Surgical Infections. *Curv. Prebol Sing.* 3:1, 1973.
12. TURNER, T. D. *Which Dressing and Why?* *Int. Wound Care.* 1ª ed. Stephen Westaby, 1985.
13. VERGUEIRO, RM, ET ALL. Curativo com Carvão Ativado e Prata utilizado em Tratamento de Úlceras. São Paulo: *Rev. Enfoque.* Junho 1993. 22.