

AVALIAÇÃO DA DOR DURANTE A TROCA DE CURATIVO DE ÚLCERAS DE PERNA¹

Paula Francielle Tavares de Oliveira², Bruna da Silva Ferreira Tatagiba³, Marlene Andrade Martins⁴, Anaclara Ferreira Veiga Tipple⁵, Lilian Varanda Pereira⁶

¹ Trabalho desenvolvido com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Especialista em Controle de Infecção em Estabelecimentos de Saúde. Enfermeira no Anis Rassi Hospital de Goiânia. Goiás, Brasil. E-mail: tavares.paula@ymail.com

³ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiás, Brasil. E-mail: bruna_gold@hotmail.com

⁴ Doutoranda pelo programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da UFG. Professor Assistente da FEN/UFG. Goiás, Brasil. E-mail: marlenianapower@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associado da FEN/UFG. Goiás, Brasil. E-mail: anaclara@fen.ufg.br

⁶ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto da FEN/UFG, Goiás, Brasil. E-mail: lilianvaranda7@gmail.com

RESUMO: O estudo visou avaliar a dor em úlceras de perna, durante a troca de curativo e identificar os procedimentos mais dolorosos na opinião de usuários do SUS. Estudo transversal, conduzido com 76 usuários com úlceras de perna, sendo 69,8% homens, com média de idade de 57,8 anos (dp=13,2), atendidos em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório do Hospital das Clínicas de Goiânia, Goiás. Para avaliação da dor utilizou-se a Escala Numérica (0-10) e o Questionário de Dor de McGill. A ocorrência de dor durante o curativo foi de 76,3%, de intensidade moderada (Med=5, Q1=3, Q3=8, Min=1; Máx=10). Qualitativamente, a dor foi descrita como cansativa (63,2%) e latejante (55,3%). Os procedimentos mais dolorosos na opinião dos usuários incluíram a limpeza da ferida e a retirada do curativo anterior. A dor durante a troca de curativo de úlceras de perna foi frequente e exacerbada no momento da limpeza e retirada do curativo anterior.

DESCRIPTORIOS: Medição da dor. Úlcera da perna. Bandagens. Dor. Enfermagem.

ASSESSMENT OF PAIN DURING LEG ULCERS' DRESSING CHANGE

ABSTRACT: The aim in this study was to assess the pain resulting from leg ulcers during dressing change and to identify the most painful procedures in the opinion of SUS patients. Cross-sectional study with the participation of 76 patients with leg ulcers, 69.8% being male with an average age of 57.8 (sd=13.2) who were admitted at Primary Health Care Units and at the Outpatient Care Centre of Goiania Hospital das Clínicas, in the state of Goiás, Brazil. For the assessment of pain, a Numerical Rating Scale (1-10) and the McGill Pain Questionnaire were used. The occurrence of pain during dressing change was 76.3%, with a moderate intensity (Mean=5, Q1=3, Q3=8, Min=1, Max=10). The degree of pain was described as tiring (63.2%) and throbbing (55.3%). The most painful procedures in the opinion of the participants included cleaning the wound and removing the previous dressing. The pain during dressing change for leg ulcers was frequent and increased during wound cleaning and removal of previous dressing

DESCRIPTORS: Pain measurement. Leg ulcer. Bandages. Pain. Nursing.

EVALUACIÓN DEL DOLOR DURANTE LA CURACIÓN EN LAS ÚLCERAS DE LA PIERNA

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue evaluar el dolor en las úlceras de pierna durante la curación. Estudio transversal con 76 participantes, 69,8% hombres, edad media de 57,8 años (DE=13,2), asistido por la demanda espontánea de septiembre 2007 hasta febrero 2008, en la Unidad Básica de Salud y Ambulatoria de un Hospital de Clínicas de Goiânia. La intensidad y calidad del dolor se midió utilizando una escala numérica (0-10) y el McGill Pain Questionnaire. La ocurrencia del dolor durante el cambio de apósito fue del 76,3%, de intensidad moderada (Md=5, Q1=3, Q3=8, Min=1 Max=10) exacerbada durante la limpieza de la herida. La calidad del dolor fue expresada por fatigoso (63,2%), y pulsátil (55,3%). El dolor en las úlceras de la pierna fue constante, exacerbada durante cambio de apósito.

DESCRIPTORIOS: Dimensión del dolor. Úlcera de la pierna. Vendajes. Dolor. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As úlceras de membros inferiores são lesões que podem surgir espontaneamente ou de forma acidental, relacionadas a processos patológicos sistêmicos ou no membro afetado e que não cicatrizam em determinado intervalo de tempo.¹

Consideradas como um problema de saúde pública, pela alta incidência e importância socioeconômica, as úlceras de perna são prevalentes entre as feridas crônicas na população em geral (0,6 a 3,6/1000 pessoas), causam dor e reduzem a capacidade de deambular, resultando em dependência, perdas econômicas e isolamento social devido a aparência e odor desagradável.¹⁻³

A dor ocorre em 28% a 65% das pessoas com úlceras de perna e algumas vezes é descrita como intensa.^{4,5} Tal experiência constitui-se em preocupação para pacientes e profissionais de saúde,⁶ pois interfere no tratamento das feridas⁷ e na qualidade de vida dessa população e das pessoas com quem convivem.^{5,8}

A dor em feridas pode advir de intervenções cirúrgicas, como desbridamentos, retirada, ressecamento e deslizamento da cobertura, limpeza, etiologia da ferida, movimento, fricção, isquemia e hipóxia dos tecidos, além de fatores ambientais e psicossociais.^{6,9} Ademais, pessoas com feridas crônicas vivenciam dor adicional no momento da troca de curativos, fato que pode gerar sofrimento antecipatório e prejuízos desnecessários.^{8,10}

Durante a troca de curativo, a limpeza, o desbridamento e a retirada da cobertura anterior são procedimentos que devem ser cautelosamente realizados, pois falhas e inadequações podem gerar traumas no leito e nas bordas da ferida, bem como na pele perilesional,^{6,10-11} especialmente quando a umidade é insuficiente e há tração e arrancamento de tecido viável, que intensificam o quadro de dor e retardam a cicatrização.^{4,8,12}

No Brasil, a dor em feridas de perna ainda é pouco explorada. Um dos estudos encontrados,¹³ conduzido com 90 pacientes (81,1% com úlceras venosas) de São Paulo-SP e Curitiba-PR, mostrou correlação entre intensidade da pior dor autorreferida e prejuízo no sono, humor e capacidade de caminhar e se movimentar. Especificamente sobre úlceras venosas, observou-se que a dor prejudicou a qualidade de vida das pessoas, interferindo diretamente na capacidade de manter as atividades laborais.¹⁴

A intensidade de dor varia entre as pessoas, no entanto, muitas relatam dor muito forte (esco-

res 7 ou 8 em escala visual analógica de 10 cm), como no caso dos 28 pacientes falcêmicos, com idade média de 30 anos e úlceras de tamanho médio de 8cm² nos membros inferiores.¹⁵ Entre 40 pessoas com úlceras venosas, a intensidade da dor, mensurada por meio de uma escala numérica de 11 pontos, foi muito forte para a maioria.⁵ Para essa amostra, qualitativamente, a dor foi descrita por meio de palavras do agrupamento sensitivo e avaliativo do Questionário para Dor de McGill (*Short Form*) e influenciou a qualidade de vida.

Isto posto, e entendendo a importância de se conhecer a extensão do problema dor em úlceras de perna em nosso meio, este estudo foi desenvolvido e teve como objetivos: avaliar a dor em úlceras de perna e identificar os procedimentos mais dolorosos durante a troca de curativo, na opinião de usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, realizado na cidade de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital Geral de Goiânia - Protocolo nº 220/06.

O estudo foi realizado em 13 Unidades Básicas de Saúde, que prestavam atendimento nas 24 horas do dia, e no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Não foram observados protocolos de curativo ou prescrições de outros profissionais. As trocas de curativos eram feitas a cada 24 horas, geralmente, por técnicos de enfermagem. Os produtos utilizados rotineiramente na limpeza, desbridamento e cobertura das feridas eram praticamente os mesmos em todas as unidades de saúde pesquisadas, incluindo soro fisiológico, ácido graxo essencial e pomada na base de colagenase.

Foram excluídos os usuários com feridas oncológicas e que precisaram de ajuda para responder ao questionário.

A coleta de dados foi conduzida no período de setembro de 2007 a fevereiro de 2008, por cinco alunos do programa de iniciação científica e um professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, treinados para a tarefa. Utilizou-se um instrumento padronizado, avaliado e refinado por profissionais da área de Enfermagem, com experiência no tratamento de feridas, contendo itens relacionados a ocorrência de dor antes e após o curativo e características da

experiência dolorosa (intensidade - medida por meio de escala numérica de 11 pontos, onde 0 (zero) significava "sem dor" e 10 (dez) a "pior dor imaginável"). Escores 1, 2, 3 e 4 representaram dor leve; 5 e 6, moderada; e 7, 8 e 9, dor forte. A Escala Numérica é simples, fácil de compreender mesmo entre aqueles que possuem baixa escolaridade e apresentou boa confiabilidade.¹⁶ Qualitativamente, a dor foi avaliada por meio do Questionário para Dor de McGill (MPQ-LF), traduzido para a língua portuguesa,¹⁷ contendo 78 descritores de dor, distribuídos em 4 grandes grupos (sensitivo, afetivo, avaliativo e misto) e 20 subgrupos; e a localização da dor, avaliada por meio de diagramas corporais. O MPQ-LF tem sido amplamente utilizado na mensuração da dor no meio clínico e a validade, fidedignidade e aplicabilidade desse instrumento reforçadas. As variáveis socioeconômicas incluíram: sexo, categorizado em masculino (M) e feminino (F); idade (agrupada por faixas etárias: abaixo de 40 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, >60 anos); escolaridade (categorizada em: nenhum/primário incompleto, primário completo/ginasial incompleto, ginasial completo, colegial incompleto, colegial completo, superior incompleto, superior completo e pós-graduação); classe econômica (categorizada em classes: A, B, C, D e segundo a Associação Brasileira de Anunciantes/ Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABA/ABIPEME),¹⁸ situação ocupacional (categorizada em ativo, desempregado, afastado, aposentado); e situação conjugal ("com companheiro" e "sem companheiro"). Quanto às características da ferida, investigou-se a etiologia (agrupada em arterial, venosa, diabética e outras); profundidade da ferida (segundo destruição da epiderme, derme, tecido subcutâneo, fáscia muscular, tecido muscular, tendão e osso); tempo de convivência com a úlcera (categorizado em: inferior a um ano, um a cinco anos, cinco a 10 anos, superior a 10 anos); e localização da ferida (no "pé" e na "perna").

Os usuários foram abordados nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde e do Ambulatório do Hospital das Clínicas da UFG, enquanto aguardavam o curativo. Nesse momento, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, era iniciada a coleta das informações socioeconômicas e demográficas. Os dados referentes à ferida e dor antes e durante o curativo foram coletados na sala de curativos, pelos mesmos observadores que se revezaram em visitas diárias às unidades de atendimento, inclusive nos finais de semana. Tratando-se de feridas crô-

nicas e de usuários que utilizavam o serviço por tempo prolongado, foi possível encontrá-los em diferentes dias e horários. Enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam nas salas de curativos colaboraram na identificação de usuários que ainda não haviam sido incluídos na pesquisa.

Para a análise dos dados elaborou-se um banco pelo Programa SPSS, versão 16.0 e realizou-se análise exploratória. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média, mediana e moda) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão) e as variáveis categóricas, por frequências simples e relativa. Os resultados das análises foram organizados em tabelas. A associação entre variáveis categóricas foi explorada pelo teste qui-quadrado. No caso de associação entre variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Mann Whitney. O valor de alfa para todos os testes foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 76 usuários com úlceras de perna, maiores de 18 anos, sendo 69,7% do sexo masculino. A idade variou de 20 a 77 anos, com média de 57,8 anos (dp=13,2). Cinquenta por cento deles tinha 60 anos ou mais, 72,4% pertencia às classes socioeconômicas D e E, e 61,8% estava aposentado. O grau de escolaridade foi baixo, sendo que 39,5% não havia estudado ou possuía apenas o primário incompleto. Em relação ao estado conjugal, 56,6% possuía um companheiro (Tabela 1).

A maior quantidade de usuários do sexo masculino no presente estudo divergiu dos achados de dois estudos^{13,19} realizados no Brasil, respectivamente, nas cidades de São Paulo-SP, Curitiba-PR e Juiz de Fora-MG, que apontaram maior frequência de mulheres. No entanto, em Goiânia, Estado de Goiás, estudo recente,²⁰ com amostra de conveniência, apontou o sexo masculino como o mais representado em relação à ocorrência de úlceras de perna. O mesmo aconteceu em Maringá-PR, em amostra de pacientes com úlceras de perna de diferentes etiologias, onde os homens corresponderam a 53,0% da população.¹⁴

A maior frequência de pessoas do sexo masculino no presente estudo pode estar relacionada à idade dos participantes (50,0% tinha menos que 60 anos), corroborando a hipótese de subestimação da ocorrência dessas úlceras em homens mais jovens, que em outras realidades poderiam estar tomando

para si o cuidado de suas feridas e deixando de buscar tratamento em serviços de saúde.^{19,21}

A ocorrência de úlceras de perna entre pessoas com mais de 60 anos foi de 50,0% e as doenças prevalentes incluíram Diabetes (40,8%), Hipertensão Arterial Sistêmica (34,2%) e problemas vasculares (61,8%). A maior ocorrência de úlceras de perna com o avanço da idade pode ser explicada pelo aumento de comorbidades e agravos relacionados às doenças crônico-degenerativas, como observado neste estudo.^{2,19,21}

Tabela 1 - Distribuição dos usuários com úlceras de pernas em membros inferiores atendidos em serviços públicos de saúde de Goiânia, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Goiânia-GO, 2008

Variável	n	%
Faixa etária		
Abaixo de 40 anos	7	9,2
40 a 49	11	14,5
50 a 59	20	26,3
60 anos ou mais	38	50,0
Sexo		
Masculino	53	69,7
Feminino	23	30,3
Grau de escolaridade		
Nenhum/primário incompleto	30	39,5
Primário completo/ginásial incompleto	29	38,1
Ginásial completo/colegial incompleto	7	9,2
Colegial completo/superior incompleto	10	13,2
Superior completo	-	-
Pós-graduação	-	-
Classe socioeconômica		
Classe A	2	2,6
Classe B	3	3,9
Classe C	16	21,1
Classe D	32	42,1
Classe E	23	30,3
Situação conjugal		
Com companheiro	43	56,6
Sem companheiro	33	43,4
Situação ocupacional		
Ativo	5	6,6
Desempregado	12	15,8
Afastado	12	15,8
Aposentado	47	61,8

A maioria dos usuários deste estudo pertencia à classe socioeconômica D e E, sendo considerados como de baixa renda (Tabela 1). Outros estudos também encontraram predomínio de pessoas com baixo nível socioeconômico.¹⁹⁻²⁰ No

presente estudo, tal achado pode estar relacionado ao fato dos participantes serem usuários de serviços públicos de saúde. Tais pessoas dependem de atendimento especializado, no entanto, nem sempre os serviços públicos estão adequadamente preparados para oferecerem atenção integral à saúde das pessoas com feridas. A falta de recursos material e humano para a realização dos curativos, avaliação e suporte nutricional, bem como acesso dificultado ao serviço, foram situações constantemente observadas durante a realização deste estudo. Nesse sentido, vale ressaltar que o despreparo de profissionais de serviços de saúde para o tratamento adequado das úlceras de perna é deletério e dispendioso, quer pela enorme demanda de tempo da equipe de enfermagem na realização de curativos, quer pela cronicidade e recidivas das feridas, que cursam com infecções recorrentes e oneram direta e indiretamente o paciente, seus familiares e os próprios serviços.²²

O enfermeiro é profissional capacitado para gerenciar os recursos materiais e custos em serviços de saúde. Cabe a ele a tomada de decisão quanto ao tipo de cobertura e outros materiais necessários ao tratamento eficiente das feridas, e tal tarefa deve estar baseada em evidências científicas, que respaldem sua argumentação sobre a necessidade de novos produtos, considerando a relação custo/benefício, muitas vezes perceptível apenas em médio e longo prazo.²³

Os dados deste estudo mostraram que as úlceras de etiologia venosa equivaleram a 51,3% dos casos, seguidas pelas úlceras diabéticas com 30,3% e pelas arteriais, com 10,5%. Outros autores encontraram 79,0% de úlceras venosas, 15,3% de úlceras hipertensivas, e 4,8% de úlceras mistas, e 0,9% de outras úlceras, como as neoplásicas ou hansênicas.¹⁹ As úlceras de etiologia venosa também foram as mais frequentes (36,0% e 81,1%, respectivamente), em dois outros estudos,^{13,24} achados que confirmam a maior frequência dessas úlceras entre os indivíduos com feridas crônicas em membros inferiores.¹⁻³

Quanto ao tempo de existência da úlcera, 40,8% dos usuários referiram início da ferida há menos de um ano, 35,5%, de um a cinco anos, 9,2%, de cinco a 10 anos, e 14,5%, há mais de 10 anos (Tabela 2). O tempo de início da ferida menor que um ano foi maior que o encontrado em outro estudo¹³ realizado no Brasil, que aponta frequência de 27,3% e 19,4%, respectivamente. Em relação à profundidade das úlceras, 55,3% atingiram a epiderme, derme e tecido subcutâneo, 15,8% o tecido

muscular e 14,5% a fáscia muscular. Tais achados podem estar relacionados à maior frequência de úlceras de etiologia venosa.

Tabela 2 - Caracterização das úlceras de perna entre usuários de serviços públicos de saúde de Goiânia, segundo a localização, tipo, tempo, profundidade e presença de sinais flogísticos. Goiânia-GO, 2008

Variável	n	%
Localização		
Perna	51	67,1
Pé	25	32,9
Tipo		
Diabética	23	30,3
Venosa	39	51,3
Arterial	08	10,5
Outras	02	2,6
Sem diagnóstico	04	5,3
Tempo de úlcera		
Inferior a 1 ano	31	40,8
1 a 5 anos	27	35,5
5 a 10 anos	07	9,2
Superior a 10 anos	11	14,5
Profundidade da úlcera		
Epiderme/derme/tecido subcutâneo	42	55,3
Fáscia muscular	11	14,5
Tecido muscular	12	15,8
Tendão	08	10,5
Osso	03	3,9

A frequência de dor nas feridas no período que antecedeu o curativo foi de 75,0%, sendo considerada de intensidade moderada para a maioria dos usuários, como pode ser observado pelas medidas descritivas dos escores atribuídos à intensidade de dor pela Escala Numérica (0-10), amostrados na tabela 3. Estudos mostraram que entre 28,0% e 93,0% das pessoas com úlceras de perna referem algum tipo de dor,^{4,13-14,25} compatível com os achados deste estudo. Situação preocupante, pois dor em feridas crônicas leva ao sofrimento prolongado e, como agente estressor, pode gerar prejuízos à saúde mental, qualidade do sono e capacidade de realizar atividades laborais, físicas e sociais.

No quesito dor e tipo de ferida, 52,0% dos usuários com úlceras diabéticas referiu não sentir dor durante o curativo e 34,8% referiu dor leve; 28,2% daqueles com úlceras venosas referiu dor leve ou moderada e 17,9% dor forte; e 37,5% das pessoas com úlceras arteriais referiu dor moderada

e 50,0% dor forte e pior dor imaginável. Houve associação estatisticamente significativa ($p=0,002$) entre intensidade de dor durante o curativo e o tipo de úlcera. Tal achado é importante, pois os profissionais que realizam o curativo nem sempre avaliam tal experiência durante o procedimento, e a falta de informação sobre o que o outro está sentindo pode levar à subestimação da intensidade da dor e ao tratamento não individualizado, tardio e insatisfatório.

Nem sempre o foco dos estudos está na caracterização da intensidade da dor nas úlceras de membros inferiores, o que dificulta comparações entre os achados de diferentes pesquisas. No entanto, revisão sistemática da literatura³ mostrou que a maioria destas lesões cursa com dor importante, relacionada à etiologia da ferida e 50,0% delas não consegue dormir ininterruptamente por períodos maiores que duas horas devido à experiência dolorosa, relatada como mais intensa nas úlceras isquêmicas e hipertensivas. Estudos mostraram que as pessoas com dor em suas feridas relatam dificuldade para trabalhar¹⁴ e sofrem prejuízo na qualidade de vida.^{4-5,14}

Na tabela 3, observa-se que 76,3% dos usuários referiram dor durante o curativo, e a intensidade foi maior que aquela referida antes do curativo, ou seja, nas 24 horas transcorridas desde a realização do curativo anterior.

Houve correlação positiva, moderada e significativa ($r=0,57$; $p=0,001$) entre os escores de dor (antes e depois do curativo), obtidos por meio da Escala Numérica (0-10), indicando que a intensidade de dor no momento do curativo pode estar relacionada à intensidade de dor sentida antes do curativo, fato que deve ser considerado pelos profissionais ao iniciarem os procedimentos. Ressalta-se que 11,8% dos usuários relataram dor de intensidade máxima durante o curativo (escores 10 em escala de 0-10).

Estudo¹³ que investigou a intensidade da experiência dolorosa em úlceras de perna (81,1% de origem venosa) apontou média de dor geral de 3,10; $dp=3,15$ (em escala de 0-10) e de 7,56; $dp=2,96$, para a pior dor sentida na última semana. Em outra amostra de pessoas com úlceras venosas,²⁴ a dor foi moderada ($M=6,2$; $dp=3,5$) quando medida por meio de uma escala numérica de 0-10; e para a maioria dos pacientes falcêmicos com úlceras nos membros inferiores, a intensidade de dor foi muito forte.¹⁵ Tais achados apontam a etiologia das feridas como fator que interfere na intensidade subjetiva da dor.

Tabela 3 - Medidas descritivas dos escores de dor referidos pelos usuários dos serviços públicos de Goiânia, antes e durante o curativo. Goiânia-GO, 2008 (n=76)

Intensidade de dor	n (%)	Min	Quartil 1	Med	Quartil 3	Max	M	Dp
Antes do curativo	57 (75,0)	1	2	4	7	10	4,77	2,85
Durante o curativo	58 (76,3)	1	3	5	8	10	5,43	2,97

A comparação entre os resultados de diferentes estudos sobre dor em úlceras de perna foi prejudicada pelo fato de se utilizar diferentes instrumentos de medida (falta de padronização sobre o que foi considerado como dor leve, moderada ou forte), tipo de ferida investigada e falta de informações sobre a técnica utilizada para a realização do curativo.

Durante a troca de curativo, 52,6% dos usuários relataram que a limpeza foi o procedimento mais doloroso, e 11,8% referiram ter sido a retirada da cobertura anterior. Na França, a limpeza da ferida foi relatada como mais dolorosa por 97,0% das pessoas com feridas crônicas, e a retirada da cobertura primária e a aderência da cobertura ao leito da ferida por 38,0% das pessoas.⁴

Nesse sentido, vale lembrar que, embora qualquer lesão de pele seja desconfortável e nem sempre exista a possibilidade de se eliminar todos os fatores que iniciam e/ou exacerbam a dor, alguns procedimentos realizados durante a troca de curativos são inadequados e devem ser definitivamente abandonados pelos profissionais que tratam úlceras de perna⁴ (ex: fricção, retirada da cobertura anterior por abrasão, utilização de coberturas que aderem ao leito da ferida, por serem muito frias ou inadequadas para o tipo de ferida tratada).^{6,8,11} A limpeza da ferida deve ser feita com solução fisiológica, aquecida à temperatura corporal, em jato, e com pressão adequada. Ademais, as coberturas primárias só devem ser removidas após umidificação adequada, garantindo que não haja risco de arrancamento de tecido viável e tração no leito da ferida.

Ademais, nosso ponto de vista coincide com a opinião de alguns autores que afirmam a importância de avaliar a experiência dolorosa, realizando breve levantamento sobre a dor sentida nos últimos dois dias, e aquela gerada no momento da troca de curativos, quer pelos procedimentos inerentes ou pelo posicionamento inadequado do paciente, contribuirá na minimização do desconforto e controle dos fatores associados ao seu início e exacerbação.^{4,8,10}

Estudo multicêntrico, conduzido com 3919 profissionais médicos e enfermeiros da França, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Estados Unidos da América, Suíça, Suécia, Espanha, Áustria, Dinamarca e Alemanha, com o objetivo de conhecer a opinião de profissionais da saúde sobre os procedimentos mais dolorosos durante a troca de curativo, mostrou que médicos e enfermeiros acreditaram que a retirada da cobertura anterior e a limpeza da ferida foram os fatores que mais interferiram na dor durante a troca de curativos de úlceras de membros inferiores.¹² Semelhantemente, na Áustria, Alemanha e Suíça, pesquisadores reafirmaram que, na opinião desses profissionais, a limpeza da lesão foi o fator mais importante na exacerbação da dor durante a troca de curativos.⁶ Houve semelhança entre a opinião de profissionais de outros países e a dos pacientes que participaram do presente estudo, evidenciando que tais procedimentos devem ser realizados de forma a reduzir dor e trauma, conforme recomendação de *guidelines* disponíveis.^{1,11} Outra semelhança entre os estudos foi a associação não significativa entre as variáveis intensidade de dor e tamanho das úlceras de perna, confirmando que nem sempre há relação direta e proporcional entre dor e tamanho da lesão. Feridas menores podem resultar em dor de elevada intensidade, especialmente em casos de isquemia, processos infecciosos ou lesão de estruturas nervosas.

Outros fatores que podem exacerbar a dor incluem a exposição da ferida ao ar, contribuindo com o ressecamento das estruturas nervosas, o tipo de curativo primário utilizado, as condições da pele perilesional e o manuseio brusco, lembrando que os pacientes podem desenvolver reações antecipatórias condicionadas à dor sentida durante a troca de curativos, afetando sua resposta à experiência dolorosa e reduzindo a qualidade de vida.^{6,8,11}

Quanto à qualidade da dor nas úlceras de perna, avaliada de forma global nesse estudo, destacaram-se os descritores: cansativa (63,2%), latejante (55,3%), enjoada (56,4%), como pontada (48,7%), fina (48,7%) e como fisgada (46,1%). Considerando as dimensões da experiência dolorosa,

os descritores cansativa e enjoada pertencem ao agrupamento afetivo-motivacional, e os descritores latejante, pontada, fina e como fisgada, ao agrupamento sensitivo-discriminativo do Questionário para Dor de McGill (LF). A dor em feridas também foi avaliada e descrita com maior frequência como queimação, ardência, picada, ferroadada e pontada, do agrupamento sensitivo-discriminativo.²⁵ Achado semelhante foi observado em outros dois estudos, sendo que em um deles, pacientes com úlceras venosas descreveram sua dor como latejante, pontada, coceira, dolorida e sensível, do agrupamento sensitivo-discriminativo. No entanto, cansativa e chata foram os descritores mais frequentemente escolhidos dos agrupamentos afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo.^{5,13}

No presente estudo, o descritor escolhido com maior frequência foi cansativa, do agrupamento afetivo-motivacional, o que pode ser explicado pelo fato de serem usuários que conviviam com as feridas por longo período de tempo, com dor muitas vezes moderada, de caráter contínuo, ciclicamente exacerbada durante a troca de curativo, capaz de gerar sentimentos de desesperança, ansiedade e depressão. Ademais, a escolha dos descritores latejante, queimação, ardor, pontada e fina podem indicar dor neuropática, um tipo de dor que pode acompanhar as feridas crônicas, considerada como de difícil manejo e, muitas vezes, subdiagnosticada e subtratada.^{8-9,11}

Uma limitação deste estudo foi a falta de exames diagnósticos mais específicos para o acurado estabelecimento do diagnóstico etiológico da ferida, o que foi feito apenas com base em diagnóstico médico prévio, autorreferido pelo usuário, associado às características clínicas das feridas, observadas no momento do curativo. Outra limitação foi a falta de padronização de procedimentos e técnica de realização de curativos nas diferentes unidades.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo revelaram que usuários do serviço público de saúde de Goiânia, com úlceras de perna, convivem com dor leve-moderada em suas feridas, exacerbada durante a troca de curativo, especialmente durante o procedimento de limpeza da ferida e retirada da cobertura anterior, semelhantemente aos achados de outros estudos.

Usuários com úlceras de perna devem ser avaliados de forma abrangente, uma vez que o tipo

de ferida e a intensidade da dor antes do curativo podem influenciar a dor sentida durante a troca de curativos. Ademais, a avaliação deve encampar a dimensão psicológica, pela possibilidade de alterações emocionais decorrentes do convívio prolongado com tal experiência.

O enfermeiro e sua equipe realizam os curativos de úlceras de membros inferiores, cabe-lhes, portanto, a responsabilidade de avaliar e medir a dor antes e durante a troca de curativos, contribuindo com o manejo adequado dessa experiência. Avaliar e mensurar a dor de forma padronizada e sistemática durante o tratamento da ferida é passo fundamental para se modificar, manter ou associar novas coberturas e terapêuticas analgésicas que contribuam com a redução da dor e do sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de Consenso [online]. Barcelona (SP): EdikaMed S.L.; 2009 [acesso 2010 Mar 08]. Disponível em: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/8_pdf.pdf
2. Graham ID, Harrison MB, Nelson EA, Lorimer K, Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care*. 2003 Nov; 16 (6):305-16.
3. Marinello RJ. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona (ES): Ed. Glosa; 2005.
4. Meaume S, Téot L, Lazareth I. The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: the MAPP study. *J Wound Care*. 2004 Dec; 13(10):409-13.
5. Park SH, Ferreira K, Santos V. Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcers. *Wounds*. 2008 Nov; 20(11):309-20.
6. Kammerlander G, Eberlein T. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: a central European perspective. *J Wound Care*. 2002 Feb; 11(2):76-9.
7. White R. Pain assessment and management in patients with chronic wounds. *Nurs Stand*. 2008 Apr; 22(32):62-8.
8. Hollinworth H. The management of patients' pain in wound care. *Nurs Stand*. 2005 Sep; 20(7):65-73.
9. Bowers K, Barrett S. Wound-related pain: features, assessment and treatment. *Nurs Stand*. 2009 Nov; 24(10):47-56.
10. Romanelli M, Dini V. Assessment of wound pain at dressing change. In: White R, Harding K, editors. *Trauma and pain in wound care*. Aberdeen (UK): Wounds UK Books; 2006. p. 92-6.
11. European Wound Management Association. EWMA position document: pain at wound dressing changes.

- London (UK): MEP Ltd, 2002 [access 2009 Aug 25]. Available from: <http://www.ewma.org>
12. Moffatt C, Franks PJ, Holliworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. inserir local European Wound Management Association Position Document. 2002.
 13. Gonçalves ML, Santos VL, CG, Pimenta CAM, Suzuki E, Komegae KM. Pain in chronic leg ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2004 Sep-Oct; 31(5):275-83.
 14. Lucas SL, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de feridas em membros inferiores - úlcera de perna. *Cienc Enferm.* 2008 Abr; 14(1):43-52.
 15. Neves AF, Martins A, Queiroz AMM, Thomé ED, Queiroz APA, Lobos CLC. Avaliação da analgesia de opióide tópico em úlcera de perna de paciente falcêmico. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010 Abr; 32(2):123-5.
 16. Gallasch CH, Alexandre NMC. The measurement of musculoskeletal pain intensity: a comparison of four methods. *Rev Gaucha Enferm.* 2007 Jun; 28(2):260-5.
 17. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1996 Mar-Abr; 30(3):473-83.
 18. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério padrão de classificação econômica Brasil/2008 [Internet]. São Paulo; 2007 [acesso 2009 nov 15]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf>
 19. Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV, et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em juiz de fora -MG (Brasil) e região. *Anais Bras Dermatol.* 2005 Jan-Fev; 80(1):41-6.
 20. Martins MA. Avaliação de feridas crônicas de pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Goiânia [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2008.
 21. Bergvist MD, Lindholm CRN, Nélzen OMD. Chronic leg ulcers: the impact of venous disease. *J Vasc Surg.* 1999 Apr; 29(4):752-5.
 22. Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm.* 2009 Nov-Dez; 62(6):889-93.
 23. Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unna em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006 Nov-Dez; 14(6):129-35.
 24. Santos VL, CG, Sellmer D, Massulo MME. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcers Scale for Herling (PUSH), em pacientes com úlceras crônicas de perna. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007 Mai-Jun; 15(3):391-6.
 25. Neil JA, Munjas BH. Living with a chronic wound: the voice of sufferers. *Ost Wound Manage.* 2000 May; 46(5):28-38.