



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE-UNIRN**

MARIA LUIZA GOMES FREIRE

PROF^a EVELYN YAMASHITA DE PAIVA

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO USO DA BOTA DE UNNA: ESTUDO
BIBLIOGRÁFICO**

NATAL/RN
2015

MARIA LUIZA GOMES FREIRE

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO USO DA BOTA DE UNNA: ESTUDO
BIBLIOGRÁFICO**

Artigo científico apresentado como requisito final para a conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, TCC II. Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN).

Orientadora: Prof(a). Evelyn Yamashita de Paiva.

NATAL/RN
2015

RESUMO

A úlcera venosa é um importante problema de saúde pública, principalmente no Brasil. Provoca impacto socioeconômico, configurando, tratamentos longos, complexos e de alto custo. Entre as diversas terapêuticas destaca-se o uso da compressão inelásticas, a bota de Unna. Atadura impregnada com óxido de zinco e outras substâncias. Forma-se um molde semi-sólido que contém de forma eficiente compressão exterior, permitindo o retorno venoso e auxílio na cicatrização. Esta pesquisa teve como objetivo, avaliar a efetividade da terapia compressiva com bota de Unna, no tratamento de úlcera venosa crônica. Trata-se de uma revisão bibliográfica, exploratória, com abordagem quanti e qualitativa. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME), especificamente nas bases de dados da Lilacs, Scielo e Cochrane. Foram encontrados sete estudos relacionados, deles constatou-se a eficiência da bota de Unna no auxílio a cicatrização em 84% dos indivíduos avaliados. O tempo de cicatrização variou entre, 14 até 764 dias, considerando os diversos tamanhos de úlceras. Os produtos utilizados no procedimento de limpeza das úlceras antes da aplicação da bota de Unna predominou a solução fisiológica 0,9%, e na cobertura primária não houve uma predominância, sendo utilizado os mais variados produtos. Os profissionais que realizavam os procedimentos, eram enfermeiros em 100% dos estudos. Demonstrando a capacidade e envolvimento nessa etiologia. Esta revisão permitiu, demonstrar a eficiência da bota de Unna. E constatou que o diagnóstico, assim como a conduta para a terapêutica deve ser realizada pelo enfermeiro, em ambiente ambulatorial.

Descritores: “Úlcera varicosa”, “Bandagens Compressivas” e “Enfermagem”.

ABSTRACT

The venous ulcer is a important public health problem, especially in Brazil. Causes socioeconomic impact, setting, lengthy, cumbersome and costly treatments. Among the various therapeutic highlight the use of inelastic compression, the Unna boot. Bandages impregnated with zinc oxide and other substances. Form a semi-solid mold which contains efficiently outer compression, allowing venous return and aid in healing. This research aimed to evaluate the effectiveness of compression therapy with Unna boot in the treatment of chronic venous ulcers. This is a literature review, exploratory, with a quantitative and qualitative approach. The survey was conducted in the Virtual Health Library (BVS / BIREME), specifically in the databases Lilacs, Scielo and Cochrane. Seven related studies were found, found them to Unna Boot efficiency in aid healing in 84% of the individuals. The healing time ranged from 14 to 764 days, taking into account the different sizes of ulcers. Products used in ulcers cleaning procedure before application of Unna boot predominated 0.9% saline solution, and primary coverage there was a predominance, being used the most varied products. The professionals who performed the procedures were nurses in 100% of the studies. Demonstrating the ability and involvement in this etiology. This review allowed, demonstrate the effectiveness of the Unna boot. And it found that the diagnosis, as well as to conduct therapy should be performed by the nurse in an outpatient setting.

Key Words: “Varicose Ulcer”, “Compressive Bandage” and “Nursing”.

1. INTRODUÇÃO

A insuficiência venosa crônica (IVC) acomete os membros inferiores e é causada por um conjunto de alterações que ocorrem na pele e no tecido subcutâneo. É decorrente de uma hipertensão venosa de longa duração, provocada por uma insuficiência valvar ou obstrução venosa. São manifestações geradas por essa insuficiência: edema, lipodermatoesclerose (dermatoesclerose ou hipodermite), atrofia branca, hiperpigmentação ou dermite acre, eczema venoso e úlcera venosa. (MARFFEI et al., 2008).

A Úlcera Venosa, pode se definir como uma ferida ou lesão, com alterações celulares geralmente visíveis sobre a superfície da pele. Etiologicamente, as feridas são classificadas em agudas e crônicas. Por definição a ferida crônica é aquela que demora mais tempo do que o habitual para cicatrizar, ultrapassando o período de três meses. (SILVA, 2011).

No Brasil e no mundo, as Úlceras Crônicas dos Membros Inferiores (UCMI) afetam grande parte da população adulta. Sua etiologia está associada a diversos fatores como: doença venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatias, hipertensão arterial, trauma físico, anemia falciforme, infecções cutâneas, doenças inflamatórias, neoplasias e alterações nutricionais. (MIOT et al., 2009).

Dentre as úlceras crônicas que mais acometem os membros inferiores, observamos as úlceras de etiologia venosa, considerando sua alta incidência e prevalência, são responsáveis por índices de morbidade e mortalidade significativos; além de provocarem um grande impacto socioeconômico. (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013). De acordo com Barbosa e Campos citam que:

As úlceras venosas são lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem a percentual que varia aproximadamente de 80 a 90% das úlceras encontradas nesta localização e configuram problema mundialmente grave, sendo responsável por considerável impacto socioeconômicas, como a perda de dias de trabalho, aposentadoria precoce e os gastos com a terapêutica, em geral, prolongada, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. (BARBOSA; CAMPOS, 2010, p. 3).

No que se refere a esse impacto supracitado, observamos prejuízos no cotidiano desses pacientes portadores de úlcera venosa crônica. Segundo Salome e Ferreira (2012, p. 2) “Além de restringir as atividades da vida diária e o lazer, pode ter como consequência alteração na qualidade de vida e na autoestima, levando o paciente, até mesmo, à depressão”.

Suas características e peculiaridades exigem dos profissionais que lidam com essas lesões conhecimentos técnico e científico específico para um tratamento eficiente.

A UVC pode ser tratada e prevenida através de medidas compressivas, uma vez que controla o edema e a hipertensão. Pacientes submetidos à terapia compressiva apresentam um aumento significativo na taxa de cicatrização e uma queda na recorrência da ulceração. Ao exercer compressão no membro afetado, a terapia compressiva aumenta a pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013).

As terapias compressivas podem ser elásticas e inelástica. A terapêutica com a elástica é considerada uma opção de tratamento clínico para a insuficiência venosa dos membros inferiores, pois seu efeito trás benefícios hemodinâmicos, e são mais indicadas para o período de pós-cicatrização, para evitar recorrências. Entre as inelásticas, a mais comum é a bota de Unna, que consiste em atadura impregnada de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada, criando um molde semissólido, que realiza compressão externa eficiente. É considerado um produto para curativo que age auxiliando na terapia compressiva, propiciando o retorno venoso. Uma das vantagens da utilização da bota de Unna é permitir a deambulação do paciente, o que propicia um melhor retorno venoso pelo funcionamento da bomba muscular da panturrilha. (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013).

Além da reabsorção do edema, a pressão externa exercida pela bota de Unna provoca uma redução do diâmetro da veia, havendo dessa maneira um aumento da velocidade do fluxo venoso, o que é o objetivo principal da terapêutica da IVC. (MARFFEI et al., 2008).

Segundo a Ementa do Conselho Regional de São Paulo (Coren-SP) (2013, p. 2) “A bota de Unna tem ações terapêuticas sobre as ulcerações venosas devido aos efeitos compressivos (que auxilia no retorno venoso efetivo), protetor (por meio da bandagem evitando a exposição das lesões) e cicatricial (ação das substâncias da pasta de Unna).”

O profissional de enfermagem tem um importante papel no tratamento de pacientes acometidos por UVC, uma vez que é através desses profissionais que se tem o diagnóstico e medidas terapêuticas específicas a serem adotadas, que irão determinar o sucesso no tratamento, promovendo então o cuidado para a realização do processo de cicatrização da ferida e a melhoria da qualidade de vida do portador de úlcera venosa.

O interesse com essa temática surgiu em virtude de ser voluntária do projeto de extensão PIBIC/CNPQ intitulado como: “Úlceras crônicas: a integralidade do cuidar”, que contribuiu de forma significativa na minha formação no curso de enfermagem, através deste pude aprimorar meu conhecimento técnico científico, além disso, tive a oportunidade de beneficiar os pacientes portadores de úlceras crônicas, em especial os portadores de UVC atendidos nas Clínicas Integradas do UNI-RN. Essa experiência me norteou para escolha e elaboração dessa pesquisa.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar da alta prevalência e do impacto, a UVC é frequentemente negligenciada e abordada de maneira inadequada. Portanto é importante uma abordagem correta por parte da equipe de enfermagem, para articular estratégias e promover a cicatrização da lesão, como objetivo primordial independente da conduta adotada. Justifica-se assim analisar a eficácia da terapia inelástica.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar a eficácia do uso da bota de Unna no tratamento da úlcera venosa crônica.

3.2 ESPECÍFICO

- Qual o papel do enfermeiro no tratamento da úlcera venosa crônica.

4. REFERÊNCIAL TEÓRICO

4.1 A DOENÇA: ÚLCERA VENOSA CRÔNICA (UVC)

As úlceras venosas causam grande impacto social e econômico devido à natureza de recidiva e ao longo tempo decorrido entre sua abertura e cicatrização. Quando não manejadas adequadamente, cerca de 30% das úlceras venosas cicatrizadas recorrem no primeiro ano, e essa taxa sobe para 78% após dois anos. (ABBADE, 2006).

“O sistema venoso dos membros inferiores é composto pelas veias superficiais, pelas veias perfurantes e pelas veias profundas. O sistema venoso profundo localiza-se entre a musculatura do membro inferior, enquanto os sistemas venosos superficiais estão acima dessa musculatura. As veias perfurantes são responsáveis pela comunicação entre o sistema venoso profundo e o superficial. “Os sistemas venosos descritos são compostos por válvulas bicúspides unidirecionais, promovendo o fluxo sanguíneo apenas para a direção cefálica, prevenindo o refluxo de sangue.” (ALDUNATE, et al., 2010, p.2).

Aldunate et al. (2010) e França e Tavares (2003), em suas pesquisas, afirmam que em situações normais, o fluxo venoso é direcionado do sistema venoso superficial para o profundo, através das veias comunicantes com válvulas competentes, que impedem o retorno de sangue para as veias superficiais. A incompetência das válvulas do sistema venoso profundo e comunicante resulta em um refluxo desse sangue ocasionando hipertensão venosa.

Além da incompetência valvar, a UVC está associada à disfunção da bomba muscular da panturrilha, responsável por permitir o retorno venoso dos membros inferiores ao coração. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011).

Os processos patológicos das úlceras varicosas possuem origens distintas, contudo, fundamentalmente, provêm de problemas vasculares profundos em que o aumento crônico da pressão sanguínea intraluminal nos membros inferiores deforma e dilata os vasos. Com a insuficiência valvar o retorno venoso fica comprometido, ocasionando estase e edema persistente. Essa pressão constante e retorno venoso dificultado comprometem as funções celulares, ocorrendo, então, necrose tecidual e ulceração da pele. (SILVA et al., 2009).

Em geral, a úlcera venosa é uma lesão de forma irregular, superficial no início, mas pode se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com grau de exsudação e coloração variados. Apresentando tecido de granulação. As úlceras podem ser únicas ou múltiplas e de tamanhos e localizações variáveis, mas em geral ocorrem na porção distal dos

membros inferiores (região da “perneira”), particularmente na região do maléolo medial. (ABBADE, 2006).

A região peri úlcera apresenta as seguintes características: hiperpigmentação, com áreas de coloração enegrecida, efeito do extravasamento de ferro das hemácias (hemoglobina transformada em hemossiderina, causando na pele coloração castanha), lipodermatosclerose (alteração devido à substituição progressiva da pele e do tecido subcutâneo pela fibrose), edema depressível (maior na perna sintomática), e presença de veias varicosas (FRANÇA; TAVARES, 2003).

4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE UVC

O enfermeiro deve ter uma visão ampla no que se refere ao tratamento de úlceras crônicas, seu papel não se resume apenas na execução dos curativos prescritos por outros profissionais. Dentro desse contexto, o enfermeiro realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a pacientes com feridas crônicas, contribuindo assim para uma assistência qualificada, promovendo então a recuperação do paciente como um todo, não focando apenas na lesão de pele. (CUNHA, 2006).

A SAE se tornou a base das ações de enfermagem, sendo considerada a essência da profissão. Essa é dividida em cinco etapas: história de saúde, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É importante ressaltar que essas etapas do processo de enfermagem auxiliam na identificação e possíveis soluções para o problema encontrado. (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2013).

Portanto, o conhecimento técnico e científico é fundamental, sendo que compete ao enfermeiro realizar a SAE na consulta de enfermagem, para prescrever e orientar o tratamento, realizar o procedimento do curativo, bem como o desbridamento, quando necessário. Além de encaminhar o paciente a outros profissionais, para suprir as necessidades identificadas de forma holística.

Assim, é importante a atualização dos conhecimentos sobre úlcera venosa para melhorar a qualidade do tratamento e sua eficiência.

Cunha (2006, p. 21) enfatiza que “o tratamento e a avaliação de ferida de membros inferiores é uma questão importante para os profissionais de saúde. A execução do tratamento e sua avaliação têm sido tradicionalmente de responsabilidade do enfermeiro”.

4.3 TERAPIA COMPRESSIVA: TRATAMENTO PARA UVC

Segundo Malagutti e Kakiyama (2011), a abordagem terapêutica do paciente portador de úlcera venosa deve fundamentar-se na terapia compressiva, tratamento local da úlcera, medicamentos sistêmicos e tratamento cirúrgico da anormalidade venosa.

Abreu (2013), afirma que medidas compressivas é um fator importante na prevenção e no tratamento. Pacientes submetidos à terapia compressiva apresentam um aumento significativo na taxa de cicatrização e queda na recorrência da ulceração, pois a mesma controla o edema e a hipertensão venosa.

Segundo Marfey et al. (2008), a bota de Unna é utilizada desde 1896 como um método eficiente de controle da hipertensão venosa das extremidades inferiores. Possui em sua composição óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada, formando uma pasta. Para ser utilizada necessita ser derretida pelo calor, ou seja, “banho maria” (infusão dessa pasta em água aquecida). Sua aplicação consiste em enfaixar o pé, o tornozelo, e a perna até próximo ao joelho, obedecendo os contornos anatômicos para melhor ajuste. Após a aplicação, espera-se alguns minutos para secagem da pasta.

A bota de Unna é indicada somente após o diagnóstico correto de úlcera venosa, podendo ser colocada em contato direto com o leito da ferida, porém este deverá conter tecido de granulação, não podendo ter áreas de desvitalização ou sinais de infecção como odor fétido, exsudato com coloração esverdeada, linfonodos infartados inclusive na região inguinal. O tempo de troca pode variar entre 5 a 7 dias, porém essa troca depende do grau de exsudação e é contraindicada para o tratamento de úlceras neuropáticas, arterial ou mista. (ABREU, 2013).

Quando realizado o procedimento de troca de curativo da úlcera venosa, o enfermeiro deverá avaliar o leito da lesão, e poderá associar a terapia compressiva inelástica com outras coberturas que auxiliam e aceleram o processo de cicatrização.

Malagutti e Kakiyara (2011) afirmam que a associação da terapia tópica, como: hidrocolóides, alginatos, hidrogéis e carvão ativado com prata, com a bota de Unna otimizam o tratamento das úlceras venosas, pois tratam tanto o leito da ferida como a hipertensão venosa.

Em um levantamento bibliográfico feito por Borges (2005) que teve como objetivo avaliar a terapia de compressão associada com a cobertura tópica no tratamento de úlcera venosa identificou uma diversidade de coberturas tópicas utilizadas, como, hidrocolóide, hidrofibra, espuma de poliuretano, gel assevan e pomada de sulfadiazina de prata.

A bota de Unna não interfere na articulação do tornozelo, pois a sua composição é à base de gelatina, dessa maneira permite a marcha normal. Mesmo em ortostatismo não há ocorrência de edema, pois esse envoltório inelástico favorece o funcionamento da bomba muscular da panturrilha. (MARFFEI, 2008).

Apesar de todas as úlceras vasculares apresentarem a mesma fisiopatologia, o processo cicatricial responderá de forma diferente de paciente para paciente, por estar condicionado a fatores sistêmicos (idade, obesidade, estado nutricional e outros) e locais (déficit sanguíneo, infecção, tratamento tópico inadequado). (BERSUSA; LAGES, 2004).

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva, de abordagem quanti e qualitativa a qual permite a análise da literatura publicada sobre avaliação da eficácia da bota de Unna no tratamento de úlcera venosa. A pesquisa foi realizada no período de agosto a setembro de 2015, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME), especificamente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Cochrane Library* (COCHRANE), utilizando segundo a Classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “úlcera varicosa”, “bandagens compressivas” e “enfermagem”. Utilizou-se o operador booleano “AND”, para fazer o cruzamento dos descritores nas respectivas bases de dados.

Utilizou-se como critério de inclusão: todas as publicações encontradas que abordassem o tema relacionado à úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna, no idioma português, na forma de texto completo e no período de 1986 a 2015. E como critérios de exclusão: artigos que não correspondiam ao tema, outros idiomas além do português, outras terapias compressivas para úlcera venosa.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados na base de dados *Lilacs* 10 (dez) artigos. Destes, foram descartados os que não se adequavam aos critérios de inclusão, sendo então selecionados 8 (oito) artigos. Na base de dados *Cochrane*, foram encontrados 5 (cinco) artigos, sendo 3 (três) adequados aos critérios de inclusão. Na *Scielo* foram encontrados 4 (quatro) artigos, e destes 2 (dois) se adequavam aos critérios de inclusão. Portanto após realização da busca nas bases de dados supracitadas e, excluindo-se as duplicas, foram considerados pertinentes para o presente trabalho 7 (sete) estudos relacionados ao tema proposto, como mostra o quadro 1.

Quadro 1. Resultados da aplicabilidade da bota de Unna.

ARTIGO	TITULO	ANO	AUTOR	RESULTADO
1	Tratamento de úlcera venosa com bota de Unna: estudo de caso	2013	ABREU, A.M.; OLIVEIRA, B.R.B.; MANARTE, J.J.	Após doze semanas com tratamento com bota de Unna o paciente obteve total cicatrização da lesão.
2	Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna.	2012	SALOMÉ, M. G.; FERREIRA M. L.	Os pacientes com úlcera venosa, no início da coleta de dados, apresentaram qualidade de vida baixa, e após 8 meses de tratamento com bota de Unna foi observada melhora da qualidade de vida.
3	Tratamento de úlceras de estase venosa com bota de Unna e carvão ativado	1992	TIAGO, F.	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.
4	Tratamento domiciliar da úlcera de estase venosa dos membros inferiores	1986	LUCCAS, G.C.	Foram estudados 35 pacientes portadores de úlcera de estase venosa de membros inferiores atendidos no PA do INAMPS de campinas. 51,2% dos pacientes obtiveram cicatrização total das úlceras. 39% obteve uma regressão significativa da úlcera. 7,3% não apresentaram mudanças no quadro. E 2,43% tiveram piora no quadro após terapia com bota de Unna.
5	Sistematização da assistência de enfermagem na terapia compressiva uma possibilidade terapêutica	2012	TURRA, G.K.K.	A terapia compressiva vem, nessa realidade, facilitar a cicatrização das úlceras venosas, que por vez, são lesões de difícil cicatrização devido às várias condições fisiopatológicas que levam a crônificação das mesmas.
6	Uso da bota de Unna como tecnologia no cuidado de	2014		Observou-se que 45 (91,8%) pacientes evoluíram para cicatrização ao final de 12 meses, destes 21 (42,8%) pacientes

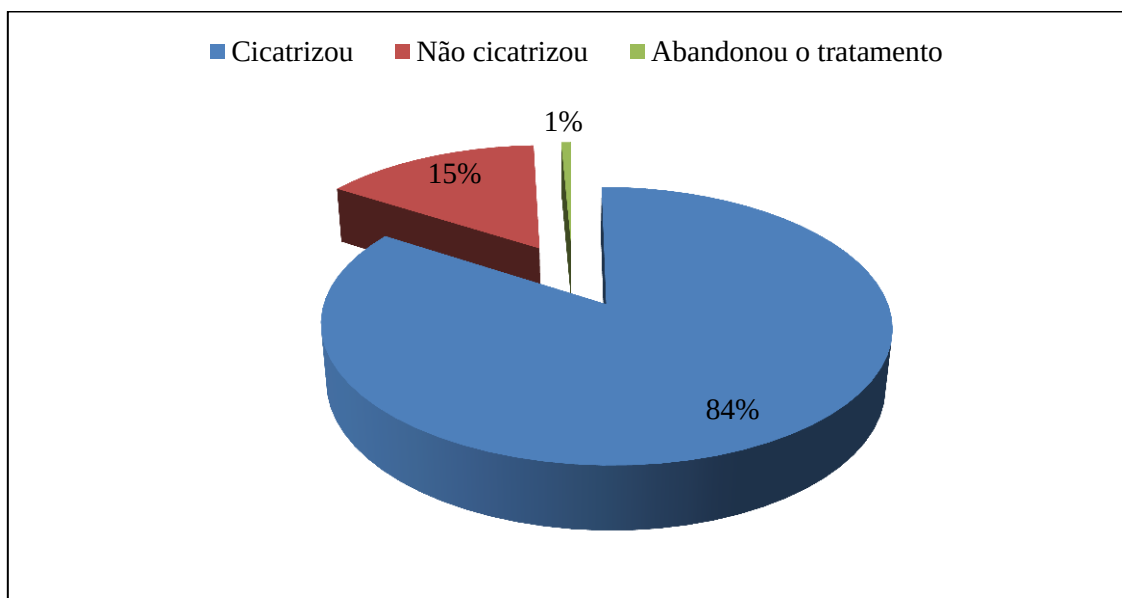
	enfermagem em úlceras venosas		LIEDKE, D.C.F.	cicatrizaram em até 12 semanas ou 3 meses, utilizando a tecnologia Bota de Unna. O tempo médio de cicatrização foi de 128 dias ou em torno de 4 meses, com desvio padrão de 129, com um tempo mínimo de 17 dias e um tempo máximo de 764 dias ou 25 meses.
7	Característica da ferida tratada com bota de Unna.	2014	SOARES, N.C; SANTOS, R.A; OLIVEIRA, A.; CÉLIA, R.; FALAVIGNA, M. F.	Os resultados do tratamento com a bota de Unna foram positivos, através da cicatrização total de 5 lesões e 5 processo de cicatrização.

Fonte: (Autora, 2015).

Em relação a cicatrização das lesões com a utilização da terapia compressiva inelástica, a bota de Unna, em todos os estudos encontrados houve predominância de feridas cicatrizadas, em relação as não cicatrizadas e os paciente que interromperam o tratamento. Demonstrando que o tratamento é efetivo, quando usada no tratamento de úlcera venosa, pois aumenta a taxa de cicatrização.

Mendonça et al. (2008), afirma que a utilização da bota de Unna contribui para aceleração do processo cicatricial. Carollo et al. (2012, p.2), refere “a utilização da bota de Unna é um excelente método para promover uma cicatrização mais rápida de uma úlcera venosa, contribuindo para o alívio da dor e, tratando-se de um método compressivo sobre a perna melhora o fluxo venoso.”

Considerando todos os artigos encontrados e somando todos os pacientes, obtém-se 239 pacientes que utilizaram bota de Unna, assim 84% obtiveram a cicatrização de suas lesões, como demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 1. Percentual de Cicatrização

Fonte: (Autora, 2015)

O enfermeiro é o principal responsável por prestar cuidados a pacientes portadores de feridas crônicas, demonstram-se mais capacitados e em maior número nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ambulatórios, onde se concentram os portadores de feridas para tratamento. Haja visto que o profissional enfermeiro predominou nos estudos analisados em 100%. Carmo et al. (2007), ressalta a importância dos planos de cuidados construído pelo enfermeiro, cujos objetivos são proporcionar condições que minimizem o tempo de cicatrização da ferida, reduzem os riscos de infecções, previnam recidivas, garantam a segurança e conforto do paciente, dentre outros.

A Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) (2009) descreve as competências do enfermeiro estomaterapeuta. Na área de feridas são competências clínicas do enfermeiro: prevenção e tratamento de úlceras vasculogênica de origem venosa. Na prevenção é realizada consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, incluindo o histórico e exame físico. No tratamento o enfermeiro realiza atividade de desbridamento, prescreve terapia tópica, terapia compressiva elástica ou inelástica, além de prescrever terapias adjuntas, como, *laser*, eletroestimulação, terapia a vácuo entre outras. Realiza encaminhamento para outros profissionais quando necessário (exemplo: médico, especialista em sistema vascular, fisioterapeuta, educador físicos e outros). E orienta a equipe quanto aos cuidados propostos.

Corroborando com as competências do enfermeiro, Santana et al (2013, p.2), afirmam que:

O enfermeiro é responsável pelo tratamento e prevenção de feridas, devendo, no contexto de suas competências profissionais, avaliá-las, prescrever os cuidados e o tratamento mais adequado, orientar o paciente e/ou seus familiares, supervisionar a sua equipe na realização de curativos e possuir conhecimento científico e habilidades no manejo das lesões.

Considerando as competências e ações do enfermeiro na área de feridas, a lei 7.498/86 do Exercício Profissional de Enfermagem, regulamenta que, o tratamento dispensado às pessoas nas salas de curativo, deverá ser conduzido mediante a prescrição do enfermeiro. Já a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 159/1993 e 358/2009 respectivamente, definem que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta e o processo de enfermagem devem ser obrigatoriamente desenvolvidos, depreende-se que as pessoas atendidas nas salas de curativos de unidades de atenção primária à saúde devem ter acesso à consulta de enfermagem, derivando dela, o plano terapêutico a ser seguido pela equipe. (COFEN, 2009).

Durante o processo de tratamento da úlcera os enfermeiros prescrevem a troca de curativo. Esse procedimento é realizado primeiramente pela limpeza das lesões, seguido da aplicação da cobertura primária, a qual fica em contato direto com a lesão, tendo como objetivo, manter a umidade na interface ferida-curativo, permitir a troca gasosa e isolamento. Após pode-se utilizar a cobertura secundária, para proteger a primária, após esse processo deve colocar a bota de unna. Os materiais utilizados nos estudos avaliados estão demonstrados no quadro a seguir (2).

Quadro 2. Identificação das trocas dos curativos¹

Artigo	Limpeza	Cobertura Primária	Cobertura Secundária	Periodicidade de trocas	Ano Publicação do artigo
1	Solução fisiológica 0,9%.	Bota de Unna	Gaze estéril e atadura.	Semanal	2013
2	*	*	*	*	2012
3	Polivinilpirrolidona Tópico (PVPI) e Solução fisiológica ou água e sabão.	Carvão Ativado com prata.	Gaze estéril , bota de Unna e atadura	A cada 6 dias.	1992
4	Água e sabonete	Bota de Unna	*	*	1986

¹ Legenda: * o artigo não descreve a informação.

5	*	*	*	*	2012
6	*	Prata nanocristalina e carvão ativado com prata	Bota de Unna.	Semanal	2014
7	Água clorada	Hidrogel	Gaze estéril bota de Unna e atadura.	Semanal	2014

Fonte: (Autora, 2015)

O método mais utilizando foi a limpeza com SF 0,9%, cobertura primária, carvão ativado com prata nanocristalina, cobertura secundária gaze estéril e bota de Unna, melhorando a eficiência da terapia.

Silva et al (2014), afirma que A Solução Fisiológica (SF) 0,9% é mais indicada na limpeza de feridas fechadas e abertas, principalmente por ser isotônica, com propriedades que não agredem o tecido da ferida. A SF pode ser utilizada na limpeza mecânica, através do jato de soro, e na aplicação simples da solução sem o jato na ferida, sendo que em feridas abertas com cicatrização por segunda e terceira intenção com presença tecidos desvitalizados recomenda-se o uso soro em jatos.

Já o uso do PVPI, encontrado no estudo 3, não é mais recomendado atualmente, segundo o *Manual de Curativo Avaliação e Tratamento de Feridas (2005)*, o Povidine PVPI é um produto contra indicado pois é citotóxico para feridas, destrói os fibroblastos e pode causar dermatites, e com seu uso prolongado pode levar tardiamente a uma tireoidite, assim como a água clorada.

Oliveira e Santos (2008), afirma que por mais de um século, o iodo – descoberto em 1812 foi considerado como um dos anti-sépticos mais eficazes, sendo utilizado na prevenção de infecção e tratamento de feridas. Em 1839, publicou-se o primeiro relato do seu uso específico em feridas. No entanto, sua desvantagem em causar toxicidade às células levou a novas formulações, como os iodóforos.

Os resultados dos estudos não permitem concluir qual o melhor tratamento tópico para úlcera venosa, pois foram utilizados produtos variados como cobertura primária. Segundo o *“Protocolo de Assistência aos portadores de feridas da prefeitura de Belo Horizonte”* (2006), o uso concomitante da Bota de Unna e de outras coberturas aumentam a eficácia do tratamento da úlcera. Portanto é importante que os enfermeiros conheçam os tipos de

coberturas disponíveis para cada tipo de tecido encontrado nas úlceras venosas crônicas, e indiquem a que melhor julgar para proporcionar meio ideal para cicatrização.

Em relação à periodicidade de trocas do curativo com bota de Unna, verificou-se nos estudos que as trocas do curativo se davam com frequência semanal. Que de acordo com a “*Ementa: competência e capacitação para realização do curativo de bota de Unna*” (COREN-SP, 2013):

O tempo máximo recomendado para troca do curativo bota de Unna é de duas semanas, sendo o mais comum a realização da troca semanalmente. Durante sua utilização devem ser observadas as condições do paciente, com vistas a detecção precoce da ocorrência de anormalidades tais como sinais clínicos de infecção local ou sistêmica; extravazamento de exsudato, principalmente com forte odor; comprometimento da perfusão sanguínea; e parestesias. Frente as intercorrências deverão ocorrer a reavaliação imediata do curativo.

CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu, baseada nos artigos encontrados, demonstrar a eficiência da bota de Unna. E constatou que o diagnóstico, assim como a conduta para a terapêutica deve ser realizada pelo enfermeiro, em ambiente ambulatorial. Assim como, verificou que a associação da bota de Unna com novas coberturas que, surgiram e evoluíram no decorrer do tempo, apresentou resultado mais efetivo no processo cicatricial. É importante ressaltar que apesar do curativo não ser exclusividade do enfermeiro, pois pode ser realizado por demais profissionais da área da saúde, ele se destaca dos demais profissionais por ser o maior responsável pela avaliação e prescrição de coberturas, tanto pelo conhecimento e por ser parte integrante e ativa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ambulatórios de todo o Brasil, onde os portadores de úlceras venosas crônicas dirigem-se para o tratamento. Conclui-se ainda que a literatura, apesar de escassa sobre o tema, foi efetiva para o objetivo proposto. Em virtude dos fatos mencionados faz-se necessário a realização de mais estudos, principalmente de campo, para uma coesão na limpeza e na utilização das coberturas primárias, antes da utilização bota de Unna.

REFERÊNCIAS

- ABADE, F.P.L.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, São Paulo, v. 81, n. 6, p. 22-509, 2006.
- ABREU, M.A.; OLIVEIRA, B.R.B.; MANARTE, J. J. Tratamento de úlcera venosa com bota de Unna: estudo de caso. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2013.
- ALDUNATE, B.C.L.J. et al. Úlceras venosas em membros inferiores. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 3, jul/dez. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). Competências do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/>>. Acesso em: 4 de novembro de 2015.
- BARBOSA, J.A.G.; CAMPOS, L.M.N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermeria Global**, Múrcia, n. 20, out. 2010.
- BERGONSE, F.N.; RIVITI, E.A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, mar./abr. 2006.
- BERSUSA, S.A.A.; LAGES, S.J. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 1, 2004.
- BORGES, E.L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 304 f. Tese (Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.
- BORGES, E.L.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V.J. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto- SP, v. 15, n. 6 p. 15-16, nov./dez. 2007.
- CARMO, S.S. et al. Atualidades a assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 506-517, abr./jun. 2007.
- CAROLLO, J.B. et al. Utilização da Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas. In: Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), 2012, Rio Grande do Sul.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Legislações. (Lei 7.498/86. Resoluções 159/1993 e 358/2009). Disponível em: <www.cofen.gov.br/categoria/legisla%C3%A7%C3%A3o/leis>. Acesso em: 4 de novembro de 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e normas. Belo Horizonte: Coren-MG, v. 13, n. 1. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Ementa: Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna. Coren-SP. p. 1-5, 2013.

CUNHA, N.A. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. 2006. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR. A.C. Diagnóstico de Enfermagem. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FRANÇA, G.H.L.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **Jornal vascular brasileiro**, São Paulo-SP, v. 2, n. 4. 2003.

KIESKI, G.; TURRA, K. Sistematização da assistência de enfermagem na terapia compressiva: uma possibilidade terapêutica. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba-PR, v. 2, n. 4, p. 19-29, out./dez. 2012.

LIEDKE, D.C.F. **Uso da bota de Unna como tecnologia no cuidado de enfermagem em úlcera venosa**. 2014. 104f. Dissertação (Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

LUCCAS, G.C. Tratamento domiciliar de úlcera de estase venosa dos membros inferiores. **Revista da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular**. Campinas-SP, v. 2, n. 2, p. 25-26, 1986.

LUZ, B.S.R. et al. A avaliação da eficácia da bota de Unna artesanal no tratamento de pacientes portadores de úlceras venosas, **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Pouso Alegre-MG, v. 88, n. 1, p. 41-49, 2013.

MACEDO, E.A.B. **Custo efetividade da terapia compressiva no processo de cicatrização de úlceras venosas**. 2009.157f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN.

MANUAL DE CURATIVOS: Avaliação e Tratamento de Feridas, Goiânia- GO, ago. 2005.

MACEDO, E.A.B. et al. Efetividade do uso da bota de Unna no tratamento de úlceras venosas: uma revisão de literatura. **Fiep bulletin online**, Natal-RN, v. 80, p. 1-5, 2010.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C.T. **Curativos, estomia e dermatologia**. São Paulo: Martinari, 2011.

MARFFEI, F.H.A., et al. **Doenças vasculares periféricas**, Rio de janeiro: Guanabara & Koogan, 2008.

MIOT, H.A. et al. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 145-8, 2009.

OLIVEIRA, A.S.; SANTOS, V.L.C.G. Uso de iodóforo tópico em feridas agudas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São paulo, v.42, n.1, p. 193-201, mar. 2008.

REIS, B.D. et al. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Revista mineira de enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 101-106, jan./mar. 2013.

SALOMÉ, G.M.; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 466-471, jul./set. 2012.

SANTANA, A.C. et al. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 821-826, nov./dez. 2013.

SILVA, A.A.F. et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Revista brasileira de enfermagem**, Ceará, v. 62, n. 6, p. 889-893, 2009.

SILVA, E.D. **FERIDAS CRÔNICAS: conhecimento e importância do tratamento sob a ótica do paciente**. 2011.63f. Monografia (Saúde pública) – Faculdade Adventista da Bahia. Cachoeira-BA.

SILVA, M.H. et al. Limites e possibilidades vivenciados por enfermeiras no tratamento de mulheres com úlcera venosa crônica. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 54-59, ago/2014.

SILVA, P.I. et al. Terapia tópica no tratamento de feridas crônicas. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaría**, Murcia, n. 33, p. 46-58, 2014.

SOARES, N.C. et al. Característica da ferida tratada com bota de Unna. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale da Paraíba**, Paraíba-PB, v. 1, n. 6, p. 43-63, 2014.

SOLSA, A.T.O. et al. Biotecnologia no tratamento de úlcera vascular: estudo de caso. **Facultad de Enfermería**, Bogotá Colombia, v. 31, n. 2, p. 101-107, jul./dez. 2013.

THIAGO, 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./jul. 1996.