

# Impacto do curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno na vida dos pacientes com úlcera venosa

## *Impact of non-adherent Ibuprofen foam dressing in the lives of patients with venous ulcers*

GERALDO MAGELA SALOMÉ<sup>1</sup>; LYDIA MASAKO FERREIRA, TCBC-SP<sup>1</sup>.

### R E S U M O

**Objetivo:** avaliar a dor em pacientes portadores de úlcera venosa de membros inferiores que utilizaram curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno (CEI). **Métodos:** estudo prospectivo de pacientes portadores de úlceras venosas de membros inferiores tratados no período de abril de 2013 a agosto de 2014. Foram utilizados os questionários Escala Numérica e Questionário de Dor de McGill, as avaliações eram feitas no momento da inclusão do paciente no estudo e a cada oito dias, totalizando cinco consultas. Os pacientes foram divididos em dois grupos: 40 no Grupo Estudo (GE), que foram tratados com CEI, e 40 no Grupo Controle (GC), tratados com curativo primário, conforme o tipo de tecido e exsudato. **Resultados:** na primeira consulta os pacientes de ambos os grupos relataram dor intensa. No quinto dia os pacientes do GE relataram ausência de dor e a maioria do GC relatou dor moderada. Com relação ao Questionário de Dor de McGill, a maioria dos pacientes de ambos os grupos, no início da coleta de dados, relataram sensações relacionadas aos descritores sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea, sendo que entre os pacientes do GE houve discreta melhora após a segunda consulta. Após a terceira consulta já não referiram os descritores citados. Os pacientes do GC manifestaram todas as sensações desses descritores até quinta a consulta. **Conclusão:** o curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno é eficaz na redução da dor de pacientes portadores de úlceras venosas.

**Descritores:** Úlcera Varicosa. Extremidade Inferior. Medição da Dor. Ibuprofeno. Qualidade de vida. Assistência Centrada no Paciente.

### INTRODUÇÃO

As úlceras venosas são consequência de insuficiência venosa crônica, decorrente de hipertensão venosa ocasionada por incompetência valvular das veias superficiais e profundas, da obstrução venosa ou da combinação destes fatores<sup>1,2</sup>. Acometem com maior frequência os membros inferiores e comprometem cerca de 5% da população adulta nos países ocidentais, com prevalência de 0,3%. Sua ocorrência aumenta com a idade, sendo superior a 4% em indivíduos com mais de 65 anos<sup>1,3</sup>. Podem apresentar exsudato e odor com necessidade de troca de curativos várias vezes por dia, com impacto no estilo de vida. É comum que o paciente apresente frustração e desesperança relacionadas ao tratamento, pois algumas destas lesões podem levar meses para cicatrizar<sup>4-7</sup>. Acarretam dor, edema, perda de mobilidade e afastamento das atividades profissionais, gerando, frequentemente, aposentadoria por invalidez. Como consequência da dor, que agrava ou gera dificuldade de locomoção, e da restrição das atividades da vida diária e do lazer, a úlcera venosa pode levar a alterações da qualidade de vida e da autoestima, e determinar quadros de ansiedade e depres-

são, que podem contribuir para o retardo do processo de cicatrização da úlcera<sup>8-15</sup>.

O curativo de espuma com Ibuprofeno (CEI) é um curativo não aderente, formado por espuma ligada a um filme semipermeável de poliuretano que permite que o Ibuprofeno seja liberado na ferida pela presença de fluidos ou exsudato. Trata-se de tecnologia inovadora, que promove melhor controle do exsudato, assegura um mínimo de risco de vazamento ou maceração da pele, traz alívio da dor durante o tempo de uso do curativo e durante suas trocas e promove um meio úmido<sup>16-18</sup>.

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno no controle da dor de pacientes portadores de úlceras venosas.

### MÉTODOS

Estudo controlado, randomizado, analítico e prospectivo realizado no Ambulatório São João da Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 534.263.

1 - Universidade do Vale do Sapucaí, Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Foram estudados 80 pacientes, divididos em dois grupos com 40 pacientes cada: Grupo Estudo (GE), tratados com CEI, e Grupo Controle (GC), tratados com curativo primário, conforme o tipo de tecido e exsudato. Os critérios de inclusão foram: idade igual e/ou superior a 18 anos, índice tornozelo/braço entre 1,0 e 1,4, pacientes que estavam fazendo uso de medicação para dor e que não estavam sendo tratados com terapia compressiva. Os critérios de exclusão foram: pacientes cujas feridas apresentavam sinais clínicos de infecção, alergia ao Ibuprofeno ou presença de erisipela adjacente à lesão. Foram excluídos do trabalho os pacientes faltosos ao atendimento no ambulatório, aqueles que durante o estudo estivessem tomando medicação para dor e pacientes que, durante estudo, a ferida apresentasse sinais clínicos de infecção ou alergia.

O trabalho foi realizado no período de abril de 2013 a agosto de 2014, sendo a primeira coleta de dados realizada no momento da inclusão do paciente no estudo, e depois a cada oito dias, totalizando cinco consultas. Nestas consultas, a ferida era avaliada e trocado o curativo primário, mas os pacientes foram orientados a trocar o curativo secundário sempre que ocorresse a saturação.

Os pacientes foram randomizados por processo de envelopes selados e opacos e foram guardados na central de randomização. Um indivíduo independente gerou uma sequência de números randômicos, colocando-os um a um nos envelopes selados. Os pacientes foram sorteados de forma consecutiva, por meio da retirada do envelope e da alocação em um dos grupos.

Os participantes responderam a questionário sobre dados sociodemográficos e clínicos. Para quantificar a intensidade de dor foi utilizada a Escala Numérica de dor, graduada de 0 a 10, em que 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor já sentida. A intensidade de dor foi classificada em ausência de dor (0), dor leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10)<sup>19,20</sup>.

A qualidade da dor foi avaliada com a aplicação do Questionário de Dor de McGill. Esse questionário é constituído por palavras conhecidas como descritores, pois descrevem a sensação de dor que o paciente pode estar sentindo. Os descritores são organizados em quatro grandes grupos e em 20 subgrupos. Cada conjunto de subgrupos avalia um grupo. Os descritores abrangem as áreas: sensorial (subgrupo de 1 a 10), afetivo (subgrupo

de 11 a 15), avaliativo (subgrupo 16) e miscelânea (subgrupo de 17 a 20)<sup>19,20</sup>. O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem ao doente expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por dois a seis descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade.

A partir do questionário de McGill, pode se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido com o somatório dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada um dos quatro componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea.

A análise estatística foi realizada no SPSS 11.5. Para análise estatística foram utilizados os seguintes testes: teste de Mann-Whitney e teste do Qui-quadrado. Para todos os testes estatísticos foram considerados os níveis de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas dos participantes podem ser vistas na tabela 1. Verifica-se que a maioria dos participantes de ambos os grupos eram da cor branca, sexo feminino, idade acima 60 anos, aposentados e fumantes. Com relação à escolaridade, 18 participantes (45%) do GE eram analfabetos e 29 pacientes (72,50%) do GC tinham apenas o ensino fundamental.

No que se refere à lesão, na tabela 2 pode se observar que a maioria dos pacientes de ambos os grupos conviviam com a úlcera por seis a dez anos e as lesões apresentavam exsudato e odor.

**Tabela 1.** Relação das variáveis sócio-demográficas dos participantes do estudo.

Variáveis	Grupo				Valor do p
	Grupo Estudo		Grupo Controle		
	n	%	n	%	
<b>Raça</b>					
Branca	33	82,50	28	70,00	*0,001
Negra	07	17,50	12	30,00	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Faixa Etária</b>					
< de 50 anos	01	2,50	2	5,00	*0,002
50 a 59 anos	03	7,50	01	2,50	
60 a 69 anos	31	77,50	35	87,50	
70 a 79 anos	05	12,50	01	2,50	
> de 80 anos	00	00	01	2,50	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Sexo</b>					
Feminino	28	70,00	26	65,00	*0,003
Masculino	12	30,00	14	35,00	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Fumante</b>					
Não	11	27,50	11	27,50	*0,003
Sim	29	72,50	29	72,50	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Escolaridade</b>					
Alfabetizado	00	00	18	45,00	0,067
Ensino fundamental completo	04	10	01	2,50	
Ensino fundamental incompleto	29	72,50	13	32,50	
Ensino médio incompleto	02	5,00	03	7,50	
Ensino médio completo	04	10,00	05	12,50	
Nível superior	01	2,50	00	00	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Profissão</b>					
Desempregado	00	00	05	12,50	0,087
Aposentado	22	55,00	26	65,00	
Do lar	10	25,00	09	22,50	
Domestica	06	15,00	00	00	
Cuidadora	01	2,50	00	00	
Artesão	01	2,50	00	00	
Total	40	100,00	40	100,00	

Teste de Qui-quadrado de Pearson; \*Nível de significância estatística  $p \leq 0,05$ .

**Tabela 2.** Relação das variáveis relacionadas à lesão.

Variáveis	Grupo				Valor do p
	Grupo Estudo		Grupo Controle		
	n	%	n	%	
<b>Tempo de Lesão</b>					
< de 12 meses	04	10,00	02	5,00	
1 a 5 anos	06	15,00	03	7,50	
6 a 10 anos	25	62,50	31	77,50	*0,001
> de 11 anos	05	12,50	04	10,00	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Exsudato</b>					
Sim	22	55,00	32	80,00	
Não	18	45,00	08	20,00	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Odor</b>					
Sim	23	57,50	31	77,50	
Não	17	42,50	09	22,50	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	

Teste de Qui-quadrado de Pearson; \*Nível de significância estatística  $p \leq 0,05$ .

A tabela 3 mostra que a maioria dos pacientes de ambos os grupos tinham diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e não eram cardiopatas.

Na tabela 4 podemos observar que na primeira avaliação os pacientes de ambos os grupos relataram dor intensa; na segunda, a maioria dos pacientes do GE relatou dor moderada. Já no GC, 20 (50%) relataram dor moderada e 19 (47,50%) dor intensa. Na terceira avaliação, a maioria dos pacientes do GE relatou dor leve e os pacientes do GC relataram dor moderada. Na quarta avaliação, a maioria dos pacientes relatou ausência de dor. No GC, a maioria relatou dor moderada. Na quinta consulta, a maioria dos pacientes relatou ausência de dor. No GC, a maioria relatou dor moderada.

A tabela 5 possibilita observar que a maioria dos pacientes de ambos os grupos relatou os descritores sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea. O GC manteve o relato destes descritores até a quinta avaliação, com discreta melhora, porém, o GE apresentou melhora significativa durante a primeira e até a quinta consulta.

## DISCUSSÃO

A doença venosa crônica é, no Brasil, a 14ª causa de afastamento temporário do trabalho. Esses dados representam um sério problema de saúde pública, que atinge diversas faixas etárias, diferentes etnias, ambos os sexos, com reflexo nos gastos públicos e interferência na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Constatou-se que a maioria dos pacientes era fumante e com baixo grau de escolaridade, dados que se assemelham aos de outras pesquisas<sup>5-7,17,21,22</sup>. Entre os participantes do estudo verificou-se predomínio de mulheres. Infere-se que a ocorrência de úlcera venosa no sexo feminino esteja associada a fatores hormonais, à gravidez, ao puerpério e à maior incidência de veias varicosas, o que pode favorecer o surgimento da insuficiência venosa crônica. Este predomínio deve-se também, em parte, à longevidade feminina, uma vez que, até a idade dos 40 anos, o número de casos se distribui com certa igualdade entre os sexos<sup>23-25</sup>.

**Tabela 3.** Relação das variáveis relacionadas à doença.

Variáveis	Grupo				Valor do p
	Grupo Estudo		Grupo Controle		
	n	%	n	%	
<b>Diabetes Mellitus</b>					
Sim	08	20	03	7,50	*0,001
Não	32	80	37	92,50	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Hipertensão Arterial</b>					
Sim	14	35	20	50	*0,001
Não	26	65	20	50	
Total	40	100,00	40	100,00	
<b>Cardiopatia</b>					
Sim	10	25	05	12,50	*0,001
Não	30	75	35	87,50	
Total	40	100,00	40	100,00	

Teste de Qui-quadrado de Pearson; \*Nível de significância estatística  $p \leq 0,05$ .

Com relação ao tabagismo, sabe-se que o fumo prejudica a oxigenação dos tecidos, diminui a resistência do organismo, deixando-o mais suscetível à infecções e retarda a cicatrização. Além disso, o tabagismo altera a síntese de colágeno, dificultando a cicatrização de feridas. A nicotina produz vasoconstrição, que aumenta o risco de isquemia e de desenvolvimento de úlceras, e as úlceras, quando já existentes, apresentam dificuldade na cicatrização. Nesses casos, o processo celular é interrompido e funções anormais decorrem de fatores sistêmicos, locais ou ambos no processo da cicatrização<sup>26</sup>.

A dor em feridas decorre da lesão tecidual e a percepção da dor depende de inúmeros fatores relacionados ao paciente, ao tipo de ferida, à quantidade e à intensidade de estímulos externos<sup>19,20</sup>. A pele é ricamente inervada, o que lhe confere a capacidade de captar vários tipos de estímulos, e a presença de infecção e necrose agrava o processo doloroso das feridas. A dor crônica pode ser considerada como a perpetuação da dor aguda, não tem função biológica de alerta e gera sofrimento. Em geral, não ocorrem respostas neurovegetativas como as encontradas na dor aguda, sendo essas decorrentes da adaptação dos sistemas neuronais<sup>27</sup>.

Dor é uma das principais causas do sofrimento de qualquer pessoa doente. Estudos nacionais e internacionais relatam que aproximadamente 80% da procura das pessoas pelos serviços de saúde são motivadas por dor. A dor crônica acomete 30 a 40% dos brasileiros e constitui a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho<sup>28,29</sup>. A dor é um sintoma muito frequente em pacientes com úlcera venosa e sua prevalência varia entre 80 e 96% nesse grupo de pessoas. Pode ser persistente e/ou ser exacerbada durante as trocas de curativo. A dor pode também influenciar negativamente a cicatrização, pois o estímulo doloroso está associado à liberação de mediadores inflamatórios, que potencialmente reduzem a reparação tecidual e a regeneração<sup>16,30-32</sup>.

No presente estudo, todos os pacientes, dos dois grupos, referiram dor intensa no início da coleta de dados, porém os participantes do GE, que foram tratados com o curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno, apresentaram melhora significativa da dor na segunda semana de tratamento. Com relação ao GC, após a quarta consulta, os pacientes relataram dor moderada, enquanto os pacientes do GE relataram ausência de dor.

**Tabela 4.** Resultados obtidos do Escore total da Escala numérica de dor.

Escala numérica da dor	Grupo				Valor do p
	Grupo Estudo		Grupo Controle		
	n	%	n	%	
<b>1ª Avaliação</b>					
0 (ausência total da dor)	00	00	00	00	
1 a 3 (leve)	00	00	02	5,0	
4 a 6 (moderada)	06	15,00	05	12,50	
7 a 10 (intensa)	34	85,00	33	82,50	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	
Média	7,88		8,25		
Desvio-padrão	1,871		2,619		
<b>2ª Avaliação</b>					
0 (ausência total da dor)	00	00	00	00	
1 a 3 (leve)	07	17,50	01	2,50	
4 a 6 (moderada)	30	75,00	20	50,00	
7 a 10 (intensa)	03	7,50	19	47,50	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	
Média	4,53		6,80		
Desvio-padrão	1,320		2,451		
<b>3ª Avaliação</b>					
0 (ausência total da dor)	00	00	00	00	
1 a 3 (leve)	38	95,00	01	2,50	
4 a 6 (moderada)	02	5,00	26	65,00	
7 a 10 (intensa)	00	00	13	32,50	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	
Média	1,90		6,12		
Desvio-padrão	0,900		2,178		
<b>4ª Avaliação</b>					
0 (ausência total da dor)	34	85,00	00	00	
1 a 3 (leve)	06	15,00	02	5,0	
4 a 6 (moderada)	00	00	28	70,00	
7 a 10 (intensa)	00	00	10	25,00	*0,001
Total	40	100,00	40	100,00	
Média	0,15		5,18		
Desvio-padrão	0,362		1,470		
<b>5ª Avaliação</b>					
0 (ausência total da dor)	39	97,50	03	7,50	
1 a 3 (leve)	01	2,50	10	25,00	
4 a 6 (moderada)	00	00	22	55,00	
7 a 10 (intensa)	00	00	05	12,50	
Total	40	100,00	40	100,00	*0,001
Média	0,03		4,43		
Desvio-padrão	0,158		1,079		

Teste de Mann-Whitney. \*Nível de significância estatística  $p \leq 0,05$ .

**Tabela 5.** Resultados obtidos no escore total dos descritores do Questionário de Dor de McGill.

Tipo de Grupo	Questionário de Dor de McGill				Valor do p
	Sensorial n (%)	Afetivo n (%)	Avaliativo n (%)	Miscelânea n (%)	
Primeira avaliação					
Controle	40 (100)	40 (100)	39 (97,50)	40 (100)	*0,0001
Estudo	22 (55,00)	27 (67,50)	27 (67,50)	28 (70)	
Segunda avaliação					
Controle	30 (75,00)	34 (85,00)	21 (52,50)	40 (100)	* 0,0001
Estudo	20 (50,00)	13 (32,50)	11 (27,50)	19 (47,50)	
Terceira avaliação					
Controle	29 (72,50)	11 (27,50)	16 (40)	35 (87,50)	*0,0001
Estudo	7 (17,50)	4 (10,00)	5 (12,50)	4 (10,00)	
Quarta avaliação					
Controle	18 (45,00)	24 (60,00)	29 (72,50)	10 (25,00)	*0,0001
Estudo	4 (10,00)	2 (5,00)	1 (2,50)	3 (7,50)	
Quinta avaliação					
Controle	44 (88,00)	44 (88,00)	15 (30,00)	15 (30,00)	*0,0001
Estudo	1 (2,50)	00 (00,0)	00 (00,0)	1 (2,50)	

Teste de Mann-Whitney. \*Nível de significância estatística  $p \leq 0,05$ .

Estudo em que se utilizou curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno, os autores concluíram que esse curativo foi eficaz no alívio da dor<sup>16</sup>. Também em nosso estudo, os pacientes tratados com CEI apresentaram melhora significativa após primeira semana de tratamento.

Em estudo em que os autores descreveram as características da dor nos pacientes com úlceras crônicas do pé, a amostra foi composta por 90 pacientes, e utilizada a escala numérica e Questionário de Dor de McGill. A intensidade média da dor relatada era 7,56 e os descritores sensíveis foram usados mais frequentemente para descrever a dor. Os autores concluíram ser necessário que os profissionais, ao avaliarem os pacientes com estas feridas, utilizem um instrumento para avaliar a dor e elaborem um plano assistencial para que possam ter melhora da dor e da qualidade de vida<sup>33,34</sup>.

O Questionário de Dor de McGill avalia aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos da dor, descrevendo

a experiência dolorosa que os pacientes apresentam. A dimensão sensitivo-discriminativa avalia os aspectos tempo-espaciais, mecânicos e térmicos da dor; a dimensão afetivo-motivacional envolve aspectos de tensão, medo, autopunição e respostas neurovegetativas; e a dimensão cognitivo-avaliativa avalia a situação global do indivíduo e representa um julgamento baseado nas características sensoriais e afetivas, na experiência prévia e no significado da situação<sup>19,20,35</sup>.

Em outro estudo com 24 pacientes com dor, os autores investigaram o efeito do curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno. A dor persistente na ferida apresentou diminuição de uma média de  $6,3 \pm 2,2 - 3,0 \pm 1,7$  após 12 horas e permaneceu baixa em seguida. A dor na troca de curativo também diminuiu e manteve-se baixa. Assim como nós, os autores concluíram que o curativo de espuma não aderente com Ibuprofeno reduziu a dor de pacientes portadores de úlcera venosa crônica<sup>36</sup>.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate pain in patients with lower limb venous ulcer who used non-adherent Ibuprofen foam dressing (IFD). **Methods:** we conducted a prospective study of patients with lower limb venous ulcers treated from April 2013 to August 2014. We used the Numerical Scale and McGill Pain Questionnaire, performing the assessments at the moment of inclusion of the patient in the study and every eight days thereafter, totaling five consultations. We divided the patients into two groups: 40 in the Study Group (SG), who were treated with IFD, and 40 in the Control Group (CG), treated with primary dressing, according to tissue type and exudate. **Results:** at the first consultation, patients from both groups reported intense pain. On the fifth day, SG patients reported no pain and the majority of CG reported moderate pain. Regarding the McGill Pain Questionnaire, most patients of both groups reported sensations related to sensory, affective, evaluative and miscellaneous descriptors at the beginning of data collection; after the second assessment, there was slight improvement among the patients in the SG. After the third consultation, they no longer reported the mentioned descriptors. CG patients displayed all the sensations of these descriptors until the fifth visit. **Conclusion:** non-adherent Ibuprofen foam dressing is effective in reducing the pain of patients with venous ulcers.

**Keywords:** Varicose Ulcer. Lower Extremity. Pain Measurement. Ibuprofen. Quality of life. Patient-Centered Care.

## REFERÊNCIAS

1. Abbade LP, Lastória S, Rollo HA. Venous ulcer: clinical characteristics and risk factors. *Int J Dermatol.* 2011;50(4):405-11.
2. Kanjoor JR. Venous ulcer: current concepts. *Indian J Plast Surg.* 2011;44(1):109-11.
3. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolai-des AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-98.
4. Salomé GM, Almeida AS, Ferreira LM. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Adv Skin Wound Care.* 2015;28(2):76-82.
5. Salomé GM, Alves SG, Costa VF, Pereira VR, Ferreira LM. Feelings of powerlessness and hope for cure in patients with chronic lower-limb ulcers. *J Wound Care.* 2013;22(6):300, 302-4.
6. Corrêa NF, Brito MJ, CarvalhoResende MM, Duarte MF, Santos FS, Salomé GM, et al. Impact of surgical wound dehiscence on health-related quality of life and mental health. *J Wound Care.* 2016;25(10):561-70.
7. Salomé GM, Almeida SA, Ferreira LM. Evaluation of pain in patients with venous ulcers after skin grafting. *J Tissue Viability.* 2014;23(3):115-20.
8. Salomé GM, de Almeida SA, de Jesus Pereira MT, Masahud MR Jr, de Oliveira CN, de Brito MJ, et al. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Adv Skin Wound Care.* 2016; 29(7): 316-321.
9. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. The impact of skin grafting on the quality of life and self-esteem of patients with venous leg ulcers. *World J Surg.* 2014;38(1):233-40.
10. Lopes CR, Figueiredo M, Ávila AM, Soares LMBM, Dionísio VC. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. *J Vasc Bras.* 2013;12(1):5-9.
11. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto-enferm.* 2006;15(2):270-6.
12. Price P. Health-related quality of live and the patient perspective. *J Wound Care.* 1998;7(7):365-6.
13. González-Consuegra RV, Verdú J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs.* 2011;67(5):926-44.
14. Nelson EA, Bell-Syer SE, Cullum NA. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. *Int J Low Extrem Wounds.* 2012;11(3):235-6.
15. Douglas V. Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients' experiences and feelings. *J Wound Care.* 2001;10(9):355-60.
16. Arapoglou V, Katsenis K, Syrigos KN, Dinakakos EP, Zalopoulos N, Tsoutsos D, et al. Analgesic efficacy of anibuprofen-releasing foam dressing compared with local best practice for pain fulexuding wounds. *J Wound Care.* 2011;20(7):319-20, 322-5.
17. Palao iDomenech R, Romanelli M, Tsiftsis DD, Slonková V, Jortikka A, Johannensen N, et al. Effect of an ibuprofen-releasing foam dressing on wound pain: a real-life. *J Wound Care.* 2008;17(8):342-8.
18. Jørgensen B, Friis GJ, Gottrup F. Pain and quality of life for patients with venous leg ulcers: proof of concept of the efficacy of Biatain-Ibu, a new pain reducing wound dressing. *Wound Repair Regen.* 2006;14 (3):233-9.



19. Peón AU, Diccini S. Dor pós-operatório em craniotomia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(4):489-95.
  20. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: proposta da adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3): 473-83.
  21. Kalra M, Gloviczki P. Surgical treatment of venous ulcers: role of subfascial endoscopic perforator vein ligation. *Surg Clin North Am*. 2003;83(3):671-705.
  22. Macêdo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nóbrega WG, Costa IKF, Dantas DV, et al. Characterization socio-demographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. *J Nurs UFPE online*. 2010;4 (spe):1863-67.
  23. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 Dec [cited 2012 Aug 26];44(4):1085-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/33.pdf>
  24. Bongiovanni CM, Hughes MD, Bomengen RW. Accelerated wound healing: multidisciplinary advances in the care of venous leg ulcers. *Angiology*. 2006;57(2):139-44.
  25. Macedo EAB, Nogueira MIS, Torres SMSGSO, Torres GV. Efetividade da terapia compressiva na cicatrização de úlcera venosa: uma revisão da literatura. *Rev Fiep Bulletin*. 2009;79 (especial):344-6.
  26. Uchimoto S, Tsumura K, Hayashi T, Suematsu C, Endo G, Fujii S, et al. Impact of cigarette smoking on the incidence of Type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabet Med*. 1999;16(11):951-5.
  27. Silva JA, Ribeiro-Filho NP. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2006.
  28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2002 jan 04 [acesso 2009 ago 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002>
  29. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med*. 2003;4(4):331-9.
  30. Oliveira PFT, Tatagiba BSF, Martins MA, Tipple AFV, Pereira LV. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):862-9.
  31. Woo KY, Sibbald RG. The improvement of wound-associated pain and healing trajectory with a comprehensive foot and leg ulcer care model. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(2):184-91.
  32. Cruz HM, Pimenta CA, Dellarozza MS, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YA. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Dor*. 2011;12(2):108-14.
  33. Gonçalves ML, de Gouveia Santos VL, de Mattos Pimenta CA, Suzuki E, Komegae KM. Pain in chronic leg ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(5):275-83.
  34. Dutra RA, Salomé GM, Leal LM, Alves MG, Moura JP, Silva AT, et al. Cost comparison of pressure ulcer preventive dressings: hydrocolloid dressing versus transparent polyurethane film. *J Wound Care*. 2016; 25(11):635-40.
  35. Vilela LHR, Salomé GM, Pereira RC, Ferreira LM. Pain assessment in patients with venous leg ulcer treated by compression therapy with unna's boot. *J Tissue Sci Eng*. 2016;7:2.
  36. Jørgensen B, Gottrup F, Karlsmark T, Bech-Thomsen N, Sibbald RG. Combined use of an ibuprofen-releasing foam dressing and silver dressing on infected leg ulcers. *J Wound Care*. 2008;17(5):210-4.
- Recebido em: 02/10/2016  
Aceito para publicação em: 15/12/2016  
Conflito de interesse: nenhum.  
Fonte de financiamento: nenhuma.
- Endereço para correspondência:**  
Geraldo Magela Salomé  
E-mail: [salomereiki@univas.edu.br](mailto:salomereiki@univas.edu.br)  
[geraldoreiki@hotmail.com.br](mailto:geraldoreiki@hotmail.com.br)