



FACULDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS – FAMESC
CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM
ENFERMAGEM

LEONAM SCARPINI PEREIRA

TRATAMENTO DE FERIDAS VARICOSAS EM MEMBROS
INFERIORES

Bom Jesus do Itabapoana/RJ

Julho 2020

LEONAM SCARPINI PEREIRA

**TRATAMENTO DE FERIDAS VARICOSAS EM MEMBROS
INFERIORES**

Artigo apresentado como parte dos requisitos necessários para a conclusão do curso de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Professora Ma. Roberta da Silva Nascimento e coorientação da Professora Dra. Fernanda Santos Curcio da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.

Bom Jesus do Itabapoana/RJ

Julho de 2020

TRATAMENTO DE FERIDAS VARICOSAS EM MEMBROS INFERIORES

TREATMENT OF VARIETIC WOUNDS IN LOWER MEMBERS

PEREIRA, Leonam Scarpini¹
NASCIMENTO, Roberta da Silva²
CURCIO, Fernanda Santos³

RESUMO

A ferida varicosa apresenta-se como lesão cutânea acarretada em associação à insuficiência venosa crônica. Neste trabalho é abordado, especificamente, as feridas varicosas nos membros inferiores. Essas lesões são de imensa repercussão na qualidade de vida do indivíduo o privando de seus hábitos cotidianos, trabalho e vida social. O tratamento das FVs (feridas varicosas) depende de conhecimento científico, prático e técnico do profissional de saúde. Novos conhecimentos nessa esfera surgem e são incorporados, outros conceitos de tratamentos são descartados e de fato o aperfeiçoamento do profissional é de suma importância para um bom prognóstico do paciente. O objetivo desse artigo é elucidar sobre a fisiologia da ferida varicosa em membros inferiores. Para tanto, de forma a contextualizar e afirmar o estudo, a metodologia utilizada foi de base qualitativa, de natureza do tipo revisão de literatura.

Palavras-chave: Ferida Varicosa; Membros inferiores; Fisiologia.

ABSTRACT

The varicose wound presents as a cutaneous lesion caused in association with chronic venous insufficiency. This work deals specifically with varicose wounds in the lower limbs. These injuries have an immense impact on the individual's quality of life, depriving him of his daily habits, work and social life. The treatment of VFs (varicose wounds) depends on scientific, practical and technical knowledge of the health professional. New knowledge in this sphere appears and is incorporated, other concepts of treatments are discarded and in fact the professional's improvement is of paramount importance for a good prognosis of the patient. The purpose of this article is to elucidate the physiology of varicose wounds in the lower limbs. Therefore, in order to contextualize and affirm the study, the methodology used was of qualitative basis, of a literature review type.

Keywords: Varicose Wound, Lower Limbs, Physiology.

¹ Graduando do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: gf1_leonam@hotmail.com;

² Professora Orientadora: Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) (2020). Pós-graduada em Gestão Acadêmica e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2016). Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (2015). Especialista em Saúde da Pessoa Idosa (UNA_SUS/ UERJ,UFMA) (2013) ; e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nova Iguaçu(UNIG) (2009) . E-mail: robertanascimento14@gmail.com.

³ Professora Coorientadora: Doutora em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (2020). Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (2016). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (2013). E-mail: fernandasantoscurocio@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A ferida varicosa apresenta-se como lesão cutânea acarretada em associação à insuficiência venosa crônica, o artigo aborda, especificamente, as feridas varicosas nos membros inferiores e objetiva elucidar sobre a fisiologia da ferida varicosa.

Essas lesões são de imensa repercussão na qualidade de vida do indivíduo o privando de seus hábitos cotidianos, trabalho e vida social. O tratamento das FVs (feridas varicosas) depende de conhecimento científico, prático e técnico do profissional de saúde.

Pesquisar formas de tratamentos disponíveis e eficazes é crucial no que tange a comorbidade, pois, novos conhecimentos nessa esfera surgem e são incorporados, outros conceitos de tratamentos são descartados e de fato o aperfeiçoamento do profissional é de suma importância para um bom prognóstico do paciente.

É imprescindível acompanhar o tratamento da ferida varicosa e orientar ao paciente e família sobre sua importância. A manutenção de uma assistência de qualidade oferecendo o melhor tratamento ao paciente pareado ao custo/benefício é o que pode determinar a efetividade do tratamento e a cura de sua lesão.

MATERIAL E MÉTODOS

O tratamento de feridas varicosas (FV) é um tema de ampla abordagem entre os profissionais de saúde, não obstante a assistência ao paciente pela equipe de enfermagem fundamentada em práticas corretas torna-se um fator crucial na recuperação e melhor prognóstico dessa patologia. No artigo a metodologia empregada foi de base qualitativa, de natureza do tipo revisão de literatura, no sentido de contextualizar e desenvolver o presente estudo, baseado em informações pertinentes ao tratamento das feridas varicosas em membros inferiores, sua fisiopatologia e aos cuidados e assistência de enfermagem ao paciente.

Este tipo de revisão de literatura foi escolhido por possibilitar a incorporação de evidências por conveniência, a fim de construir um corpo de conhecimento sobre um tema determinado com relevância científica. Foram utilizados como meios de

pesquisa a biblioteca digital da Scielo e Google Acadêmico para obtenção de artigos científicos de base para construção do estudo.

A respeito da fisiologia e fisiopatologia das FVs a pesquisa foi formulada com base nos estudos de outros autores com trabalhos científicos anteriormente publicados. A abordagem sobre tratamentos, curativos e terapias não abarca todos meios possíveis no artigo, objetivou-se expor de maneira concisa sem adentrar na complexidade farmacêutica ou terapêutica os métodos de cobertura e fármacos mais presentes na realidade e disponibilidade nacionais.

FERIDA VARICOSA EM MEMBROS NO CENÁRIO NACIONAL E MUNDIAL

A ferida varicosa em membros inferiores traz grande sofrimento físico ao indivíduo acometido, além de impedir realizar atividades produtivas e trabalhar, a permanência da lesão exposta por meses ou anos acarreta também problemas socioeconômicos, ao paciente, a sociedade e ao sistema de saúde (BAPTISTA; CASTILHO, 2006).

A necessidade do tratamento contínuo nas lesões das FVs gera um custo financeiro, que nem todos indivíduos conseguem manter e que pode sobrecarregar os custos ao sistema público de saúde, manter a qualidade da assistência nessa lógica é analisar o melhor tratamento ao paciente pelo custo/benefício, para que se mantenha, objetivando por ética sempre a integralidade de sua assistência e a cura da lesão (MANDELBAUM *et al.*, 2003).

Como geralmente se torna uma lesão crônica, é uma enfermidade que aumenta a quantidade de aposentadorias precoces e reduz a mão-de-obra disponível em pessoas que eram ativas. A incidência da úlcera varicosa cresce com o avançar da idade, muitos dados apontam para o aumento da expectativa de vida no Brasil bem como o envelhecimento da população (RAMOS, 2003). Esse fator incapacitante, além do sofrimento do paciente fez com que essas lesões se tornassem um problema de saúde pública.

Em grande maioria as feridas de membros inferiores obedecem a causas vasculares, fundamentalmente à insuficiência venosa entre 70% a 90% e, com

menos frequência, diabetes e a doença oclusiva arterial, entre 10 e 15% (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006).

A ferida varicosa em membros inferiores é uma síndrome que surge a partir das estruturas da derme e epiderme, afetando conseqüentemente tecidos adjacentes, apresentando-se no terço inferior das pernas (FRADE *et al.*, 2005). É frequente a presença de edema nos MMII (membros inferiores) com piora ao fim do dia, obtendo-se melhora elevando o local. Os indivíduos que apresentam insuficiência venosa ao deambular possuem uma queda menor da pressão no sistema venoso profundo, isso gera uma maior pressão local e uma maior pressão nos sistemas venosos dos MMII (VALENCIA, 2001).

Durante o tratamento o paciente deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, para que através de práticas como controle nutricional, exame físico, histórico clínico e exames complementares das funções do sistema venoso seu tratamento seja completo e satisfatório, e para que o tratamento com curativos demonstre eficácia plena. É necessário que o profissional em saúde oriente o paciente e sua família sobre a necessidade de acompanhamento e tratamento correto (BRITO *et al.*, 2013).

Autores estimam que cerca de 3% da população brasileira possuam lesão de ferida varicosa (MANDELBAUM *et al.*, 2003). E dentro dessa realidade é comum o paciente se tratar em sua casa, valendo-se de métodos do conhecimento popular como uso de ervas, folhas fato que geralmente retarda a cicatrização ou agrava a lesão (MENECHIN; VATTIMO, 2005).

Quando o paciente acometido por FV nota a piora das lesões tende a buscar o serviço de saúde, no entanto a demora no tratamento pode ter acarretado celulites ou erisipela local, além de outros problemas relacionado a fisiopatologia da FV, cabe portanto ao profissional em saúde orientar ao paciente e sua família sobre a necessidade de um acompanhamento e tratamento correto. (MORAIS *et al.*, 2008)

As FVs geralmente apresentam recorrência no mesmo local anteriormente com lesão (FALANGA; EAGLESTEIN, 1993). As feridas varicosas de membros inferiores causam dor em diferentes níveis, afetam a mobilidade e apresentam quase sempre recidivas. Torna-se, portanto, necessária a sistematização do cuidado com esses indivíduos, avaliando sua ferida para assim, determinar a terapêutica mais adequada (FERREIRA *et al.*, 2006).

O tratamento e o acompanhamento das feridas varicosas pelos profissionais de saúde ao paciente constituem-se no elo mais forte e representativo para seu melhor prognóstico, cura e qualidade de vida. Todavia é de grande importância que o profissional busque aperfeiçoamento e conhecimento científico no que tange as feridas varicosas em membros inferiores, por essa enfermidade se tratar de uma realidade no cenário de saúde nacional e mundial (VALENCIA, 2001).

MECANISMO FISIOLÓGICO DAS FERIDAS VARICOSAS EM MEMBROS INFERIORES

A busca pelo conhecimento do mecanismo fisiológico que acarreta a FV(ferida varicosa) é crucial, essa lesão geralmente surge através de traumas, em sua maioria decorrem de insuficiência do sistema venoso profundo sendo excassos os casos decorrentes pela insuficiência do sistema superficial ou sistema comunicante (FALANGA; EAGLESTEIN, 1993).

Todavia a FV em membros inferiores surge por insuficiência venosa tendo os fatores externos como agravantes que devem ser evitados e prevenidos. Nos membros inferiores o sistema venoso é formado por veias profundas, veias perfurantes e veias superficiais. No quesito de localização o sistema venoso profundo encontra-se entre os músculos do membro inferior e o sistema superficial sobre essa musculatura (VALENCIA, 2001).

A comunicação entre o sistema venoso superficial e o sistema venoso profundo se dá através das veias perfurantes. Válvulas bicúspedes unidirecionais compoem esse sistema venoso, tendo a funcionallidade de interferir o curso do fluxo sanguíneo para a região cefálica, evitando o refluxo sanguíneo. Pela ação dos músculos do membro inferior há o direcionamento do sangue ao músculo cardíaco, ao deambular os músculos da região da panturrilha agem em contração o que gera uma compressão no sistema venoso profundo impulsionando o fluxo sanguíneo que ruma á região cefálica (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007).

Esse processo causa uma redução da pressão no sistema venoso profundo que leva ao fechamento das válvulas venosas a fim de evitar um fluxo de sangue contrário, tal fato acarreta no sistema venoso superficial um aumento da pressão

sanguínea. O relaxamento da musculatura da panturrilha gera esvaziamento nas veias do sistema venoso profundo e uma queda rápida da pressão. Esse fator promove a abertura das válvulas venosas que promovem o direcionamento do fluxo sanguíneo entre um sistema ao outro (superficial e profundo) (VALENCIA, 2001).

A ferida varicosa em membros inferiores é uma síndrome que surge a partir das estruturas da derme e epiderme, afetando conseqüentemente tecidos adjacentes, apresentando-se no terço inferior das pernas (FRADE *et al.*, 2005). É frequente a presença de edema nos MMII (membros inferiores) com piora ao fim do dia, obtendo-se melhora elevando o local (VALENCIA, 2001). As feridas varicosas podem se apresentar múltiplas ou únicas variando em tamanho, possuem tendência de forma rasa e irregular, não sendo comum avançarem aos ossos, fáscia e músculos (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007).

Os indivíduos que apresentam insuficiência venosa ao deambular possuem uma queda menor da pressão no sistema venoso profundo, isso gera uma maior pressão local e uma maior pressão nos sistemas venosos dos membros inferiores (RAFFETTO; MARSTON, 2011). Esse aumento crônico da pressão local e sistêmica nos sistemas venosos dos membros inferiores acarreta a lesão tecidual, segundo teorias descritas por Browse e Burnand a hipertensão venosa promove distensão na parede dos capilares extravasando à derme e tecido subcutâneo moléculas grandes como de fibrinogênio (YAMADA, 2001).

O fibrinogênio estando no espaço extravascular se polimeriza gerando “*cuffs*” com fibrina pericapilar promovendo uma barreira física à distribuição de oxigênio e nutrientes ocasionando então morte celular e formação de ferida (PATEL *et al.*, 2006).

A teoria de Falanga e Eaglestein propõe que o fibrinogênio e a alfa macroglobulina que se encontram no tecido subcutâneo e na derme, gerariam a captura de substâncias homeostáticas e captura de fatores de crescimento após seu extravasamento pelos capilares (FALANGA; EAGLESTEIN, 1993). Esse processo reduz a capacidade de reparação e manutenção da integridade dos tecidos envolvidos (VALENCIA, 2001).

De acordo com Coleridge-Smith, pela hipertensão venosa ocorre queda no gradiente de pressão entre o sistema venoso e o sistema arterial ocorrendo uma baixa perfusão capilar e um baixo fluxo sanguíneo. Essa alteração acarretaria maior

agregação de leucócitos e eritrócitos nos vasos capilares gerando isquemia no local afetado. A liberação de radicais livres através dos leucócitos, enzimas proteolíticas e citocinas causam danos aos vasos atingidos, ocasionando uma perda de macromoléculas, como o fibrinogênio, devido ao aumento da permeabilidade vascular (ETUFUGH; PHILLIPS, 2007).

O fluxo sanguíneo comprometido pela insuficiência venosa nos membros inferiores acarreta a uma insuficiência valvular venosa, essa fisiopatologia ocasiona a formação de varizes secundárias, edema, hipertensão venosa e alterações tróficas que constituem a úlcera quando em sua maior expressão fisiológica (VASQUEZ, 1983).



Figura 1- Úlcera crônica no maléolo medial, com aspecto característico de úlcera venosa

Fonte: (ABBADE; LASTÓRIA, 2006)

As FVs geralmente apresentam recorrência no mesmo local anteriormente com lesão (FALANGA; EAGLESTEIN, 1993). A não competência do gastrocnêmio (músculo da região da panturrilha) é um fator que agrava a situação do indivíduo acometido pelas FVs, pois, ao deambular ou exercitar-se este não obtém através do movimento do grupo muscular supracitado a ação do mecanismo de regulação de

pressão venosa, aumentando a incidência de fluxo sanguíneo retrógrado (NOBREGA, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TRATAMENTO DE FERIDAS VARICOSAS EM MMII, CURATIVOS E TERAPIAS

É de grande importância amparar o paciente que não se encontra hospitalizado em quatro condutas: tratar a estase venosa com terapia compressiva e repouso; utilizar terapia tópica mantendo na ferida seu leito limpo e úmido através de coberturas que propiciem esse ambiente e absorvam o exsudato; controlar a infecção com antibióticos sistêmicos de acordo com resultados laboratoriais e prevenir a recidiva (CHERRY; CAMERON, 1991).

Os curativos de FVs consistem basicamente em um tipo de cobertura e um fármaco (geralmente pomada podendo ser também em outra apresentação), nas bordas exteriores e região periférica (fora da lesão) utiliza-se algum agente epitelizante/hidratante, como mencionado não se deve permitir que meios externos causem mais danos à lesão por essa premissa é necessário ao curativo da FV cobrir totalmente sua área.

Há também há possibilidade de utilizarem-se outros métodos como curativos interativos e a fim de evitar junção ao leito da ferida, no entanto o profissional necessita avaliar o risco de maior lesão ao paciente acometido pela FV caso não se utilize um método oclusivo na terapêutica. O conjunto oclusivo de gaze e atadura de algodão é muito utilizado em grande parcela dos curativos com FVs.

Serão abordadas, a seguir, as coberturas utilizadas nas FVs. No entanto, outras coberturas também podem ser utilizadas no tratamento o que ocorre devido ao grande avanço das descobertas científicas no que tange a área da saúde.

Quanto as características a cobertura para FV necessita manter a umidade no local da lesão, reduzir a dor, ser livre de contaminantes e estéril, absorver os exsudatos da ferida, ser de simples remoção e aplicação reduzindo a chance de traumas ao trocar o curativo, promover menor troca de temperaturas (isolamento

térmico), não apresentar risco alérgico à derme/epiderme e possuir impermeabilidade a agentes patógenos (BORGES, 2005).

De acordo com a avaliação pelo profissional em aspectos como: localização da ferida, escolhas do paciente, disponibilidade de produtos, é realizada a aplicação da cobertura (BORGES, 2005). Na página a seguir listam-se no Quadro 1, alguns dos componentes disponíveis e indicação na cobertura utilizada nas lesões.

Quadro 1: tipos de cobertura

	Composição	Indicações	Observações	Periodicidade de troca
Alginato de Cálcio	Derivados de algas marinhas, fibras in natura de alginato de cálcio e sódio obtidos através de algas marinhas marrons.	Feridas com muito ou moderado exsudato.	Realiza hemostase e promove desbridamento autolítico. Estimula a formação de tecido de granulação	Feridas infectadas (24 horas), feridas limpas com sangramento (48 horas), feridas limpas ou com exsudação intensa (quando saturar).
Carvão Ativado	Partículas de carvão em conjunto à íons de prata.	Lesões infectadas ou que não drenem abundante ou moderado exsudato.	Não pode ser recortado. Ação bactericida (íons de prata), eliminam mal odor.	1 a 4 dias de acordo com a quantidade de exsudato.
Espuma de poliuretano com prata	Camadas sobrepostas de não-tecido de almofada (espuma) e hidropolímero, com revestimento de prata e poliuretano.	Lesões alta ou moderada exsudação, presença de infecção e/ou em estagnação.	Absorvem exsudato, promove o desbridamento autolítico e trata o processo infeccioso.	Sempre que houver presença de fluido nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada 7 dias.
Hidrocolóide	Pectinas, gelatina revestida por poliuretano e carboximetilcelulose, partículas de alginato de cálcio.	Lesões com moderado ou pouco exsudato.	Apresenta capacidade de associação ao hidrocolóide em pó ou pastoso nas ulcerações.	1 a 7 dias de acordo com a quantidade de exsudato.
Hidrogel	Propileno-glicol e carboximetilcelulose, partículas de alginato de cálcio.	Feridas necrosadas.	Promovem desbridamento autolítico.	1 a 3 dias de acordo com a quantidade de exsudato.
AGEs (Ácidos Graxos Essenciais)	Óleo vegetal composto por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja	Prevenção de úlceras, feridas abertas superficiais sem ou com infecção.	Acelera o processo de granulação tecidual. Forma película protetora, hidratante.	Sempre que houver saturação ou no máximo a cada 24 horas.
Colagenase	Colagenase clostridiopeptidase A e enzimas proteolíticas.	Lesões com tecido desvitalizado.	Degrada o colágeno presente na ferida.	A cada 24 horas.
Sulfadiazina de prata	Camadas sobrepostas de não-tecido de almofada (espuma) e hidropolímero, com revestimento de prata e poliuretano.	Lesões com alta ou moderada exsudação, com e infecção e/ou em estagnação.	Absorvem exsudato, promove o desbridamento autolítico e trata o processo infeccioso.	No máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada

Fonte: (FRANCO; GONÇALVES, 2008)

LIMPEZA DA FERIDA VARICOSA EM MMII E TIPOS DE DESBRIDAMENTOS

A limpeza da lesão promove um ambiente propício à cicatrização, por meio da remoção de excesso de exsudatos, tecido necrótico, debris, e resíduos de outro

curativo realizado se promove a redução de microorganismos na ferida (BORGES, 2005).

Durante a limpeza da ferida é necessário atentar à redução de chance de traumas químicos e mecânicos, não obstante não é recomendado o uso de antissépticos tópicos no tratamento das FVs, como exemplo comum a iodopovidona(PVPIs), o álcool, a clorexidina que erroneamente se utilizados acabam retardando ou mesmo piorando a cicatrização da lesão, o que geralmente ocorre pela citotoxicidade aos fibroblastos que estas substâncias apresentam impedindo a eficácia da granulação tecidual (ÉCHELI; BUSATO, 2006).

Recomenda-se manter a temperatura do local da lesão em cerca de 37°C evitando mudanças de temperatura constantes e utilizar na limpeza apenas o soro fisiológico a 0,9% NaCl, preferencialmente morno e em jato para que limpe de forma melhor sem causar trauma mecânico (POLETTI, 2000). Por meio da limpeza, nos tecidos em necrose que não foram removidos pode-se utilizar o desbridamento mecânico ou desbridamento mecânico.

A realização do desbridamento mecânico (cirúrgico) é feita por meio de instrumentais cirúrgicos como tesoura, bisturi, pinças, dentre outros. Pode ser realizado em remoções de tecido necrótico em áreas extensas, tipo esfacelo (apresentação clínica de tecido amarelo/esverdeado sem vitalização, movida por infecção bacteriana), necrose tipo escara(com crosta endurecida e preta). Trata-se da técnica mais efetiva e breve na remoção de tecidos necrosados, primariamente em casos de necessidade de intervenção rápida e urgente, demonstrado em casos com apresentação de sepsis ou celulite (SARQUIS *et al.*, 2003).

O desbridamento autolítico é representado pela atividade de enzimas lisossomais na quebra do tecido desvitalizado (autólise), se promove com aplicação de coberturas afim de promover ambiente propício para estimulação de destruição tecidual autônoma (ABBADE; LASTÓRIA, 2006). A forma de desbridamento autolítico demonstra possibilidade de uso simultâneo a outros métodos (SARQUIS *et al.*, 2003).

TERAPIA COMPRESSIVA EM FERIDAS VARICOSAS EM MMII

As condutas implementadas pelos profissionais em busca da cura da lesão necessitam estar embasadas por evidências científicas. Os curativos podem estar ou não associados à terapia compressiva, tais quais bota de Unna, bandagens e meias compressivas (LEES; LAMBERT, 1992).



Figura 2 : Dois tipos ataduras compressíveis. À esquerda atadura elástica. À direita demonstração da bota de Unna modificada.

Fonte: (ABBADE; LASTÓRIA, 2006)

O uso da terapia compressiva através de bandagens ou meias de compressão é necessário para a eficácia do tratamento da lesão venosa, por promover o controle da hipertensão venosa (MORAES; SILVA, 2004). Um exemplo de método compressivo utilizado no tratamento de FVs é a bota de Unna, constitui-

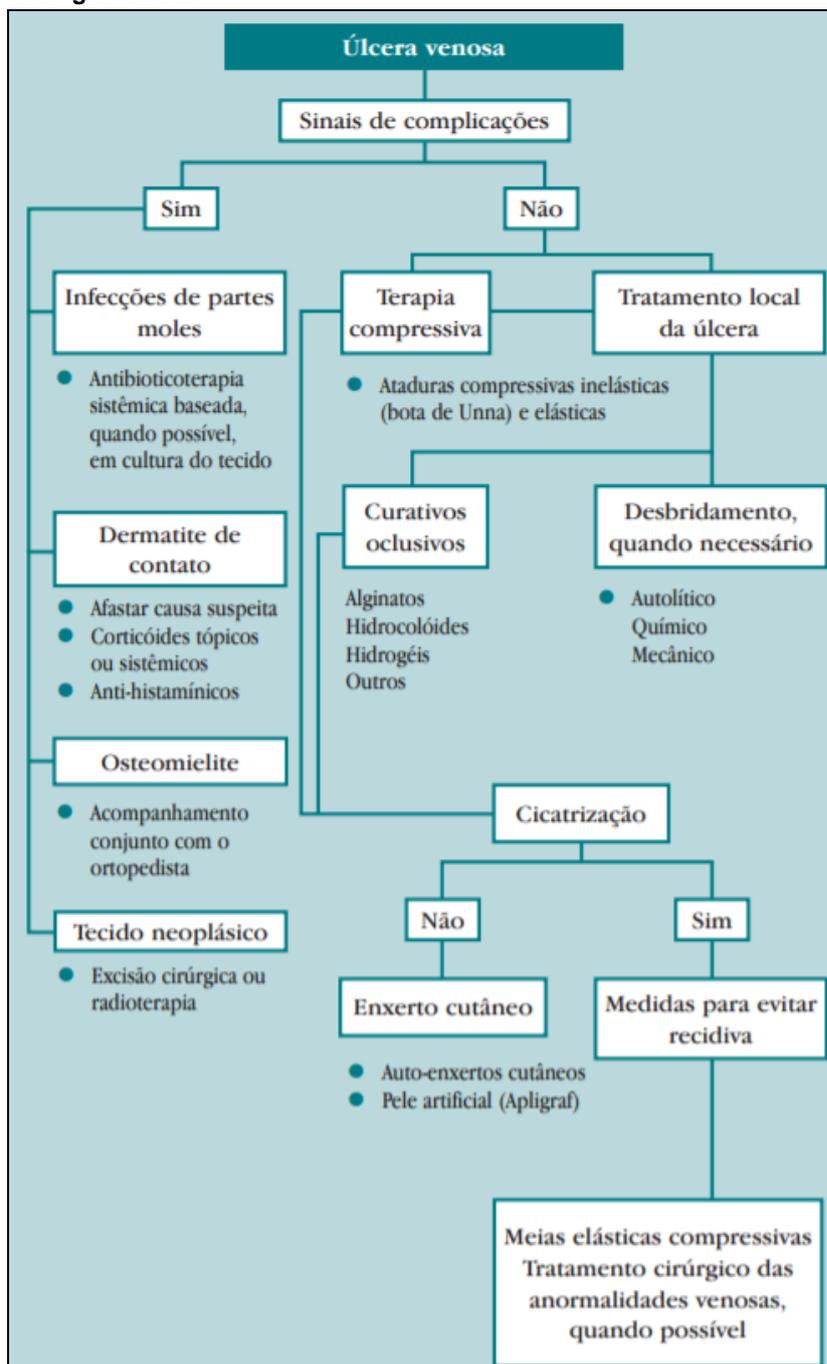
se numa bandagem não elástica, rígida capaz de promover elevada pressão ao paciente deambular e leve pressão em repouso (VALENCIA, 2001).

Algumas desvantagens do tratamento com a bota de Unna são o fato desta não se adaptar a mudanças de diâmetro da perna após diminuição do edema, necessitar de pessoa habilitada em sua confecção e não apresentar camada que absorva grande quantidade de exsudatos (PATEL *et al.*, 2006). Todavia, a aplicação e troca da bota de Unna pode ser realizada por médico, enfermeiro ou familiar previamente capacitado (BORGES, 2005).

As meias elásticas constituem num método compressivo elástico o que difere do método compressivo supracitado. O método de ação das meias elásticas consiste na diminuição do diâmetro dos vasos o que permite às valvulas venosas redução de seu distanciamento minimizando o refluxo e aumentando a eficiência de seu mecanismo fisiológico, aumentando também a velocidade do fluxo venoso o que propicia reabsorção do líquido em excesso no interstício gerando melhora na função da bomba muscular (COREN-MG, 2000).

Quanto à aplicação, as meias de compressão se aplicam de manhã antes de deambulação do paciente e se removem antes deste se deitar, os indivíduos que possuem doença venosa precisam utilizar as meias de descanso durante toda a vida pois o uso destas mantém o tratamento da insuficiência venosa apenas quando utilizadas sem interrupções (LOPEZ *et al.*, 2005).

Quadro 2: Abordagem terapêutica do paciente com úlcera da perna de etiologia venosa



Fonte: (ABBADE; LASTÓRIA, 2006)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o tratamento o paciente deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, para que através de práticas como exame físico, histórico clínico e exames complementares das funções do sistema venoso seu tratamento seja completo e satisfatório e para que o tratamento com curativos demonstre eficácia plena.

O estudo demonstrou a importância do papel do enfermeiro no tratamento das FVs em membros inferiores, pois é comum o paciente se tratar em sua casa valendo-se de métodos do conhecimento popular como uso de ervas, folhas fato que geralmente retarda a cicatrização ou agrava a lesão. Quando o paciente acometido por FV nota a piora das lesões tende a buscar o serviço de saúde, no entanto a demora no tratamento pode ter acarretado celulites ou erisipela local além de outros problemas relacionado à fisiopatologia da FV, cabe, portanto, ao profissional em saúde orientar ao paciente e sua família sobre a necessidade de um acompanhamento e tratamento correto.

Conclui-se evidência da necessidade do tratamento contínuo e capacitado nas lesões das FVs, fato que gera um custo financeiro que nem todos os indivíduos conseguem manter e que pode sobrecarregar os custos ao sistema público de saúde caso o paciente não receba o tratamento das lesões por profissionais de saúde qualificados. Manter a qualidade da assistência nessa lógica é analisar o melhor tratamento ao paciente pelo custo/benefício para que ele o mantenha, objetivando por ética sempre a integralidade de sua assistência e a cura da lesão.

Compreende-se que o tratamento e o acompanhamento das feridas varicosas pelos profissionais de saúde ao paciente constituem no elo mais forte e representativo para seu melhor prognóstico, cura e qualidade de vida. O estudo esclareceu sobre a fisiopatologia da doença, as coberturas de curativos mais eficazes e utilizadas, como também tratamentos compressivos, alcançando os objetivos propostos de maneira positiva, no entanto o tema é amplo e outras pesquisas na temática enriquecerão futuramente sua abordagem.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L. P.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *In: Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 81, n. 6, p. 509-522, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600002>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- BAPTISTA, C. M.; CASTILHO, V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unha em pacientes com úlcera venosa. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a17.pdf. Acesso em: 1 mai. 2020.
- BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/publico/tesetratamentotopicoulceravenosa.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- BRITO, C. K. *et al.* Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. *In: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 3, p. 470-480, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3415>. Acesso em: 1 mai. 2020.
- CHERRY, G. W.; CAMERON, J. **Manejo de pierna ulcerada: el tratamiento y la prevencion de reurrencia**. Santry: Convatec, 1991. Disponível em: <http://portaldocohecimento.gov.cv/bitstream/10961/4977/1/Marina%20Neves%202017.%20Import%c3%a2ncia%20da%20presta%c3%a7%c3%a3o%20dos%20cuidados.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- COREN - MG. **Deliberação nº 65/00 de 22 de maio de 2000**. Dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Belo Horizonte: COREN-MG, 2000. Disponível em: https://sig.corenmg.gov.br/sistemas/file/doc/legislacoes/docs/doc_legis_5.pdf. Acesso em: 20 mai. 2020.
- ÉCHELI, C. S.; BUSATO, C. R. Tratamento tópico de úlcera de estase venosa- proposta para padronização. *In: Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 12, n. 1, 2006. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/424/424>. Acesso em: 1 mai. 2020.
- ETUFUGH, C. N.; PHILLIPS, T. J. Venous ulcers. *In: Clinics in dermatology*, v. 25, n. 1, p. 121-130, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2006.09.004>. Acesso em: 2 mai. 2020.
- FALANGA, V.; EAGLSTEIN, W. A hipótese da "armadilha" de ulceração venosa. *In: The Lancet*, v. 341, n. 8851, p. 1006-1008, 1993. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5132/tde-08052019-111620/publico/SilvanaCereijidoAltranVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

FERREIRA, A. M. *et al.* O cuidar de clientes com feridas: subsídios para a prática de enfermagem. *In: Rev Mosaico UNIFEV*, v. 1, p. 45-50, 2006. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2064/Marcela%20Pereira%20Frelik%20-%20Tipos%20de%20cobertura%20fitoter%C3%A1picas%20em%20feridas%20cr%C3%B4nicas.pdf?sequence=1> . Acesso em: 20 mai. 2020.

FRADE, M. A. *et al.* Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *In: Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, n. 1, p. 41-46, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100006>. Acesso em: 2 mai. 2020.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *In: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 35, n. 3, p. 203-206, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300013>. Acesso em: 4 mai. 2020.

LEES, T. A.; LAMBERT, D. Prevalence of lower limb ulceration in an urban health district. *In: British Journal of Surgery*, v. 79, n. 10, p. 1032-1034, 1992. Disponível em: <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.1800791015>. Acesso em: 15 mai. 2020.

LOPEZ, A. R. *et al.* Úlcera venosa. *In: Acta méd.*, Porto Alegre, p. 331-341, 2005. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9356> . Acesso em: 20 mai. 2020.

MANDELBAUM, S. H. *et al.* Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares- Parte II. *In: An Bras Dermatol*, v. 78, n. 5, p. 525-542, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962003000500002>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MENEGHIN, P.; VATTIMO, M. F. F. Fisiopatologia do processo cicatricial. *In: JORGE, A.S.; DANTAS, S. R. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 31-42.

MORAES, M. R. S.; SILVA, J. C. Insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. *In: Rev Soc Bras Clín Méd*, v. 2, n. 4, p. 113-8, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000300024 . Acesso em: 20 mai. 2020.

MORAIS, G. *et al.* Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *In: Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 98-105, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100011>. Acesso em: 15 mai. 2020.

NOBREGA, W. G. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário**. 2009. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em : <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14679>. Acesso em: 20 mai. 2020.

PATEL, N. P. *et al.* Current management of venous ulceration. *In: Plastic and reconstructive surgery*, v. 117, n. 7S, p. 254S-260S, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16799394/>. Acesso em: 1 jun. 2020.

POLETTI, Nadia Antonia Aparecida. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas**: a busca de evidências para a prática. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22102007-101717/publico/NadiaPoletti.pdf> . Acesso em: 20 mai. 2020.

RAFFETTO, J. D.; MARSTON, W. A. Venous ulcer: what is new?. *In: Plastic and reconstructive surgery*, v. 127, p. 279S-288S, 2011. Disponível em: https://repository.arizona.edu/bitstream/handle/10150/556602/azu_etd_13858_sip1_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 20 mai. 2020.

RAMOS, L. R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SARQUIS, M. G. A. *et al.* **Manual de tratamento e prevenção de lesões cutâneas**. 2. ed. COFEN: Contagem, 2003.

VALENCIA, I. C. *et al.* Insuficiência venosa crônica e ulceração venosa das pernas. *In: Jornal da Academia Americana de Dermatologia* , v. 44, n. 3, p. 401-424, 2001. Disponível em: <https://jvascbras.org/article/5e221b2f0e8825d6236d0101/pdf/jvb-1-3-219.pdf> . Acesso em: 20 mai. 2020.

VASQUEZ, R. Síndrome de insuficiencia venosa de las extremidades inferiores. *In: Bol. Hosp. San Juan de Dios*, v. 30, n. 4, p. 213-6, 1983. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300018&lng=pt&tlng=pt . Acesso em: 20 mai. 2020.

YAMADA, Beatriz Farias Alves. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em : https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-16022007-113552/publico/Beatriz_Yamada_ME.pdf . Acesso em: 20 mai. 2020.