Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Assistência a pacientes portadores de úlceras vasculogênicas

Care for patients with vasculogenic ulcers

Atención a pacientes con úlceras vasculogénicas

Liwcy Keller de Oliveira Lopes Lima[1], Izabella Braga da Costa[1], Geusiane Souza Roque[1], Lucas de Franklin Ferreira Nascimento[1], Adriana Paiva Camargo Saraiva[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar os conceitos e manejo clínico das úlceras vasculogênicas, com destaque para a assistência de enfermagem. **Revisão bibliográfica:** As úlceras dos membros inferiores afetam grande parcela da população adulta e apresentam etiologia multifatorial. Estudos evidenciam que as principais causas são de origem vasculogênicas (arterial, venosa ou mista), representando um sério problema de saúde pública, uma vez que são responsáveis por considerável impacto econômico, em razão do tratamento de longa duração e por afastar o indivíduo com a lesão de suas atividades laborais e sociais. Além disso, essas lesões interferem diretamente na qualidade de vida dos pacientes, gerando dor, limitação funcional e comprometimento emocional. O manejo adequado exige uma abordagem multiprofissional que considere não apenas o tratamento da ferida, mas também o controle dos fatores de risco e a prevenção. **Considerações finais:** As úlceras vasculogênicas são lesões de difícil cicatrização, o que torna seus tratamentos um desafio para a equipe de multiprofissional, com destaque para o enfermeiro, exigindo do mesmo, o conhecimento das características clínicas e sociodemográficas do paciente para dispensar o cuidado de forma holística e resolutiva.

Palavras-chave: Úlcera varicosa, Úlcera de perna, Cuidados de enfermagem, Cicatrização.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concepts and clinical management of vasculogenic ulcers, with emphasis on nursing care. **Literature review:** Lower limb ulcers affect a large portion of the adult population and have a multifactorial etiology. Studies show that the main causes are of vascular origin (arterial, venous, or mixed), representing a serious public health problem, since they are responsible for a considerable economic impact due to long-term treatment and because they prevent individuals with the lesion from performing their work and social activities. In addition, these injuries directly interfere with patients' quality of life, causing pain, functional limitations, and emotional distress. Proper management requires a multidisciplinary approach that considers not only wound treatment but also risk factor control and prevention. **Final considerations:** Vasculogenic ulcers are difficult to heal, which makes their treatment a challenge for the multidisciplinary team, especially nurses, requiring them to have knowledge of the patient's clinical and sociodemographic characteristics in order to provide holistic and decisive care.

Keywords: Varicose ulcer, Leg ulcer, Nursing care, Wound healing.

[1] Universidade do Estado do Pará - UEPA/Campus VII, Conceição do Araguaia - PA.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

RESUMEN

Objetivo: Analizar los conceptos y el manejo clínico de las úlceras vasculogénicas, con especial énfasis en la asistencia de enfermería. **Revisión bibliográfica:** Las úlceras de las extremidades inferiores afectan a una gran parte de la población adulta y presentan una etiología multifactorial. Los estudios evidencian que las principales causas son de origen vascular (arterial, venoso o mixto), lo que representa un grave problema de salud pública, ya que tienen un impacto económico considerable, debido al tratamiento de larga duración y a que alejan al individuo con la lesión de sus actividades laborales y sociales. Además, estas lesiones interfieren directamente en la calidad de vida de los pacientes, generando dolor, limitación funcional y compromiso emocional. El manejo adecuado requiere un enfoque multiprofesional que considere no solo el tratamiento de la herida, sino también el control de los factores de riesgo y la prevención. **Consideraciones finales:** Las úlceras vasculogénicas son lesiones de difícil cicatrización, lo que hace que su tratamiento sea un reto para el equipo multidisciplinar, en especial para el personal de enfermería, que debe conocer las características clínicas y sociodemográficas del paciente para poder dispensar una atención holística y resolutiva.

Palabras clave: Úlcera varicosa, Úlcera de la pierna, Atención de enfermería, Cicatrización de heridas.

INTRODUÇÃO

As úlceras dos membros inferiores afetam grande parcela da população adulta, apresentando-se como uma síndrome em que há a destruição de camadas cutâneas, como a epiderme e a derme, podendo atingir tecidos mais profundos. Ocorrem geralmente abaixo dos joelhos, de recorrência frequente e persistindo dentro de um período de seis semanas, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, causando um significativo impacto social e econômico, em termos de cuidados médicos e de enfermagem, ausência no trabalho e redução da qualidade de vida do indivíduo (ABBADE LPF, 2010a; SCOTTON MF, et al., 2014).

São de etiologia multifatorial, como a doença venosa, arterial, neuropatia diabética, neoplasias, além de patologias metabólicas, hematológicas e infecto-parasitárias (ABBADE LPF, 2010a; OLIVEIRA SB, et al., 2015). Neste contexto, o conhecimento dessas doenças é extremamente importante para o diagnóstico correto, e para que as medidas terapêuticas específicas sejam adotadas.

Estudos evidenciam que as três principais causas de úlceras em membros inferiores são de origem vasculogênicas (arterial, venosa ou mista) e neuropática, sendo as úlceras relacionadas à insuficiência venosa as mais prevalentes (70% a 90%), acometendo indivíduos de qualquer idade, com maiores índices entre a população acima de 60 anos (DIAS TYAF, et al., 2013; OLIVEIRA SB, et al., 2015; PURI N e TALWAR A, 2015; RUIZ PBO, et al., 2022). De acordo com Silva MH, et al. (2017), cerca de 2% a 7% da população mundial é afetada por esse problema.

Dentre os fatores de risco para a ocorrência de úlceras vasculogênicas (UV), destacam-se idade avançada, história familiar, sexo feminino, gravidez, obesidade, ocupações realizadas em pé, atividade física de alto impacto e comorbidades como, por exemplo, trombose venosa profunda - TVP, tromboflebite superficial e apneia obstrutiva do sono (AEEVH, 2017).

As UV caracterizam-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas, interferindo diretamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, o que requer cuidados multidisciplinares, com intervenções de natureza local e sistêmica (MARINELLO RJ e VERDÚ SJ 2018)

Faz-se necessário que a assistência prestada ao paciente portador de tais agravos seja pautada no cuidado holístico, contemplando desde a prevenção dos fatores de risco ao fornecimento de um tratamento que tenha um plano de cuidados integrais para o paciente e seus cuidadores (AEEVH, 2017).

Destaca-se assim a importância de evidências científicas como subsídio para o cuidado, visto que as ações da prática devem ser por elas fundamentadas, visando à promoção da segurança do paciente. Neste

contexto, ressalta-se que o atendimento especializado extra-hospitalar a pacientes com lesões de pele pode trazer maiores benefícios associados aos custos assistenciais e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes (AEEVH, 2017; RUIZ PBO, et al., 2022).

Diante do exposto, frente a importância do tema abordado, tem-se como problema do estudo: Quais as recomendações nacionais e internacionais sobre os cuidados e manejo clínico das úlceras vasculogênicas? O objetivo geral deste artigo é analisar a literatura atual referente aos conceitos e manejo clínico das UV. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, que constitui da realização de uma análise da literatura publicada na interpretação e análise crítica pessoal do autor, com destaque para a descrição dos cuidados específicos da equipe de enfermagem.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conceitos e epidemiologia das feridas crônicas de membros inferiores

As feridas crônicas incluem as lesões por pressão e as úlceras de perna/membros inferiores, estando entre elas as vasculogênicas e de pé diabético (FRYKBERG RG e BANKS J, 2015; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE – EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019). Estudos internacionais evidenciam uma ampla variação epidemiológica dessas feridas crônicas, com destaques para as úlceras vasculogênicas (UV) que apresentam os maiores índices, de 1 a 3% da população mundial, com variação de 42,2% a 70%, se comparada a outros tipos de úlceras de perna, por exemplo, o pé diabético (HELLSTRÖM A, et al., 2016; HEYER K, et al., 2016; AEEVH, 2017).

A úlcera de perna pode ser definida como uma lesão crônica na pele, abaixo do nível do joelho, com duração superior a seis semanas e não mostra tendência para cicatrizar após 3 meses de tratamento adequado ou ainda não está totalmente curada em 12 meses. Apresenta-se como uma lesão com completa profundidade de espessura e uma tendência lenta de cura, podendo resultar na perda completa da epiderme e, muitas vezes, de porções da derme ou até mesmo do subcutâneo (MALAGUTTI W e KAKIHARA CT, 2014; HELLSTRÖM A, et al., 2016; HEYER K, et al., 2016; AEEVH, 2017).

Nesse sentido, de acordo com Agale SV (2013), os membros inferiores podem ser acometidos por úlceras de diversos tipos e etiologias, sendo mais frequentes as decorrentes de doença venosa, doença arterial, neuropatia, e outras causas menos comuns como as ocasionadas por distúrbios metabólicos, hematológicos e doenças infecciosas.

Puri N e Talwar A (2015), em seu estudo, observaram que 70,0% das úlceras de perna estão relacionadas à insuficiência venosa, 10,0% à doença arterial e 15,0% das apresentações são de etiologia mista. Os 5,0% restantes têm causas fisiopatológicas menos comuns, e este último grupo compreende desafios consideráveis no diagnóstico, na avaliação e na gestão.

Essas lesões são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que a incidência tem crescido como resultado do envelhecimento da população e aumento dos fatores de risco para oclusão aterosclerótica, como o tabagismo, a obesidade e o diabetes mellitus. Acredita-se que cerca de 1,0% da população adulta terá uma úlcera de perna em algum momento de sua vida, condição essa presente em 3,6% das pessoas com mais de 65 anos (HELLSTRÖM A, et al., 2016; AEEVH, 2017)

Assim, o conhecimento dessas doenças é extremamente importante para o diagnóstico correto para que as medidas terapêuticas específicas sejam adotadas. O diagnóstico incorreto desencadeará necessariamente uma abordagem incorreta, com atraso na cicatrização da úlcera e prejuízos ao paciente (ABBADE LPF, 2010a).

Úlceras vasculogênicas: venosas, arteriais e mistas

As úlceras vasculogênicas (UV) podem ter três distintas etiologias, são elas: arterial, venosa (varicosa), ou mista, sendo que as úlceras venosas apresentam maior predominância em diversos estudos nacionais e internacionais (OLIVEIRA SB, et al., 2015; PURI N e TALWAR A, 2015; HELLSTRÖM A, et al., 2016; AEEVH, 2017).

Úlceras venosas: conceito, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento

A Úlcera venosa, de estase ou varicosa está associada à circulação sanguínea e a resistência das paredes dos vasos, sendo causadas pela dificuldade de oxigenação tecidual decorrente da incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo, obstrução do fluxo venoso ou ambas as situações, o que resulta em aumento da pressão venosa (hipertensão venosa) (LIGI D, et al., 2016).

A úlcera venosa representa o estágio mais avançado da insuficiência venosa crônica (IVC), que está relacionada à disfunção da bomba muscular da panturrilha, o que leva à hipertensão venosa. Essa bomba muscular é o mecanismo primário para o retorno do sangue dos membros inferiores para o coração, sendo formada pelos músculos da panturrilha, sistema venoso profundo, sistema venoso superficial e sistema das veias perfurantes/ comunicantes (ABBADE LPF, 2010b; SCOTTON MF, et al., 2014; PURI N e TALWAR A, 2015).

As úlceras venosas, em geral, desenvolvem-se lentamente. Os traumatismos nos membros inferiores são fatores desencadeantes frequentes. Apresentam formato irregular, superficial no início podendo se tornar mais profunda e atingir o tecido subcutâneo, com bordas bem definidas e seu leito pode apresentar tecido desvitalizado ou de granulação. O grau de exsudação é variável, comumente de coloração amarelada. É raro o aparecimento de tecido necrótico ou exposição de tendões. Podem ser únicas ou múltiplas, de tamanhos e localizações variáveis, ocorrem geralmente na porção distal dos membros inferiores, conhecida como região da “perneira” (ABBADE LPF, 2010; PETZ FFC, 2019).

A região em torno da úlcera pode ser púrpura e hiperpigmentada (dermatite ocre), e também pode apresentar alterações eczematosas com eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato. Com relação aos aspectos clínicos, o edema é a queixa inicial na maioria dos pacientes, conferindo a sensação de peso nas pernas. O edema agrava-se durante o dia após a permanência em pé e retorna ao normal após o repouso noturno. As varizes ou veias varicosas frequentemente precedem o edema e refletem o envolvimento do sistema venoso superficial. As dores nas pernas podem ser leves ou severas, aliviando com a elevação do membro e caminhadas leves. A dor é mais forte no final do dia, principalmente longos períodos em pé ou na posição sentada (ABBADE LPF, 2010b; NOGUEIRA GA, et al., 2015).

Nesse contexto, um estudo de caso realizado por Melo LG, et al. (2024), traz relevantes dados acerca do impacto do protocolo de exercícios físicos supervisionado para redução da área de úlceras venosas, sendo realizado de maneira gradual e individualizada. Observou-se considerável diminuição de área de extensão da ferida e progresso em seu aspecto. Assim, há uma melhora no retorno venoso, o que leva a utilizar-se do exercício físico como um importante aliado terapêutico.

Outra alteração presente nesses pacientes e que normalmente precede a úlcera venosa é a lipodermatoesclerose. Trata-se de uma fibrose crônica da derme e do subcutâneo, ocasionando uma pele firme e endurecida. Em estágios mais tardios, a perna apresenta edema na porção proximal e constrição na distal devido fibrose e a perda da gordura do subcutâneo, deixando a perna com o formato de uma garrafa invertida (ABBAD LPF, 2010b; ABREU AM, et al., 2013).

O diagnóstico da úlcera venosa é feito basicamente por critérios clínicos observados durante a anamnese e exame físico do paciente. Os pulsos do membro inferior devem ser palpados, em que a percepção da diminuição ou ausência deve alertar para doença arterial como causa da ulceração ou associação com a doença venosa, caracterizando nesse último caso, uma úlcera de etiologia mista (ABBADE LPF e LASTÓRIA S, 2007; ABBADE LPF, 2010).

A abordagem terapêutica dos pacientes portadores de úlcera venosa deve fundamentar-se na terapia compressiva, tratamento local da úlcera, medicamentos sistêmicos e tratamento cirúrgico da anormalidade venosa. As terapias compressivas representam o tratamento mais importante na prevenção e no tratamento das úlceras venosas com a finalidade de controlar o edema e a hipertensão venosa. Pacientes submetidos a essas terapias apresentam um aumento significativo na taxa de cicatrização e uma queda na recorrência da ulceração (PURI N e TALWAR A, 2015).

As terapias compressivas podem ser elásticas ou inelásticas. Entre as inelásticas, a mais tradicional 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 para a realização da compressão externa eficiente. É considerado um produto para curativo que age auxiliando na terapia compressiva, propiciando o retorno venoso. Este produto pode ser colocado em contato direto com o leito da úlcera venosa, porém este deverá conter tecido de granulação, podendo ter áreas de desvitalização e ausência de sinais de infecção como odor fétido, exsudato com coloração esverdeada, o surgimento de linfonodos infartados inclusive na região inguinal. O tempo de troca pode variar entre 5 a 7 dias e ele é contraindicado para o tratamento de úlceras neuropáticas, arterial ou mista (ABBAD LPF, 2010b; ABREU AM, et al., 2013; SILVA MH, et al., 2017).

Nesse mesmo sentido, em estudo realizado por Abreu AM, et al. (2013), constatou-se que o uso da Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas não infectadas, aliado ao acompanhamento ambulatorial adequado, resultou em melhora clínica do estado de saúde do paciente, com redução significativa da dor e do edema presente nos membros inferiores e cicatrização total da úlcera venosa. As autoras ainda reforçam a recomendação do uso da terapia compressiva inelástica (Bota de Unna) no tratamento de úlceras venosas, associado ao acompanhamento regular ambulatorial do paciente pela equipe multiprofissional, principalmente pelo enfermeiro e pelo médico angiologista.

Outrossim, o estudo de abordagem quantitativa e transversal de Zimmermann KCG, et al. (2025) realizado no Ambulatório de Feridas do município de Criciúma – Santa Catarina, evidenciou que o uso de tecnologias cicatrizantes como a cobertura de dupla camada de carboximetilcelulose com prata e bota de Unna melhora a saúde física e psicológica dos pacientes, propiciando diminuição do nível de dor, do processo inflamatório e do tamanho/diâmetro da ferida, além de melhorar o aspecto fisiológico e visual das mesmas.

Segundo Cacau MP, et al. (2023), avaliar a qualidade de vida de pacientes com úlceras venosas é de suma importância para se elaborar um plano assistencial de qualidade, promover melhores resultados e prevenir possíveis agravos. Assim, reitera ainda, que o estado emocional e a estética merecem destaque, uma vez que muitos pacientes sofrem com sintomas depressivos, autodepreciação, distúrbios do sono, fadiga e preocupação com o que as pessoas podem pensar sobre suas feridas, entre outras manifestações clínicas. Dessa forma, percebe-se a necessidade de se refletir o cuidado com feridas além de procedimentos técnicos, mas também oferecer suporte emocional aos pacientes.

Úlceras arteriais: conceito, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento

Aproximadamente 10 a 25% dos casos de úlceras crônicas nos membros inferiores são decorrentes de doença arterial periférica (DAP), a qual é a principal manifestação da aterosclerose sistêmica (ABBAD LPF, 2010a).

As úlceras arteriais também podem ser chamadas de isquêmicas e são causadas pela obstrução das artérias pelo estreitamento progressivo do lúmen do vaso, o sangue não consegue chegar adequadamente aos tecidos para nutrir e oxigenar as células. Isso resulta em morte celular e, consequentemente, lesões. Elas estão associadas à aterosclerose, pois diminuem ou interrompem o fluxo sanguíneo (ABBAD LPF, 2010a; GRASSE AP, et al., 2018).

São fatores de risco para a DAP e consequentemente úlceras arteriais: idade acima de 45 anos, tabagismo, diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, história familiar de doença aterosclerótica precoce e sedentarismo (ABBAD LPF, 2010a; AEEVH, 2017).

Para o diagnóstico diferencial, entre úlceras venosas e arteriais, deve-se avaliar o suprimento de sangue para a perna, sendo que a melhor maneira de fazê-lo é por meio de ultrassonografia Doppler (FONSECA PMM e SOARES TB, 2019).

A claudicação intermitente é o principal sintoma das úlceras arteriais, ou seja, dor na panturrilha ou coxa durante a deambulação, com melhora após poucos minutos de repouso. Dor em repouso e com membro inferior elevado costuma ocorrer com a evolução da doença, até chegar ao ponto de o paciente dormir sentado, com as pernas pendentes. A dor usualmente é refratária aos analgésicos (ABBAD LPF, 2010a; AEEVH, 2017).

As úlceras arteriais ocorrem principalmente nos artelhos, calcâneos e proeminências ósseas dos pés, entretanto podem ocorrer em outros locais da perna, especialmente quando iniciadas por trauma. Costuma ser profunda, com borda bem demarcada e solapada, sem tecido de granulação viável, pálida e frequentemente necrótica. Exposição de tendões e de tecidos profundos pode ocorrer mais frequentemente do que na úlcera de etiologia venosa. A região peri úlcera pode ficar eritemato vinhosa. Ao exame físico, constata-se o membro afetado mais frio, com palidez durante elevação e rubor quando pendente. Os pulsos periféricos distais estão diminuídos ou ausentes, e o tempo de enchimento capilar é lento (maior que 3 a 4 segundos) (ABBAD LPF, 2010a).

Os pacientes devem ser avaliados por cirurgiões vasculares com a meta de restabelecimento do adequado fluxo arterial. O tratamento local da úlcera via à manutenção do meio úmido. Terapias adicionais incluem controle adequado da dor e manutenção do membro aquecido (ABBAD LPF, 2010a).

Quadro 1 - Diferenças entre úlceras venosas e úlceras arteriais.

	Úlcera Venosa	Úlcera Arterial	Referência
Localização	Acima dos maléolos medial e lateral; área da polaina; entre o tornozelo e a panturrilha; região distal das pernas sobre o maléolo medial.	Dedos dos pés; canela; sobre pontos de pressão; artelhos, calcâneos e proeminências ósseas dos pés.	VALENCIA IC, et al. (2001) PURI N e TALWAR A (2015) SCOTTON MF, et al. (2014)
Histórico médico	Idade avançada; obesidade, lesões prévias nas pernas; trombose venosa profunda; flebite; veias danificadas por cirurgia; trauma; gravidez múltipla; anomalias venosas congênitas; varizes e insuficiência venosa crônica.	Doença arterial periférica; aterosclerose sistêmica; tabagismo; diabetes mellitus; hiperlipidemia; hipertensão arterial; hipercolesterolemia; história familiar de doença aterosclerótica precoce e sedentarismo.	WELLER C e EVANS S (2012) ABBADE LPF (2010) AEEVH (2017)
Característica da lesão	Superficial, forma irregular com bordas bem demarcadas com presença de eczema varicoso; eritema; descamação; exsudato amarelado no leito da ferida; edema; hiperpigmentação; lipodermatosclerose e varizes.	Profunda, com borda bem demarcada e solapada; sem tecido de granulação viável; região peri úlcera eritemato vinhosa; leito da ferida pálido ou necrótico; exsudado mínimo ou inexistente; epiderme fina e brilhante; pele seca e escamosa; perda de cabelo e espessamento das unhas.	SCOTTON MF, et al. (2014) VALENCIA IC, et al. (2001) ABBADE LPF (2010) BRYANT R e NIX D (2016)
Mecanismo patológico	Incompetência das válvulas venosas; insuficiência muscular da panturrilha; estase; hipertensão venosa e isquemia tecidual localizada.	Obstrução das artérias pelo estreitamento do lúmen do vaso; diminuição do fluxo sanguíneo; isquemia e morte celular.	JUNGER M, et al. (2000)
Dor	Intensa com piora a noite.	Claudicação intermitente, dor ao caminhar.	PURI N e TALWAR A (2015) BUDÓ ML, et al. (2015) AEEVH (2017)
Pulso	Presente, sem alterações.	Pulsos periféricos distais estão diminuídos ou ausentes	ABBADE LPF (2010)
Edema	Presente, agrava-se após longo período em pé, e melhora ao elevar o membro.	Ausente ou leve.	VALENCIA IC, et al. (2001) PETZ FFC (2019)
Desenvolvimento	Lento.	Rápido.	SCOTTON MF, et al. (2014)
Terapia indicada	Terapia de compressão	restauração do fluxo sanguíneo por revascularização cirúrgica ou amputação	CONTE MS, et al. (2019) FEDERMAN DG, et al. (2024)

Fonte: elaborado Lima LKOP, et al., 2025; dados compilados de diferentes autores: Conte MS, et al., 2019; Federman DG, et al., 2024; Scotton MF, et al., 2014; Valencia IC, et al., 2001; Petz FFC, 2019; Abbade LPF, 2010; Puri N e Talwar A, 2015; Budó ML, et al., 2015; AEEVH, 2017; Junger M, et al., 2000; Bryant R e Nix D, 2016; Weller C e Evans S, 2012.

O papel do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de úlceras vasculogênicas

O tratamento das UV é complexo e requer uma equipe que atue com habilidades e conhecimento técnico-científico de maneira multidisciplinar. Os profissionais de saúde necessitam de aportes teórico e prático para que possam fazer, de forma efetiva, recomendações de tratamentos específicos aos pacientes com esses agravos. São importantes a capacitação permanente dos profissionais que cuidam de pacientes com úlceras de perna e a garantia de acessibilidade aos recursos materiais necessários, visando reduzir a lacuna existente entre a prática assistencial e as evidências científicas, bem como a desmitificação da utilização da terapia compressiva (RUIZ PBO, et al., 2022).

Neste contexto, o enfermeiro, tem papel essencial por cuidar e avaliar diariamente o portador de ferida, potencializando o processo de cicatrização. As intervenções de enfermagem a esses indivíduos devem considerar múltiplos aspectos, como os sociais, físicos, clínicos e econômicos. A realização de uma avaliação e exame físico criteriosos do enfermeiro auxiliam na determinação de cuidados específicos, direcionados ao tipo de tecido no leito da lesão, ao tamanho, a presença de exsudato, as doenças de base entre outras. Todos estes fatores são diferenciais que determinarão o cuidado adequado, conforme as características clínicas de cada paciente, a fim de proporcionar redução do tamanho da lesão, diminuição do tempo e do custo do tratamento, e satisfação do indivíduo. (SOARES RS e FULY PSC 2025).

A deficiência na circulação associada a vários fatores como sedentarismo, hereditariedade, hábitos de vidas incorretos, etnias, idade, deficiências nutricionais, acarretam grandes prejuízos ao paciente. A particularidade entre cada uma dessas lesões se torna um desafio ao enfermeiro, que traça estratégias para manter o cuidado e adesão desses indivíduos ao tratamento (GÓES AASM, et al., 2024).

O conhecimento abrangente dessas condições facilita a execução da assistência de enfermagem, que deve estar pautada em um processo de sistematização do cuidado. O enfermeiro deverá utilizar-se da sistematização da assistência de enfermagem, seguindo uma sequência desde a anamnese, formulação do problema, determinação de objetivos, planejamento, escolha da cobertura apropriada, registro de enfermagem e avaliação do cuidado. Essas ações conduzem a identificação de fisiopatologias e ao diagnóstico diferenciado com maior segurança, sendo possível atuar com precisão nas necessidades do paciente (ABREU AM, et al., 2013; NOGUEIRA GA, et al., 2015).

Neste contexto, a aplicação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2024-2026) possibilita a identificação dos problemas do paciente com vistas ao restabelecimento e a promoção da saúde, sendo fundamentais para uma prática assistencial de enfermagem organizada, uma vez que é a partir deles que são planejados e realizados cuidados de enfermagem que determinarão resultados de melhora da saúde dos pacientes.

Nogueira GA, et al. (2015), ao analisarem os diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica em atendimento ambulatorial, identificaram 16 diagnósticos, distribuídos em oito domínios dos 13 domínios da classificação NANDA-I, estando esses diagnósticos relacionados tanto a padrões biofisiológicos como psicossociais. Os diagnósticos prevalentes em todos os pacientes foram: Integridade tissular prejudicada, Perfusão tissular periférica ineficaz, Risco de infecção, Mobilidade física prejudicada e Autocontrole ineficaz da saúde. Segundo esses autores, os diagnósticos descritos reforçam a necessidade de deslocar a atenção dos profissionais de enfermagem dos aspectos físicos e biológicos da ferida e voltar seus olhares para o indivíduo em sua totalidade.

Como as úlceras são lesões crônicas, com recidivas frequentes e respostas terapêuticas variadas, cabe ao enfermeiro realizar uma assistência voltada tanto para o tratamento das feridas já instaladas como para a prevenção de novas feridas; além de orientar o paciente quanto à relação da lesão com a doença de base, para que o mesmo pratique o autocuidado (ABREU AM, et al., 2013).

Neste sentido, vale destacar a autonomia e competência desse profissional para proceder e decidir o melhor plano assistencial conforme as necessidades de cada indivíduo e de maneira sistematizada, asseguradas pela Resolução 567/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado de pacientes com feridas (MAGALHÃES AR, et al., 2024).

Contudo, vale ressaltar a importância de se estimular ativamente desde a graduação o conhecimento técnico científico necessário para uma boa assistência a feridas e lesões de modo geral, visando capacitar profissionais competentes para estes casos. Um estudo transversal de Lopes BSC, et al. (2025), conduzido com acadêmicos do último ano da graduação em enfermagem, concluiu que estes possuem limitações quanto a aspectos importantes para a avaliação e tratamento de feridas, o que pode dificultar o processo do cuidado.

Neste contexto, a assistência de enfermagem é descrita como crucial para o diagnóstico e tratamento adequado da UV, uma vez que o enfermeiro assume um papel estratégico na manutenção e recuperação da saúde do paciente, permitindo o manejo integral na prática assistencial. Essa atuação envolve compreender que a evolução da úlcera venosa e suas complicações estão diretamente relacionadas a fatores clínicos, socioeconômicos e à disponibilidade de assistência à saúde (CAVALCANTI AC, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as úlceras de membros inferiores, as vasculogênicas (venosa, arterial ou mista) são as mais prevalentes, caracterizando-se por um processo crônico, doloroso, recorrente, com impacto negativo na qualidade de vida, na mobilidade, no estado emocional e na capacidade funcional das pessoas acometidas, exigindo atendimento multiprofissional, com intervenções de natureza local e sistêmica. A abordagem terapêutica aos portadores desses agravos deve contemplar a elaboração de ações de planejamento, prevenção e tratamento, a fim de potencializar as chances de êxito no tratamento, contribuindo para a diminuição de reincidências, a cicatrização sem complicações, redução dos gastos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Diante disso, cabe ao enfermeiro importante papel na articulação de uma forma de organização do processo de trabalho para o atendimento às necessidades dos pacientes portadores de UV, integrando as atividades de cuidar com a qualificação e competência necessária, aos processos gerenciais e relacionais.

REFERÊNCIAS

1. ABBADE LPF. Diagnóstico diferenciado de úlceras crônicas dos membros inferiores. In: MALAGUTTI; KAKIHARA. Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo, 2010; 77-93.
2. ABBADE LPF, LASTÓRIA S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An Bras Dermatol. 2006; 81(6); 509-22.
3. ABREU AM, et al. Tratamento de úlcera venosa com bota de Unna: estudo de caso. Online Brazilian Journal of Nursing. 2013; 12; 1; 198-208.
4. AFONSO A, et al. Úlcera crônica do membro inferior- experiência com cinquenta doentes. Revista Angiologia e Cirurgia Vascular, 2013; 32; 5; 148-153.
5. AGALE SV. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management. Ulcers, 2013; ;1; 413604.
6. ASSOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMARÍA VASCULAR Y HERIDAS. Guía de práctica clínica: consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). 2017; 3.
7. BRYANT R, NIX D. Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts. 2016; 5.
8. BUDÓ ML, et al. Úlcera venosa, índice tornozelo braço e dor nas pessoas com úlcera venosa em assistência no ambulatório de angiologia. Rev Enferm Centro-Oeste Min. 2015;5(3):1794–804.
9. CACAU MP, et al. Úlcera venosa impacto na qualidade de vida dos pacientes: Revisão integrativa. Saúde Coletiva (Barueri), 2023; 13; 85; 12776-12785.
10. CAVALCANTI AC, et al. Assistência de enfermagem ao paciente com úlcera venosa complexa. Revista Enfermagem Atual In Derme, 2024; 98; 2; e024338.
11. COFEN. Resolução COFEN nº 567/2018. Brasília, DF, 2018.
12. CONTE MS, et al. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2019; 58(1S):S1-S109; e33

13. DIAS TYAF, et al. Influência da assistência e características clínicas na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. Acta Paul Enferm. 2013; 26(6): 529-534.
14. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
15. FEDERMAN DG, et al. Wound Healing Society 2023 update on guidelines for arterial ulcers. Wound Repair and Regeneration. 2024; 32(5): 619-629.
16. FONSECA PMM, SOARES TB. A atuação da equipe de enfermagem frente aos cuidados do paciente portador de ferida venosa. Revista Científica UMC, 2019; 4; 1; 2-8.
17. FRYKBERG RG, BANKS J. Challenges in the treatment of chronic wounds. Advances in wound care, 2015; 4; 9; 560-582.
18. GÓES AASM, et al. O cuidado de enfermagem às úlceras vasculogênicas. Rev FT, 2024; 28: 134.
19. GRASSE AP, et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com úlcera venosa. Acta Paul Enferm, 2018; 31; 3; 280- 290.
20. HELLSTRÖM A, et al. Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. BMC geriatrics. 2016; 16; 25; 1–9.
21. HERDMAN TH, KAMITSURU S. (org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação. 2024; Porto Alegre: Artmed.
22. HEYER K, et al. Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. Wound Repair and Regeneration, 2016; 24; 2; 434–42.
23. JUNGER M, et al., Disfunção microcirculatória na insuficiência venosa crônica (IVC). Microcirculation. 2000; 7:3-12
24. LIGI D, et al. Doença venosa crônica – Parte II: Biomarcadores proteolíticos na cicatrização de feridas. Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Base Molecular da Doença, 2016; 10; 1900-1908.
25. LOPES BSC, et al. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação de feridas: pesquisa transversal. Revista Enfermagem Atual In Derme, 2025; 99; 1; e025023-e025023.
26. MAGALHÃES AR, et al. Autonomia do enfermeiro no tratamento de feridas: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, 2024; 98; 2; e024282-e024282.
27. MALAGUTTI W, KAKIHARA CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. In: Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2014; 637-637.
28. MARINELLO RJ, VERDÚ SJ (Coord.). Conferencia Nacional de Consenso Sobre Las Úlceras de La Extremidad Inferior (CONUEI). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
29. MELO LG, et al. Influência de um protocolo de exercícios na redução da área de úlcera venosa: estudo de caso. Cuadernos de Educación y Desarrollo, 2024; 16; 10; e6168-e6168.
30. NOGUEIRA GA, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional. Rev. Eletr. Enf. 2015; 17; 2; 333-9.
31. OLIVEIRA SB, et al. Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista – BA. J. res.: fundam. care. online. 2015; 7; 3; 2659-2669.
32. PETZ FFC. Efetividade das coberturas e agentes tópicos de matriz no tratamento de úlceras de perna: revisão sistemática e metanálise. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.
33. PURI N, TALWAR A. Etiology and management of leg ulcers – an enigma. J Pakistan Assoc Dermatol. 2015; 25; 3; 211-5.
34. RUIZ PBO, et al. Custos diretos dos curativos de úlceras vasculogênicas realizados por uma unidade de tratamento integral de ferida. Cogitare Enferm. 2022; 27.
35. SCOTTON MF, et al. Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers: a retrospective cohort. An. Bras. Dermatol. 2014; 89; 3; 414-422.
36. SILVA MH, et al. Bota de Unna: vivência do cuidado por pessoas com úlcera varicosa. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70; 2; 366-73.
37. SOUZA SR, FULY SCP. A importância do enfermeiro na avalição de tecnologias para o cuidado de feridas complexas. Rev. Enferm. Atual In Derme. 2025; 99(2):e025043.
38. VALENCIA IC, et al., Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. J Am Acad Dermatol. 2001; 44; 401-21
39. WELLER C, EVANS S. Venous leg ulcer management in general practice--practice nurses and evidence based guidelines. Aust Fam Physician. 2012; 41(5); 331–7.
40. ZIMMERMANN KCG, et al. Avaliação da dor e da qualidade de vida das pessoas com úlcera venosa a partir do uso do curativo com dupla camada de carboximetilcelulose e prata e bota de unna. Inova Saúde. 2025; 15; 2; 50-70.