

# MANEJO DAS PRINCIPAIS ÚLCERAS DE MEMBROS INFERIORES PELO ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA

## MANAGEMENT OF THE MAIN ULCER OF THE LOWER LIMBS BY THE STOMATHERAPIST NURSE

Ana Claudia Rodrigues da Silva<sup>1</sup>

**Resumo:** As úlceras de membros inferiores constituem um grave problema social e de saúde coletiva de âmbito mundial, acometem o usuário surgindo espontaneamente ou de forma acidental, geralmente evoluindo para uma lesão crônica, sendo acompanhadas por outros agravos passíveis de prevenção. No Brasil, entre as úlceras de membros inferiores, a úlcera venosa é a mais prevalente, constituindo 70% a 90% das úlceras, seguidas por 10% de úlceras arteriais. A incapacidade

que gera o acometimento da lesão é preocupante, uma vez que ela leva a diversas modificações e afeta a qualidade de vida. O objetivo geral desta pesquisa é apontar as principais etiologias de úlceras de membros inferiores com base na literatura. Os objetivos específicos consistem na apresentação das características dessas lesões e o papel do enfermeiro estomaterapeuta no manejo das mesmas. A justificativa deste trabalho baseia-se nos crescentes índices de complicações

---

<sup>1</sup> Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Especialista em Enfermagem em Estomaterapia



da Diabetes Mellitus que geram úlceras e para melhor atualização acadêmica de profissionais da saúde em estomaterapia que também fazem educação continuada com seus pacientes e familiares. A metodologia da pesquisa tratou-se de uma revisão bibliográfica sendo as bases de dados consultadas: SCIELO e BVS. Foram incluídos artigos completos disponíveis online gratuitamente, de estudos realizados com amostras de pacientes de todas as idades, publicados no período entre 2015 e 2020, escritos nos idiomas português, espanhol e inglês. A maioria dos estudos apresentaram as comorbidades: obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial como condicionantes para o agravamento da condição do paciente e a interferência no processo de cicatrização da úlcera. Assim, o grande desafio para a enfermagem, prin-

cipalmente para o enfermeiro, é o planejamento e a implementação do cuidado ao paciente com úlcera nos membros inferiores.

**Palavras-chaves:** Úlcera de membros inferiores. Úlcera venosa. Úlcera arterial, Úlcera diabética.

**Abstract:** Lower limb ulcers constitute a serious worldwide social and collective health problem, affecting the user, arising spontaneously or accidentally, usually evolving into a chronic injury, accompanied by other preventable injuries. In Brazil, among lower limb ulcers, venous ulcers are the most prevalent, constituting 70% to 90% of ulcers, followed by 10% of arterial ulcers. The incapacity that generates the injury is worrying, since it leads to several changes and affects the quality of life. The



general objective of this research is to point out the main etiologies of lower limb ulcers based on the literature. The specific objectives consist of presenting the characteristics of these injuries and the role of the stomal therapist nurse in managing them. The justification for this work is based on the increasing rates of complications of Diabetes Mellitus that generate ulcers and for better academic updating of health professionals in stomatherapy who also carry out continuing education with their patients and families. The research methodology was a bibliographic review and the databases consulted: SCIELO and BVS. Complete articles available online for free, from studies carried out with samples of patients of all ages, published between 2015 and 2020, written in Portuguese, Spanish and English, were included. Most of the studies pre-

sented pointed out the comorbidities: obesity, diabetes mellitus and arterial hypertension as conditions for the worsening of the patient's condition and the interference in the healing process of the ulcer. Thus, the great challenge for nursing, especially for nurses, is the planning and implementation of care for patients with ulcers in the lower limbs.

**Keywords:** Lower limb ulcer. Venous ulcer. Arterial ulcer, Diabetic ulcer.

## INTRODUÇÃO

As úlceras de membros inferiores constituem um grave problema social e de saúde coletiva de âmbito mundial, acometem o usuário surgindo espontaneamente ou de forma acidental, geralmente evoluindo para uma lesão crônica, sendo acompanha-



das por outros agravos passíveis de prevenção. Lesão crônica é aquela que não cicatrizou espontaneamente em três meses e que, na maioria das vezes, apresenta processos infecciosos, caracterizando-se como lesão complexa quando associada com patologias sistêmicas que prejudicam o processo de cicatrização (SILVA, 2016).

No Brasil, entre as úlceras de membros inferiores, a úlcera venosa é a mais prevalente, constituindo 70% a 90% das úlceras, seguidas por 10% de úlceras arteriais. As úlceras crônicas são classificadas em venosas, arteriais, mistas e neurotróficas, estando associadas com a insuficiência venosa crônica, a insuficiência arterial, a neuropatia, o linfedema, a artrite reumatoide, os traumas, a osteomielite crônica, a anemia falciforme, as vasculites e os tumores cutâneos

(LIBERATO, 2016).

A incapacidade que gera o acometimento da lesão é preocupante, uma vez que ela leva a diversas modificações e afeta a qualidade de vida (SILVA MH, 2016). Assim, o grande desafio para a enfermagem, principalmente para o enfermeiro, é o planejamento e a implementação do cuidado ao paciente com úlcera nos membros inferiores.

O pé diabético é um importante problema de saúde pública (MARTINS,2014), pois é a principal causa de internação e de gastos hospitalares de pacientes com diabetes mellitus (HADADI, 2014).

O objetivo geral desta pesquisa é apontar as principais etiologias de úlceras de membros inferiores com base na literatura. Os objetivos específicos consistem na apresentação das características dessas lesões e o papel do



enfermeiro estomaterapeuta no manejo das mesmas.

A escolha do tema é decorrente de uma longa prática na assistência de pessoas portadoras de feridas e o desafio do tratamento e reabilitação dessas pessoas.

A justificativa deste trabalho baseia-se nos crescentes índices de complicações da Diabetes Mellitus que geram úlceras e para melhor atualização acadêmica de profissionais da saúde em estomaterapia que também fazem educação continuada com seus pacientes e familiares.

Também se justifica na alta incidência das úlceras venosas, que compreendem em torno de 36,7% a 80,0% de todas as úlceras de perna (FRADE et al., 2005; MARTINS, 2008; MOFFAT et al., 2004; PINA et al., 2005; RAMOS et al., 2001).

Um estudo com 50 pes-

soas portadoras de úlceras venosas (de perna) identificou que 98,0% sofreram mudança na qualidade de vida após o surgimento da lesão. As principais mudanças foram no lazer, com relação à dor, restrição social, escolar e locomoção para 82,0% das pessoas e restrição laboral, financeira e progressão social para 52,0%. Também foi citada a aparência física, discriminação e restrição de atividade doméstica (NÓBREGA et al., 2011).

Esta pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica. A revisão de literatura refere-se à fundamentação teórica que é adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa. Por meio da análise da literatura publicada é traçado um quadro teórico e uma estruturação conceitual que dá sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. As bases de dados consultadas na presente



pesquisa foram SCIELO e BVS. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave, a saber: úlcera de membros inferiores, úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera diabética.

Foram incluídos artigos completos disponíveis online gratuitamente, de estudos realizados com amostras de pacientes de todas as idades, publicados no período entre 2015 e 2020, escritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Excluíram-se artigos que, embora tenham sido encontrados com as palavras-chave descritas acima, eram restritos a prática cirúrgica e abordagem médica.

## DESENVOLVIMENTO

A preocupação com o tratamento de feridas data de 3.000 a 2.500 anos a.C. Ao longo do tempo, surgiram necessida-

des de explorar novas formas de tratar, com introdução de novas tecnologias. Na década de 1920 a 1940, “surgiram as pomadas contendo enzimas, destinadas ao desbridamento químico”. Em 1970, estudos evidenciaram que um “ambiente úmido”, “sem crosta”, favorecia a migração de células epiteliais através do leito da ferida. No Brasil, na década de 1990, teve início a mudança conceitual do tratamento de feridas e a revisão dos processos de introdução de novas tecnologias para o cuidado com feridas (GOMES; CARVALHO, 2002).

Associada a isso e envolta nas intensas reflexões que a enfermagem brasileira vem fazendo sobre o exercício profissional, suas fundamentações teórico-práticas e sua produção de conhecimento, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 358/15.10.2009 trata



da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da implementação do Processo de Enfermagem, quando também sabemos das dificuldades que ainda tem de fazer diagnósticos clínicos que interessam à prática interventiva da enfermagem principalmente do que é cada tipo de úlcera, e de como intervir, considerando as pessoas portadoras naquilo que lhes é específico humano, seu corpo e suas emoções, seu modo de vida e as dificuldades de conviver com úlceras. A Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui para uma prática com validade científica que pode ser controlada ou avaliada.

As úlceras de perna ocorrem por comprometimento da integridade cutânea e estão relacionadas a diversas causas com etiologia primária à doença venosa e/ou arterial e, secundariamente, por complicações de do-

enças sistêmicas como diabetes, artrite e outras (DEALEY, 2008).

São lesões que, de um modo geral, não progridem através de uma sequência de reparação fisiológica e recuperação funcional. Assumem, como características, superficial ou profunda de forma irregular, com bordos endurecidos e hiperpigmentação.

Moffatt et al. (2004) definem úlcera de perna crônica como uma ferida que não cicatriza após quatro semanas e está localizada entre o joelho e o tornozelo.

Estão relacionadas com maior morbidade e impacto na qualidade de vida, representando um grave problema de saúde pública com alto impacto econômico relacionado a recursos materiais e humanos. A dor impacta na mobilidade, com isolamento social e alterações psicobiológicas



cas e restrição da atividade laboral (DEALEY, 2008).

As feridas crônicas são uma problemática que tem se mostrado frequente no contexto da saúde pública. Esse tipo de lesão advém, geralmente, da insuficiência venosa crônica, em um percentual entre 80,0 a 85,0%, e de doença arterial (5,0 a 10,0%), sendo o restante de origem neuropática, usualmente diabética, ou mista (SANTOS, 2014). Assim, serão apresentadas os principais tipos de úlceras de membros inferiores e suas possíveis abordagens pelo enfermeiro estomaterapeuta.

### **Úlceras Venosas**

As úlceras venosas acometem o sistema venoso e as veias da panturrilha; em associação com os tecidos circundantes, formam uma unidade funcional

conhecida como bomba muscular ou coração periférico, ativamente atuante na drenagem do sangue venoso durante o exercício. Em situações normais, o fluxo venoso corre do sistema venoso superficial para o profundo, através de veias comunicantes com válvulas competentes, que impedem o retorno de sangue para as veias superficiais. A incompetência valvar resulta do sistema venoso profundo e comunicantes gerando refluxo, o que causa hipertensão venosa. Com a presença do refluxo, no início do quadro, a musculatura da panturrilha tenta compensar a sobrecarga de volume das veias insuficientes, ejetando um volume de sangue maior. Com o agravamento do refluxo, a bomba torna-se insuficiente para promover uma redução cíclica da pressão de 100 mmHg para níveis de 0 a 30 mmHg. A musculatura da



panturrilha exerce um papel importante no retorno venoso que, durante a sua contração, faz a compressão dos vasos profundos auxiliando no retorno venoso e reduzindo a pressão hidrostática. A disfunção da bomba muscular da panturrilha, associada ou não à disfunção valvular, também é responsável pela hipertensão venosa, levando a um acúmulo excessivo de líquido e de fibrinogênio no tecido subcutâneo, resultando em edema, lipodermatoesclerose e, finalmente, ulceração. A compressão elástica atua na redução da pressão venosa e acelera o retorno venoso e a função da bomba venosa (DEALEY, 2008; FRANÇA; TAVARES, 2003).

Úlceras venosas são relativamente comuns na população adulta, e a prevalência varia muito, dependendo dos diferentes métodos empregados nos

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

A prevalência da insuficiência venosa crônica (IVC) está aumentando, causando dor e incapacidade e gerando um importante problema socioeconômico (BARROS, 2015). Caso não se realize tratamento adequado, essa doença pode evoluir para sua forma mais grave, a úlcera venosa ativa, levando o indivíduo à invalidez e elevando os gastos dos cofres públicos.

Estima-se que, no Bra-



sil, 3,0% da população apresenta úlcera venosa e cerca de 70,0% apontam recidiva. Nos Estados Unidos a úlcera venosa corresponde de 70,0 a 90,0% das úlceras de perna. Mundialmente, estima-se que a prevalência da lesão seja de 0,5% a 2% da população. Pessoas de diferentes faixas etárias apresentam úlceras venosas, porém os idosos, principalmente do sexo feminino, são os mais acometidos (OLIVEIRA, 2012).

A insuficiência venosa crônica (IVC) é uma síndrome clínica composta por varizes de membros inferiores, dermatoesclerose, edema, hiperpigmentação (dermatite ocre) e úlcera de membro inferior, tornando-se, muitas vezes, uma doença incapacitante e de difícil tratamento. As principais causas de IVC são a incompetência de veias perfurantes, superficiais e/ou profundas, o que caracteriza a forma

primária da doença; e casos de obstrução venosa proximal, fistulas arteriovenosas, disfunção da musculatura da panturrilha e malformações venosas congênitas, que ilustram as causas secundárias de IVC (BERGAN, 2006).

A doença venosa crônica (DVC) dos membros inferiores (MI) é comum e ocorre devido à função anormal do sistema venoso causada por insuficiência valvular, que pode estar associada à obstrução do fluxo sanguíneo (SOUZA, 2013). Sua incidência é maior em mulheres e apenas 30% dos homens são afetados, o que representa 3% a 5% da população com idade superior a 65 anos (COSTA, 2012). Causam significativo impacto social, podendo evoluir com complicações, como infecção e hemorragia, e limitar qualidade de vida e provocar alterações psicológicas.

Em geral, as úlceras ve-



nosas estão localizadas nas regiões maleolares, podendo estar localizadas em outras áreas quando ocorrem por trauma. O estadiamento deve ser feito de acordo com a perda tecidual, sendo superficial sua apresentação mais comum. As bordas são irregulares, podendo ser espessadas/ceratóticas. O leito da ferida pode se encontrar com tecido de granulação ou com tecidos de necrose ou liquefação. O exsudato é elevado, principalmente quando o membro está edemaciado ou em vigência de processo infeccioso. A dor é outro fator que também pode estar presente e pode estar relacionada à estase venosa. A história e sinais 32 clínicos orientam o diagnóstico, devendo ser complementado com exames não invasivos como o doppler que avalia a função valvar, o refluxo venoso e descarta doença arterial (VIEGAS, 2019).

O tratamento das úlceras de estase se fundamenta no controle da hipertensão venosa, podendo ser cirúrgico ou clínico. O tratamento clínico se faz através da compressão do membro, sendo recomendado que todos os pacientes com Índice de Pressão Tornozelo-Braquial (IPTB) maior ou igual a 0,8 sejam tratados com compressão do membro. O IPTB é obtido pela divisão da pressão sistólica do tornozelo pela pressão sistólica braquial e avalia o fluxo sanguíneo periférico. Um índice abaixo de 0,8 indica comprometimento arterial e contraindica a terapia de compressão. Essa avaliação pode ser realizada com doppler portátil e esfigmomanômetro por um profissional treinado (JORGE, 2003).

Borges, Santos e Soares (2017) descrevem o Modelo ABC para o cuidado de úlceras venosas, que consiste em: a) avaliação



e diagnóstico; b) boas práticas no manejo da lesão e pele ao redor; e c) compressão na otimização do tratamento das úlceras e prevenção de recidivas. Na avaliação é preciso “avaliar o paciente”, a ferida, a pele periférica, a perna e o pé. Como boas práticas no manejo da lesão, inclui limpeza da lesão, escolha da terapia tópica, controle do eczema, utilização de coberturas antimicrobianas; em caso de infecção local ou “suspeita de colonização crítica”, considerar a adesão do paciente à terapia.

### **Úlceras Arteriais**

A doença arterial representa de 10 a 25% de todas as úlceras de perna ocasionadas por insuficiência arterial e estão intimamente ligadas à progressão de aterosclerose (BERGONSE; RIVITTI, 2006).

A doença arterial pode evoluir de forma assintomática, o que ficou evidenciado em estudo transversal multicêntrico realizado em 2009, que avaliou 1.170 indivíduos maiores de 33 anos e teve por objetivo identificar prevalência e fatores de riscos de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). Obteve prevalência de 10,5% e apenas 9% apresentavam claudicação intermitente. As doenças associadas com a maior prevalência de DAOP foram: de hipertensão, insuficiência cardíaca, insuficiência renal dialítica e tabagismo >20 anos/maço (MAKDISSE et al., 2008).

As úlceras isquêmicas hipertensivas são chamadas de Martorell, de incidência aguda e frequentemente com dor associada à dor intensa. O rastreamento da doença arterial obstrutiva crônica se faz através da anamnese,



palpação dos pulsos pediosos, identificação de sinais clínicos (palidez, dor com elevação do membro, queixas de claudicação intermitente) e avaliação do IPTB é um método considerado não invasivo que visa à detecção de uma possível insuficiência arterial, utilizando um esfigmomanômetro e um doppler portátil.

Durante o exame físico, o enfermeiro deve estar atento aos sinais que sugerem isquemia: temperatura da pele fria ao toque; pulsos periféricos reduzidos ou ausentes; pele brilhante, fina, seca e sem pelo; o preenchimento capilar é superior a três segundos; e as unhas são espessas e opacas. As pernas quando elevadas ficam pálidas; e quando pendentes, avermelhadas / cianosadas (DEALEY, 2008).

O tratamento consiste no controle da hipertensão, uso de vasodilatadores, e quan-

do indicado, em alguns casos, a revascularização, que pode ser através de cirurgia convencional ou procedimentos endovasculares (como a angioplastia), com redução das amputações e melhora da qualidade de vida em pacientes com isquemia crítica (DIAS, 2011). Ainda segundo Dias (2011), a terapia tópica para desbridamento somente está indicada na “gangrena húmida” ou com” fascíte necrotizante”, devendo aguardar até duas semanas após procedimento de revascularização.

### **Úlceras Diabéticas**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2017), a polineuropatia resulta de complicações crônicas degenerativas do diabetes e está intimamente relacionada ao controle metabólico da doen-



ça através da glicemia. O tempo de evolução do diabetes é outro fator que influencia no desenvolvimento da polineuropatia diabética e está presente em 50% dos pacientes com DM2 acima de 60 anos, 13 em 30% dos pacientes em atendimento clínico hospitalar e em 20 a 25% dos pacientes em atenção primária.

O paciente diabético pode apresentar várias comorbidades graves, como idade avançada, doença cardíaca, doença coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência renal e insuficiência respiratória. Além dessas, o paciente com pé diabético pode apresentar neuropatia, deformidades, isquemia e infecção da úlcera (CARDOSO et al, 2018). A infecção da úlcera pode se associar a mortalidade e a altas taxas de amputação não traumática dos membros inferiores (TURHAN, 2013). Manifestações dermato-

lógicas, como pele seca, rachaduras, unhas hipotróficas ou encravadas, maceração interdigital e micose, calosidades, ausência de pelos e alteração de coloração e temperatura (indicando isquemia) são condições pré-ulcerativas decorrentes de polineuropatia diabética (PND) e doença arterial periférica (DAP) (SBD, 2017).

O pé de Charcot é uma alteração que ocorre devido à neuropatia autônoma, interrupção da comunicação arteriovenosa com aumento da reabsorção óssea, osteopenia, fragilidades ósseas, associada a tramas frequentes pela deambulação gerando subluxações e fraturas, modificando o arco plantar. Quando agudo, há sinais da inflamação (edema, hiperemia, hipertermia e dor) sem infecção, sendo muito importante fazer esse diagnóstico diferencial. A dor pode não estar presente se houver concomitante-



mente a diminuição acentuada da sensibilidade. Na fase avançada, caracterizada por “deformidades osteoarticulares”, localizadas do “médio-pé”, há desenvolvimento de calos e úlceras plantares (CAIAFA et al., 2011).

A taxa de mortalidade em pacientes diabéticos é alta, com 5 milhões de mortes decorrentes ao diabetes registrado em 2015 (IDF, 2017). Pacientes diabéticos com úlceras nos pés apresentam uma taxa de mortalidade duas vezes maior quando comparada com a de pacientes diabéticos sem úlceras nos pés (IVERSEN, 2009).

Segundo a Infectious Diseases Society of America (2012), a infecção da úlcera pode ser classificada como leve, moderada e grave. A infecção é considerada leve quando não há comprometimento de estruturas teciduais, como músculo, tendão,

osso ou articulação. A classificação moderada é atribuída quando há comprometimento dessas estruturas teciduais com risco de amputação do membro inferior. A infecção é considerada grave quando, além do comprometimento das estruturas teciduais, existe a associação de sepse generalizada às alterações hemodinâmicas e metabólicas graves, com risco de levar o paciente a óbito (LIPSKY, 2012).

As infecções das úlceras em pés diabéticos são principalmente polimicrobianas, ou seja, há presença de mais de uma espécie bacteriana. Bactérias Gram-positivas, Gram-negativas, aeróbias e/ou anaeróbias podem ser isoladas (SÁNCHEZ-SÁNCHEZ et al, 2017). Infecções polimicrobianas podem dificultar a cicatrização da úlcera devido a fatores de virulência que são secretados pelas diferentes espé-



cies de bactérias presentes na infecção e, por conseguinte podem levar a amputação e óbito. Além disso, uma nova infecção da úlcera também pode causar atraso na cicatrização cirúrgica e piora no prognóstico do paciente (GARCÍA-MORALES et al, 2012).

O estudo de Cardoso et al (2018) que investigou os fatores de risco associados a mortalidade em pacientes com pé diabético infectado, apontou 68 pacientes com culturas positivas, 67,9% que apresentaram o crescimento de apenas um microrganismo, enquanto 32,1% apresentaram o crescimento de dois ou mais microrganismos e a infecção hospitalar da úlcera foi registrada em 24 pacientes (30,8%). Os pacientes apresentaram taxa de reinternação de 47,4% devido a úlcera no pé diabético. Isso só corrobora o fato de que as complicações da diabetes aumentam o tempo de

internação e os custos dos sistemas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de Garcia et al (2018) mostrou o déficit de autocuidado atribuído pelos usuários a distintas terapêuticas e atendimentos recebidos. Esses resultados representam um passo para avançar no atendimento dessa população, sinalizando para a necessidade de busca por intervenções educativas mais efetivas no que tange ao autocuidado e que colaborem para a autonomia do usuário, com implantação de práticas que valorizem o ato de cuidar mediante contribuições do enfermeiro/profissionais de saúde e sua relação com o cuidado, a fim de alcançar uma atenção em saúde compatível às suas necessidades.

A maioria dos estudos



apresentados, principalmente o de Cavalcanti et al (2017), apontaram as comorbidades: obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial como condicionantes para o agravamento da condição do paciente e a interferência no processo de cicatrização da úlcera.

Por conseguinte, os usuários com úlcera de membros inferiores precisam manter o o vínculo enfermeiro/profissionais da saúde e com eles estabelecer um cuidado compartilhado, assumindo seu comprometimento pessoal e a corresponsabilidade no cuidado da úlcera, sendo o apoio de familiares e a rede de serviços tida como facilitadores ou limitadores do autocuidado.

Viegas (2019) propõe algumas reflexões-problema acerca da abordagem ao paciente com úlcera em membros inferiores, tais como: a) falta de

conhecimento clínico adequado para intervir com segurança e tomada de decisões (posição) para clientes com úlcera de pernas; b) orientações inadequadas e de difícil compreensão-ações por parte dos clientes; c) falta de base teórica nas fundamentações das orientações ou educação em saúde; situações e materiais para o cuidado; d) ausência de recursos financeiros; e) comorbidades que interferem como: diabetes, hipertensão; vida sedentária ou desze-lo pela própria saúde; f) falta de apoio da família, dos profissionais; g) assistência inadequada, que gera cuidados ultrapassando o limite tênue do tratamento ideal das úlceras de perna, e ausência de políticas e condições para cuidar deles.

No mesmo estudo, Viegas (2019) expõe algumas soluções para a correção dos problemas concernentes ao tratamento



de úlceras de perna: a) assegurar que todos os clientes tenham um diagnóstico de enfermagem e propostas de intervenção registradas em prontuários; b) apresentar o que cada profissional está fazendo quanto aos cuidados com a úlcera de perna, o que requer conhecimentos e prática demonstrada em produção de conhecimentos; c) é preciso ampliar discussões sobre cuidados e suas diversas faces a partir da natureza e condições de cada cliente; d) é preciso desenvolver capacitação teórica e prática dos(as) enfermeiros(as) que tratam desses clientes, considerando que a terapia tópica é um ato de cuidar da enfermagem e pode produzir consequências terapêuticas; e) é preciso criar instrumentos/ferramentas que facilitem o diagnóstico e tratamentos corretos para cada úlcera, por profissionais da área da saúde; f) é preciso regis-

trar em instrumentos testados para avaliações dos clientes, das práticas e do conhecimento clínico de enfermagem.

É possível observar que toda essa análise acerca das úlceras em membros inferiores contribui com conhecimento para o ensino, pesquisa, assistência e gestão e traz visibilidade acadêmica ao autocuidado por descreverem e explicarem a prática do autocuidado do usuário em manter sua lesão e o seu bem-estar, auxiliando para que enfermeiros/profissionais da saúde possam melhor avaliar o contexto do cuidado ao usuário com úlcera.

É necessário que o profissional esteja envolto numa prática considerando as necessidades do ser-cliente e não a doença, o que só poderá acontecer se a escolha for testada e adequada ao objeto estudado, com ampliações do que apontar como cuidados,



avaliações e consequências.

Salienta-se então, que os resultados deste estudo poderão contribuir para a prática de enfermagem frente aos indivíduos com feridas, já que, com base nos achados os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, poderá aprimorar suas intervenções no tratamento das lesões de pele. Além disso, fica evidente a necessidade de trabalhos com uma casuística maior para a confirmação dos resultados obtidos.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABBADE LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An. Bras. Dermatol.* [internet] 2006 [cited 2012 mar 30]; 81(6): 509-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>

AFONSO A, Barroso P, Marques G, Gonçalves A, Gonzalez A, Duarte N, et al. Úlcera crônica do membro inferior: experiência com cinquenta doentes. *Angiol Cir Vasc.* 2013;9(4):148-53.

BARROS BC, Araujo AL, Magalhães CE, Barros RL, Fiorelli SK, Gatts RF. Eficácia do tratamento cirúrgico das varizes com preservação de veia safena interna. *Rev Col Bras Cir.* 2015;42(2):111-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912015002008>.

Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD, Nicolaides AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Engl J Med.* 2006;355(5):488-98. PMID:16885552.

BERGONSE, F. N., RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arte-



rial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. Na. Bras. Dermatol., [s. l.], v. 81, n. 2, p. 131-135, 2006.

BORGES, E. L.; SANTOS, C. M.; SOARES, M. R. Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. Rev. Estima, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 182-187, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/350/pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARDOSO, Natália Anício et al . Fatores de risco para mortalidade em pacientes submetidos a amputações maiores por pé diabético infectado. J. vasc. bras., Porto Alegre , v. 17, n. 4, p. 296-302, Dec. 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi54492018000400296&ln-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi54492018000400296&ln-)

[g=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi69912017000100072&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Apr. 2020.

CAVALCANTI, LUCIANA MARINS et al . Eficácia da membrana de celulose bacteriana no tratamento de úlceras venosas de membros inferiores: estudo randomizado e controlado. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 44, n. 1, p. 72-80, Feb. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi69912017000100072&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi69912017000100072&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Apr. 2020.

COSTA LM, Higino WJF, Leal FJ, Couto RC. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). J vasc bras. 2012;11(2):108-13.

DEALEY, C. Cuidando de feridas



das: um guia para as enfermeiras. 3. ed. Tradução de Rúbia Aparecida Lacerda e Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. São Paulo: Atheneu, 2008.

DIAS, E. Angiossomas do pé e do tornozelo: implicações no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores. *Rev. Angiologia e Cirurgia Vascular*, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 204-207, dez. 2011.

FRADE, M. A et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *Anais Bras. Dermatologia*, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 41-46, 2005.

GARCÍA-MORALES E, Lázaro-Martínez JL, Aragón-Sánchez J, Cecilia-Matilla A, García-Álvarez Y, Beneit-Montesinos JV. Surgical complications associated with primary closure in patients with diabetic foot

osteomyelitis. *Diabet Foot Ankle*. 2012;3(1):1-5. <http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v3i0.19000> .

HADADI A, Omdeh Ghiasi H, Hajabdolbaghi M, Zandekarimi M, Hamidian R. Diabetic foot: infections and outcomes in iranian admitted patients. *Jundishapur J Microbiol*. 2014;7(7):e11680. <http://dx.doi.org/10.5812/jjm.11680> .

International Diabetes Federation – IDF. *IDF diabetes atlas*. 8th ed. Brussels: IDF; 2017 [citado 2018 fev 2]. <http://www.diabetesatlas.org>

IVERSEN MM, Tell GS, Riise T, et al. History of foot ulcer increases mortality among individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(12):2193-9. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-0651> .



- JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.
- LIBERATO SMD, Souza AJG, Costa IKF, Torres GV, Vitor AF, Lira ALBC. Nursing in the management of pain in people with venous ulcer: integrative review. J Res: Fundam Care. online. 2016 [cited 2016 Dec 15];8(2):4109-20. Available from: Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3251/pdf\\_1843](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3251/pdf_1843)
- LIPSKY BA, Berendt AR, Cornia PB, et al. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Clin Infect Dis. 2012;54(12):132-73. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/cis346> .
- MARTINS-MENDES D, Monteiro-Soares M, Boyko EJ, et al. The independent contribution of diabetic foot ulcer on lower extremity amputation and mortality risk. J Diab Complic. 2014;28(5):632-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.04.011> . PMID:24877985. [ Links ]
- MAKDISSE, M. et at. Fatores de risco e doença arterial periférica. Arq. Bras. Cardiol., [s. l.], v. 91, n. 6, p. 402-414, 2008.
- MOFFATT, C. J. et al. Prevalence of leg ulceration in a London population. Q. J. Med., [s. l.], v. 97, n. 7, p. 431-437, 2004.
- NÓBREGA, W. G. et al. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. Rev. Enferm. UFPE (Online), Recife, v. 5, n. 2, p. 220-



227, 2011.

OLIVEIRA BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 [acesso em 2017 feb. 19]; 14(1):156-63. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf).

PINA, E. et al. Ulceration in Portugal: prevalence and clinical history. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg., [s. l.], v. 29, n. 5, p. 549-553, 2005.

RAMOS, S. et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. Rev. Med. Uruguay, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 33-41, 2001.

SÁNCHEZ-SÁNCHEZ M, Cruz-Pulido WL, Bladinieres-

-Cámara E, Alcalá-Durán R, Rivera-Sánchez G, Bocanegra-García V. bacterial prevalence and antibiotic resistance in clinical isolates of diabetic foot ulcers in the Northeast of Tamaulipas, Mexico. Int J Low Extrem Wounds. 2017;16(2):129-34. <http://dx.doi.org/10.1177/1534734617705254>.

SANTOS ICRV, Souza MAO, Andrade LNV, Lopes MP, Silva MFAB, Santiago RT. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na atenção primária. Rev Rene. 2014;15(4):613-20. doi: <http://www.dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400008>.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Venício. São Paulo: Clannad, 2017.



Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

SILVA JC. Gestión de cuidado de las personas con úlcera venosa: una revisión integrativa. *Rev Cult Cuid*. 2016 [citado 2017 may 15]; 20(46):157-64. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61781/1/CultCuid\\_46\\_15.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61781/1/CultCuid_46_15.pdf).

SILVA MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM. The self-care experience of women living with chronic venous leg ulcer. *Rev Estima*. 2016 [cited 2017 Apr 18];14(2):61-7. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/378>.

SOUZA EM, Yoshida WB, Melo VA, Aragão JA, de Oliveira LA.

Ulcer due to chronic venous disease: a sociodemographic study in northeastern Brazil. *Ann Vasc Surg*. 2013;27(5): 571-6.

TURHAN V, Mutluoglu M, Acar A, et al. Increasing incidence of Gram-negative organisms in bacterial agents isolated from diabetic foot ulcers. *J Infect Dev Ctries*. 2013;7(10):707-12. <http://dx.doi.org/10.3855/jidc.2967>. PMID:24129622.

VIÉGAS, Máuria Cavalcante. Úlcera de perna: um estudo sobre registro de diagnóstico e intervenção de enfermagem em prontuário / Leg ulcer: a study on diagnosis diagnosis and nursing intervention in medical records. Trabalho apresentado à Coordenação de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar com vista à obtenção do título de Mestre. Rio



de Janeiro, 2019. Disponível em:  
[http://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2019/11/1025722/viegas\\_dissertacao-final-mcviegas.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2019/11/1025722/viegas_dissertacao-final-mcviegas.pdf)

