

IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS DE DIFÍCIL
CICATRIZAÇÃO: RELATO DE CASO

 IMPORTANCE OF EVIDENCE-BASED PRACTICE IN THE TREATMENT OF HARD-TO-HEAL VENOUS ULCERS: CASE
REPORT

 IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS DE DIFÍCIL
CICATRIZACIÓN: REPORTE DE CASO

¹Aryanne Carlyne Silva Santos

²Paula de Souza Silva Freitas

³Aline de Oliveira Ramalho

⁴Flávia Batista Portugal

⁵Heloísa Helena Camponez Barbara Rédua

⁶Lucas Dalvi Armond Rezende

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil, Orcid: 0009-0000-5588-5350

²Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil, Orcid: 0000-0001-9066-3286

³Hospital Sírio Libanês, São Paulo, Brasil, 0000-0001-6065-5488

⁴Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil, Orcid: 0000-0002-4425-2627

⁵Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil, Orcid: 0009-0007-8311-7296

⁶Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, Orcid: 0000-0002-3313-852X

Autor correspondente

Aryanne Carlyne Silva Santos

Rua Cristóvão Colombo, 75, São Diogo II, Serra/ES – Brasil. CEP 29163-172, Contato: +55(27) 99867-8477, E-mail: aryannesilva2002@gmail.com

Submissão: 02-09-2024

Aprovado: 17-10-2024

RESUMOS

Introdução: A doença venosa crônica é caracterizada pela incapacidade do corpo em manter o retorno venoso adequado. As alterações mais graves recebem em conjunto o nome de insuficiência venosa crônica, sendo as úlceras venosas seu último estágio – associadas a limitações físicas, sobrecarga emocional e fardos econômicos. Para o êxito no seu tratamento, é imperativo a adoção de práticas baseadas em evidências. **Relato do caso:** Trata-se de um relato de caso sobre o tratamento de úlceras venosas de difícil cicatrização em uma Unidade de Saúde da Família em um município do Espírito Santo entre os meses de março a setembro de 2023, a partir da implementação de um plano de cuidados baseado nas últimas evidências disponíveis sobre o tema. Foi acompanhado um paciente do sexo masculino, de 51 anos, negro, que possui diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência venosa crônica, além de cinco úlceras em membro inferior direito, com as seguintes características: tecido de granulação insalubre e friável com esfacelo difuso, sinais clínicos indicativos de biofilme, exsudato seroso em grande quantidade, umidade perilesional e bordas delimitadas, elevadas e maceradas, ocupando juntas uma área de maior que 60 cm². Ao final dos 6 meses de tratamento, todas as feridas evoluíram para cicatrização completa. **Conclusão:** Constatou-se que o plano de cuidados baseado em evidências científicas reproduzíveis e adequadas à realidade – focado na higiene da ferida e no uso de terapias compressivas – foi eficaz e seguro, dada a epitelização completa de todas as lesões.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Úlcera Venosa. Cuidados de Enfermagem. Cicatrização.

ABSTRACT

Introduction: Chronic venous disease is characterized by the body's inability to maintain adequate venous return. The most serious changes are collectively called chronic venous insufficiency, with venous ulcers being the last stage – associated with physical limitations, emotional overload and economic burdens. For successful treatment, it is imperative to adopt evidence-based practices. **Case report:** This is a case report on the treatment of difficult-to-heal venous ulcers in a municipal Primary Care Center located in Espírito Santo, between the months of March and September 2023, based on the implementation of a care plan formulated from the latest available evidence on the topic. A 51-year-old black male patient was monitored, who has type 2 diabetes mellitus and chronic venous insufficiency, in addition to five ulcers on the right lower limb, with the following characteristics: unhealthy and friable granulation tissue with diffuse slough, clinical signs indicative of biofilm, large amounts of serous exudate, perilesional humidity and delimited, elevated and macerated edges, together occupying an area greater than 60 cm². At the end of 6 months of treatment, all wounds progressed to complete healing. **Conclusion:** It was found that the care plan based on reproducible and reality-appropriate scientific evidence – focused on wound hygiene and the use of compressive therapies – was effective and safe, given the complete epithelialization of all lesions.

Keywords: Wounds and Injuries. Venous ulcer. Nursing Care Plans. Wound Healing.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad venosa crónica se caracteriza por la incapacidad del organismo para mantener un retorno venoso adecuado. Los cambios más graves se denominan colectivamente insuficiencia venosa crónica, siendo las úlceras venosas la última etapa, asociadas con limitaciones físicas, sobrecarga emocional y cargas económicas. Para un tratamiento exitoso, es imperativo adoptar prácticas basadas en evidencia. **Reporte de caso:** Se trata de un reporte de caso sobre el tratamiento de úlceras venosas de difícil curación en una Unidad de Salud de un municipio de Espírito Santo entre los meses de marzo y septiembre de 2023, a partir de la implementación de un plan de atención basado en la última evidencia disponible sobre el tema. Se acompañaba a un paciente masculino de 51 años de edad, de raza negra, quien presenta diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia venosa crónica, además de cinco úlceras en miembro inferior derecho, con las siguientes características: tejido de granulación insalubre y friable con esfacelo difuso, signos clínicos indicativos de biofilme, gran cantidad de exudado seroso, humedad perilesional y bordes delimitados, elevados y macerados, ocupando en conjunto un área mayor a 60 cm². Al final de 6 meses de tratamiento, todas las heridas progresaron hasta completar la curación. **Conclusión:** Se constató que el plan de cuidados basado en evidencia científica reproducible y adecuada a la realidad – centrado en la higiene de las heridas y el uso de terapias compressivas – fue efectivo y seguro, dada la epitelización completa de todas las lesiones.

Palabras clave: Heridas y Lesiones. Úlcera Varicosa. Atención de Enfermería. Cicatrización de Heridas.



INTRODUÇÃO

A doença venosa crônica (DVC) é caracterizada por um conjunto de anormalidades morfofuncionais do sistema venoso, por falhas no mecanismo valvular das veias e da bomba venosa das pernas em manter o retorno venoso adequado, gerando o quadro de hipertensão venosa que provoca os aspectos clínicos observados na DVC – distinguidos pela classificação clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica (CEAP), em: C1 (telangiectasia ou veias reticulares), C2 (veias varicosas), C3 (edema), C4 (pigmentação, lipodermatoesclerose e atrofia branca), C5 (úlceras venosas cicatrizadas) e C6 (úlceras venosas ativas)^(1,2). As classes C3-C6 recebem em conjunto o nome de insuficiência venosa crônica (IVC) e podem estar associadas a outros sintomas, incluindo dor, rigidez, sensação de peso, câibras musculares e outras queixas atribuíveis à disfunção venosa^(1,2).

As úlceras venosas (UV) correspondem a mais de 70% da etiologia de úlceras dentre as feridas crônicas dos membros inferiores, com prevalência de 1 a 2% na população geral⁽¹⁾. Devido a sua tendência à cronicidade, elas podem ser classificadas como feridas de difícil cicatrização, uma vez que há fatores que impedem seu processo de reparo tecidual, como a presença de biofilme⁽³⁾.

Pessoas que vivenciam as UV encontram um rol de limitações que impacta na sua qualidade de vida, como fardos físicos (dor e alterações de mobilidade), econômicos (afastamento laboral temporário ou permanente,

gastos com tratamento e com o deslocamento aos serviços de saúde) e psicossociais (frustração, culpa, baixa-autoestima, privação de atividades de lazer e de convívio social) que criam ou potencializam situações de vulnerabilidade que atingem não só a pessoa acometida, como também a sua família⁽³⁻⁵⁾.

Para o êxito no tratamento de uma condição tão complexa, é imperativo a adoção de estratégias que garantam o êxito da conduta escolhida. Nesse contexto, podem ser implementadas as práticas baseadas em evidências (PBE) – que se referem à tomada de decisão clínica efetiva a partir da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica do profissional condutor e da preferência do paciente, respeitando as expectativas que este possui sobre seu processo saúde-doença, a fim de aumentar as chances de desfecho favorável – que, no contexto do tratamento de feridas, não necessariamente se traduz à cura, mas se refere à melhora da qualidade de vida⁽⁶⁾.

Nesse sentido, este relato de caso objetiva descrever a evolução de feridas de difícil cicatrização decorrentes de complicações da insuficiência venosa crônica de membros inferiores, evidenciando a importância de um plano de cuidados baseado nas últimas evidências disponíveis sobre o tema.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso sobre o tratamento de úlceras venosas de difícil cicatrização a partir da implementação de um plano de cuidados baseado nas últimas



evidências disponíveis sobre o tema em uma Unidade de Saúde da Família em um município do Espírito Santo. O acompanhamento do paciente foi realizado entre os meses de março a setembro de 2023, totalizando 25 atendimentos. Dados complementares foram obtidos através do prontuário eletrônico e por meio de entrevista. Foi aplicado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha também a solicitação para utilização das imagens de evolução da lesão. As consultas foram realizadas por meio do projeto de extensão Sistematização da Assistência de Enfermagem na Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele (SAELP), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo e aprovado pelo Comitê de Ética, sob o CAAE 80307824.8.0000.5060.

RESULTADOS

Caso Clínico

Considerando a classificação CEAP do paciente (C6, Ep, As e Pr) e as etapas descritas por Evans et al. (2019), foi utilizado o mnemônico TIMERS (Tecido, Inflamação/Infecção, Umidade, Bordas, Reparo/Regeneração, Fatores Sociais) para acompanhamento de parâmetros relacionados à evolução clínica das feridas⁽⁴⁾, bem como a aferição das proporções de cada ferida em centímetros. No primeiro atendimento (15/03/2023), foram observadas cinco úlceras – denominadas ABCDE – com as seguintes características para cada item do acrônimo: T- todas as lesões apresentavam tecido de granulação normocorado insalubre e friável com

esfacelo, lesão D apresentava uma ilha de epitelização; I- todas as lesões apresentavam sinais clínicos indicativos de biofilme; M- todas as lesões apresentavam exsudato seroso em grande quantidade e umidade perilesional; E- as bordas de todas as lesões apresentavam-se delimitadas, elevadas e maceradas. Com relação aos itens R e S, no primeiro observou-se falhas no processo de epitelização e no segundo, necessidade de permanecer em pé durante o turno de trabalho, juntamente à dificuldade de acesso ao tratamento pelo SUS – negando ter sido orientado sobre terapias compressivas, mesmo convivendo com úlceras de características venosas há 3 anos. Além disso, para o item S, notou-se uma rede de apoio bem estruturada. As lesões possuíam as seguintes áreas: A- 30,0 cm²; B- 8,0 cm²; C- 1,62 cm²; D- 18,9 cm²; E- 3,06 cm² – que somadas representam mais de 60 cm² de comprometimento cutâneo. A pele perilesão apresentava dermatite ocre, lesões satélites, ressecamento e ausência de pelos; já o membro inferior direito apresentava-se com edema +3/+4 e pulsos tibial e pedioso não palpáveis. A circunferência da panturrilha esquerda media 38 cm, em comparação com a direita, que media 41 cm. O índice tornozelo-braquial do membro esquerdo e direito foram de, respectivamente, 1.33 e 1.23 – ambos considerados normais.

Relata ainda uso prévio de neomicina, óleo de ácidos graxos essenciais e aplicações de penicilina G benzatina intramuscular de 1-2x no mês, não acompanhada de melhora clínica. Além de automedicação com 120 comprimidos



de codeína, 120 de paracetamol e 120 de dipirona por mês para atenuação da dor incapacitante (9/10). Refere também imersão das feridas em água sanitária diluída em água filtrada prescrito por médico infectologista.

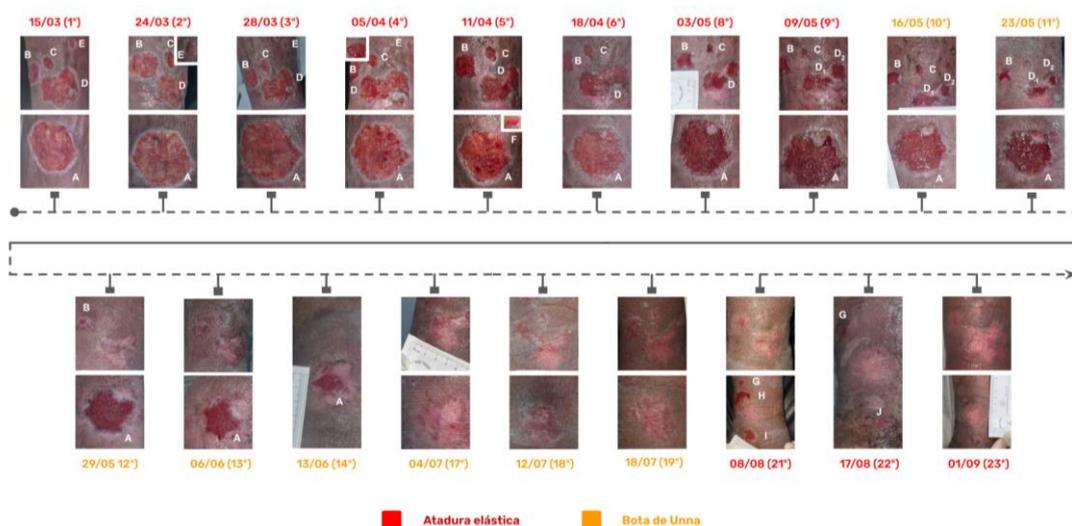
Em vista a isso, instituiu-se um plano de cuidados cujas metas iniciais eram redução gradual da dor, controle da infecção local e manejo da umidade, a partir das seguintes etapas: limpeza das lesões com gel de limpeza com polihexametileno biguanida (PHMB) e ácido etilendiamino tetra-acético (EDTA), uso de vaselina sólida nas bordas e área perilesão como tensoativo inerte para auxiliar na limpeza e desbridamento, desbridamento mecânico e instrumental em leito e bordas, aplicação de terapia fotodinâmica 9J com azul de metileno 1% no leito das feridas, uso de creme barreira nas bordas e de tela de acetato não aderente revestida com cloreto de dialquil carbamoil

(DACC) em todas as lesões como curativo primário, oclusão com compressa cirúrgica e atadura crepom somado à aplicação de atadura elástica de curto estiramento com compressão de aproximadamente 40 mmHg – esta última para manejo dos sintomas da insuficiência venosa.

Os integrantes do projeto de extensão SAELP realizaram o acompanhamento semanal da ferida e suas repercussões e o paciente e sua família deram continuidade aos cuidados a nível domiciliar, como troca de secundário e repassagem da atadura elástica.

Para fins didáticos e de fluidez da leitura, optou-se por descrever neste artigo apenas alterações importantes na conduta aplicada e detalhes da evolução clínica que impactam na compreensão do desfecho do caso. O acompanhamento fotográfico das lesões está contido na Figura 1, sob a forma de linha cronológica.

Figura 1 – Linha do tempo



Fonte: arquivo pessoal.

Evolução das lesões

No segundo atendimento, foi observada hipergranulação em todas as feridas, somadas ao odor fétido e hiperqueratose, além da diminuição da circunferência da panturrilha direita em 3,4 cm e do edema perilesional para +2/+4. Neste dia, além das ações já executadas, houve também a aplicação do creme de papaína 10% nos tecidos desvitalizados. Todas as lesões (ABCDE) apresentaram redução de área de, respectivamente, 0,5 cm², 1,0 cm², 1,18 cm², 1,31 cm² e 1,66 cm². Também foi orientado sobre a importância de trocas constantes do curativo secundário para evitar hipergranulação e controlar odor.

No 4º atendimento, observou-se aumento da hiperqueratose perilesional em todas as feridas, diminuição do exsudato e da circunferência da panturrilha direita em 0,6 cm. Ademais, com a redução progressiva do esfacelo, não foi mais necessário a utilização da papaína. Com exceção da lesão B (cuja área aumentou 0,75 cm²) e D (cuja área manteve-se), as áreas das lesões A, C e E reduziram-se em, respectivamente, 4,5 cm², 0,7 cm² e 0,55 cm². Foi orientado sobre a utilização de hidratante e emoliente nas áreas perilesionais a cada troca de secundário para evitar formação de hiperqueratose.

Após o primeiro mês de tratamento, o paciente afirma redução da dor para 3/10 e consequente redução substancial do uso dos anti-inflamatórios não esteroidais e opioides.

No 5º, a ferida E cicatrizou-se, surgindo uma nova lesão (F), sendo esta de origem

traumática devido a uma queda – com área de 2,3 cm², tecido de granulação normocorado, bordas difusas, exsudação serossanguinolenta profusa e ausência de sinais de infecção. Para as demais lesões, houve redução do odor fétido, com mudança do exsudato para serossanguinolento. Também houve aumento da circunferência da panturrilha direita em 2,0 cm. Com exceção da lesão A (cuja área aumentou 1,35 cm²), as áreas das lesões B, C e D reduziram-se em, respectivamente, 1,25 cm², 0,38 cm² e 3,1 cm².

A lesão F cicatrizou-se no 6º atendimento. Neste dia, todos os leitos apresentaram-se hipocorados e uma área de epitelização surgiu na lesão A. O aparecimento de odor fétido acompanhou o aumento do exsudato e sua mudança para seropurulento. Também houve redução da maceração e aumento da circunferência da panturrilha direita em 0,5 cm. As áreas das lesões A, C e D reduziram-se em, respectivamente, 2,55 cm², 0,16 cm² e 2,0 cm²; enquanto a lesão B manteve-se a mesma.

A partir do segundo mês de atendimento, nota-se maior controle dos sinais indiretos de biofilme como mudança do exsudato para seroso e redução da sua quantidade, além da atenuação do odor e da hipergranulação e transformação do aspecto dos leitos para um tecido composto predominantemente por granulação saudável. Foi também neste período que houve maior contração da ferida e reaproximação das bordas.

No 10º dia de atendimento, foram percebidas falhas na técnica de passagem da



atadura elástica, optando-se pela troca para bota de unha. Nas duas semanas seguintes, o paciente afirmou piora do quadro álgico devido à compressão. Todas as lesões (A, B, C, D1, D2) apresentaram redução de área de, respectivamente, 1,93 cm², 1,09 cm², 0,06 cm², 0,78 cm² e 2,34 cm².

A ferida C cicatrizou-se completamente no 11º atendimento. Não havia mais hipergranulação na lesão B. A cessação do odor fétido se deu juntamente à diminuição do exsudato. As áreas das lesões A, B, D1 e D2 reduziram-se em, respectivamente, 1,24 cm², 0,26 cm², 0,52 cm² e 0,38 cm².

No 12º, as feridas D1 e D2 cicatrizaram-se, sendo cobertas por tela não aderente revestida com petrolatum para proteção da pele recém epitelizada ainda visivelmente frágil. Além disso, com a diminuição significativa do exsudato das lesões restantes, houve a troca da compressa cirúrgica por gaze estéril. As áreas das lesões A e B reduziram-se em, respectivamente, 1,43 cm² e 1,39 cm².

No 13º, a ferida B cicatrizou-se por completo e a área da lesão A reduziu-se em 3,56 cm². Neste dia, o paciente relatou cessação completa dos analgésicos e ausência absoluta de dor. Já no 16º, todas as feridas encontravam-se cicatrizadas, mantendo-se apenas os cuidados relacionados à hidratação da pele íntegra.

No 21º, optou-se pelo retorno ao uso da atadura elástica devido ao surgimento de novas lesões por fricção da bota de unha com a pele – nomeadas G, H e I, com áreas de, respectivamente, 2,4 cm², 8,14 cm² e 3,06 cm²;

com tecido de granulação normocorado e bordas difusas, sem sinais de infecção. Então, foi utilizada tela não aderente revestida com petrolatum como curativo primário nestas lesões.

No atendimento seguinte, as feridas H e I já estavam cicatrizadas. Outra ferida (J) surgiu, com 0,25 cm² de área e mesmas características da ferida G. Esta última manteve-se igual, com exceção da proporção, que diminuiu em 2,1 cm².

Ao final dos 6 meses de tratamento, todas as feridas evoluíram para cicatrização completa. O último atendimento (25º) reservou-se para um momento de educação em saúde.

Com exceção do gel com PHMB e EDTA e da bota de unha (disponibilizados pela prefeitura) e da atadura e meia elástica (adquiridos pelo paciente), todos os produtos utilizados foram doados por empresas parceiras do projeto de extensão.

DISCUSSÃO

Concernente às características descritas no caso, o perfil do paciente não coaduna em totalidade com a literatura, uma vez que a IVC é uma condição mais predominante na população feminina e idosa⁽⁷⁾. Em contrapartida, as características clínicas da lesão, bem como as comorbidades do paciente, são amplamente discutidas nos estudos mais recentes, dos quais se destacam: lesões localizadas na região próximo ao tornozelo, por um período maior que 6 meses, prevalecendo tecido de granulação e esfacelo e associadas à presença de diabetes mellitus – este último sendo um fator atribuído a



lentificação da cicatrização e a maior risco de infecção, ambos responsáveis pelo aumento probabilístico de amputações^(4,7,8).

Práticas não baseadas em evidência

No que tange às práticas não baseadas em evidência, destacam-se três eventos: 1) o uso inapropriado de antibióticos tópicos (neomicina) e sistêmicos (penicilina), 2) a aplicação de água sanitária diluída e 3) o não tratamento da doença de base. Com relação ao primeiro, não é recomendada a antibioticoterapia sistêmica sem que esta seja precedida de cultura de fragmento do leito da ferida devido ao risco de indução de resistência antimicrobiana, especialmente do biofilme⁽⁸⁾. Quanto ao uso de antibióticos tópicos, sua prescrição deve ser feita apenas por profissionais especializados e restrita a situações específicas, como úlceras de origem oncológica e queimaduras⁽⁸⁾. Já no segundo caso, diferentemente do ácido hipocloroso (HClO), com o qual não deve ser confundido, o hipoclorito de sódio (NaClO), embora reportado na literatura como antisséptico tópico, não é mais indicado como antimicrobiano de primeira escolha em razão de sua citotoxicidade, capaz de retardar a fase proliferativa da cicatrização, apesar de ainda ser sugerido como um assistente no desbridamento nos consensos mais recentes^(8,9). Além disso, o NaClO utilizado pelo paciente não era parte de um produto desenhado para uso em feridas, mas encontrado na água sanitária – um saneante usado para desinfecção de superfícies e objetos inanimados, sem aprovação para uso em lesões de pele^(8,10). O

último evento representa um nó crítico no manejo de feridas de difícil cicatrização, posto que o tratamento destas deve imperativamente abordar sua etiologia⁽⁴⁾, considerando o agravante da cicatrização das úlceras venosas estar intrinsecamente correlacionada ao controle de sua causa subjacente, isto é, a IVC – cujo manejo não foi incluído na conduta prévia concebida por outros profissionais^(2,5).

O supracitado tratamento, com prática não baseada em evidência, além de provocar a progressão negativa das feridas do paciente, denota também a exacerbação da sintomatologia da IVC, como a dor – explicada 1) pela inflamação originada da infecção local, 2) pelo trauma perilesional provocado pela hiperexsudação e 3) pela compressão de nervos devido ao edema; e acentuada por alterações emocionais, como reações negativas às repercussões da ferida (odor fétido, alta exsudação)⁽¹¹⁾.

Ademais, a farmacoterapia optada pelo paciente para controle deste sintoma, por meio de comprimidos de codeína (opioide), dipirona e paracetamol (anti-inflamatórios não esteroidais) em doses exorbitantes, estão associados ao atraso na cicatrização. O primeiro impede a ativação das respostas imunes e leva a um processo inflamatório atenuado, mas sustentado, que não permite regeneração tecidual⁽¹²⁾. Já os últimos retardam a migração de neutrófilos, reduzem a angiogênese e inibem a proliferação e migração de fibroblastos, prejudicando a formação de tecido de granulação e epitelização⁽¹³⁾.



Ressalta-se que o controle da dor faz parte do padrão ouro definido para o tratamento de feridas crônicas, considerando seu impacto na cicatrização e na qualidade de vida. Contudo, o manejo do quadro álgico pode ser alcançado também mediante o controle de sua causa, que no caso descrito ocorreu através da atenuação da hiperexsudação e infecção local – ambos mecanismos arraigados na intensificação da dor⁽¹¹⁾.

Práticas baseadas em evidência

No concernente ao tratamento das UV, foram seguidas as recomendações mais recentes de melhores práticas, baseadas nos consensos científicos que norteiam a conduta baseada em evidência relacionada ao tratamento de feridas de difícil cicatrização.

Nesse sentido, foi escolhido a mnemônico TIMERS, que permite não somente a avaliação clínica e acompanhamento das características da ferida, mas que também serve como um guia para a conduta terapêutica, de modo que as intervenções optadas atuem

diretamente nos fatores que influenciam o tecido, a inflamação/infecção, a umidade e as bordas da lesão, promovendo o reparo tecidual – o que justifica a sua escolha neste caso⁽⁴⁾.

O plano de cuidados, por sua vez, para além dos pressupostos científicos, sujeitou-se também às necessidades clínicas das feridas. Dado que todas as feridas de difícil cicatrização contêm algum nível de biofilme, identificado por características como hipergranulação, friabilidade, aumento de exsudato, dor e atraso na cicatrização^(3,8), a conduta proposta seguiu os quatro passos da higiene da ferida: limpeza da ferida e área perilesão, desbridamento, remodelamento das bordas da ferida e aplicação de cobertura apropriada – de modo a remover detritos e tecidos desvitalizados, reduzir, desestabilizar e prevenir a formação de biofilme e favorecer o avanço epitelial e a contração da ferida⁽³⁾.

Os cuidados realizados e as justificativas baseadas nas últimas evidências para sua escolha estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Lista dos cuidados realizados e justificativas para escolha

Cuidados realizados	Justificativas para escolha
Aplicação de gel de limpeza com o antimicrobiano poli-hexametileno biguanida (PHMB) e o surfactante ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA)	Promover diminuição de carga microbiana e a redução da tensão superficial na ferida, facilitando a remoção de detritos e microorganismos ^(8,9)
Desbridamento enzimático com papaína 10%	Liquefazer os tecidos não viáveis do leito e facilitar a ação dos outros tipos de desbridamento ^(8,9)
Desbridamento instrumental e mecânico	Promover a ruptura do biofilme contido na ferida e promover o remodelamento de suas bordas ^(3,8,9)
Aplicação de vaselina sólida	Atuar como tensoativo inerte e emoliente dos tecidos

	hiperqueratóticos nas bordas da lesão para facilitar sua remoção e como oclusor para formar uma barreira física na pele íntegra, impedindo a perda de água transdérmica e retendo umidade local ⁽¹⁴⁾
Realização da terapia fotodinâmica	Reduzir carga microbiana através da geração de espécies reativas de oxigênio e estimular a proliferação de fibroblastos, colágeno e elastina ⁽¹⁵⁾
Aplicação de creme barreira de pele	Proteger as áreas sensibilizadas tanto do uso da papaína quanto da presença constante de umidade local, geradores de maceração da pele ⁽¹⁶⁾
Aplicação de cobertura antimicrobiana revestida com Cloreto de Dialquil	Remover patógenos da ferida via interações hidrofóbicas, eliminando-os sem a ativação de mecanismos de resistência e efeitos colaterais ⁽⁸⁾
Aplicação de malha de acetato não aderente impregnada com petrolatum	Impedir a aderência do curativo à ferida, protegendo os tecidos viáveis e reduzindo o risco de trauma durante as trocas de curativos ⁽¹⁶⁾
Aplicação de terapia compressiva com atadura elástica de curto estiramento	Aumentar o retorno venoso, a filtração capilar e a drenagem linfática, reduzindo o edema mediante compressão em repouso e cessão em movimento; permite gerenciamento da umidade em razão de sua troca diária pelo paciente ^(2,5)
Aplicação de terapia compressiva com bota de unna	Mesma função da atadura elástica, mas atua por meio de compressão em movimento e cessão em repouso; permite precisão na aplicação da pressão em razão de sua troca pelo enfermeiro ^(2,5)
Aplicação de terapia compressiva com meia elástica	Mesma função e modo de ação da atadura elástica; possui maior facilidade de aplicação ^(2,5)
Educação em saúde	Instruir o paciente e sua família sobre prevenção de recidivas, como acompanhamento das comorbidades, terapia compressiva e prática de exercícios físicos ^(2,5)

Fonte: elaborado pelos próprios autores

Ressalta-se que o padrão ouro para o tratamento das UV – as bandagens multicomponentes que comprimem tanto em movimento quanto em repouso^(2,5) – não foram utilizadas em razão de seu custo e indisponibilidade de aquisição. Por esse motivo, foi decidido mediante raciocínio clínico o uso alternado da atadura elástica (alto estiramento) e da bota de unna (baixo estiramento) – sendo o primeiro utilizado devido à necessidade de troca

diária do curativo secundário e o segundo devido a falhas na passagem do primeiro pelo paciente, a fim de diminuir o risco de aplicação inadequada da pressão^(2,5).

Posteriormente, a baixa qualidade da bota de unna ofertada pela prefeitura gerou lesões por fricção, acentuada pela umidade local, a partir das quais se optou pelo retorno à atadura elástica para melhor gerenciamento da umidade e acompanhamento mais próximo.

Prevenção de procedimentos desnecessários ou que podem levar a dano

É inegável a difusão de práticas de baixa ou nula eficácia no tratamento de feridas no Brasil e no mundo. Estas condutas, para além de não proporcionarem benefícios ao paciente, desperdiçam recursos e podem causar danos diretos e indiretos, como foi descrito no caso citado⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, urge a criação e disseminação de iniciativas que abordem práticas cujo uso pode ser dispensável ou deletério, como é o exemplo do Choosing Wisely – criado pelo Conselho Americano de Medicina Interna (ABIM) como uma campanha que objetiva debater ações desnecessárias no âmbito dos testes, tratamentos e procedimentos em saúde⁽¹⁷⁾.

Apesar dessa campanha já contar com recomendações acerca do uso de coberturas antimicrobianas e de antibioticoterapia em úlceras de difícil cicatrização, organizados pela Sociedade Brasileira Dermatologia e pela Associação Brasileira de Estomaterapia, ainda não há conteúdo sobre úlceras venosas – embora estas representem 70% da etiologia de feridas crônicas dos membros inferiores⁽¹⁾.

CONCLUSÃO

Embora evitáveis, as úlceras venosas preocupam pelo seu impacto negativo no bem-estar das pessoas com insuficiência venosa e devido a sua alta prevalência e tendência à cronicidade.

Nesse sentido, constatou-se que o plano de cuidados baseado em evidências científicas reproduzíveis e adequadas à realidade – focado na higiene da ferida e no uso de terapias compressivas – foi eficaz e seguro, dada a epitelização completa de todas as lesões após seis meses de acompanhamento, bem como atenuação das limitações físicas e da carga emocional associadas à ferida vividas pelo paciente, sem, no entanto, afetar sua permanência no mercado de trabalho, contribuindo para melhora da sua qualidade de vida, manutenção da sua autonomia e diminuição de sua vulnerabilidade socioeconômica.

Ressalta-se ainda que, para o êxito no tratamento relatado, foi necessário não somente otimizar as medidas terapêuticas durante o manejo das úlceras ativas, mas também atuar no controle das comorbidades associadas, na promoção do autocuidado e na redução de riscos a longo prazo, através do estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis e à constância com os cuidados pós-alta.

Além disso, é fundamental compreender que o tratamento de úlceras venosas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo não somente pela baixa adesão à PBE, mas também pela escassez de produtos com eficácia comprovada e pela ausência de categorias profissionais para compor a equipe multidisciplinar – o que torna o processo de cicatrização um desafio.

Apesar das limitações para replicação da conduta relatada devido ao uso de produtos

doados por empresas parceiras do projeto (não disponíveis no SUS), espera-se que este estudo possa contribuir para a consolidação das práticas baseadas em evidências no contexto do tratamento das úlceras venosas de difícil cicatrização, bem como fornecer subsídios para realização de novos estudos sobre a temática, incluindo o estímulo para a construção de uma lista de recomendações sobre tratamento de úlceras venosas pela iniciativa Choosing Wisely Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Flumignan RLG, Sarpe AKP, Clezar CNB, Barros Júnior N, Presti C, Parente JBHF, et al. Consenso no Tratamento da Insuficiência Venosa Crônica de Membros Inferiores. 1st ed. Burihan MC, Campos WJ, editors. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019; 54 p.
2. Evans R, Kuhnke JL, Burrows C, Kayssi A, Labreque C, O'Sullivan-Drombolis D, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of venous leg ulcers [Internet]. In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada; 2019. 70 p. [2024 Ago 15]. Retrieved from: www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/1521-wc-bpr-prevention-andmanagement-of-venous-leg-ulcers-1874e-final/file.
3. Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T, Walker A, et al. Embedding Wound Hygiene into a proactive wound healing strategy. *J Wound Care* [Internet]. 2022 Apr 1 [2024 Ago 15];31(Sup4a):S1-S19. Doi: <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.Sup4a.S1>. PMID: 35404690.
4. Atkin L, Bućko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffatt C, Probst A, et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care* [Internet]. 2019 Mar 1 [2024 Ago 15];23(Sup3a):S1-S50. Doi: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>. PMID: 30835604.
5. Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, Baekgaard N, Black S, Blomgren L, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022. Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2022 [2024 Ago 15]; 63: 184e267. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2021.12.024>
6. Ferraz L, Roberta Schneider L, Gomes Pereira RP, Manuel Rodrigues Costa Pereira A. Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *R. bras. Estud. pedagog* [Internet]. Jun 2019 [2024 Ago 15]; 101(257). Doi: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>.
7. Bernardo RGQ, da Silva LFC, Vieira LGF, Mendes MM. Perfil clínico do portador de úlcera venosa: uma revisão integrativa de literatura 2010-2018. *Rev Feridas* [Internet]. Jun 2021 [2024 Ago 15]; 9(48). Disponível em: <https://doi.org/10.36489/feridas.2021v9i48p1760-1769>.
8. International Wound Infection Institute (IWII). Wound Infection in Clinical Practice. *Wounds Inter*. 2022. Retrieved from: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/05/IWII-CD-2022-web.pdf>.
9. Tettelbach WH, Ciprandi G, Downie F, Hampton J, Hodgson H, Lazaro-Martinez JL, et al. Best practice for wound debridement. *J Wound Care* [2024 Ago 15]; Jun 2024, 33(Sup6b), S1-S32. Doi: <https://doi.org/10.12968/jowc.2024.33.Sup6b.S1>.
10. Nair HKR, Mrozikiewicz-Rakowska B, Pinto DS, Stuermer EK, Matiasek J, Sander J, et al. International Consensus Document: Use of wound antiseptics in practice. *Wounds Inter* Retrieved from: https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/10/MULTI23_CD_Antiseptic_WINT_WEB-v3-1.pdf.



11. Holloway S, Ahmajärvi K, Frescos N, Jenkins S, Oropallo A, Slezáková S, et al. Holistic Management of Wound-Related Pain. *J Wound Management*. 2024;25(1 Sup1). S1-S84. Doi: <https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.01.su.p01>.

12. Berthézène CD, Rabiller L, Jourdan G, Cousin B, Pénicaud L, Casteilla L, et al. Tissue Regeneration: The Dark Side of Opioids. *Inter J Molecular Sciences*. 2021; 22(14):7336. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijms22147336>.

13. Shukla SK, Sharma AK, Gupta V, Yashavarddhan MH. Pharmacological control of inflammation in wound healing. *J Tissue Viability*. 2019; 28(4): S218-S222.

14. Kamrani P, Hedrick J, Marks JG, Zaenglein AL. Petroleum jelly: A comprehensive review of its history, uses, and safety. *Je American Academy Dermatol [Internet]*. 2024 [citado 2024 Ago 15]; 90(4), S807-S813. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.06.010>

15. Brandão MGSA, Ximenes MAM, Cruz GS, Brito EHS, Veras VS, Barros LM, et al. Terapia fotodinâmica no tratamento de feridas infectadas nos pés de pessoas com diabetes mellitus: síntese de boas evidências. *Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]*. 2020 [citado 2024 Ago 15]; 92(30). Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.649>.

16. Fletcher J, Beeckman D, Boyles A, Fumarola S, Kottner J, McNichol L, et al. International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture-associated skin damage (MASD). *Wounds International*. 2020. Retrieved from: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/77ece7a46c5c084762956b97f9096e53.pdf>.

17. Verkerk, EW, Waal GH, Overtom LC, Westert GP, Vermeulen H, Kool RB, et al. Low-value wound care: Are nurses and physicians choosing wisely? A mixed methods study. *Inter j nursing practice*. 2023;29(6): e13170. Doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.13170>.

Fomento e Agradecimento

Esta pesquisa não recebeu financiamento externo, sendo os materiais utilizados durante os atendimentos fornecidos pela Unidade de Saúde do município ou adquiridos diretamente pela família do atendido.

Crítérios de autoria (contribuições dos autores)

Todos os autores contribuíram para elaboração do artigo. Os autores 1 e 2 foram responsáveis pela concepção e desenho do estudo, além de também participarem da coleta, análise e interpretação dos dados. Todos os autores participaram da elaboração dos manuscritos e participaram da revisão crítica e de redação do manuscrito, bem como da aprovação de sua versão final.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar

Editor Científico: Francisco Mayron Morais Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>

