

RESUMO SIMPLES - TEMAS LIVRES

DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO DA ÚLCERA VENOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA

Viviane Cristina Dos Santos (vivianecsantos@live.com)

Neylon José De Castro Gonçalves (neyloncastro@gmail.com)

Introdução: A úlcera venosa (UV) é a manifestação mais grave da insuficiência venosa crônica (IVC) e representa importante causa de morbidade, perda de qualidade de vida e elevados custos ao sistema de saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o médico de família ocupa posição estratégica para identificação precoce da IVC, rastreamento de populações vulneráveis e implementação de medidas preventivas antes da progressão para lesões complexas. **Objetivo:** Sintetizar as evidências sobre prevenção e manejo da úlcera venosa aplicáveis à medicina de família e comunidade. **Metodologia:** Realizou-se revisão sistemática nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus e Cochrane Library, com os descritores: venous leg ulcer, prevention, compression therapy, primary care e chronic venous insufficiency. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes publicados entre 2020 e 2025, em inglês e português, envolvendo adultos com IVC ou UV ativa. Estudos exclusivamente cirúrgicos ou em terapia intensiva foram excluídos. Após triagem, 11 estudos foram selecionados de 247

referências identificadas. Resultados e discussão: As intervenções foram agrupadas em três categorias: rastreio e estratificação de risco, intervenções não farmacológicas e farmacológicas. Os principais fatores de risco para UV incluem idade ≥ 55 anos, obesidade, trombose venosa profunda prévia, varizes e sedentarismo. O índice tornozelo-braquial (ITB) é recomendado antes da terapia compressiva: ITB $< 0,5$ contraindica compressão plena; entre 0,5–0,8, permite compressão modificada com seguimento semanal. A terapia compressiva é a pedra angular do tratamento: compressão versus ausência aumentou a cicatrização completa em 12 meses (RR 1,77; IC95% 1,41–2,21) e reduziu o tempo de cicatrização (HR 2,17; IC95% 1,52–3,10), com evidência de moderada certeza. Sistemas multicomponentes elásticos mostraram-se superiores aos inelásticos; meias de 30–40 mmHg são recomendadas para prevenção de recorrência. O ensaio VenUS 6 (n=637) demonstrou que compression wraps são inferiores à compressão estabelecida (HR 0,78; IC95% 0,61–1,00; p=0,046), em parte pela maior tendência de afrouxamento pelo paciente. Elevação dos membros, atividade física e controle do peso complementam o manejo. Entre as intervenções farmacológicas, a pentoxifilina 400 mg 3x/dia associada à compressão demonstrou benefício adicional na cicatrização (RR 1,56; IC95% 1,14–2,13), com efeitos adversos predominantemente gastrointestinais. A fração flavonoide micronizada (MPFF/Daflon) possui a maior força de recomendação entre os venoativos nas diretrizes de 2018–2025. A aspirina 300 mg/dia como adjuvante mostrou resultados promissores em ensaios de pequeno porte. A terapia compressiva permanece subutilizada na APS na França, apenas 6,5% dos clínicos gerais realizam o ITB, retardando o tratamento adequado. Uma estratégia proposta em 2025 sugere compressão leve (≈ 20 mmHg) imediata enquanto se aguarda avaliação vascular completa em 4–6 semanas. A abordagem multidisciplinar incluindo enfermagem, fisioterapia e educação em saúde é essencial para adesão e prevenção de recorrência, porém raramente estruturada na APS. Conclusão: O manejo da UV na APS fundamenta-se no rastreio ativo de IVC em populações de risco, na terapia compressiva adequada ao ITB, no controle de fatores modificáveis e no uso criterioso de pentoxifilina ou MPFF como adjuvantes. São necessários estudos voltados à APS para consolidar protocolos e reduzir a lacuna entre evidência e prática clínica.

Palavras-chave: úlcera venosa; insuficiência venosa crônica; atenção primária à saúde; medicina de família e comunidade.