

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ROSÂNGELA MOREIRA FIALHO PAULA**

**MEDIDAS EFETIVAS NA PREVENÇÃO DE RECIDIVA DE ÚLCERA VARICOSA**

**Belo Horizonte  
2014**

ROSÂNGELA MOREIRA FIALHO PAULA

**MEDIDAS EFETIVAS NA PREVENÇÃO DE RECIDIVA DE ÚLCERA VARICOSA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Estomoterapia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eline Lima Borges

**Belo Horizonte**  
**2014**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Paula, Rosangela Moreira Fialho Paula

MEDIDAS EFETIVAS NA PREVENÇÃO DE RECIDIVA DE ÚLCERA VARICOSA  
[manuscrito] /

Rosangela Moreira Fialho Paula Paula. - 2014.

38 p.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Eline Lima Borges Borges.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

1. Recidiva úlcera varicosa. 2. Prevenção. 3. Cirurgia . 4. Meias de compressão. I. Borges, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Eline Lima Borges. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO



ROSANGELA MOREIRA FIALHO PAULA

TÍTULO DO TRABALHO: "Medidas efetivas na prevenção de recidiva de úlcera varicosa".

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Estomaterapia. (Área de concentração).

APROVADO: 05 de Junho de 2014.

Prof.<sup>a</sup> **ELINE LIMA BORGES**

(Orientadora)

(UFMG)

Prof.<sup>a</sup> **MIGUIR TEREZINHA VIECELLI**

**DONOSO(UFMG)**

Prof.<sup>a</sup> **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(UFMG)

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter me agraciado com tantas bênçãos no decorrer deste curso. Agradeço aos meus familiares pela compreensão nos momentos de ausência e paciência nos momentos turbulentos.

À professora Eline Borges orientadora desta pesquisa por ter aceitado este desafio e pela dedicação em todas as ocasiões. Obrigada pelo aprendizado você é um referencial e uma influencia para mim. Esta experiência foi muito marcante.

Aos amigos da especialização sempre presentes um apoiando o outro, formamos um grupo unido durante esta trajetória, são amizades para toda vida. Meninas e menino obrigada pelos momentos alegres e pela força nas horas difíceis.

A bibliotecária Marisa pelo carinho, atenção e apoio para a realização deste trabalho. Muito obrigada pelo aprendizado.

A todos que, contribuíram para a realização desta monografia, me apoiando nos momentos difíceis. Muiiiito obrigada.

## RESUMO

Úlcera varicosa é o desarranjo ou ulceração cutânea causada por varizes em que há excessiva pressão hidrostática no sistema venoso superficial da perna. São lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores decorrente do sistema vascular venoso, acomete as extremidades dos membros inferiores. No Brasil, estima-se que quase 3% da população seja portadora de úlcera varicosa. Infelizmente, quando curada, até 67% dos pacientes desenvolvem recidivas, muitos nos primeiros 3 meses de cura. A recidiva de úlcera varicosa é qualquer nova lesão que surge entre o joelho e o maléolo após a cura da úlcera.

**Objetivo:** Identificar medidas com efetividade na prevenção de recidiva de úlcera varicosa.

**Metodologia:** Este estudo realizou uma revisão sistemática da literatura, buscou a síntese de estudos primários nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico *Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), Biblioteca de Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (MEDLINE), com os descritores úlcera varicosa e recidiva nos idiomas português, inglês e espanhol. A amostra foi composta por seis estudos extraídos da base de dados MEDLINE. Os estudos deveriam apresentar em seu objetivo medidas efetivas na prevenção de recidiva de úlcera varicosa.

**Resultados:** Três estudos avaliaram no grupo controle o uso de meia de compressão e no grupo intervenção, cirurgia associada ao uso de meia de compressão. E outros três estudos compararam dois tipos diferentes de graduação de compressão. A recidiva de úlcera varicosa ocorreu em todos os grupos dos estudos. A taxa de recidiva no grupo controle variou entre 10% e 47% e no grupo intervenção variou entre 6% e 32%. Portanto a medida avaliada no grupo intervenção foi mais efetiva para a prevenção de recidiva.

**Conclusão:** Concluiu-se que a cirurgia para corrigir e ou minimizar a incompetência venosa associada ao uso de meia de compressão com graduação de maior tolerância pelo indivíduo deve ser recomendado. A compressão deve iniciar com graduação indicada de acordo com o comprometimento venoso e somente reduzir se o indivíduo não tolerar.

**Palavras-chave:** Recidiva. Úlcera varicosa. Prevenção

## ABSTRACT

Varicose ulcer is the derangement or skin ulceration caused by varicose veins in which there is excessive hydrostatic pressure in the superficial venous system of the leg. They are chronic Lesions that are associated with venous hypertension of the lower limbs resulting from venous vascular system, commonly affects the lower extremities. In Brazil, it is estimated that almost 3% of the population will lead to varicose ulcers. Unfortunately, when cured, up to 67% of patients develop recurrence, many within the first 3 months of ripening. Recurrence of varicose ulcer is any further injury that arises between the knee and the malleolus after ulcer healing. Objective: Identify measures effectiveness in preventing recurrence of varicose ulcers. Methodology: This study was a systematic review of the literature, sought the synthesis of primary studies on the basis of Latin American Literature data and Caribbean Health Sciences (LILACS), Bibliographic Index Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Library Cochrane and Scientific Electronic Library Online (SciELO), database of Nursing (BDENF) and Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on Line (MEDLINE), with descriptors and varicose ulcer recurrence in Portuguese, English and Spanish. The sample was consisted of six studies and was extracted from the MEDLINE database. The studies should present in its objective effective measures for the prevention of recurrent varicose ulcer. Results: Three studies assessed in the control group wore compression stockings and intervention group, associated with the use of compression stockings surgery. And, also, the other three studies compared two different types of graduation compression. Recurrence of varicose ulcer occurred in all groups of studies. The recurrence rate in the control group ranged between 10% and 47% in the intervention group and ranged between 6% and 32%. Thus the measure assessed in the intervention group was more effective in preventing recurrence. Conclusion: It was concluded that the surgery to correct or minimize venous incompetence associated with the use of graduated compression stocking of a higher tolerance for the individual must be recommended. The compression should start with graduation indicated according to venous commitment and only reduce if the individual does not tolerate.

Keywords: Recurrence. Varicose ulcer. prevention

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	8
2- OBJETIVO.....	11
3-REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	12
4- PERCURSO METODOLÓGICO.....	17
5- RESULTADOS.....	21
6- DISCUSSÃO.....	27
7- CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE.....	37

## 1-INTRODUÇÃO

A úlcera de perna é uma síndrome caracterizada pela lesão cutânea, podendo atingir o tecido subcutâneo e subjacentes, acomete as extremidades dos membros inferiores e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular arterial ou venoso (FRADE *et al.*, 2005). Quando as úlceras decorrem do comprometimento do sistema venoso são denominadas de venosas. São lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem a um percentual que varia aproximadamente de 80 a 90% das úlceras encontradas nos membros inferiores. No Brasil, estima-se que quase 3% da população sejam portadoras desse tipo de lesão (ANGÉLICO *et al.*, 2012).

As úlceras venosas causam significativo impacto social e econômico devido ao longo tempo desde sua abertura até a cicatrização (ABBADE, LASTÓRIA, 2006). Interfere nos fatores laborativos, inclusive aumento no número de aposentadorias precoce por tal enfermidade (SILVA, 2009).

Com base em estudos de revisão sistemática, pode-se afirmar que a prevalência de úlcera venosa aberta varia de 0,12% a 1,1% da população e a prevalência de úlceras abertas ou curadas pode ser de 1,8% da população (GRAHAM *et al.*, 2003). A prevalência global de úlceras venosas, curada mais aberta, é surpreendentemente estável entre diferentes países ao longo do tempo, mantendo-se em torno de 1% na maioria das populações. A prevalência pontual de úlceras abertas é mais variável e é provável que a variação seja de 0,1 a 0,3%, dependendo da inclusão ou não de pessoas que fazem o auto-tratamento (NELZEN, 2008).

Nos Estados Unidos, as úlceras venosas têm uma prevalência estimada em 500.000 a 800.000 casos, sendo, provavelmente, subestimados devido ao envelhecimento populacional. Na Europa e Austrália, a incidência relatada varia de 0,3% a 1% da população total, enquanto que, mundialmente, gira em torno de 2,7%. Quando as pesquisas abrangem úlceras ativas e cicatrizadas, a prevalência varia de 1% a 1,3% (SILVA, 2009).

Estudos brasileiros comprovam dados semelhantes aos citados. Em pessoas cadastradas em 31 Unidades de Saúde da Família, em Natal - Rio Grande do Norte, considerando uma amostra não probabilística de 74 pessoas maiores de 18 anos, foi observado uma prevalência de úlceras venosas de 0,2/1000. Na faixa etária a partir de 60 anos de idade, a prevalência foi de 2,2/1000 (NUNES, 2006). Uma ocorrência de 79,0% de úlcera venosa foi obtida na pesquisa realizada por Frade *et al.* (2005) em Juiz de Fora - Minas Gerais, em um estudo com 124 pessoas, de 27 a 94 anos de idade, com úlcera de perna. Neste estudo Os

participantes foram identificados ocasionalmente em duas unidades de atendimento especializado em úlceras de perna e em quatro unidades básicas de saúde. No Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (São Paulo), uma análise de prontuários de pessoas atendidas com úlcera de perna entre os anos 1991 e 2001, evidenciou que 49,0% dos casos eram de causa venosa (BARBETTA *et al.*, 2009). Em Goiânia - Goiás, as úlceras de causa venosa foram responsáveis por 61,0% das úlceras de perna, em pesquisa com 46 pessoas, com idade a partir de 18 anos, atendidas nas salas de curativos da rede municipal de saúde (MARTINS, 2008).

No Brasil, a úlcera venosa, também denominada de úlcera varicosa, é a 14<sup>a</sup> causa de afastamento temporário do trabalho e a 32<sup>a</sup> causa de afastamento definitivo. É uma doença que onera o setor público, pois quase sempre ou na maioria das vezes o tratamento é longo (REIS *et al.*, 2013).

Infelizmente, quando a úlcera venosa é curada, até 67% das lesões têm recidivas, muitos nos primeiros 3 meses de cura (ABBADÉ *et al.*, 2005, REIS *et al.*, 2013). Considera-se como recidiva de úlcera varicosa qualquer nova lesão que surge entre o joelho e o maléolo após a cura da úlcera (GOHEL *et al.*, 2007).

Há pouca informação disponível sobre a eficácia das estratégias para prevenir a recorrência dessa doença. Duração prolongada da úlcera, a presença de insuficiência venosa profunda, duração da doença da úlcera venosa e a presença de refluxo venoso superficial, não tratada com cirurgia foram identificados como fatores de risco para recorrência (GOHEL *et al.*, 2005; NELSON, *et al.*, 2006).

A cirurgia venosa que tem demonstrado ser eficaz na prevenção da recorrência, particularmente para os pacientes com incompetência venosa superficial, no entanto, muitos pacientes não apresentam condições clínicas adequadas ou não querem se submeter à cirurgia. Uma revisão sistemática sobre o uso da compressão para a prevenção de úlceras venosas da perna encontrou evidências para apoiar o uso da terapia de compressão ao longo da vida como a principal estratégia conservadora recomendada atualmente. No entanto, os autores notaram que as informações disponíveis eram limitadas e uma pesquisa mais adicional era necessária nessa área (NELSON, BELL-SYER, 2012).

Na prática, o uso de meias de compressão tem sido adotado para a prevenção de recidiva de úlcera venosa, entretanto o seu uso está associado a várias dificuldades e pobres taxas de adesão (FINLAYSON, EDWARDS, COURTNEY, 2011).

Diante da alta taxa de ocorrência de úlcera venosa, seu prolongado tempo para cura e pouco conhecimento sobre a eficácia das estratégias alternativas de prevenção faz-se necessário buscar resultados de pesquisas para estabelecer medidas capazes de prevenir a

recidiva dessa úlceras. Assim, os profissionais poderão se amparar em evidências científicas para a tomada de decisão e elaboração de protocolos assistenciais.

O interesse pelo tema surgiu por entender que a úlcera varicosa não deve ser tratada apenas durante o processo terapêutico no qual existe a lesão, mas o cuidado deve permanecer, principalmente após o recebimento da alta ambulatorial, quando o paciente passa a ser o exclusivo responsável pelo seu autocuidado. Este trabalho pretende identificar medidas com efetividade na prevenção de recidiva de úlcera varicosa, capazes de colaborar para que o paciente com a úlcera venosa curada não apresente recidiva.

## **2-OBJETIVO**

Identificar medidas com efetividade na prevenção de recidiva de úlcera varicosa.

### 3-REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico utilizado nesta pesquisa consiste na prática baseada em evidências (PBE) e para o referencial metodológico adotou-se a revisão sistemática.

#### Referencial teórico

A prática baseada em evidências teve origem no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, e o seu desenvolvimento ocorreu paralelamente ao acesso à informação. O avanço tecnológico possibilitou intensificar o acesso aos resultados de pesquisas e o desenvolvimento de metodologia de pesquisa (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004).

O termo evidência tem sido muito usado na área da saúde, principalmente com o surgimento da medicina baseada em evidências no qual procedeu a origem da enfermagem baseada em evidências. Esta prática significa a integração da experiência clínica individual com a melhor evidência externa extraída de estudos primários, preferencialmente estudos clínicos randomizados controlados. A evidência é caracterizada como prova para a tomada de decisão e abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004).

As recomendações extraídas das pesquisas são classificadas segundo níveis de evidências de acordo com o desenho e características metodológicas descritas no estudo em análise. Na literatura existem diversas propostas para classificação hierárquica das evidências. Para essa pesquisa foi adotada a classificação Stetler *et al.*, (1998). Apresentada no QUADRO 1.

Quadro 1  
Força de evidência revisada de pesquisas individuais ou de outras fontes

Nível e qualidade da evidência	Fonte de evidência
Nível I (A - D)	Estudos de metanálise de múltiplos estudos controlados
Nível II (A - D)	Estudo experimental individual
Nível III (A - D)	Estudo quase-experimental, controlado e não aleatorizado – grupo pré e pós-teste
Nível IV (A - D)	Estudo não experimental, como pesquisa correlacional descritiva e qualitativa, ou estudo de caso.
Nível V (A - D)	Relato de caso ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável ou dados de programas de avaliação
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas, com base em sua experiência clínica ou opiniões de um comitê de peritos

**Fonte:** STETLER, C.B, *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res.*, v. 11, n. 4, p.:195-206. Nov. 1998.

O nível tem relação com a força da evidência e varia de I a IV, conforme o delineamento metodológico do estudo. O nível VI refere-se a outras fontes de informação. Quanto menor o nível, maior é a força de evidência.

A qualidade do nível de evidência de I a V é classificada em **A** ou **D**. Um **A** reflete um estudo/projeto muito bem concebido. Se a qualidade é avaliada como um **D**, significa que o estudo/projeto tem uma grande falha que levanta sérias questões sobre a credibilidade dos resultados, portanto, ele é automaticamente eliminado da consideração.

Segundo Pereira e Bachion (2006), a classificação das evidências é condicionada a fonte do delineamento dos estudos de origem, na intensidade dos efeitos observados e possibilidade de ocorrência de erros aleatórios. Após classificação do nível de evidência do estudo estabelece-se a recomendação, classificada em grau, também hierarquizado. A recomendação deriva dos desfechos clínicos encontrados nos estudos segundo os níveis de evidências.

Alguns órgãos, além do nível de evidência, também adotam o grau de recomendação, que tem relação com o primeiro. O grau de recomendações orienta a indicação de condutas a serem adotadas pelos profissionais por meio da melhor evidência científica disponível. A proposta do grau de recomendação por Oxford Centre for Evidence-Based Medicine é descrita a seguir.

Recomendação **A** estudos experimentais ou observacionais de maior consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados); **B** estudos experimentais ou observacionais

de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle); **C** relatos ou séries de casos (estudos não-controlados); **D** opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Na prática baseada em evidências utiliza-se vários métodos de pesquisa, para a identificação da melhor evidência, isto é, aquela classificada com a maior força. Para isso é imprescindível a realização da análise dos estudos primários referentes ao tema de pesquisa.

### **Referencial Metodológico**

O referencial metodológico escolhido para este trabalho foi a revisão sistemática de literatura. Segundo Greenhalgh (1997), é a síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foram conduzidos de acordo com uma metodologia clara e reproduzível.

Para Sampaio (2007), a revisão sistemática é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, que utiliza como fonte de dados estudos primários realizados separadamente sobre determinada terapêutica/intervenção existentes na literatura. Investiga evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos sistemáticos, explícitos, e faz apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

Esta revisão integra informações existente sobre uma temática específica, por meio do agrupamento e análise dos resultados oriundos de estudos primários por grupos de pesquisa independentes, permitindo a geração de evidência científica sobre a temática, que dê suporte para a implementação da prática clínica (EGGER, SMITH, 1998).

A revisão sistemática é norteada por um rigor metodológico e percorre fases específicas. Galvão, Sawada e Trevizan (2004) recomendam sete etapas descritas a seguir.

A **primeira fase** consiste na identificação do tema de relevância para a saúde e enfermagem, seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão. A definição do assunto deve ser clara, objetiva e específica, o que possibilita uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade. Isto facilita a busca de descritores ou palavras-chave identificados para a procura de estudos.

A busca na literatura por uma resposta deve ser pertinente ao problema da pesquisa. Problema este surgido na prática assistencial, de ensino ou pesquisa. Esta busca de evidência

requer uma adequada definição de uma pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica de evidências na literatura, que facilite e maximize o alcance da pesquisa (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

A **segunda fase** é constituída pela construção da pergunta. Uma pergunta bem construída define de forma concisa a pretensão do tema estudado. Santos, Pimenta e Nobre (2007) sugerem que na construção da pergunta utiliza-se a estratégia PICO que é um acrônimo (QUADRO 2).

Quadro 2  
Descrição da estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
<b>P</b>	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes comum a condição particular ou um problema de saúde
<b>I</b>	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica (ex: diferentes tipos de curativo), preventiva (ex: vacinação), diagnóstica (ex: mensuração da pressão arterial), prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos
<b>C</b>	Controle ou comparação	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção
<b>O</b>	Desfecho ( <i>outcomes</i> )	Resultado esperado

Fonte: SANTOS, Cristina Mamédio da Costa. PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos.; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, v.15, n.3, mai-jun. 2007.

A **terceira fase** é a busca dos estudos. Após a escolha do tema, inicia-se a busca de publicações na literatura por meio das bases de dados selecionadas para a identificação dos estudos que serão analisados. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental para se obter a validade da revisão.

A busca é realizada nas bases eletrônicas de dados. Há a necessidade de se considerar quais são os periódicos listados, publicações indexadas, a viabilidade do acesso e a implicação de custos. Outro aspecto importante é a necessidade de buscar os estudos em mais de uma base de dados, bem como ter habilidade na forma correta de procurar em cada uma delas. A busca dos estudos deve ser de forma ampla, sistematizada, com o mínimo de viés, pois consiste em um dos aspectos para diferenciar a revisão tradicional da revisão sistemática.

A **quarta fase** consiste na seleção dos estudos após a identificação dos artigos nas bases de dados, os mesmos são submetidos a uma triagem, por meio da leitura do título e dos resumos e selecionados. Os critérios de inclusão determinados devem refletir diretamente a pergunta selecionada para a elaboração da revisão sistemática, incluindo os participantes, a intervenção e os resultados de interesse. Um desses critérios consiste no tipo de estudos que

serão incluídos na revisão. Nessa etapa, deve também estabelecer os critérios de exclusão, os quais devem estar descritos de forma clara e registrada.

A **quinta fase** refere-se à avaliação crítica dos estudos no qual todos serão avaliados com rigor metodológico, com o propósito de averiguar se os métodos e resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados. Esta etapa é considerada difícil, pois o revisor necessita avaliar o delineamento de cada pesquisa, sua condução e os resultados encontrados.

A **sexta fase** abrange a coleta de dados que serão utilizados na revisão sistemática, oriundos de cada estudo primário selecionado, são coletados com o auxílio de instrumentos no qual asseguram que todos os dados relevantes sejam coletados, minimiza o risco de erros na transcrição, garante precisão na checagem dos dados registrados. A coleta dos dados varia de acordo com cada revisão sistemática e está relacionada com a pergunta determinada no início do processo.

A **sétima fase** abrange a síntese dos dados com a finalidade de sintetizar os dados resultantes de cada estudo para fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção investigada. O revisor deve investigar se o efeito é aproximadamente o mesmo nos diferentes estudos, local e participantes; caso o efeito não seja o mesmo, é necessário pesquisar as diferenças evidenciadas.

#### 4-PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha pela revisão sistemática para este estudo justifica-se, pois inclui a análise de pesquisas primárias relevantes de desenhos randomizados controlado que dão suporte para a tomada de decisão e para a melhoria da prática clínica.

O estudo clínico randomizado é um estudo prospectivo que compara o efeito e valor de uma intervenção (profilática ou terapêutica) com controles em seres humanos, no qual o investigador distribui o fator de intervenção a ser analisado de forma aleatória através da técnica da randomização. Dessa forma, os grupos experimentais e de controle são formados por um processo aleatório de decisão (ESCOSTEGUY, 1999).

Portanto, o objetivo deste estudo, como já abordado, é identificar medidas com efetividade referente ao tema prevenção de recidiva de úlcera varicosa baseadas em estudos primários.

Para elaboração da questão de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO, descrita no QUADRO 3.

Quadro 3  
Apresentação da Estratégia PICO da pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Úlcera varicosa cicatrizada, ou recidivada não ativa
I	Intervenção	Implementação de qualquer medida visam prevenção de recidiva
C	Controle ou comparação	Comparação de uma estratégia com outra ou comparação de estratégia com não estratégia ou estratégia sem comparação
O	Desfecho ( <i>outcomes</i> )	Úlcera varicosa

Amparado no PICO obteve-se a formulação da seguinte pergunta: quais medidas apresentam efetividade na prevenção de recidiva de úlcera varicosa?

Segundo Aulete (2004), efetividade pode ser entendida como “que produz um efeito real”. Neste sentido, a palavra efetividade remete neste estudo o sentido de medidas reais na prevenção da recidiva de úlcera varicosa que é qualquer nova lesão que surge entre o joelho e o maléolo após a cura da úlcera (GOHEL *et al.*, 2007).

Os descritores foram identificados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que é um vocabulário estruturado e trilingue criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que é Centro especializado em informação

científica e técnica em saúde para a região da América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana de Saúde, com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas (português, inglês e espanhol), proporcionando um meio consistente único para a recuperação da informação independente do idioma.

No DeCS foram identificados e definidos os seguintes descritores para essa pesquisa:

- **úlceras varicosas** (*varicoseulcer/ ulcera varicosa*): tem como sinônimos em português, úlcera por estase e úlcera venosa. Definida como desarranjo ou ulceração cutânea causada por varizes em que há excessiva pressão hidrostática no sistema venoso superficial da perna. A hipertensão nervosa leva ao aumento na pressão no leito capilar, transudação de líquido e proteínas no espaço intersticial, alterando fluxo de sangue e provisão de nutrientes à pele e tecidos subcutâneos, e eventual ulceração;

- **recidiva** (*recurrence/ recurrencia*): tem como sinônimos em português, recaída ou recorrência ou recrudescência ou reincidência. Definida como retorno de um sinal, sintoma ou doença após uma remissão.

Foi utilizado como critério de inclusão; artigo publicado no período de 2003 a 2013, nos idiomas inglês, português e espanhol e que estivesse disponível no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), estudo de delineamento clínico randomizado controlado, cuja amostra fosse composta por pacientes adultos com úlcera varicosa aberta ou cicatrizada, tendo por intervenção medidas para prevenção da recidiva e desfecho avaliado a úlcera varicosa. Ressalta-se que a decisão por incluir somente estudo clínico randomizado controlado está amparada na proposta de avaliar a efetividade de intervenção para a prevenção de recidiva de úlcera varicosa.

O portal CAPES (Portal de Periódicos de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza para instituições de ensino superior e pesquisa no Brasil, a produção científica nacional e internacional. O acesso ao conteúdo do Portal é livre para os usuários das instituições (REIS, 2005).

Para busca das publicações para composição da amostra foram utilizados os descritores definidos para a pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a qual abrange as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico *EspañolenCiencias de laSalud* (IBECS), Biblioteca de Cochrane e *ScientificElectronic Library Online* (SciELO), Base de dados em Enfermagem (BDENF). A busca na base de dados *Medical LiteratureAnalysisandRetrievalSystemOnline* (MEDLINE) foi realizada via portal PUBMED.

Quadro 4  
Apresentação das estratégias de busca realizadas nas bases de dados. Belo Horizonte, 2014

Estratégia	Base de dados	Artigos		
		Identificados	Selecionados	Da amostra
tw:( (mh: c14.907.927.730 OR "Varicose Ulcer " OR "ÚlceraVaricos " OR "ÚlceraVaricosa" OR "ÚlceraVenosa" OR "venous ulcer ") AND (mh: c23.550.291.937* OR recurrence OR recurrencia OR recidiva) AND year_cluster:( "2013" OR "2012" OR "2011" OR "2010" OR "2009" OR "2008" OR "2007" OR "2006" OR "2005" OR "2004" OR "2003" OR "2002" OR "2001" OR "2000" OR "1999" OR "1998" OR "1997" OR "1996" OR "1995" OR "1994") ) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "IBECS" OR "BDENF") AND la:("en" OR "es" OR "pt"))	LILACS	09	00	00
	IBECS	06	00	00
	BDENF	01	00	00
("Varicose Ulcer " OR "ÚlceraVaricos " OR "ÚlceraVenosa" OR "venous ulcer ") AND (recurrence OR recurrenciaOR recidiva)	SCIELO	02	00	00
(("Varicose Ulcer"[Mesh] AND "Recurrence"[Mesh]) OR (("Venous Ulcer"[All Fields] OR "Varicose Ulcer"[Title/Abstract]) AND Recurrence[Title/Abstract])) AND "published last 10 years"[Filter]	MEDLINE	142	05	04
<b>TOTAL</b>		<b>160</b>	<b>07</b>	<b>06</b>

A estratégia buscou nas bases de dados artigos que apresentassem no título e/ou no resumo os descritores estabelecidos. Após a leitura do resumo compôs a amostra com artigos cujo objetivo contemplasse medidas efetivas na prevenção da recidiva de úlcera varicosa.

Já na terceira fase dessa pesquisa foi construído um instrumento de coleta (APÊNDICE) que permitiu o registro de dados referentes a base de dados onde o estudo foi encontrado, autoria, metodologia, medidas de intervenção e resultados da pesquisa. Esse estudo considerou como variável principal, a recidiva. Após preenchimento do instrumento, o estudo foi submetido à avaliação da qualidade metodológica e classificado conforme o nível de evidência. O periódico no qual se encontrava o estudo também foi avaliado e classificado de acordo com o portal CAPES para mensurar a qualidade da produção científica.

A CAPES utiliza um conjunto de procedimentos para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação o QUALIS. Ele afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. O Qualis Periódicos está dividido em oito estratos, em ordem decrescente de valor: A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C.

O mesmo periódico pode ser classificado em duas ou mais áreas distintas, e receber diferentes avaliações em cada área, ao fazer análise considerou a maior classificação que se encontrava o periódico.

Isto depende do fator de impacto que avalia o número de citações atribuídas pela comunidade científica aos artigos de periódicos. As avaliações são revistas a cada três anos (BASTOS 2014).

Na quinta fase procedeu-se a análise descritiva dos dados, uma vez que não foi possível realizar a metanálise porque os estudos primários avaliaram intervenções distintas. Os resultados estão apresentados no formato de quadros sinópticos, tabelas e gráficos. O produto dessa revisão sistemática foi sintetizado em recomendações, classificadas em grau de recomendação, o que possibilita ao profissional de saúde basear suas condutas de forma segura e pautada na prática baseada em evidências.

## 5-RESULTADOS

Os seis artigos selecionados para a amostra foram classificados em E1, E2, E3, E4, E5 e E6. Estes estudos são randomizados com nível de evidência II, todos os estudos estavam indexados na MEDLINE, no idioma inglês. O QUADRO 5 apresenta a síntese das informações referentes aos periódicos, nos quais os artigos estavam publicados.

Quadro 5

Síntese dos dados referentes aos periódicos dos artigos da amostra. Belo Horizonte, 2014

Código	Artigo	Periódico	Ano de publicação	Classificação CAPES
E1	<i>Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled Trial</i>	<i>BMJ. British Medical Journal (Clinical Research Ed.)</i>	2007	A1
E2	<i>Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomized controlled trial</i>	<i>Lancet</i>	2004	A1
E3	<i>Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcers: a prospective, randomized, multicenter trial</i>	<i>Journal of vascular surgery</i>	2006	A2
E4	<i>Prevention of recurrence of venous ulceration: randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression</i>	<i>Journal of vascular surgery</i>	2006	A2
E5	<i>Randomised controlled trial comparing european standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance</i>	<i>International Wound Journal</i>	2012	B1
E6	<i>The Clinical Effectiveness of Two Compression Stocking Treatments on Venous Leg Ulcer Recurrence: A Randomized Controlled Trial</i>	<i>The international journal of lower extremity wounds</i>	2013	B2

Os estudos foram publicados no período de 2004 a 2013, predominando o ano de 2006 com duas publicações. Quanto a classificação CAPES dos periódicos, quatro (66,66%) são classificados em A, sendo a metade com classificação A1.

Os dados referentes a autoria dos estudos encontram-se no QUADRO 6

## Quadro 6

Caracterização da autoria dos estudos. Belo Horizonte, 2014

<b>Código</b>	<b>Número de autores</b>	<b>Nome autores</b>	<b>Autor principal</b>	<b>Profissão do autor principal</b>
<b>E 1</b>	10	Manjit S Gohel, Jamie R Barwell, Maxine Taylor, Terry Chant, Chris Foy, Jonothan J Earnshaw, Brian P Heather, David C Mitchell, Mark R Whyman, Keith R Poskitt	Manjit S Gohel	Médico
<b>E2</b>	14	Jamie R Barwell, Colin E Davies, Jane Deacon, Kate Harvey, Julia Menor, Antonio Sassano, Maxine Taylor, Jenny Usher, Clare Wakely, Jonathan J Earnshaw, Brian P Heather, David C Mitchell, Mark R Whyman, Keith R Poskitt	Jamie R Barwell;	Médico
<b>E3</b>	06	Wijnand B. van Gent, Wim C. Hop, Marinus van Praag C., Albert J. Mackaay, Edith M. de Boer, Cees H. Wittens	Wijnand B. van Gent;	Médico
<b>E4</b>	06	E. Andrea Nelson, Douglas R. Harper, Robin J. Prescott, Barbara Gibson, Dorothy Brown, e C. Vaughan Ruckley	E. Andrea Nelson;	Enfermeiro
<b>E5</b>	09	Mary Clarke-Moloney, Niamh Keane, Veronica O'Connor, Mary Anna Ryan, Helen Meagher, Pierce A Grace, Eamon Kavanagh, Stewart R Walsh, Paul E Burke	Clarke-Moloney	Médico
<b>E6</b>	03	Suzanne Kapp, Charne Miller, Lisa Donohue	Suzanne Kapp	Enfermeiro

Os artigos foram redigidos por vários autores, o primeiro autor tem como formação profissional medicina ou enfermagem, os médicos representaram 66,66% da amostra, todos são especialistas em cirurgia vascular, as enfermeiras representaram 44,44%, a autora do E4 é doutora em saúde e do E6 é apenas citado como enfermeira.

O objetivo, intervenção avaliada e resultado dos estudos são apresentados no QUADRO 7.

## Quadro 7

Caracterização do objetivo, intervenção e tempo avaliado. Belo Horizonte, 2014

Código	Objetivo principal	Intervenção avaliada	Tempo de acompanhamento (meses)	Resultado – prevenção de recorrência
E 1	Determinar se a recorrência de úlceras de perna pode ser prevenida pela correção cirúrgica de refluxo venoso superficial mais a compressão	Cirurgia	36	11%
E2	Avaliar o efeito da cirurgia e compressão na cura e recorrência	Cirurgia	12	16%
E3	Comparar o período sem úlcera durante o seguimento em ambos os grupos de estudo	Cirurgia	24	19%
E4	Investigar a taxa de recorrência de úlcera e adesão do paciente associada à meias de compressão moderada (classe 2) ou de alta compressão (classe 3)	Uso de meia de compressão 25-35 mmHg	60	7%
E5	Comparar a eficácia de meias de compressão da classe Européia 1 (18-21 mmHg) e classe 2 (23-32 mmHg) na prevenção da recorrência de úlcera e identificar pacientes que podem se beneficiar do maior nível de compressão	Uso de meia de compressão 23-32 mmHg	12	4%
E6	Comparar a eficácia clínica de dois tratamentos de meias elástica de compressão de perna venosa	Uso de meia de compressão de 34 a 46 mmHg	6	1%

O objetivo principal dos estudos foi avaliar a efetividade da intervenção indicada com propósito da não ocorrência de recidiva de úlcera varicosa em um tempo de acompanhamento que variou de 06 a 60 meses.

Quatro estudos (E1, E2, E3, E5) relatam o comprometimento venoso que os participantes da pesquisa apresentavam; refluxo superficial, refluxo superficial e profundo, refluxo profundo e perfurante. Dois estudos (E4 e E6) não mencionam sobre a etiologia venosa dos participantes. O estudo E3, além de mencionar comprometimento venoso, relata a utilização da técnica cirúrgica de Ligadura Subfascial Endoscópica de Veias Perfurantes como intervenção.

Os três estudos, E1, E2 e E3, que avaliaram como intervenção a cirurgia apresentaram um resultado de até 19% superior ao grupo controle que utilizou apenas meia de compressão. Os estudos E4, E5 e E6 compararam o uso de meias de compressão com graduações

diferentes, sendo o grupo intervenção com uma graduação superior a graduação do grupo controle. O grupo intervenção apresentou um resultado até 7% maior que o grupo controle.

O QUADRO 8 apresenta o número de participantes nos grupos intervenção e controle de cada estudo.

Quadro 8

Número de participantes nos grupos de cada estudo

Código	Grupo Controle		Grupo Intervenção	
	Inicial	Final	Inicial	Final
E1	242	---	258	----
E2	242	214	258	214
E3	103	86	97	89
E4	151	108	149	86
E5	50	43	50	45
E6	49	26	44	12

A amostra dos estudos variou entre 100 e 500 participantes. O estudo E1 define o número de participantes por grupo no início da pesquisa, informa que 365 pessoas finalizaram o estudo, mas não estabelece número nos diferentes grupos, controle e intervenção. No estudo E3 foi analisado o número de pernas ulceradas e não de participante.

Todos os estudos compararam dois grupos, sendo um o grupo controle e o outro grupo submetido a intervenção. Houve a participação de pessoas de ambos os sexos nos diferentes estudos e grupos. Os participantes tinham uma média de idade entre 65 a 80 anos.

Nos estudos que avaliaram cirurgia houve recusa para o procedimento cirúrgico, apesar dos participantes terem sido orientados sobre a randomização. O estudo que comparou diferentes tipos de meias, a perda foi devido não adesão ao uso diário da meia. As demais perdas nos dois grupos foram por óbito e causas não mencionadas.

A figura 1 apresenta a comparação da taxa de recidiva de úlcera varicosa entre grupo controle e intervenção.

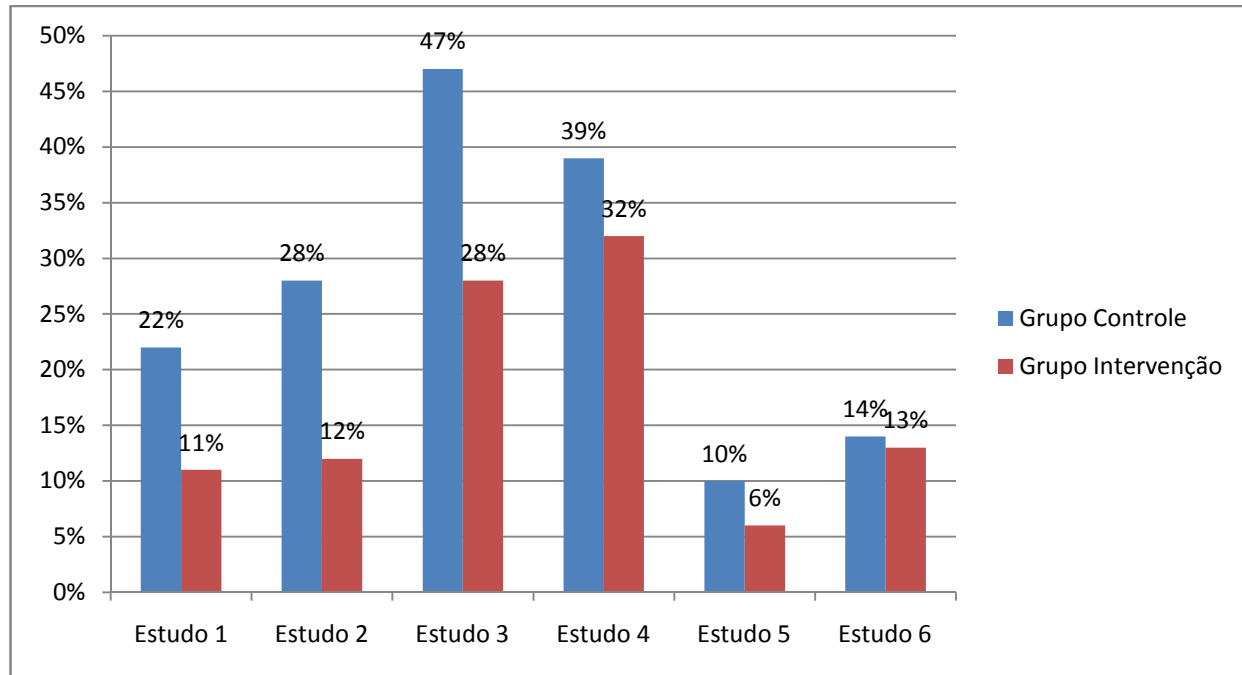


Figura 1: Comparação da taxa de recidiva de úlcera varicosa entre grupo controle e intervenção

A taxa de recidiva no grupo controle variou entre 10% e 47% e no grupo intervenção variou entre 6% e 32%. Os estudos demonstraram significância estatística em relação ao grupo controle.

O tempo de acompanhamento do estudo E6 foi de seis meses e finalizou com 38 participantes, este estudo apresentou a menor taxa de recidiva (6%) no grupo intervenção. O estudo E4 que apresentou a maior taxa (32%) fez o acompanhamento durante 60 meses e finalizou com 194 participantes. Ambos os estudos avaliaram duas meias com graduações diferentes.

Os estudos E1, E2 e E3 que avaliaram como intervenção a cirurgia apresentaram taxa de recidiva de 11% até 19% menor que o grupo controle. Os estudos E4, E5 e E6 que avaliaram graduações diferentes o grupo intervenção utilizou uma graduação superior ao grupo controle, o percentual variou em 1% a 7%. Os dados revelam que as intervenções propostas apresentaram efetividade para a prevenção de recidiva de úlcera varicosa.

As recomendações elaboradas amparadas na análise dos resultados são listadas no QUADRO 9 acompanhada do grau de recomendação.

## Quadro 9

Síntese das Recomendações. Belo Horizonte, 2014

Recomendação	Grau de recomendação	Nível de evidência	Qualidade da evidência	Autor
Realizar cirurgia e uso de meia de compressão	A	II	A	GOHEL <i>et al.</i> 2007, BARWELL <i>et al.</i> 2004, <i>et al.</i> 2006.
Uso diário de meia de compressão com maior graduação tolerável pelo paciente	A	II	A	NELSON <i>et al.</i> 2006; KAPP, MILLER, DONOHUE, 2013; CLARKE-MOLONEY <i>et al.</i> , 2012.

A cirurgia para corrigir e ou minimizar a incompetência venosa associada ao uso de meia de compressão com graduação de maior tolerância pelo indivíduo deve ser recomendado. A compressão deve iniciar com uma graduação de 18-25 mmHg ou até 35 mmHg e somente reduzir se o indivíduo não tolerar. Tais medidas visam a efetividade para não recidiva de úlcera varicosa.

## 6-DISCUSSÃO

A alta incidência de recidiva entre os pacientes com úlcera varicosa é um desafio para pacientes e profissionais. Algumas propostas para minimizar ou abolir a recidiva foram recomendadas neste estudo.

O resultado revela que a cirurgia associada ao uso de meia de compressão apresentou efetividade superior ao grupo com compressão sozinha na prevenção, pois a cirurgia associada ao uso diário da meia de compressão diminui a probabilidade de recidiva. Recomenda-se que o indivíduo utilize a meia de maior graduação de compressão tolerável, indicada de acordo com seu comprometimento venoso, pois quanto maior a compressão menor o risco para recidiva de úlcera varicosa.

Para prevenir a recidiva de úlcera varicosa o uso da meia de compressão deve ser diário e prolongado. O paciente deve usar uma compressão indicada de acordo com seu comprometimento venoso, caso este grau de compressão não seja tolerável e suportável um grau de compressão menor deverá ser oferecido. No entanto, o êxito do tratamento depende do uso diário e da troca regular das meias (EWMA, 2003; WUWHS, 2008).

A aplicação de níveis adequados de compressão reduz o diâmetro das veias, esta redução dos vasos sanguíneos terá o efeito secundário de aumentar a velocidade do fluxo ao retorno do sangue para o coração, assim diminui o refluxo venoso, a estase venosa e como consequência o edema e a hipertensão venosa o que evita lesões no endotélio e úlcera de etiologia venosa (EWMA, 2003).

As meias de compressão são mencionadas com varias nomenclaturas diferentes. Alguns autores da amostra deste estudo se referiram a grau leve, moderado e alto ou estratificaram em classes I, II, III ou IV ou outras terminologias, cada nome se refere a mmHg diferentes, isto dificulta identificação da graduação que está sendo usada. Por isso, a importância de citar o grau de compressão das meias em mmHg para que fique esclarecido qual a graduação referenciada. Os estudos que compararam duas graduações diferentes relacionaram nomes diversos para mmHg distintos isto evidência a falta de consenso na nomenclatura. Os autores destes estudos, ao citar a compressão em mmHg possibilitou compreender qual compressão estava sendo utilizada, mas nem todos os estudos que comparam cirurgia e o uso de meia de compressão citaram os mmHg específico utilizado. Portanto para indicar a compressão o profissional deve especificar a graduação em mmHg.

A graduação da pressão indicada é determinada pela doença do paciente, bem como pelo comprometimento do sistema venoso. Pacientes com insuficiência venosa crônica que já tenham submetido a tratamento cirúrgico ou com alto risco de desenvolver trombose venosa profunda e úlcera venosa devem usar uma compressão de 23 a 34 mmHg. Já uma graduação de 18 a 25 mmHg pode ser usada para prevenção por pacientes que já apresentam pequenas veias varicosas (FRANÇA, TAVARES, 2003). A capacidade do paciente de aceitar e tolerar a compressão, dificuldade com o clima, fatores culturais são observações importantes que devem ser consideradas na indicação do sistema de compressão. O paciente deve ser orientado e encorajado ao uso diário da meia.

A cirurgia corrige a incompetência venosa, melhora o retorno venoso e preveni a recidiva de úlcera varicosa. Os participantes dos estudos desta revisão apresentaram refluxo venoso superficial, refluxo venoso profundo, refluxo venoso perfurante ou refluxo misto associado a mais de um tipo de refluxo.

O refluxo venoso superficial compromete principalmente as veias safenas magna e parva. Já o refluxo venoso profundo repercute nas veias tibiais, fibulares, poplítea e as veias femorais superficial e profunda na coxa; o refluxo venoso perfurante compromete as veias que comunicam os sistemas superficial e profundo. O refluxo é definido como fluxo em sentido inverso com tempo superior a 0,5 segundo e velocidade maior que 30 cm/segundos (SEIDEL *et al.*, 2011).

Várias técnicas cirúrgicas invasivas ou minimamente invasivas podem ser utilizadas como a Ligadura Subfascial Endoscópica de Veias Perfurantes mencionada no estudo E3. No idioma inglês essa técnica tem o nome de *Subfascial Endoscopic Perforators Surgery* (SEPS). O seu objetivo é diminuir o trauma cirúrgico e as complicações. São realizadas uma ou duas pequenas incisões para a introdução de sistemas ópticos e pinças de trabalho no espaço subfascial e, deste modo, visualizar as perfurantes diretamente ou por meio de monitor de vídeo, o que permite sua ligadura (AGUIAR *et al.*, 2003).

Esta e outras técnicas cirúrgicas minimamente invasivas podem beneficiar o paciente pela vantagem de uma recuperação mais rápida no pós-operatório, restrições anestésicas ou do próprio paciente em submeter a uma cirurgia invasiva (AGUIAR *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2012). Nos estudos E1 e E2 pacientes randomizados recusaram o procedimento cirúrgico devido temor a cirurgia.

Outras técnicas minimamente invasivas que também podem ser utilizadas no tratamento da incompetência venosa, apesar de não mencionadas nos estudos da amostra, são a radiofrequência e a escleroterapia com espuma. A radiofrequência consiste no cateterismo

das veias safenas interna ou externa e sua ablação térmica por meio da aplicação de energia sob forma de calor, com auxílio de um cateter, que atinge a veia e promove alteração na sua parede, fazendo com que esta se contraia e feche (ARAGÃO *et al.*, 2003). A escleroterapia com espuma guiada por ultrassom é uma técnica simples, pode ser realizada em ambiente ambulatorial, com uso de anestesia local, consiste em injetar dentro das varizes uma substância misturada com o ar sob a forma de espuma, que tem o objetivo de levar a obstrução da veia tratada. A espuma com o esclerosante entra em contato com a parede da veia, destruindo as células e a própria veia. Esse processo desencadeia a formação de um cordão fibroso que é reabsorvido pelo organismo com o passar do tempo. (SILVA *et al.*, 2012).

A diretriz Sul-americana recomenda cirúrgica aberta tradicional ou cirurgias minimamente invasivas de acordo com o tipo de refluxo e veia afetada. Para comprometimento de refluxo venoso superficial recomendam com nível de evidência de I e grau de recomendação A, para reduzir a recorrência de úlceras venosas, a ablação das veias superficiais, incompetentes ablação térmica ou outras terapias e terapia de compressão pós-operatório. Com nível de evidência de I e grau de recomendação B, recomendam para tratamento das veias safenas incompetentes, por ablação térmica endovenosa o uso laser ou radiofrequência, por ser seguro e eficaz na redução da dor, mobilidade e convalescença e para o tratamento da veia safena externa incompetente, no caso de não ter meios térmicos ablativos endovenosas, ligadura da veia é recomendado na área poplíteia, com a remoção seletiva da veia incompetente por invaginação. Com nível de evidência de II e grau de recomendação B, recomendam para o tratamento da veia safena magna incompetente, no caso de não ter meios ablativos endovenosas, sugerem ligadura de safenectomia por invaginação acima de 1/3 superior da panturrilha.

Quando há insuficiência venosa superficial com perfurador incompetente recomendam com nível de evidência de II e grau de recomendação C, para o tratamento da patológicas perfurantes com refluxo > 500 ms ou um diâmetro > 3,5 mm, localizado abaixo da úlcera aberta ou cicatrizada, a cirurgia SEPS, escleroterapia ecoguiada ou ablação térmicas com laser ou radiofrequência.

A efetividade do procedimento cirúrgico na prevenção de recidiva de úlcera varicosa foi demonstrada pelo estudo realizado em um ambulatório da cidade de São Paulo. A amostra foi composta por 71 pacientes e 76 membros com úlcera venosa submetidos à escleroterapia com espuma, evidenciando taxa de recidiva de 11,8% no período de 460 dias de acompanhamento, isto é, em torno de um ano e três meses. O sucesso clínico (cicatrização da

úlceras) ocorreu em 64 casos (84,2% dos membros), confirmando que o procedimento é efetivo no tratamento da úlcera ativa e pode contribuir para prevenir a recidiva da úlcera varicosa (SILVA *et al.*,2012).

A diretriz européia recomenda a cirurgia para prevenção da úlcera venosa e para reduzir a recidiva de úlcera varicosa, destaca a importância de orientar e encorajar o paciente para adesão ao tratamento cirúrgico e para o uso diário da terapia de compressão (EWMA, 2003).

## 7-CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram identificar as medidas efetivas na prevenção de recidiva de úlcera varicosa. Recomenda-se a cirurgia para corrigir e/ou minimizar a incompetência venosa, associada ao uso diário da meia de compressão com graduação de maior tolerância pelo indivíduo. Porém, a adesão do paciente é fundamental para êxito efetivo na prevenção da recidiva de úlcera varicosa.

A indicação da cirurgia não faz parte da competência do enfermeiro, mas é relevante o conhecimento da efetividade de tal medida e encaminhamento para avaliação especializada quando necessário.

Diferentes técnicas cirúrgicas podem ser realizadas para corrigir vários tipos de refluxo. Conhecer os tipos de refluxos e procedimento cirúrgico permite ao profissional compreender o contexto a qual o paciente esta inserido e orientá-lo adequadamente.

A orientação para o uso diário da meia faz parte dos cuidados de enfermagem prescritos no cotidiano pelo enfermeiro. Esta medida de prevenção associada a cirurgia minimiza a taxa de recidiva, o enfermeiro deve orientar sobre tal risco, pois após a alta o paciente é único responsável pelo seu cuidado.

## RERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

- E1:** GOHEL, ManjitS..*et al.*. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. **BMJ**. 14Jul 2007. Disponível em:  
[http://link.periodicos.capes.gov.br.ez27.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url\\_ver=Z39.88-2004&url\\_ctx\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx\\_ver=Z39.88-](http://link.periodicos.capes.gov.br.ez27.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-)
- E2:** BARWELL Jamie R. *et al.*. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. **Lancet**. v. 363, nº. 9424, p.1854-1859, Jun 2004.
- E3:** GENT Wijnand B. van *et al.*. Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcers: a prospective, randomized, multicenter trial. **J VascSurg**.v.44, n.3, p.563-571. Sep2006
- E4:** NELSON E. Andrea *et al.*.Prevention of recurrence of venous ulceration: randomized controlled trial of class 2 and class 3 elastic compression. **J Vasc Surg**.v.44, n.4, p.803-808. Oct 2006.
- E5:** KAPP, Suzane, MILLER Charne, DONOHUE Lisa. The clinical effectiveness of two compression stocking treatments on venous leg ulcer recurrence: a randomized controlled trial. **Wounds Int J Low Extrem.**, v.12, n.3,p.189-198. Set,2013
- E6:** CLARKE-MOLONEY Mary, *et al.* Randomised controlled trial comparing European standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance. **Int Wound J**. 19 Oct, 2012. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2012.01108.x/abstract;jsessionid=540BAFE523EB11862B033416F42DA481.f02t03>

## REFERÊNCIAS

ABBADE, Luciana. FERNANDES, Patrícia. LASTÓRIA, Sidnei. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **AnBrasDermatol**. 2006;v.81, n.6, p.509-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 01 nov 2013.

ABBADE, Luciana Patricia FERNANDES.; LASTÓRIA, Sidnei.; ROLLO. Hamilton de Almeida.; STOLF Hamilton Ometto. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. **International Journal of Dermatology**. v.44, n.12, p. 989-992, Dec 2005.

AGUIAR, Eduardo Toledo de, *et al.* Cirurgia Endoscópica Subfascial de veias Perfurantes Insuficientes (CESPI). Experiência inicial. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.30, n.3 Rio de Janeiro May/June 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912003000300003>. Acesso em: 25 jun 2014.

ANGELICO, Rane Cristina Pereira et al. perfil sócio-demográfica, clínica e saúde de pessoas com úlceras venosas atendidos em um hospital universitário. **Revenferm UFPE** online. Recife, v.6, n.1, p.62-68, Jan 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6854.pdf>. Acesso em 03 nov 2013.

ARAGÃO J.A. *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o varizes dos Membros Inferiores: Tratamento Cirúrgico. [online]. 2012. [http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/varizes\\_dos\\_membros\\_inferiores\\_tratamento\\_cirurgico.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/varizes_dos_membros_inferiores_tratamento_cirurgico.pdf)

AULETE, Caldas. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. 5 ed. Rio de Janeiro : Editora Delta, 2004

BASTOS, Vilma Costa. WebQualis, Bibliotecária ICS/UFPA. Disponível em: [http://www.biblioteca.ics.ufpa.br/arquivos/QUALIS-rev\\_26\\_11.pdf](http://www.biblioteca.ics.ufpa.br/arquivos/QUALIS-rev_26_11.pdf) Acesso em: 27/05/2014.

BARBETTA *et al.* Retrospective analysis of leg ulcers cases at the university hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (1991-2001). **Med Cutan Iber Lat Am** v.37, n1, p. 28-32, 2009.

Consenso sudamericano para el diagnóstico y tratamiento de las úlceras venosas, Septiembre. 2013

EGGER, Matthias. SMITH, George Davey. Bias in location and selection of studies. **BMJ**, v. 316, n. 61, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.bmj.com/archive/7124/7124ed2.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Tópicos Metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.72, n. 2, p. 139-143. Rio de Janeiro 1999.

European Wound management Association (**EWMA**). Understanding compression therapy A consensus document. London. MEP Ltd, 2003.

FINLAYSON, Kathleen J., EDWARDS, Helen E., COURTNEY, Mary D. Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. **Journal Of Advanced Nursing**, v.67, n.10, p.2180-2190. 2011 26apr 2011

FRADE, Marco Andrey Cipriani et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol.**;v.80, n.1, p.41-46. Jan- fev, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 01 nov 2013.

FRANÇA, Luís Henrique Gil. TAVARES Viviane. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. **J Vasc Br**, v. 2, n.4, p. 318-328. 2003

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino,; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino Am Enferm**. São Paulo, v. 12 n. 3, p. 549-546, maio-junho. 2004. Disponível em: <http://http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em 08 nov 2013.

GOHEL, Manjit S. *et al.* Risk factors for delayed healing and recurrence of chronic venous leg ulcers - an analysis of 1324 legs. **Eur J Vasc Endovasc Surg**. v. 29, p.74-77, Jan 2005.

GRAHAM, Lan. D.. *et al.* A. Prevalence of Lower-Limb Ulceration: A Systematic Review of Prevalence Studies. **Advances in Skin & Wound Care**, v.16, n.6, p.305-316, Nov 2003.

GREENHALGH, Trisha. Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). **BMJ**, v. 315, n. 672, sep. 1997. Disponível em <<http://www.bmj.com/archive/7109/7109ed2.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2014

MARTINS, Marlene Andrade. **Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia**. 2008. 173f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, 2008.

NELZEN, O. **Prevalence of venous leg ulcer: the importance of the data collection method**. *Phlebology*.v.15, n.4, p.143-150, 2008.

NELSON E.Andrea., BELL-SYER S.E.M. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Editorial Group: **Cochrane Wounds Group**. Published Online: 15 Aug 2012.

NUNES, Jussara de Paiva. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal / RN**. 2006. 131f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Natal, RN. Natal 2006.

PEREIRA, Ângela Lima. BACHION, Maria Márcia. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.27, n. 4, p. 491-198 dez 2006. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download](http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download) Acesso em 7nov 2013.

REIS, Diego Borges do et al. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais,v.17, n.1, p. 102-112, jan/mar. 2013.

REIS, Margarida Maria de Oliveira. **Acesso e uso do Portal de Periódicos CAPES pelos professores da Universidade Federal do Acre**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SAMPAIO, Rosana F. MANCINI, M.C. .Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev Bras Fisioter.** v.11, n.1,p.83-89. jan./fev 2007

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa. PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos.; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, v.15, n.3, mai-jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf) Acesso em 08 nov 2013.

SEIDEL, Amélia Cristina *et al* Prevalência de insuficiência venosa superficial dos membros inferiores em pacientes obesos e não obesos. **J Vasc Bras.** v. 10, n. 2, p.124-130, 2011.

SILVA, Melissa Andreia de Moraes et al. Resultados do tratamento da Insuficiência Venosa Crônica grave com espuma de polidocanol guiada por ultrassom. *J. vasc. bras.* v.11, n.3 Porto Alegre. July/Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492012000300007>. Acesso em 25 jun 2014.

SILVA, Francisca Alexandra Araújo da et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Rev. bras. enferm.** [online], Brasília, v.62, n.6, p. 889-893, nov-dez. 2009. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf> Acesso em: 02 out 2013.

STETLER, Cheryl B. *et al.*. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, N. 4, p. 195-206, Nov 1998.

World Union of Wound Healing Societies (**WUWHS**). Principles of best practice: Compression in venous leg ulcers. A consensus document. London: MEP Ltd, 2008

## APÊNDICE

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Código do artigo \_\_\_\_\_

#### Identificação do artigo

Titulo do artigo	
Base dados	( ) LILACS ( ) MEDLINE ( ) IBECs ( ) CINAHL
Periódico	
Classificação CAPES	
Ano de publicação	
Idioma	( ) Português ( ) Espanhol ( ) Inglês
Autor (es)	
Número de autores	
Profissão do autor principal	

#### Identificação da pesquisa

Objetivo geral:	
Abrangência	( ) multicêntrico ( ) não multicêntrico ( ) Outro _____
Desenho do estudo	( ) Clínico randomizado controlado ( ) Clínico controlado ( ) Descritivo ( ) Estudo de caso
Nível de evidência	( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI
Qualidade da evidência	( ) A ( ) B ( ) C ( ) D
Amostra	<b>Nº de grupos:</b> ( ) 01 ( ) 02 ( ) Outro _____ <b>Grupo controle:</b> ( ) sim ( ) não <b>Tamanho (n):</b> <b>Se mais de um grupo, nº/grupo:</b> -----/----- <b>Média de idade:</b> ----- <b>Nº sexo:</b> ( ) mulher ( ) homem ( ) Ambos
Medidas preventivas usadas	( ) Meias de compressão: marca ----- ( ) Meias de baixa compressão: marca ----- ( ) Meias de média compressão: marca ----- ( ) Meias de alta compressão: marca ----- ( ) Repouso ( ) Creme hidratante ( ) Atividade física ( ) Cirurgia ---IVP ----IVS -----IVP ----- IVC ( ) Outro -----
Desfecho/Recidiva (Medida de resultado)	( ) prevenção completa ( ) prevenção parcial ( ) não prevenção
Recomendação:	
Grau de recomendação	( ) A ( ) B ( ) C ( ) D