

INFORME TÉCNICO Nº 01/2025 - GEICS

Belo Horizonte, 22 de setembro de 2025.

Assunto: Disponibilização e indicação de terapia compressiva inelástica, terapia compressiva elástica e curativo antimicrobiano com cloreto de dialquil carbamoil (DACC) na Rede SUS-BH

1. Introdução

As úlceras venosas constituem a etiologia mais prevalente entre as úlceras de membros inferiores e são resultantes da hipertensão venosa sustentada. Essa condição decorre da incompetência valvular, do refluxo venoso, da obstrução ao fluxo ou da combinação desses mecanismos, comprometendo a hemodinâmica local e favorecendo a formação de lesões crônicas.

O objetivo do tratamento da insuficiência venosa é aliviar os sintomas, acelerar a cicatrização de feridas e prevenir a ocorrência de úlcera venosa e/ou recorrência. A compressão é reconhecida como padrão-ouro no manejo da insuficiência venosa crônica e prevenção da recidiva de úlceras venosas.

De forma complementar, há as coberturas antimicrobianas revestidas com cloreto de dialquil carbamoil (DACC), que possuem fibras hidrofóbicas capazes de capturar microrganismos presentes no exsudato e removê-los do leito da ferida a cada troca de curativo.

2. Objetivo

Orientar as equipes de saúde da Rede SUS-BH quanto à disponibilização e indicação da terapia compressiva inelástica, elástica e cobertura absorvente com DACC.

3. Definições e Indicações**3.1 Terapia compressiva inelástica (Bota de Unna)**

Bandagem semi-rígida que oferece baixa pressão de repouso e alta pressão de trabalho durante a deambulação, potencializando a bomba muscular da panturrilha.

Indicação: úlcera venosa e edema decorrente de insuficiência venosa crônica (ITB > 0,8).

Contraindicações: ITB < 0,8; insuficiência cardíaca descompensada; infecção não tratada; alergia; lesões exsudativas.

Procedimento de aplicação:

1. Orientar o usuário quanto ao repouso antes da inserção da bota, por 20 minutos, a fim de reduzir o edema do membro inferior;
2. Manter o pé do paciente em um ângulo de 90° (posição neutra de dorsiflexão) para garantir conforto e mobilidade após a aplicação;
3. Iniciar a aplicação da bandagem na base dos artelhos (dedos), deixando-os expostos para avaliação da perfusão;
4. Aplicar a bandagem em espiral ou em "figura de oito", envolvendo o calcanhar. Cada volta deve sobrepor a anterior em aproximadamente 50%;
5. A bandagem deve ser moldada ao contorno da perna, sem aplicar tensão ou estiramento. a compressão inelástica é gerada pela resistência da bota durante a caminhada, não pela força na aplicação;
6. Continuar o enfaixamento até aproximadamente 2 cm abaixo da fossa poplíteia (dobra do joelho). Cortar o excesso de bandagem;
7. Alisar suavemente toda a superfície da bota com as mãos para garantir que ela esteja bem moldada, sem dobras ou áreas de pressão;
8. Aplicar a cobertura secundária (ex: faixa de crepe) sobre a Bota de Unna para proteção, absorção de umidade externa e para evitar que a pasta de zinco suje roupas e lençóis. A faixa secundária deve ser aplicada sem compressão adicional.

Frequência de troca

A troca da bota de unha deve ser realizada, em geral, a cada 7 dias. Trocas antecipadas são indicadas em caso de:

- Saturação do curativo secundário por excesso de exsudato;
- Presença de dor, formigamento ou desconforto intenso relatado pelo paciente;
- Desprendimento ou dano à bota;
- Sinais de complicação.

Orientações: manter membro elevado, caminhar regularmente, não molhar a bota, usar calçados adequados e relatar sinais de complicação.

3.2 Terapia compressiva elástica

É considerada o tratamento padrão-ouro para a Insuficiência Venosa Crônica e suas complicações, especialmente a úlcera venosa da perna. Diferente das bandagens inelásticas, os sistemas elásticos são projetados para se esticar e aplicar uma pressão sustentada e graduada sobre o membro, mesmo em repouso.

Indicação: úlcera venosa e edema (ITB > 0,8).

Contraindicações: DAP grave (ITB < 0,5), DAP moderada (0,5–0,8), ICC descompensada, infecção não tratada, alergia, feridas com exsudato intenso.

Procedimento de aplicação

1. Posicionar o paciente confortavelmente (deitado) com o membro ligeiramente elevado;
2. Com uma fita métrica, medir o tornozelo do usuário, logo acima dos maléolos, para escolha do tamanho da bandagem;
3. Manter o pé do paciente em um ângulo de 90° (posição neutra);
4. Aplicação da camada 1 (acolchoamento): aplicar a bandagem de acolchoamento em espiral, da base dos artelhos até 2 cm abaixo da fossa poplítea. Sobrepor cada volta em 50%. Aplicar sem tensão, de forma justa para proteger a pele e proeminências ósseas;

5. **Aplicação da camada compressiva:** iniciar sempre pela base dos artelhos, aplicando a bandagem em espiral de modo a manter o gradiente de pressão. Para alcançar a pressão terapêutica adequada, a faixa deve ser esticada conforme as orientações do fabricante e sobreposta em 50% a cada volta. O sistema dispõe de indicadores visuais que auxiliam no ajuste da tensão. A compressão deve ser aplicada a partir do tornozelo, evitando comprimir o pé;

6. Terminar o enfaixamento aproximadamente 2 cm abaixo da fossa poplíteia para evitar constrição. Fixar a última camada conforme instruído.

Frequência de troca

A frequência de troca deve ser realizada a cada 7 dias. Se houver dor, formigamento, desconforto intenso, deslizamento significativo da bandagem e sinais de complicação realizar a troca antes.

Orientações: realizar exercícios com o tornozelo (dorsiflexão/flexão plantar) e caminhar em intervalos regulares, conforme tolerado, não molhar a bandagem, observar a coloração e temperatura dos dedos dos pés e relatar ao serviço de saúde se aumento súbito e intenso da dor, dedos pálidos/azulados/frios ou com perda de sensibilidade e a bandagem parecer muito apertada ou começar a escorregar.

3.3 Cobertura absorvente com DACC

Como a ação é puramente física, não há desenvolvimento de resistência bacteriana. É indicada para feridas com exsudato moderado a intenso, pacientes alérgicos a substâncias como prata ou iodo e uma opção para uso prolongado, pois não libera substâncias químicas no leito da ferida, evitando citotoxicidade e podem permanecer no leito da ferida por até 7 dias a depender do nível de exsudato.

É contra indicado em feridas secas ou com pouco exsudato e sem presença de infecção.

Importante: A placa não pode ser recortada.

4. Considerações finais

O acesso será regulado, mediante a avaliação clínica que deve contemplar: exame físico, identificação da etiologia da ferida, avaliação vascular, prescrição profissional e registro em prontuário.

O cumprimento das orientações estabelecidas neste documento é fundamental para assegurar a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e o uso racional dos recursos públicos.

5. Referências

Isoherranen K., et al. Lower leg ulcer diagnosis & principles of treatment. Journal of Wound Management, 2023. Disponível em: DOI: 10.35279/jowm2023.24.02.sup01

Minas Gerais. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_tratamento_feridas.pdf

Mosti G., et al. Ulceração de perna em insuficiência venosa e arteriovenosa avaliação e tratamento com terapia compressiva. Journal of Wound Care, 2024. Disponível em : <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2024/11/Consenso-Ulceracao-Perna-2024.pdf>

Denise Alves Moreira
Coordenação de Atenção Integral à Saúde do
Adulto e da Pessoa Idosa
GEICS/DAPS/SUASA/SMSA/BH

Patrícia Diniz
Coordenação de Atenção Integral à Saúde do
Adulto e da Pessoa Idosa
GEICS/DAPS/SUASA/SMSA/BH

Ewerton Lamounier Júnior
Diretoria da Atenção Primária e Integração do
Cuidado
DAPS/SUASA/SMSA/BH