


**O MANEJO ADEQUADO DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA VENOSA CRÔNICA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**THE PROPER MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS DISEASE IN  
PRIMARY HEALTH CARE**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.049-005>

**Thais Pereira Galli**

Médica pela UNOESTE

E-mail: gallithais@hotmail.com

**Mariana Fernandes Moreira dos Santos**

Medicina pela Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS)

E-mail: Marianafernandes@univas.edu.br

**Nicole Saragiotto Bueno Villafuerte Pena**

Medicina pela UNICID

E-mail: nicolespena@live.com

**Ana Beatriz Rangel Placido**

Medicina pela UFRR

E-mail: beatriz\_placido@hotmail.com

**Luana Santos Faustino**

Médica pela Faculdade de Medicina de Itajuba

E-mail: luanafaustino@hotmail.com

**Gabriela Martins Fernandes**

Médica pela Faculdade de Medicina de Itajuba

E-mail: gmfernandesinsc@gmail.com

**Lunara Cristina de Souza**

Médica pela UNIVAS - Pouso Alegre

E-mail: lunaracs@gmail.com

**Bruno Botazini Andrade Santos**

Médico pela Universidade Anhembi Morumbi

E-mail: brunobotazinii@gmail.com

**Karoline Agnello Ceroni**

Medicina – UNIMAX

E-mail: karoceronimed@gmail.com

**Flávio Daniel Paniagua Mendieta**

Médico, Cirurgia Geral pelo HU

E-mail: Flaviodaniel.mendieta@gmail.com

## RESUMO

A Doença Venosa Crônica (DVC) constitui uma condição prevalente, multifatorial e progressiva, caracterizada por alterações estruturais e funcionais do sistema venoso, principalmente dos membros inferiores. Sua elevada incidência e impacto na qualidade de vida tornam a Atenção Primária à Saúde (APS) um cenário estratégico para diagnóstico precoce, manejo clínico e prevenção de complicações. Este artigo aborda os principais aspectos fisiopatológicos, clínicos e terapêuticos da DVC, com ênfase em estratégias práticas aplicáveis na APS.

**Palavras-chave:** Doença venosa crônica; Insuficiência venosa; Atenção primária; Manejo clínico; Prevenção.

## ABSTRACT

Chronic venous disease (CVD) is a prevalent, multifactorial, and progressive condition characterized by structural and functional alterations of the venous system, mainly in the lower limbs. Its high incidence and impact on quality of life make Primary Health Care (PHC) a strategic setting for early diagnosis, clinical management, and prevention of complications. This article addresses the main pathophysiological, clinical, and therapeutic aspects of CVD, with an emphasis on practical strategies applicable in PHC.

**Keywords:** Chronic venous disease; Venous insufficiency; Primary care; Clinical management; Prevention.

## 1 INTRODUÇÃO

A Doença Venosa Crônica (DVC) compreende um conjunto heterogêneo de alterações clínicas e fisiopatológicas decorrentes da hipertensão venosa sustentada, geralmente associada à incompetência valvar, obstrução do fluxo venoso e/ou disfunção da bomba musculoesquelética da panturrilha. Esse aumento crônico da pressão venosa promove disfunção endotelial, ativação inflamatória, extravasamento capilar e remodelamento tecidual, culminando em alterações cutâneas e subcutâneas progressivas.

Estima-se que a DVC acometa até 50% da população adulta, com ampla variabilidade de apresentação clínica. O espectro da doença abrange desde formas iniciais, como telangiectasias e veias reticulares, até manifestações avançadas, incluindo edema persistente, eczema venoso, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e úlceras venosas crônicas. A utilização da classificação CEAP é fundamental para a adequada estratificação da gravidade e orientação terapêutica.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o manejo da DVC assume papel central, não apenas no controle dos sintomas, como dor, sensação de peso e edema, mas também na prevenção da progressão da doença e na redução de complicações potencialmente incapacitantes, como trombose venosa profunda,

insuficiência venosa avançada e ulcerações crônicas de difícil cicatrização. A identificação precoce de fatores de risco — incluindo idade avançada, obesidade, sedentarismo, histórico familiar, múltiplas gestações e exposição prolongada ao ortostatismo é essencial para intervenções oportunas.

A abordagem terapêutica na APS deve ser estruturada e contínua, envolvendo medidas não farmacológicas, como terapia compressiva graduada, elevação dos membros inferiores e incentivo à atividade física regular, associadas, quando indicado, ao uso de agentes flebotônicos. A educação em saúde, o acompanhamento longitudinal e a estratificação de risco para encaminhamento especializado são estratégias fundamentais para otimizar os desfechos clínicos e reduzir o impacto socioeconômico da DVC.

O seguinte artigo objetivou descrever acerca do manejo adequado do paciente portador de doença venosa crônica na atenção primária em saúde, com base nos elementos existentes na literatura

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, conduzida por meio de busca sistematizada nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, contemplando estudos publicados nos últimos 10 anos. Foram empregados descritores controlados e não controlados relacionados ao manejo da Doença Venosa Crônica na Atenção Primária à Saúde, incluindo termos como “doença venosa crônica”, “insuficiência venosa”, “atenção primária”, “terapia compressiva” e “manejo clínico”.

A estratégia de busca foi estruturada com o uso de operadores booleanos, visando ampliar a sensibilidade e especificidade dos resultados. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas pertinentes ao tema, publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Estudos duplicados, com metodologia inadequada ou sem relação direta com o objetivo proposto foram excluídos.

A seleção dos estudos foi realizada com base na leitura dos títulos e resumos, seguida de análise crítica do texto completo, considerando a relevância metodológica e a aplicabilidade clínica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 FISIOPATOLOGIA**

A Doença Venosa Crônica (DVC) resulta, predominantemente, de alterações no retorno venoso eficaz, culminando em hipertensão venosa ambulatorial sustentada. Esse fenômeno decorre de um conjunto de mecanismos fisiopatológicos inter-relacionados, destacando-se: a incompetência valvar venosa, que permite refluxo retrógrado; a obstrução venosa, seja por eventos prévios, como trombose venosa profunda, ou por causas atuais; e a disfunção da bomba musculoesquelética da panturrilha, frequentemente associada ao sedentarismo, imobilidade ou alterações neuromusculares.

A persistência desses fatores promove aumento crônico da pressão hidrostática no sistema venoso, levando à distensão da parede vascular, disfunção endotelial e ativação de cascatas inflamatórias locais. Conseqüentemente, ocorre aumento da permeabilidade capilar, com extravasamento de plasma, proteínas e hemácias para o interstício, favorecendo a formação de edema e deposição de hemossiderina.

Além disso, há recrutamento de leucócitos, liberação de citocinas pró-inflamatórias e metaloproteinases, contribuindo para dano tecidual progressivo, hipóxia local e alterações na matriz extracelular. Esse processo culmina em remodelamento cutâneo e subcutâneo, caracterizado por hiperpigmentação, eczema venoso, fibrose (lipodermatoesclerose) e, em estágios avançados, ulcerações venosas crônicas.

Fatores agravantes, como obesidade, idade avançada, ortostatismo prolongado e predisposição genética, potencializam a disfunção venosa e aceleram a progressão da doença. Dessa forma, a compreensão integrada desses mecanismos é fundamental para direcionar estratégias terapêuticas eficazes, com foco na redução da hipertensão venosa, controle do processo inflamatório e prevenção de complicações.

### 3.2 FATORES DE RISCO

A Doença Venosa Crônica (DVC) está associada a múltiplos fatores de risco, que atuam de forma isolada ou sinérgica na gênese e progressão da insuficiência venosa. Entre os principais determinantes destacam-se a idade avançada, relacionada à degeneração estrutural da parede venosa e das válvulas; o sexo feminino, influenciado por fatores hormonais, especialmente estrogênio e progesterona, que afetam o tônus venoso; e a história familiar, refletindo predisposição genética para fragilidade da matriz extracelular e disfunção valvar.

A obesidade exerce papel relevante ao aumentar a pressão intra-abdominal e dificultar o retorno venoso, enquanto o sedentarismo compromete a eficiência da bomba musculoesquelética da panturrilha. Da mesma forma, a permanência prolongada em ortostatismo ou sedestação favorece estase venosa e elevação da pressão hidrostática nos membros inferiores. A gestação constitui fator de risco significativo devido à combinação de alterações hormonais, aumento do volume circulante e compressão mecânica das veias pélvicas pelo útero gravídico.

Adicionalmente, a história prévia de trombose venosa profunda (TVP) é um dos principais fatores predisponentes para DVC avançada, especialmente no contexto da síndrome pós-trombótica, caracterizada por dano valvar irreversível e hipertensão venosa crônica. Outros fatores relevantes incluem tabagismo, que contribui para disfunção endotelial, e condições ocupacionais que limitam a mobilidade.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação precoce desses fatores de risco é fundamental para implementação de medidas preventivas e modificações no estilo de vida, como incentivo à atividade física, controle do peso corporal e orientações posturais. Essa abordagem proativa contribui para

retardar a progressão da doença, reduzir a incidência de complicações e melhorar os desfechos clínicos a longo prazo.

### 3.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

A classificação CEAP (Clínica, Etiológica, Anatômica e Fisiopatológica) constitui o principal sistema de estratificação da Doença Venosa Crônica (DVC), permitindo padronização diagnóstica, avaliação de gravidade e orientação terapêutica. No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o componente clínico (C) é particularmente relevante, por sua aplicabilidade prática na avaliação inicial e no seguimento longitudinal dos pacientes.

A classificação clínica abrange os seguintes estágios evolutivos:

- **C0:** ausência de sinais clínicos visíveis ou palpáveis de doença venosa, podendo haver sintomas inespecíficos (como peso ou fadiga), o que caracteriza formas subclínicas.
- **C1:** presença de telangiectasias e/ou veias reticulares, geralmente de caráter estético, mas que podem estar associadas a sintomas leves.
- **C2:** varizes propriamente ditas, com dilatação venosa visível e tortuosidade, frequentemente associadas a refluxo valvar.
- **C3:** edema de membros inferiores, tipicamente vespertino, indicando comprometimento hemodinâmico mais significativo.
- **C4:** alterações cutâneas secundárias à hipertensão venosa crônica, subdivididas em C4a (hiperpigmentação e eczema venoso) e C4b (lipodermatoesclerose e atrofia branca), refletindo dano tecidual mais avançado.
- **C5:** presença de úlcera venosa cicatrizada, indicando doença prévia com resolução parcial, porém com alto risco de recidiva.
- **C6:** úlcera venosa ativa, geralmente localizada na região maleolar, associada a importante impacto funcional e risco de infecção.

Além da classificação clínica, a CEAP completa incorpora aspectos etiológicos (congenita, primária ou secundária), anatômicos (sistemas venosos superficial, profundo ou perfurante) e fisiopatológicos (refluxo, obstrução ou ambos), embora esses componentes sejam mais frequentemente utilizados em níveis secundário e terciário de atenção.

Na APS, a correta aplicação da classificação CEAP permite não apenas estratificar a gravidade da DVC, mas também orientar condutas, definir necessidade de encaminhamento especializado e monitorar a progressão da doença, contribuindo para um manejo mais eficiente e baseado em evidências.

### 3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Doença Venosa Crônica (DVC) apresenta um espectro clínico variável, com manifestações que refletem o grau de comprometimento hemodinâmico e inflamatório do sistema venoso. Entre os sintomas mais frequentes destacam-se a sensação de peso e fadiga em membros inferiores, tipicamente exacerbadas ao final do dia e após períodos prolongados em ortostatismo; dor de caráter inespecífico, geralmente descrita como desconforto, queimação ou sensação de pressão; e edema maleolar ou de perna, de predomínio vespertino e com melhora parcial ao repouso e à elevação dos membros.

Sintomas adicionais incluem prurido, parestesias e sensação de calor local, frequentemente associados a alterações cutâneas decorrentes da estase venosa crônica. A presença de varizes, caracterizadas por veias dilatadas, tortuosas e visíveis, constitui um achado clínico comum e pode estar acompanhada de sintomas ou evoluir de forma assintomática em fases iniciais.

Do ponto de vista fisiopatológico, tais manifestações decorrem da hipertensão venosa sustentada, que leva ao extravasamento de líquidos e macromoléculas para o interstício, promovendo edema, inflamação local e disfunção microcirculatória. Com a progressão da doença, observam-se alterações cutâneas mais evidentes, como hiperpigmentação (dermatite ocre) secundária à deposição de hemossiderina, eczema venoso e espessamento da pele e do tecido subcutâneo.

Em estágios avançados, destacam-se a lipodermatoesclerose, caracterizada por fibrose e endurecimento dos tecidos, e a formação de úlceras venosas, geralmente localizadas na região maleolar medial, de difícil cicatrização e com elevada taxa de recorrência. Essas lesões representam importante causa de morbidade, impacto na qualidade de vida e aumento dos custos em saúde, reforçando a necessidade de diagnóstico precoce e manejo adequado na Atenção Primária à Saúde.

### 3.5 DIAGNÓSTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O diagnóstico da Doença Venosa Crônica (DVC) é eminentemente clínico, fundamentado em anamnese criteriosa e exame físico detalhado, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), onde se busca identificação precoce e estratificação de risco.

#### 3.5.1 Anamnese

Deve ser abrangente e direcionada, contemplando: tempo de evolução e progressão dos sintomas; fatores desencadeantes ou de piora (como ortostatismo prolongado, calor e sedentarismo); alívio com elevação dos membros; presença de sintomas típicos (peso, dor, edema, prurido); história prévia de trombose venosa profunda ou superficial; episódios de úlceras venosas; comorbidades associadas (obesidade, insuficiência cardíaca, doenças osteoarticulares); uso de medicações hormonais; e impacto funcional na qualidade de vida e nas atividades laborais.

### 3.5.2 Exame físico

Deve ser realizado preferencialmente com o paciente em ortostatismo, permitindo melhor avaliação da circulação venosa. Inclui:

- Inspeção dos membros inferiores, observando presença de telangiectasias, veias reticulares, varizes, edema, assimetrias, alterações tróficas (hiperpigmentação, eczema, atrofia branca) e lesões ulceradas;
- Palpação, avaliando temperatura cutânea, sensibilidade dolorosa, consistência dos tecidos (identificando fibrose sugestiva de lipodermatoesclerose) e presença de cacifo no edema;
- Avaliação dos pulsos arteriais periféricos, etapa essencial para excluir doença arterial concomitante e orientar o uso seguro de terapia compressiva;
- Testes funcionais simples podem ser utilizados de forma complementar, embora tenham valor limitado frente aos métodos de imagem.

### 3.5.3 Exames complementares

Na APS, não são rotineiramente necessários em casos típicos. O ecodoppler venoso de membros inferiores é o exame de escolha quando indicado, permitindo avaliação anatômica e funcional do sistema venoso (refluxo e/ou obstrução). Suas principais indicações incluem: dúvida diagnóstica; suspeita de trombose venosa aguda ou síndrome pós-trombótica; planejamento de intervenções cirúrgicas ou endovasculares; e casos com evolução atípica ou refratários ao tratamento clínico.

Essa abordagem estruturada possibilita diagnóstico acurado, definição de gravidade e adequada condução terapêutica na APS.

## 3.6 MANEJO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 3.6.1 Medidas não farmacológicas

Constituem a base do manejo da Doença Venosa Crônica (DVC) e, apesar de sua eficácia, são frequentemente subutilizadas na prática clínica. Incluem a elevação periódica dos membros inferiores acima do nível cardíaco, com o objetivo de reduzir a hipertensão venosa; a prática regular de atividade física, especialmente caminhadas, que melhora a função da bomba musculoesquelética da panturrilha; o controle do peso corporal; e a orientação para evitar ortostatismo ou sedestação prolongados. O uso de meias de compressão graduada é uma das intervenções mais eficazes, promovendo melhora do retorno venoso e redução do edema.

Um ponto crítico é a avaliação prévia da circulação arterial periférica. A prescrição de terapia compressiva sem exclusão de doença arterial obstrutiva significativa — idealmente por meio da palpação

de pulsos e, quando necessário, índice tornozelo- braquial — pode resultar em isquemia, configurando falha relevante na condução clínica.

### **3.6.2 Terapia compressiva**

Representa o pilar terapêutico da DVC, especialmente nos estágios C2 a C6 da classificação CEAP. Deve ser individualizada quanto ao grau de compressão, extensão (meia até o joelho ou coxa) e adesão do paciente. Está formalmente contraindicada em casos de doença arterial periférica moderada a grave. Seu uso regular está associado à redução de sintomas, prevenção de progressão da doença e diminuição da recorrência de úlceras venosas.

### **3.6.3 Tratamento farmacológico**

Os agentes flebotônicos, como diosmina, hesperidina e extrato de castanha-da-índia, podem ser utilizados como adjuvantes para alívio sintomático, sobretudo em pacientes com dor, sensação de peso e edema. Entretanto, não há evidências robustas de que modifiquem a história natural da doença, sendo seu benefício frequentemente superestimado.

### **3.6.4 Manejo de complicações**

Na APS, é essencial reconhecer e iniciar a condução de complicações. Nas úlceras venosas, o tratamento inclui curativos apropriados, manutenção da terapia compressiva e manejo de infecção secundária quando presente. A suspeita de trombose venosa deve motivar encaminhamento imediato para confirmação diagnóstica e início de anticoagulação, evitando-se condutas empíricas sem suporte diagnóstico.

### **3.6.5 Educação em saúde**

Elemento central e frequentemente negligenciado, envolve orientar o paciente quanto ao caráter crônico e recorrente da DVC, reforçar a adesão às medidas compressivas e estimular mudanças sustentáveis no estilo de vida. A baixa adesão é uma das principais causas de insucesso terapêutico, frequentemente mais relevante do que a ausência de intervenções farmacológicas.

## **3.7 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

O encaminhamento para a atenção secundária ou para avaliação especializada em angiologia ou cirurgia vascular deve ser considerado diante de situações que extrapolam a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS) ou que demandam abordagem diagnóstica e terapêutica mais complexa.

Entre as principais indicações destacam-se as úlceras venosas de difícil cicatrização, especialmente aquelas com evolução prolongada, recorrentes ou associadas a sinais de infecção, as quais podem necessitar de terapias avançadas, desbridamento especializado ou intervenção cirúrgica. A suspeita de trombose venosa profunda (TVP) constitui condição potencialmente grave, devendo motivar encaminhamento imediato para confirmação diagnóstica por métodos de imagem e início oportuno de anticoagulação, reduzindo o risco de embolia pulmonar e síndrome pós-trombótica.

Pacientes com varizes sintomáticas refratárias ao manejo conservador, particularmente aqueles com dor persistente, edema significativo ou complicações associadas, devem ser avaliados quanto à indicação de tratamento intervencionista, como escleroterapia, ablação térmica endovenosa ou cirurgia convencional. Da mesma forma, a falha do tratamento clínico bem conduzido na APS — incluindo baixa resposta à terapia compressiva e medidas comportamentais — justifica investigação complementar para identificação de refluxo significativo, obstrução venosa ou outras condições associadas.

Outras situações que podem demandar encaminhamento incluem dúvidas diagnósticas, suspeita de etiologias secundárias (como síndrome pós-trombótica), presença de doença venosa avançada (CEAP C4 a C6) e necessidade de realização de exames como o ecodoppler venoso. A adequada referência e contrarreferência são fundamentais para garantir continuidade do cuidado e otimização dos desfechos clínicos.

### 3.8 DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diversos entraves práticos interferem diretamente na efetividade do manejo da Doença Venosa Crônica (DVC), especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser sistematicamente reconhecidos e abordados.

A baixa adesão ao uso de terapia compressiva é um dos principais desafios, frequentemente relacionada ao desconforto térmico, dificuldade de colocação, custo, estética e uso inadequado (tamanho ou grau de compressão incorretos). Sem adesão consistente, há perda significativa da eficácia terapêutica, sobretudo na redução do edema e na prevenção de complicações.

A subvalorização da DVC, tanto por profissionais quanto por pacientes, contribui para atraso diagnóstico e manejo inadequado. Trata-se de uma condição crônica com impacto funcional relevante, frequentemente negligenciada por não apresentar risco imediato à vida, mas associada a importante morbidade, absenteísmo e redução da qualidade de vida.

Outro problema recorrente é a prescrição excessiva de fármacos flebotônicos como estratégia isolada, em detrimento de uma abordagem multimodal. Essa conduta reflete, muitas vezes, uma tentativa de compensar a baixa adesão às medidas não farmacológicas, embora tais medicamentos tenham papel

limitado e não modifiquem a progressão da doença.

Adicionalmente, a dificuldade de acesso a exames complementares, como o ecodoppler venoso, pode retardar a confirmação diagnóstica em casos atípicos, a identificação de refluxo significativo ou obstrução, e o adequado encaminhamento para tratamento especializado.

Outros fatores incluem limitações estruturais da rede de saúde, falhas na educação em saúde e ausência de seguimento longitudinal adequado. A não abordagem desses aspectos compromete a efetividade de qualquer estratégia terapêutica, evidenciando que o manejo da DVC exige não apenas conhecimento técnico, mas também enfrentamento de barreiras operacionais e comportamentais.

#### 4 CONCLUSÃO

A Doença Venosa Crônica (DVC) configura-se como uma enfermidade de elevada prevalência na população adulta, particularmente em indivíduos com fatores de risco como idade avançada, sexo feminino, obesidade, sedentarismo e histórico familiar. Trata-se de uma condição progressiva, associada à hipertensão venosa sustentada, disfunção valvar e alterações microcirculatórias, que culminam em manifestações clínicas variáveis, desde telangiectasias e varizes até edema, alterações tróficas cutâneas e úlceras venosas.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o manejo adequado da DVC assume papel estratégico na prevenção da progressão da doença, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A abordagem deve ser sistematizada e longitudinal, com ênfase inicial em medidas não farmacológicas, incluindo incentivo à deambulação regular, elevação dos membros inferiores, controle ponderal e modificação de fatores de risco. A terapia compressiva, especialmente por meio de meias elásticas graduadas, constitui o pilar do tratamento, promovendo melhora do retorno venoso, redução do edema e alívio sintomático.

Adicionalmente, a educação em saúde deve ser considerada componente essencial da intervenção, visando aumentar a adesão terapêutica e promover o autocuidado. É fundamental orientar o paciente quanto à natureza crônica da doença, à importância do uso contínuo da compressão e à necessidade de acompanhamento regular.

A prescrição farmacológica, frequentemente baseada em flebotônicos, deve ser utilizada de forma criteriosa e adjuvante, uma vez que apresenta benefício limitado quando empregada isoladamente. A supervalorização de intervenções medicamentosas em detrimento de medidas estruturais e comportamentais representa uma falha recorrente na prática clínica.

Por fim, destaca-se que a atuação crítica e baseada em evidências do profissional de saúde é imprescindível para evitar condutas reducionistas e ineficazes. A estratificação de risco, a identificação precoce de sinais de gravidade (como dermatite ocre, lipodermatoesclerose e úlceras ativas) e o encaminhamento oportuno para níveis secundário ou terciário de atenção são determinantes para o sucesso terapêutico e para a redução do

ônus individual e coletivo associado à Doença Venosa Crônica.

## REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, Bruna et al. Tratamento de doenças venosas crônicas com o uso de meias compressivas: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde - RSF*, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.59370/rsf.v10i01.63>. Acesso em: 31 mar. 2026.
2. LEAL, Flávia de Jesus et al. Tratamento fisioterapêutico vascular para a doença venosa crônica: artigo de revisão. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 15, n. 1, p. 34–43, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.003215>. Acesso em: 31 mar. 2026.
3. FRANÇA, Flávia Rodrigues de. A importância da abordagem integral na Atenção Primária à Saúde para cicatrização de úlcera venosa crônica. *Revista de APS*, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33901>. Acesso em: 31 mar. 2026.
4. COIMBRA, Fernanda Ribeiro. O tratamento de úlceras venosas na Atenção Primária: a utilização de tecnologias para o cuidado de enfermagem. 2012. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
5. SILVA, Laís Sousa et al. Prevenção e manejo das lesões cutâneas crônicas em idosos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br>. Acesso em: 31 mar. 2026.
6. GOMES, Ana Flávia et al. Dor crônica na atenção primária: abordagem e manejo. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 24, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e16602.2024>. Acesso em: 31 mar. 2026.
7. ASSUNÇÃO, I. K. F. C. et al. Protocol validation for people with venous ulcers: a quantitative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 2, p. 226–235, 2016.
8. HARDING, Keith. Challenging passivity in venous leg ulcer care: the ABC model of management. *International Wound Journal*, v. 13, n. 6, p. 1378–1384, 2016.
9. JEMEC, Gregor B. E. et al. Cost-effective use of silver dressings for the treatment of hard-to-heal chronic venous leg ulcers. *PLoS ONE*, v. 9, n. 6, e100582, 2014.
10. ŽULEC, M. et al. “Wounds home alone”: why and how venous leg ulcer patients self-treat their ulcer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 559, 2019.