

REGINA QUEIROZ GONÇALVES

**PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA REDE  
PRIMÁRIA DE SAÚDE**

CAMPO GRANDE/MS  
2015

REGINA QUEIROZ GONÇALVES

**PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA REDE  
PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Linha de Pesquisa: Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos socioculturais ecoambientais, epidemiológicos e clínicos

Orientador: Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira

Co-Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Renilda Rosa Dias

CAMPO GRANDE/MS  
2015

REGINA QUEIROZ GONÇALVES

**PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA REDE  
PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Resultado \_\_\_\_\_

Campo Grande (MS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (Presidente)  
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jomara Brandini Gomes (Membro)  
Instituição: Curso de Enfermagem/CPTL (UFMS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula de Assis Sales da Silva (Membro)  
Instituição: Curso de Enfermagem/CCBS (UFMS)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Pelegrini dos Santos Pereira (Suplente)  
Instituição: FAMERP/SJRP

## *DEDICATÓRIA*

*Ao Mestre dos Mestres, Doutor dos Doutores e Juíz dos Juízes, à perfeição espiritual que rege o Universo: JESUS CRISTO! Obrigada Senhor por me amar incondicionalmente e facilitar minha caminhada até aqui colocando, no meu caminho pessoas especiais que ajudaram como minha amada família e amigos verdadeiros.*

*Este estudo não teria findado se não fosse o consolo, o carinho, a compreensão e amor de dois seres carnaís que me deram a vida: meus pais. Estas pessoas são exemplos de virtuosidade e de garra, pois com vossas fé inabaláveis me reerguiam sempre que eu começava a fraquejar com orações e palavras sábias.*

## *AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*Ao meu amigo, Mestre e Orientador Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Adriano Menis Ferreira, que sempre, por mais que eu encontrasse obstáculos, este exemplo de profissional me apoiava e com todo o carinho indicava a solução.*

*Quem diria que há nove anos, quando nos conhecemos, eu, recém-formada em Fisioterapia, minha primeira graduação, faríamos uma amizade que perdurasse por muitos anos? Espero que o laço fraternal que nos une permanece cada vez mais forte.*

*Muito obrigada Prof<sup>o</sup> Adriano por ter ajudado a realizar este sonho. Quando crescer; quero ser a metade de você!*

*Ao meu irmão, Regis Queiroz Gonçalves, por ter usado alguns dias de suas férias fazendo minha estatística com tanta paciência e, posteriormente, realizado alterações pertinentes à qualificação, mesmo cursando outra Graduação, além da Docência.*

*Sinta-se abraçado e saiba que você tem parte deste trabalho.*

## *AGRADECIMENTOS*

*Ao Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira, pela dedicação, amizade prestímosa e carinho. Beijo no teu coração.*

*Ao meu amigo e também ex Professor da UFMS/Campus de Três Lagoas, Marcelo Alessandro Rigotti, por participar no início da pesquisa, abrindo portas e humildemente, auxiliando na aplicação do instrumento de coleta de dados. Sinta-se abraçado Marcelo.*

*Aos inseparáveis e inesquecíveis parceiros de caminhada: Joselaine Smaka, Kelly Apple e Willian Albuquerque de Almeida.*

*À Profa. Renilda Rosa Dias pela colaboração como minha Co-Orientadora.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (PPGSD), pela contribuição em minha formação, bem como aos queridos Docentes.*

*À Vera Nascimento da Silva e Áurea Gobi, respectivamente secretária e auxiliar do PPGSD, pela atenção e dedicação.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por auxiliar aos meus estudos e pesquisa, com a bolsa de Mestrado.*

*Às Enfermeiras e equipe das Unidades de Saúde pelo acolhimento.*

*Pais amados:*

*“Eu tenho tanto pra lhe falar  
Mas com palavras não sei dizer  
Como é grande o meu amor por você”.*

*(Roberto Carlos, 1967)*

## RESUMO

GONÇALVES, R.Q. **Prevalência de feridas em pacientes atendidos em uma rede primária de saúde.** 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

Movimentos demográficos e epidemiológicos sinalizam um aumento das condições crônicas. Estas levam as pessoas a um desgaste constante e à incapacidade. A população mais afetada pelas feridas crônicas/complexas são os idosos. Independentemente de sua etiologia, estas lesões causam problemas como dor permanente, sofrimento, incapacidade, perda de autoestima, isolamento social, gastos e necessidade de atendimento especializado. No contexto ambulatorial, o Brasil parece com a escassez de estudos epidemiológicos que abordam as feridas, havendo carência marcante na região Centro-Oeste. A pesquisa é transversal, quantitativa, de cunho descritivo, que identificou os fatores sociodemográficos e clínicos, com o objetivo principal de verificar a prevalência de feridas crônicas/complexas em pacientes atendidos na Rede Primária de Saúde de Três Lagoas/MS, com uma amostra de 53 pacientes. Os resultados identificaram que a idade média foi de 62,17 anos; discreta predominância do sexo feminino com 52,83%; as raças não branca representaram 56,60% dos entrevistados, com rendas iguais ou inferiores a um salário mínimo por pessoas; 94,33% encontravam-se inativos profissionalmente e 60,3% vivem sem companheiro. A hipertensão e a insuficiência venosa foram as doenças mais encontradas. Houve o predomínio de lesão única, com localização no membro inferior direito e com área de extensão <50cm<sup>2</sup>.

**Palavras-chave:** Prevalência. Feridas. Pacientes. Rede Primária de Saúde.



## ABSTRACT

GONÇALVES, R.Q. **Prevalence of wounds in patients treated in a primary health network.** 83f. Dissertation (Master in Health and Development in the Midwest Region) - Faculty of Medicine Dr. Hélio Mandetta, Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

Demographic and epidemiological movements indicate an increase in chronic conditions. These lead people to a constant wear and inability. The population most affected by the chronic / complex wounds are the elderly. Regardless of etiology, these injuries cause permanent problems as pain, suffering, disability, loss of self-esteem, social isolation, cost and requires specialized care. In the outpatient setting, Brazil suffers from a lack of epidemiological studies on the wounds, with remarkable grace in the Midwest region. The research is cross-sectional, quantitative, descriptive paper, which identified the sociodemographic and clinical factors, with the main objective to determine the prevalence of chronic / complex wounds in patients seen in Primary Health Network Três Lagoas / MS, with a sample of 53 patients. The results showed that the mean age was 62,17 years; slight predominance of females with 52,83%; the non-white races accounted for 56,60% of respondents with incomes equal to or less than the minimum wage for people; 94.33% were professionally inactive and 60,30% live without a partner. The hypertension and venous insufficiency were the most frequent diseases. There was a predominance of single lesion with location in the right leg and extension area <50cm<sup>2</sup>.

**Keywords:** Prevalence. Wounds. Patients. Primary Health Network.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Distribuição dos pacientes com feridas (n=53), de acordo com sua procedência. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	34
<b>Tabela 2-</b> Distribuição dos pacientes com feridas (n=53), segundo sua etiologia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	34
<b>Tabela 3-</b> Variáveis socioeconômicas e demográficas, de acordo com as etiologias das lesões.Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	35
<b>Tabela 4-</b> Local da ferida e quantidade de lesões segundo a etiologia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	36
<b>Tabela 5-</b> Distribuição dos pacientes com feridas, segundo a etiologia em relação à sua caracterização. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	37
<b>Tabela 6-</b> Distribuição dos pacientes com ferida, em relação à experiência como o tratamento, segundo o tipo de ferida. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	38
<b>Tabela 7-</b> Distribuição das variáveis categóricas das doenças, segundo as etiologias das lesões. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.....	39
<b>Tabela 8-</b> Variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, segundo características das feridas. Três Lagoas (MS),Brasil, 2014.....	41

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Distribuição de pacientes com feridas (n=53), segundo o profissional que treinou para realização do curativo no domicílio. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 39
- Figura 2-** Distribuição das comorbidades dos entrevistados, atendidos na rede primária. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 40
- Figura 3-** Úlcera venosa em MID, apresentando esfacelos, tecido necrosado e granulação descorada. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 42
- Figura 4-** Úlcera venosa em MID, apresentando borda edemaciada, granulação friável e exsudato. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 43
- Figura 5-** Pé diabético em MIE, com borda macerada, amputação de quatro dedos, edema em tecido adjacente e túnel para tecidos moles. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 44
- Figura 6-** Úlcera por pressão em região sacral, evidenciando tendão, granulação friável e exsudato. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015..... 45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD- Atividades da Vida Diária  
CAPS II- Centro de Apoio Psicossocial II  
CAPS AD- Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Droga  
CCD- Clínica de Cirurgia e Diagnóstico  
CEM- Centro de Especialidade Médica  
DM- Diabetes *Mellitus*  
DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF- Estratégia de Saúde da Família  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IWGDF- *International Working Group of the Diabetic Foot*,  
MID- Membro Inferior Direito  
MIE- Membro Inferior Esquerdo  
MMII- Membros Inferiores  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
TCLC- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UPA- Unidade de Pronto Atendimento  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UPP- Úlcera por pressão  
UV- Úlcera Venosa

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1 Feridas complexas.....	17
2.2 Perfil dos pacientes com feridas.....	19
<b>2.2.1 Úlcera de membros inferiores ou úlcera de perna.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2 Pé diabético.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.3 Úlcera por pressão (UPP).....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.4 Úlceras neoplásicas.....</b>	<b>23</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivo Específico.....	25
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
4.1 Delineamento e local do estudo.....	26
4.2 Característica do local do estudo.....	26
4.3 População e amostra.....	28
4.4 Critérios de inclusão.....	28
4.5 Critérios de exclusão.....	28
4.6 Variáveis de interesse.....	28
<b>4.6.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas.....</b>	<b>28</b>
4.7 Hábitos pessoais.....	29
4.8 Medicamentos em uso atualmente.....	29
4.9 Antecedentes pessoais (doenças).....	29
4.10 Dados referentes à ferida.....	29
4.11 Operacionalização da entrevista e instrumento para coleta de dados...	30
4.12 Caracterizações da ferida.....	30
<b>4.12.1 Definição das variáveis do estudo e procedimentos de</b>	
<b>avaliação.....</b>	<b>31</b>
4.12.1.1 Tempo da lesão.....	31
4.12.1.2 Quantidade de lesões.....	31
4.12.1.3 Localização da lesão.....	31
4.12.1.4 Planimetria das lesões e registro de imagens.....	32

4.12.1.5 Etiologia da ferida.....	32
4.13 Procedimentos éticos da pesquisa.....	32
4.14 Análise estatística.....	32
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Caracterizações dos pacientes.....	34
5.2 Caracterização e variáveis relacionadas às feridas.....	36
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
6.1 Caracterizações dos pacientes.....	46
6.2 Caracterização e variáveis relacionadas às feridas.....	51
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>57</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Movimentos demográficos e epidemiológicos sinalizam um aumento das condições crônicas, gerando aumento elevado dos custos em forma de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas, tornando-se um dos maiores desafios da saúde no século (OMS, 2002).

O processo de envelhecimento em países desenvolvidos vem acontecendo de forma gradativa, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, moradia, saneamento básico, empregos e alimentação. No Brasil acontece de forma rápida em um contexto de desigualdade social, com precário acesso aos serviços de saúde, sem a estruturação necessária que responda às demandas do novo grupo etário emergente (PALLONI; PELÁEZ, 2003; CHAIMOWICZ, 2010).

As doenças crônicas levam as pessoas a um desgaste constante, sendo de caráter permanente e/ou recidivante, apresentando longa duração, incapacidade, subordinando ao uso contínuo de medicamentos, além do fato de quase sempre ser incurável, irreversível e degenerativa (MARCON et al., 2005).

As doenças crônicas representam, atualmente, 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo e estima-se que para o ano 2020 os problemas crônicos representem 80% das doenças dos países. O agravante é o fato de que apenas 20% da população tem adesão ao tratamento. Contudo, em todo o mundo, não existe um plano de gerenciamento das condições crônicas, apenas um tratamento de sintomas (OMS, 2003).

A pele é o maior órgão do corpo e forma uma barreira entre órgãos internos e ambiente externo, participa ainda de várias funções corporais vitais. É composta por três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo (SMELTZER; BARE, 2011). Está sujeita a sofrer agressões decorrentes de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos que poderão causar alterações em sua constituição, como por exemplo, as feridas cutâneas (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Ferida “é uma palavra de origem latina: *ferire*, a qual indica solução de continuidade de qualquer tecido mole, produzida por traumatismo direto, com ou sem perda de substância”. Ferida é “qualquer lesão que leve à solução de continuidade da pele” (DEALEY, 2008).

As feridas podem ser caracterizadas como crônicas caso sua origem torne o processo de cicatrização muito lento, e quando estão associadas a processos anormais como a insuficiência vascular, isquemia local, necrose e contaminação bacteriana. Tais fatores são capazes de aumentar a fase inflamatória e constante migração de macrófagos e neutrófilos para o leito da ferida (COELHO, 2006).

A população mais afetada pelas feridas crônicas/complexas são os idosos, sendo maior faixa etária de 65 a 70 anos, atingindo mais as mulheres na proporção de 3:1, que manifestam, além da ferida, redução das atividades diárias somadas às condições das doenças crônico-degenerativas. Dessa maneira são necessários estrutura emocional e mecanismos para enfrentamento dessa situação (OHNISHI et al., 2001; SALOMÉ; BLANDES; FERREIRA, 2012).

Independentemente de sua causa, ao lesionarem gravemente a pele e tecidos subjacentes, causam problemas como dor permanente, sofrimento, incapacidade, perda de autoestima, isolamento social, gastos, afastamento do trabalho, alterações psicossociais de seus portadores e grupo familiar, necessitando de um atendimento especializado (NUNES, 2006; ABREU; RENAUD; OLIVEIRA, 2013).

No Brasil, as feridas correspondem a um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, independente de sexo, idade ou etnia, constituindo um grave problema de saúde pública, porém, os registros desses atendimentos são escassos, bem como estudos sobre o impacto econômico. As equipes multiprofissionais devem estar preparadas para atender as necessidades biopsicossociais e propiciar uma assistência global para melhores condições de vida (BRASIL, 2002).

O perfil da população brasileira passou por mudanças referentes ao aumento da expectativa de vida, o que acarreta, por exemplo, com que a incidência e a prevalência de lesões cutâneas tenham um aumento expressivo (SILVA JUNIOR, 2006).

De acordo com Declair e Pinheiro (1998), as feridas detêm um enorme destaque nas publicações de enfermagem, todavia, o mesmo não ocorre nas publicações médicas. Esse fato nos remete a refletir que essa atividade vem sendo atribuído ao enfermeiro, que deve avaliar a ferida, prescrever o tratamento e, ainda, supervisionar a equipe de enfermagem no manejo de curativos (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; MACIEL, 2008).



Um estudo sobre manejo clínico de úlceras venosas com base na visão do usuário, na Atenção Primária à Saúde, teve como uma das conclusões a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de saúde que realizavam o manejo, de modo a sensibilizar a gestão dos serviços de saúde para que assim o fizesse, de forma a aproximar a prática às evidências científicas (SILVA et al., 2012).

No contexto ambulatorial, o Brasil parece com a escassez de estudos epidemiológicos que abordam as feridas (MARTINS; SOUZA, 2007; MARTINS, 2008) e tampouco nos centros de referência há deficiência de estudo sistematizado sobre as feridas (ERENO, 2007). Vale ressaltar a carência de trabalhos com a temática na região Centro-Oeste e, em contrapartida, a maior concentração das pesquisas no estado de São Paulo (BRITO et al., 2013).

Partindo desta premissa, tanto os dados sociodemográficos quanto os clínicos encontrados podem contribuir ao direcionar as ações na consulta de enfermagem, bem como dos demais profissionais de saúde, pois poderiam proporcionar a assistência individualizada a cada paciente e, a equipe multiprofissional faria a caracterização da clientela atendida, planejando estratégias tanto para o tratamento como para formas de prevenção e educação.

Portanto, foi pertinente o desenvolvimento desta pesquisa sobre as feridas crônicas/complexas na rede primária de saúde em Três Lagoas/MS. A caracterização sociodemográfica, da ferida e as variáveis relacionadas a esta, pode demonstrar as falhas e fragilidades do serviço de saúde às pessoas com feridas. Desta forma, espera-se que este estudo possa contribuir para a estruturação de uma Comissão de Tratamento de Pacientes com Feridas e posterior formulação de um Protocolo de Cuidados.

Ainda, espera-se que os resultados do estudo possam ser usados nos serviços de capacitação, educação permanente, visando qualificar e atualizar os profissionais.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Feridas complexas

A pele é o maior órgão do corpo humano, indispensável na manutenção da homeostasia do organismo. Ela é o reflexo das condições físicas e psicológicas, idade, diferenças étnicas e culturais. Tendo como função proteção, termorregulação, excreção de água e eletrólitos e percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal. É dividida em epiderme e derme. Como qualquer outro órgão, está sujeita a agressões oriundas de fatores intrínsecos e extrínsecos, em situações múltiplas que o ser humano está exposto durante toda sua vida, e que podem levar a incapacidade funcional (PERUZZO et al., 2005).

A classificação da ferida permite que o enfermeiro planeje as estratégias de tratamento, acompanhe a evolução e prediga resultados, facilitando a comunicação com a equipe envolvida no cuidado (POLETTI, 2000; FERREIRA; SANTOS; SAMPAIO, 2004).

Existem vários sistemas de classificação de feridas como, por exemplo, a classificação considerando a etiologia, evolução, mecanismo de lesão, graus de perda tecidual e nível de contaminação (PEREIRA, 2006; FARIA, 2010).

Um termo utilizado por muitos autores é o de “feridas complexas”, sejam agudas ou crônicas, que se refere ao grupo de feridas que necessitam de um tratamento mais abrangente, do que o comumente utilizado, devido a sua difícil cicatrização (FERREIRA et al., 2006).

Caracterizam-se como feridas complexas aquelas em que o processo de cicatrização falhou por não produzir a integridade anatômica e funcional durante um período de três meses (WERDIN et al., 2009).

As feridas crônicas diferem entre si no tamanho e etiologia, sendo que algumas se curam em meses, enquanto outras nunca cicatrizam. Existem doentes que possuem tais lesões durante décadas, e estima-se que 35% das feridas não irão cicatrizar em cinco anos (ALVAREZ, KALINSKI; NUSBAUM, 2007). Neste contexto, são observadas as chamadas feridas crônicas ou complexas denominadas, úlcera por pressão, pé diabético, úlceras venosas crônicas, entre outras feridas crônicas e de difícil tratamento (FERREIRA et al., 2006).

Conviver com a pessoa com feridas crônica e compreender o seu sofrimento físico e psicológico faz pensar que esta condição traz uma série de mudanças na vida, não apenas do portador de feridas, mas também de sua família, que na maioria das vezes, não tem um preparo pra entender todos os aspectos que envolvem o assunto (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008).

No cotidiano das pessoas com feridas crônicas existe sofrimento, ocorre sempre devido a dúvidas, angústias em relação ao tratamento, e principalmente, a ansiedade em ver a evolução da ferida para uma melhora. Nesta perspectiva, para essas pessoas uma ferida não é necessariamente uma lesão física, mas algo que gera dor sem precisar de estímulo sensorial, um estigma, uma perda irreparável, ou algo além de uma doença sem cura. Fragilizando e, na maioria das vezes, incapacitando o ser humano para as mais variadas atividades, em especial as laborais (LUCAS; MARTINS; ROBAZZI, 2008).

Os indivíduos com ferida crônica levam consigo- além de uma doença visível, marcada na pele, ou na diminuição da integridade cutânea - uma angústia que pesa na alma, um sofrimento psicológico resultante da perda da qualidade de vida e do bem-estar no meio em que se vive. Um dos principais problemas destacados é que as feridas crônicas podem persistir por muitos anos e, por isso, acarretam no indivíduo um dano importante na autoestima em decorrência das incapacidades que ela ocasiona tais como a dor, deficiência na qualidade do sono, incapacidade no trabalho, vergonha e constrangimento social propiciando desenvolver problemas emocionais, colocando em risco sua saúde mental (WAIDMAN et al., 2011).

As pessoas que apresentam algum tipo de ferida podem isolar-se e isso ocorre quando o paciente é movido pelo medo de sofrer em decorrência de estar com uma lesão de pele, de dor, de odor e de exsudato (SALOMÉ; BLANDES; FERREIRA, 2012).

A elevação da incidência de feridas crônicas na população brasileira é uma realidade conhecida pelos profissionais de saúde e tem propiciado diversas discussões sobre o assunto, devido esse tipo de lesão ser frequente mundialmente, além de ter o caráter de reaparecimento e apresentar morbidade significativa (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011).

## 2.2 Perfil dos pacientes com feridas

No Brasil, os dados estatísticos e bibliográficos sobre a prevalência dos principais tipos de lesões, particularmente as cutâneas, são escassos, porém constituem um sério problema de saúde pública. As feridas acometem a população, sendo uma das principais alterações da integridade cutânea (BRASIL, 2002; PERUZZO et al., 2005; MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

As feridas determinam um alto índice de pessoas com alterações cutâneas, independente de sexo, idade ou etnia, constituindo um grave problema de saúde pública. Ainda assim, fica claro que o surgimento de feridas onera um enorme gasto público e ainda interfere na qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

O alto valor operacional no tratamento das feridas, por um longo período gera repercussões socioeconômicas tanto para o cliente quanto para os serviços de saúde e previdência (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006).

Assim, destaca-se o enfermeiro, que em muitos momentos se sobrepõe a outros profissionais da equipe, por ser ele o que maior contato tem com os pacientes. Nesse contexto, o enfermeiro, deve possuir autonomia e liberdade para traçar planos de cuidados para o tratamento de feridas, seguido pelo cuidado ao paciente, com objetivos de cicatrização, prevenção de complicações, autocuidado e reabilitação (CÂNDIDO, 2001).

O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem direcionada ao paciente com lesões de pele, realiza além das técnicas de curativo, o levantamento de dados pessoais e clínicos, caracterizando essa população, bem como o direcionamento dos cuidados para os tipos de lesão encontrados e orientações para o autocuidado (OLIVEIRA; LIMA; ARAÚJO, 2008).

Os profissionais de saúde, no decorrer dos atendimentos nas salas de curativo a pacientes com feridas agudas ou crônicas, podem observar a inexistência de atendimento integral para estes usuários. Os curativos são realizados pela equipe de enfermagem, em sua maioria, pelos técnicos de enfermagem, sendo que não há continuidade do tratamento, tampouco a presença de equipe multiprofissional. Quando o curativo é realizado na residência do paciente, este fica à mercê da sorte para que receba treinamento e ainda, que o enfermeiro faça visita domiciliar, a fim de reavaliar a ferida e orientá-lo no que for necessário (RAMOS, 2014).

As ações de políticas de saúde pública, no Brasil, compreendem o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos ramos norteiam-se pela promoção, prevenção e

recuperação da saúde (BRASIL, 2006). Neste contexto, os municípios pactuam as ações com cada estado, mas de modo geral, é o responsável pela atenção primária.

A elevada prevalência deste tipo de ferida em indivíduos que são usuários de instituições de saúde geram grandes gastos, piora da qualidade de vida desses pacientes e da sua família, aumentando o tempo de internação e, conseqüentemente a morbimortalidade (LOURO; FERREIRA; POVOA, 2007; MORO et al., 2007).

Estatística norte-americana evidencia uma prevalência de feridas em torno de 14% na população mundial. Outros estudos apontaram índices mais significantes, chegando a 22,8% (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

### **2.2.1 Úlceras de membros inferiores ou úlceras de perna**

As feridas crônicas em Membros Inferiores (MMII) vêm aumentando em sua incidência, afetando o estilo de vida dos pacientes acometidos, gerando sofrimento, aumentos nos custos do tratamento e piora na qualidade de vida (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012).

As lesões crônicas em membros inferiores afetam até 5% da população adulta em países ocidentais, gerando impacto socioeconômico significativo. Sendo etiologicamente associada a diversos fatores, como doença venosa crônica, arterial periférica, neuropatias, hipertensão arterial, traumas, doença falciforme, infecções cutâneas, doenças inflamatórias, neoplasias e distúrbios nutricionais (REICHENBERG; DAVIS, 2005).

Úlceras de perna são caracterizadas como síndrome pela perda circunscrita ou irregular da pele, acometendo estruturas mais profundas dos membros inferiores, abaixo da região patelar, por isso o nome “úlceras de perna” (DEALEY, 2008; MAFFEI et al., 2008; SILVA, 2009).

As Úlceras Venosas (UV) são originadas a partir de uma estase venosa que ocorre em situações de insuficiência valvular crônicas no sistema venoso superficial. Esta é uma acumulação de sangue que passa através do sistema de perfusão, resultando na estase, extravasamento, edema e endurecimento da pele, causando sensibilidade a qualquer trauma, com o conseqüente risco de ulceração (HERRANZ, 2011), e situa-se frequentemente no terço médio distal da perna, principalmente nos

maléolos mediais, com maior incidência sobre as proeminências ósseas. Geralmente é superficial, com formato irregular, podendo ser múltipla (CÂNDIDO, 2001).

As UV são mais prevalentes nos idosos, com idade superior a 65 anos, principalmente as mulheres, as quais manifestam além da ferida, redução das atividades diárias e doenças crônico-degenerativas assim, são necessários estrutura emocional e mecanismos para enfrentamento dessa situação (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2012).

O terço inferior dos MMII é o local mais acometido pelas úlceras venosas. Ela é a principal causa das úlceras de perna, por estar associada à insuficiência venosa crônica. O tratamento está focado na cicatrização da lesão e em evitar recidivas (CARMO et al., 2007).

A prevalência dessas é alta, e por vezes, bastante diferente, comparado aos dados fornecidos por outros estudos, visto que, muitos estudos não analisaram todas as características da doença, cruzando variáveis, grupos de risco, idade, entre outros (HERRANZ, 2011).

### **2.2.2 Pé diabético**

O pé diabético, uma consequência da complicação crônica do Diabetes *Mellitus* (DM), é considerado uma "alteração clínica de etiologia neuropática induzida e mantida pela hiperglicemia, que podem coexistir isquemia prévia e gatilho traumático aparecendo lesão ou ulceração" (GALLARDO; RUANO; PIÑERO, 2004).

O paciente portador de DM pode ter uma lesão em seus pés, devido à perda de sensibilidade das extremidades, em decorrência de neuropatia periférica e debilidade motora, potencializadas pela diminuição de vascularização local e baixa imunidade. O pé diabético é uma das complicações da DM, com uma prevalência e custos elevados (MELO et al., 2011).

O Consenso Internacional do Pé Diabético do ano de 2007, editado pelo Grupo Internacional do Pé Diabético (*International Working Group of the Diabetic Foot*, IWGDF) define o pé diabético como "úlceras, infecção ou destruição de tecidos profundos associados a neuropatia e / ou doença arterial periférica nas extremidades inferiores de pessoas com diabetes", apontando que a doença alcança o ponto de prevalência entre 1,5% e 10%, o que corresponde a uma incidência de 2,2 % e 5,9%. Estes dados refletem que a cada ano cerca de quatro milhões de

diabéticos irão desenvolver uma úlcera na região podálica (INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT, 2007).

A prevalência das alterações do pé no paciente com DM está em torno de 10% atingindo frequentemente a população em 45 a 65 anos (REAL et al., 2001). O importante não é somente saber sua prevalência, mas ter o conhecimento que 7% a 20% dos pacientes viverão com a condição de amputação podálica. O pé diabético constitui mais de 80% dos casos de úlceras de membros inferiores e é o precursor das amputações em diabéticos, possuindo uma taxa de amputação 17 a 40 vezes maior em pacientes diabéticos do que em não diabéticos (CASTRO et al., 2009).

Países industrializados indicam em seus relatórios estatísticos que 80% do total das amputações são realizados em pacientes diabéticos. Nos Estados Unidos, 54000 amputações de MMII são realizadas em pacientes diabéticos, resultante de úlceras nos pés, destes 40% são submetidos a uma nova amputação em menos de cinco anos, 20% destes pacientes são hospitalizados decorrente das complicações das úlceras, ocupando até 50% dos leitos em um determinado período, gerando custos elevados e implicações familiares e sociais decorrentes desta complicação (APELQVIST et al., 2008; PINILLA; FONSECA, 2000).

### **2.2.3 Úlcera por pressão (UPP)**

A úlcera por pressão pode ser definida por uma lesão de pele causada por diminuição/interrupção sanguínea de uma área, pela pressão por um período prolongado, gerando dor intensa, podendo causar restrição de movimento e de Atividades da Vida Diária (AVD). Possui uma incidência que varia de 13,3% em pacientes nos hospitais a 39,4% nos locais de cuidados de longa permanência (DICCINI; CAMADURO; LIDA, 2009; GORECKI et al., 2009; SOUZA; BORGES; JULIANO, 2013).

Para seu desenvolvimento, há a dependência de fatores intrínsecos e extrínsecos como: fricção, cisalhamento, umidade, redução e/ou perda sensibilidade e diminuição da mobilidade e força muscular (FREITAS et al., 2011).

Estimando a prevalência da ocorrência das UPP em idosos, será possível traçar o perfil da clientela e elaborar estratégias de apoio à elaboração de protocolos para melhoria da assistência prestada a estes pacientes (FREITAS; et al., 2011).

Uma pesquisa caracterizou pacientes senis com as doenças as quais predispõem o desenvolvimento das UPP, como o Alzheimer. Por serem acamados, possuíam as UPP localizadas nas regiões: sacral, trocantérica e de calcâneos, identificando uma prevalência de 31,4%, além do risco moderado para seu desenvolvimento, de acordo com a Escala de Braden (COELHO et al., 2012).

Com o avançar da idade, vão ocorrendo as alterações funcionais, causando dependência para realizar as AVDs. Esse dado fica evidente, pois um estudo realizado em São Paulo, em 2002, identificou um aumento progressivo do risco para o desenvolvimento de dependência moderada/grave em até 36 vezes entre idosos acima de 80 anos (ROSA et al., 2003).

Juntamente com estas alterações, um estudo realizado na Itália em 2007 com pacientes de atendimento domiciliar, destacou a carência nutricional, a incontinência urinária e fecal, além de mobilidade como fatores associados diretamente as UPP, tendo uma prevalência de 18% nesta população (LANDI et al., 2007).

No Brasil, a prevalência das UPP em internação domiciliar, mostra resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos. Em um estudo realizado em São Paulo, em 2010, 19,1% dos pacientes atendidos nesse serviço apresentavam esse tipo de lesão (CALIRI; CHAYMITI, 2010).

#### **2.2.4 Úlceras neoplásicas**

São as úlceras neoplásicas, originadas decorrentes de uma proliferação celular desordenada, em que ocorre frequentemente, a ruptura cutânea e a infiltração de células malignas nas estruturas cutâneas, originando as feridas neoplásicas. No Brasil, estas lesões são minimamente estudadas (BRASIL, 2009).

Pode ocorrer alteração neoplásica no leito das feridas crônicas, como carcinomas espinocelulares e carcinomas basocelulares. As úlceras de Marjolin, que são carcinomas espinocelulares sobre as úlceras venosas, geralmente se apresentam com bordas elevadas, com produção excessiva de exsudato e tecidos necróticos (BALDURSSON; SIGURGEIRSSON; LINDELOF, 1995). Estas apresentam uma incidência em cicatrizes de queimaduras variando de 2% a 3,4%, conforme as diferentes populações pesquisadas e etiologias (AMES; HICKEY, 1980).



Estimou-se aproximadamente 520.000 casos novos de câncer para os anos de 2012 e 2013. Cerca de 5% a 10% das pessoas com câncer, irão desenvolver feridas, seja por neoplasia primária ou por metástase na fase terminal (seis últimos meses de vida) (POLETTI *et al.*, 2002). Tais lesões representam um agravo na vida do paciente; pois desfiguram o corpo gradativamente, tornando-se dolorosas, secretivas e de odor fétido (UPRIGHT *et al.*, 1994; FIRMINO, 2005; FIRMINO; PEREIRA, 2008; MATSUBARA, 2011), levando o doente ao isolamento social e familiar (FIRMINO; ARAÚJO; SOBREIRO, 2002).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Verificar a prevalência de feridas crônicas/complexas em pacientes atendidos na Rede Primária de Saúde de Três Lagoas/MS.

#### **3.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com feridas, atendidos na Rede Primária de Saúde de Três Lagoas/MS;
- Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a ocorrência das feridas.
- Identificar o tipo de assistência prestada às pessoas com feridas complexas na Rede Primária de Saúde de Três Lagoas/MS.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Delineamento e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, tendo como propósito analisar a prevalência de feridas em pacientes atendidos nas unidades de atenção primária de saúde no município de Três Lagoas/MS e, em suas residências.

A pesquisa exploratória é aquela que investiga a complexidade do fenômeno, a maneira com que ele se manifesta e outros fatores com os quais ele pode estar relacionado, sem envolver a manipulação da variável independente. Faz, implicitamente, o uso da descrição para explorar, sendo que a descrição fornece novas informações ao fenômeno de interesse com o intuito de observar, descrever e documentar determinada situação. Os estudos transversais são adequados para descrever uma situação, o estado do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, envolvendo a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Entende-se como prevalência a relação entre o número de casos de uma dada doença e a população. Neste sentido, a prevalência pode ser conceituada como o termo que descreve a força com que as doenças subsistem nas coletividades (ROUQUAYROL; ALEMIDA FILHO, 2003).

### 4.2 Característica do local do estudo

O município de Três Lagoas está situado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, no leste de Mato Grosso do Sul (mesorregião). Trata-se da quarta cidade mais populosa, com uma população de 103.536 (IBGE, 2011). O município conta com 17 Unidades de Atenção Primária, sendo elas:

- Estratégia de Saúde da Família “Vila Piloto”;
- Unidade Básica de Saúde da Família “Miguel Nunes” (Bairro Vila Nova)
- Unidade Básica de Saúde Jardim Maristela;
- Unidade Básica de Saúde “Dr. Chagas Eurídice” (Bairro Santa Luzia);
- Unidade Básica de Saúde “Altair Cabral Traninn” (Distrito de Arapuá);

- Unidade Básica de Saúde de Jupiaá;
- Clínica de Saúde do Trabalhador;
- Estratégia de Saúde da Família “Paranapungá”;
- Estratégia de saúde da Família “Vila Haro”;
- Estratégia de Saúde da Família “Santo André”;
- Estratégia de Saúde da Família “Interlagos”;
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde do “Parque São Carlos”;
- Estratégia de Saúde da Família “Santa Rita”;
- Unidade Básica de Saúde do bairro “Vila Alegre”;
- Unidade Básica de Saúde do Distrito de “Arapuá”;
- Posto de Saúde do distrito de “Garcias”;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No âmbito de atendimento 24 horas, conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) “Dr. Clodoaldo Garcia”. Os Centros de Referências são: Clínica de Cirurgia e Diagnóstico (CCD); Centro de especialidade odontológica e bucal; Clínica de Pediatria e Ortopedia (Clínica da Criança) “Carlos Azambuja Leão Júnior”; Clínica da Mulher; Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II); Centro de Apoio Psicossocial (CAPS AD), sendo que a mesma possui duas unidades: uma o Jardim Primavera e outra no bairro Santos Dumont. Há ainda o Centro de Especialidade Médica (CEM) “Dr. Júlio Maia”, onde no mesmo prédio há o setor de tratamento e acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS). O CEM conta com as especialidades: radiologia, fonoaudiologia, neurologia, cardiologia, urologia, psiquiatria, psicologia, oftalmologia, infectologia, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, reumatologia, hansenologia, tisiologia, dermatologia.

Não há nas Unidades abertas 24 horas, tampouco nas Básicas de Saúde, nenhum protocolo de curativo de feridas, uma vez que não há um Centro de Referência em Tratamento de Feridas, portanto as informações e registros são muito deficientes, limitando-se apenas aos dados redigidos no prontuário de atendimento.

### 4.3 População e amostra

A amostra foi não probabilística por conveniência, composta por 53 pacientes com feridas crônicas/complexas de diversas etiologias, norteadas pelo diagnóstico médico. Os entrevistados foram abordados nas Unidades da Rede Primária de Saúde e durante as visitas domiciliares às pessoas com lesões crônicas em um município do interior do estado de Mato Grosso do Sul.

### 4.4 Critérios de inclusão

- Ter idade a partir de 18 anos;
- Possuir pelo menos uma ferida, com duração igual ou superior a três meses, o que a caracteriza como crônica/complexa (HARDING et al., 2002);
- Avaliar a ferida com maior tempo de evolução.

### 4.5 Critérios de exclusão

- Pacientes que apresentaram alguma intercorrência que impossibilitou o término da coleta de dados, como morte, não retorno a consulta e/ou abandono do tratamento, entre outros;
- Pacientes portadores de transtorno ou deficiência mental;
- Estrangeiros e indígenas.

### 4.6 Variáveis de interesse

Uma variável é “uma classificação ou medida, uma quantidade que oscila, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 138).

#### **4.6.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas**

A fim de caracterizar a população, foi identificada a idade, o gênero, além das variáveis:

- Sexo: Masculino ou Feminino.
- Idade: em anos.
- Estado civil: Solteiro, Casado, Divorciado, União Estável, Viúvo.
- Número de filhos: Nenhum, 1 a 2 filhos, 3 a 4 filhos, 5 ou mais.
- Religião: Católica, Evangélica, Espírita, Sem Religião, Outra.
- Etnia: Branco; Preto; Pardo; Amarelo.
- Escolaridade: Não alfabetizado, Alfabetizado, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo.
- Situação Atual de Trabalho: Trabalhador formal, Trabalhador informal, Desempregado, Aposentado, Afastado (licença médica).
- Renda Familiar: corresponde ao valor total de toda a renda dos membros da família.
- Quantidade de pessoas que dependem desta renda: incluindo o próprio entrevistado.

#### 4.7 Hábitos pessoais

Marcar se é ou não estilista ou tabagista, caso tenha sido, preencher com o tempo em anos.

#### 4.8 Medicamentos em uso atualmente

Marca-se uma ou mais opção correspondente aos medicamentos que faz uso.

#### 4.9 Antecedentes pessoais (doenças)

Marcar uma ou mais patologias que o entrevistado possui.

#### 4.10 Dados referentes à ferida

Refere-se à seção do instrumento de coleta de dados que contempla elementos pertinentes à ferida, como: tempo de ferida, local da ferida, se tem dor ou

não, local e etiologia da lesão, entre outras. Constam, ainda, características próprias das feridas, tais: edema, exsudato, cor ao redor da ferida e demais.

#### 4.11 Operacionalização da entrevista e instrumento para coleta de dados

Realizou-se um estudo piloto no mês de junho de 2014, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município em estudo, o que mostrou a necessidade de pequenas adaptações no instrumento de coleta de dados, alvejando potencializar sua aplicabilidade e adequação aos objetivos do estudo, seguindo as variáveis de interesse já descritas anteriormente. Para a operacionalização da entrevista usou-se um roteiro estruturado (ANEXO A), conforme instrumento validado por especialistas da área; padronizado por Martins (2008). A entrevista foi feita por meio de roteiro contendo questões sobre a caracterização dos pacientes com feridas, incluindo a renda familiar e o número de pessoas dependentes. As variáveis sobre a caracterização dos pacientes foram agrupadas na parte 1, seção “dados sociodemográficos e clínicos”, contendo: sexo, idade, estado civil, número de filhos, religião, etnia, escolaridade, situação atual de trabalho, renda familiar, número de pessoas dependentes da renda. Foram coletados, ainda, os hábitos pessoais: tabagismo e etilismo. A anamnese dividiu-se em medicamentos em uso e antecedentes pessoais (doenças). Na parte 2, a qual contempla os “dados referentes à ferida”, consta: etiologia da ferida, história de lesões anteriores, quantidade de lesão, tempo da ferida, local da ferida, área da ferida, profundidade, se há dor e período de melhora da mesma. Nesta seção inclui a observação de características pertinentes à evolução da lesão, como exsudato, odor e edema. Além de verificar a experiência do entrevistado com o curativo; se foi ensinado a realizá-lo ou não, se sim, qual o profissional deu o treinamento, onde é realizado o curativo e quantas vezes ao dia é feito.

#### 4.12 Caracterizações da ferida

Os curativos foram feitos pelos profissionais do setor, quando a entrevista foi realizada no CCD. Nos domicílios, hora o curativo era feito pelo próprio paciente,

hora por um familiar. A pesquisadora aplicou apenas a avaliação, juntamente com seus colaboradores.

A avaliação de sinais e sintomas flogísticos e infecciosos na ferida: dor, calor, edema, eritema e exsudato purulento (FERREIRA; PÉRICO, 2002; PERUZZO et al., 2005) foi realizada norteada no *check list* descrito por Cutting e Handing (1994) e validada por Martins (2008).

#### **4.12.1 Definição das variáveis do estudo e procedimentos de avaliação**

##### 4.12.1.1 Tempo da lesão

Conforme informações obtidas na entrevista, o tempo de lesão foi registrado em meses ou anos. Ressalta-se na situação de mais de uma ferida, era considerada a de maior tempo de evolução.

##### 4.12.1.2 Quantidade de lesões

Assinalava-se no instrumento o intervalo que correspondia ao número de lesões.

##### 4.12.1.3 Localização da lesão

Quanto aos membros, relacionado às úlceras de perna: membros inferiores (MMII), especificados em Membro Inferior Direito (MID) e Membro Inferior Esquerdo (MIE). Quanto à etiologia de pé diabético, era marcado no instrumento qual ou quais os dedos acometidos.

Nos casos de úlcera por pressão, havia a figura do corpo humano em duas visões: anterior e posterior, indicando as áreas de proeminências e/ou mais sujeitas, a fim de assinalar o local da úlcera.

##### 4.12.1.4 Planimetria das lesões e registro de imagens

Para o cálculo da área lesional, compreendendo maiores: largura e comprimento foi utilizado filme transparente de acetato, sendo contornada a margem



da ferida com caneta marca texto de cor escura (preta ou azul). As imagens foram registradas com câmera digital. As fotografias foram tratadas pelo *software Photoshop* no formato JPEG, sendo manipulada apenas a área externa da imagem da lesão, preservando suas características e achados. Com a finalidade de apontar os achados e destacá-los, fez-se uso do programa *Paint*.

#### 4.12.1.5 Etiologia da ferida

Foram utilizadas as informações anotadas no cartão de acompanhamento, no prontuário eletrônico (quando digitado), dados repassados pelo paciente e/ou pela equipe, bem como resultados de exames, sendo classificadas em: úlcera venosa, pé diabético, úlcera por pressão e outros (úlcera neoplásica, úlcera arterial e úlcera hansênica).

#### 4.13 Procedimentos éticos da pesquisa

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do parecer nº 639.215/2014 e CAAE: 24888713.6.0000.0021, em 07 de maio de 2014. O estudo atendeu os princípios éticos e apresenta-se de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, foi solicitado aos entrevistados, desde que consentido, o registro fotográfico das feridas, atendendo a esta Resolução. Obteve-se a assinatura da Secretária Municipal de Saúde, apresentada no Termo de anuência (ANEXO C), permitindo a realização da pesquisa no local de estudo. Portanto, a todos os entrevistados foram apresentados e lidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLC). As respostas foram registradas em ambiente calmo e privativo e os pacientes ficavam com uma cópia do referido termo.

#### 4.14 Análise estatística

Foi realizada dupla digitação no banco de dados; posteriormente, feita a tabulação dos mesmos. Igualmente, foi feita a estatística descritiva dos dados individuais dos pacientes participantes da pesquisa. Os dados foram armazenados pelo *Software Microsoft Excel* versão 2010. Os dados resultantes da estatística

descritiva e testes estatísticos foram apresentados em tabelas, posteriormente, discutidos à luz das produções científicas da área.

Para as análises estatísticas, foram realizados os teste: Exato de Fisher e Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), ambos a  $p < 0,05$  (aplicados 95% de confiança).

Para o tratamento estatístico dos dados, foi usado o Programa *R CORE TEAM* (2014).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterizações dos pacientes

A amostra foi constituída por 53 pacientes com feridas, entrevistados na rede primária de saúde e em suas residências, no período de junho a agosto de 2014.

A tabela 1 demonstra a distribuição dos pacientes em relação sua procedência.

**Tabela 1-** Distribuição dos pacientes com feridas (n=53), de acordo com sua procedência. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Procedência	Quantidade	%
CCD	13	24,5
UBS/ESF	06	11,3
Domicílio	34	64,2
Total	53	100

Entre as pessoas pesquisadas, 13 (24,5%) foram abordadas no Centro de Cirurgia e Diagnóstico, pois as mesmas faziam tratamento neste serviço. A maioria (64,2%) encontrava-se em sua residência.

Por último, 6 (11,3%) estavam na Unidade Básica de Saúde ou na Estratégia de Saúde da Família.

Na tabela 2, observamos a etiologia das lesões dos 53 entrevistados, da rede primária de saúde.

**Tabela 2-** Distribuição dos pacientes com feridas (n=53), segundo sua etiologia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Etiologia	Quantidade	%
Úlceras de Perna*	38	71,7
Úlcera Por Pressão	08	15,0
Outras†	07	13,3
Total	53	100

\*Inclui as úlceras venosa, arterial e o pé diabético.

† Inclui as úlceras neoplásicas e demais.

De acordo com a etiologia da ferida, 38 (71,7%) apresentavam úlceras de perna, ressaltando que destes, a úlcera venosa, foi a lesão que acometeu 29 entrevistados, assim como demonstrado em tabelas posteriores.

A úlcera por pressão representou 8 (15,0%) dos entrevistados.

Na classificação “outras” 7 (13,3%) constituíram a amostra de 53 pesquisados. Nesta categoria enquadram-se as lesões traumáticas, hansênicas, entre outras. A tabela 3 apresenta a distribuição da frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas dos 53 pacientes, com feridas, atendidos na rede primária de saúde.

**Tabela 3-** Variáveis socioeconômicas e demográficas, de acordo com as etiologias das lesões. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável		Tipo de ferida				P*
		Úlcera venosa	Pé diabético	Úlcera pressão	Outras	
Sexo	Feminino	18	4	3	3	0,5350
	Masculino	11	5	5	4	
Parceiro	Sim	14	5	1	1	0,1145
	Não	15	4	7	6	
Idade	< 60 anos	7	4	4	2	0,0652
	≥ 60 anos	22	5	4	5	
Raça	Branca	13	2	5	3	0,4256
	Outras	16	7	3	4	
Renda	≤ 1 SM	21	3	8	4	0,0439
	> 1 a 2 SM	5	5	0	1	
	> 2 SM	3	1	0	2	
Situação de trabalho	Ativo	1	2	0	0	0,1916
	Não ativo	28	7	8	7	
Escolaridade	Analfabeto	6	1	2	2	0,6431
	Fundamental	16	6	3	4	
	Médio	6	1	3	0	
	Superior	1	1	0	1	

\*Teste exato de Fisher

As mulheres representaram 52,8% (28) dos entrevistados; já os homens, 47,2%, correspondendo a 25.

Com relação ao estado civil, 32 (60,3%) pessoas afirmaram não ter parceiro; 21 (39,7%) convivem com parceiro, seja casado ou em união estável. A fase de senilidade foi representada por 36 pessoas, equivalendo a 70% da amostra; os outros 30% corresponderam a 17 entrevistados.

A raça não branca, constituída por 30 (56,6%) predominou, enquanto os pesquisados da raça branca totalizaram 23 (43,4%).

A maioria dos entrevistados, 36 (67,9%) referiram ter renda mensal inferior ou igual a 01 salário mínimo; 11 (20,7%) oscilam entre 01 a 02 salários mínimos e 6 (11,3%) têm renda superior a dois salários mínimos. Salienta-se que houve significância estatística para a renda em relação à etiologia das feridas, com um  $p$  de 0,0439. Dos entrevistados, 40 (75,5%) constituíram um grupo sem escolaridade e com ensino fundamental. Ao especificar cada nível para clareza de entendimento, temos que 11 dos 53 pesquisados (20,7%) possuem analfabetismo e 29 o ensino fundamental (54,7%). Apenas uma parcela ínfima, 3 (5,6%), relataram possuir o nível superior.

## 5.2 Caracterização e variáveis relacionadas às feridas

A tabela 4 apresenta as variáveis correspondentes aos locais, bem como o número de feridas.

**Tabela 4-** Local da ferida e quantidade de lesões segundo a etiologia. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável	Tipo de ferida				P*	
	Úlcera venosa	Pé diabético	Úlcera pressão	Outras		
Local da ferida	MID	15	0	0	3	0,0000
	MIE	14	0	0	2	
	Pé D	0	6	0	1	
	Pé E	0	3	0	1	
	Sacral	0	0	4	0	
	Outras	0	0	4	0	
Quantidade de lesões	1	17	7	6	5	0,7266
	> 1	12	2	2	2	

\*Teste exato de Fisher

Os locais de maior incidência das feridas, foram os membros inferiores, totalizando 34 (64,5%) das 53 lesões, uma vez que nos casos de múltiplas feridas, para fins de observação e registro, considerou-se apenas a de maior tempo de evolução. Contudo 35 (66,04%) dos entrevistados possuíam lesão única. Destas 34 lesões, 29 (54,71%) são pertencentes às úlceras venosas.

O pé diabético representou 20,75% (n=11). Foram oito (15%) a quantidade de úlcera por pressões encontradas, sendo que o local destas foram distribuídos proporcionalmente em: quatro em região sacral; quatro em outros lugares (trocanterica, calcânea, e escapular).

Houve extrema significância estatística entre os locais de feridas e as etiologias destas, com um  $p$  de 0,0000; o que evidencia a relação das ulcerações e suas áreas de acometimento.

A tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes segundo os tipos de feridas quanto à sua caracterização.

**Tabela 5-**Distribuição dos pacientes com feridas, segundo a etiologia em relação à sua caracterização. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável		Tipo de ferida				P*
		Úlcera venosa	Pé diabético	Úlcera pressão	Outras	
Extensão dano	Epiderme/ Derme	27	6	4	6	0,0177
	Subcutâneo/ Músculo	2	3	4	1	
Presença exsudato	Sim	25	7	5	5	0,4085
	Não	4	2	3	2	
Quantidade exsudato	Pouco/ Ausente	12	7	4	3	0,2986
	Moderado/ Muito	17	2	4	4	
Cor pele adjacente	Normal	12	4	4	5	0,5774
	Outras	17	5	4	2	
Aspecto pele adjacente	Normal	21	6	6	4	0,8810
	Outras	8	3	2	3	
Condição leito	Granulação/ Vermelho brilhante	10	6	6	3	0,1259
	Outras	19	3	2	4	
Condição borda	Epitelização	18	5	7	4	0,5015
	Outras	11	4	1	3	
Presença edema	Sim	19	6	2	6	0,1032
	Não	10	3	6	1	

\*Teste exato de Fisher

Com relação à profundidade de dano tecidual, 43 (81%) apresentaram lesões superficiais a parciais. Para a profundidade de dano tecidual o valor de  $p$  foi significante: 0.01771.

Em aproximadamente 79% (n=42) dos entrevistados observou-se a liberação de exsudato, enquanto apenas 11 (21%) não o apresentavam.

Pouco mais da metade dos participantes da pesquisa (n=27) apresentaram exsudato de moderado a extenso volume; enquanto 26 pacientes não o possuíam, ou produziam em pequena quantidade.

A cor da pele adjacente era normal em 25 (47%) dos entrevistados contra 53% apresentando coloração anormal de variados aspectos (descorada, hiperemiada, hiperpigmentada).

Dos 53 pacientes, 37 (69,80%) apresentavam aspecto da pele adjacente normal e 16 (31,20%) apresentavam alterações, como: fina, lisa, áspera, seca e descamativa.

Com relação à condição do leito, 25 (47%) possuíam o leito da ferida em condições normais: vermelho brilhante. No quesito condição das bordas, 34 (64%) dos entrevistados tinham epitelização evidente, enquanto 19 (36%) não a apresentavam. Para o edema, 33 (62%) o apresentaram.

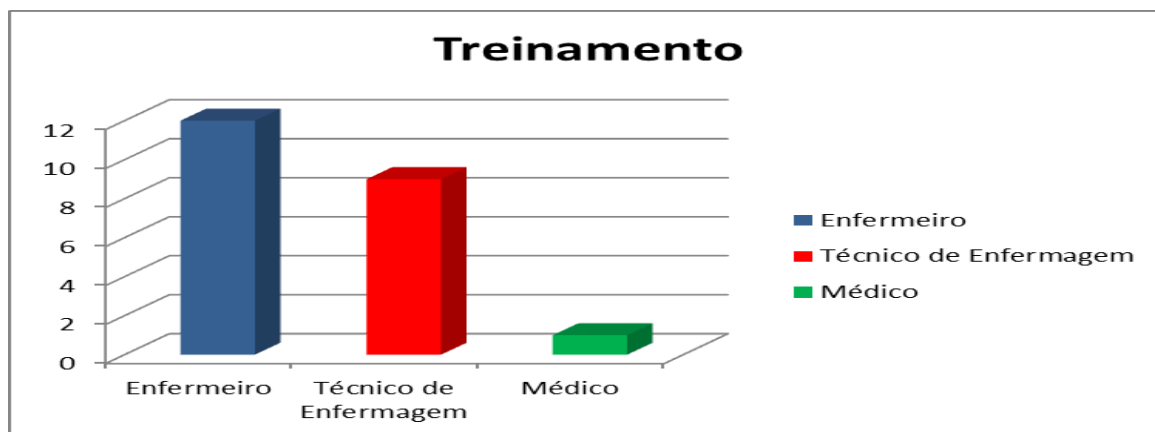
Na tabela 6 observamos as variáveis relacionadas à experiência com o tratamento, de acordo com as etiologias das feridas.

**Tabela 6**-Distribuição dos pacientes com ferida, em relação à experiência com o tratamento, segundo o tipo de ferida. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável		Tipo de ferida				P*
		Úlcera venosa	Pé diabético	Úlcera pressão	Outras	
Local realização curativo	UBS/ESF/CCD/Casa	2	0	0	0	0,3571
	CCD	8	3	0	2	
	UBS/ESF	2	0	1	1	
Curativo em casa	Sim	18	6	7	3	1,0000
	Não	11	3	1	4	
Recebeu treinamento	Sim	11	4	5	2	0,7785
	Não	7	2	2	1	

\*Teste exato de Fisher

Como mostra a figura 1, o profissional que mais executou treinamento para o curativo foi o Enfermeiro com 12 treinamentos (54,54%), na sequência foi o Técnico de Enfermagem com nove (40,90%); o Médico treinou apenas um paciente (4,56%).



**Figura 1-** Distribuição de pacientes com feridas (n=53), segundo o profissional que treinou para realização do curativo no domicílio. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Em relação aos locais onde se realizam o curativo, 19 (35,8%) dos 53 pacientes procuravam a rede primária. Destes, 13 (68,4%) buscavam apenas o Centro de Cirurgia e Diagnóstico. Apenas dois (10,5%) entrevistados dos 19 relataram além de buscarem o atendimento na UBS ou ESF irem ao CCD para realizar seus curativos.

Com relação ao domicílio, 34 (64,1%) dos 53 pacientes realizavam o curativo em suas casas e 19 (35,9%) não. Dos 34 que realizam o curativo em casa, 21 (61,7%) receberam treinamento e orientações.

A tabela 7 apresenta as variáveis categóricas das doenças, de acordo com as etiologias das lesões.

**Tabela 7-** Distribuição das variáveis categóricas das doenças, segundo as etiologias das lesões. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável	Tipo de ferida				P*
	Úlcera venosa	Pé diabético	Úlcera pressão	Outras	
Hipertensão	18	7	3	6	0,0017
Insuficiência venosa	29	0	2	2	0,0000
Outras	13	2	7	4	0,0140

\*Teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ )

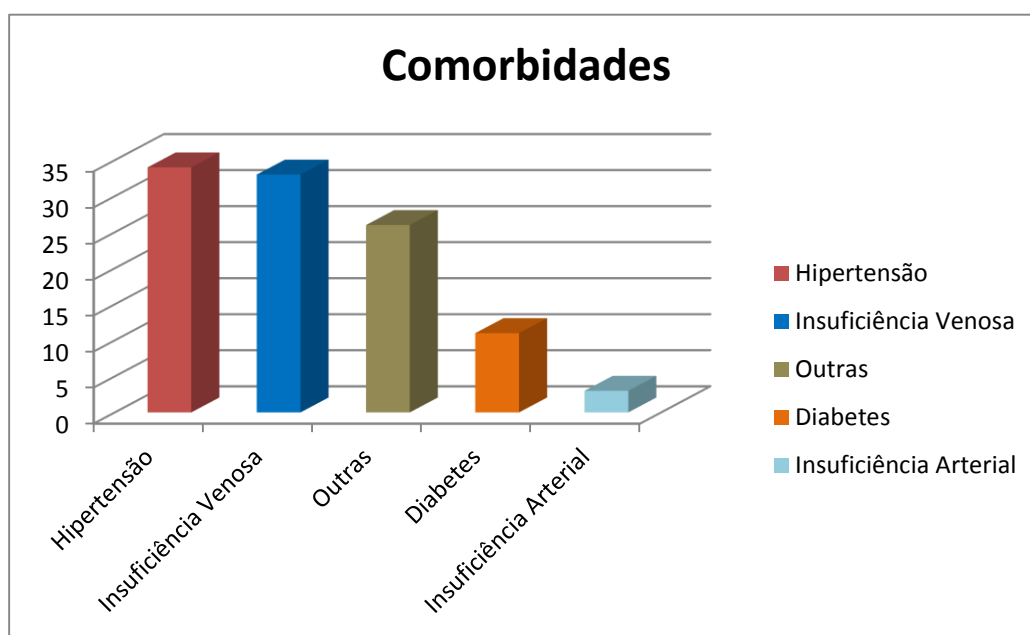


Foi realizado o Teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para homogeneidade das doenças entre as etiologias de ferida.

A hipertensão foi a patologia mais prevalente nos 53 pacientes, representando 34 casos. Foi estatisticamente significativa, com um  $p$  de 0,0017. Na sequência, quase empatados, encontra-se a insuficiência venosa com 33 casos, com  $p$  de valor 0,0000.

Vale ressaltar que para o diabetes não foi possível aplicar o teste, uma vez que sua amostra é pequena para execução confiável do teste, visto que eram nove (16,98%) dos 53 pacientes. Na categoria “outras”, a qual constituiu 26 casos, enquadra-se doenças como: disfunções lombares e osteomusculares em geral, cardiopatias e gastrite, depressão, insônia, entre outras. Novamente há significância estatística, apresentando 0,0140 como valor de  $p$ .

A figura 2 apresenta a distribuição das comorbidades nos entrevistados.



**Figura 2-** Distribuição das comorbidades dos entrevistados, atendidos na rede primária de saúde. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

A hipertensão foi a doença mais encontrada, com 34 (64,15%) pessoas apresentando-a; 19 (35,84%) afirmaram sofrer de diabetes. Com relação às morbidades circulatórias, 33 (62,26%) tinham insuficiência venosa; 4 (7,54%) tinham insuficiência arterial.

Na categoria outras, constituída por: insônia, depressão, problemas respiratórios e cardiopatias, alterações osteomusculares, entre outros, 26 entrevistados relataram possuir uma ou mais destas doenças.

A tabela 8 demonstra a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes.

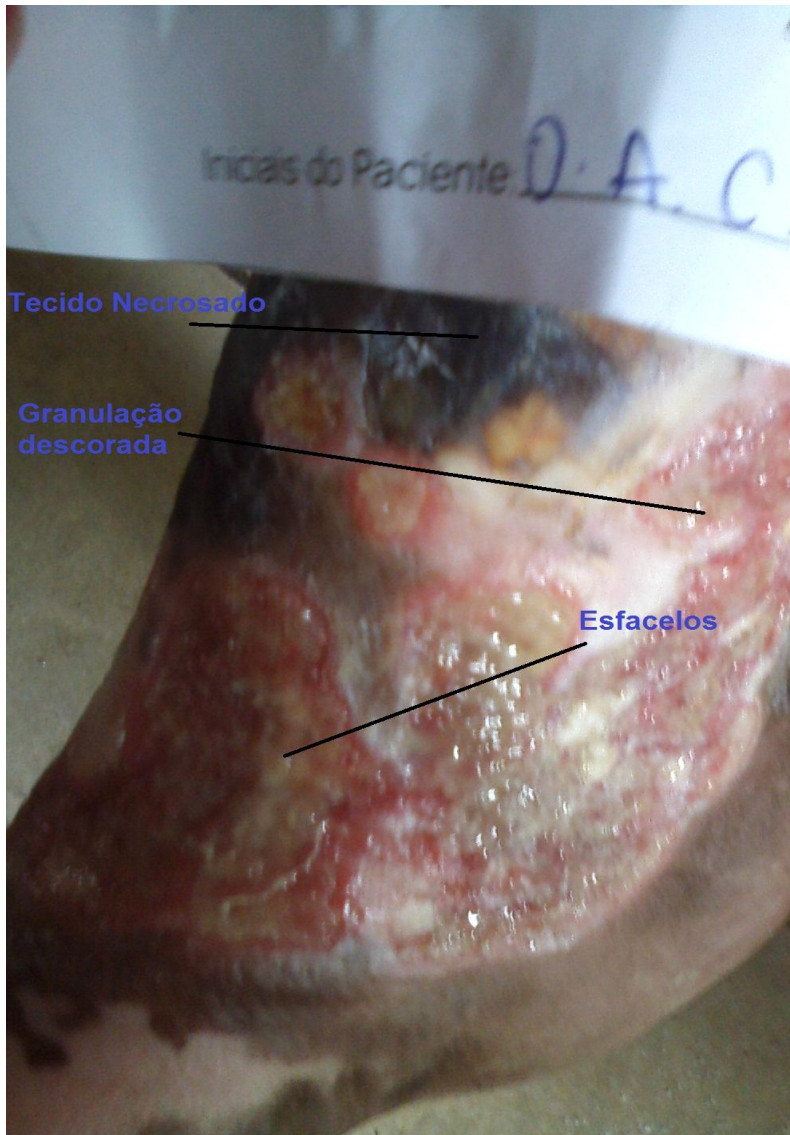
**Tabela 8-** Variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes, segundo características das feridas. Três Lagoas (MS), Brasil, 2014.

Variável	Tempo lesão (ano)			Área lesão (cm <sup>2</sup> )			Grau de perda de tecido			
	<1	≥1	P*	≤50	>50	P*	Grau I/II	Grau III/IV	P*	
Gênero	Masculino	9	16	1,0000	16	9	0,768	21	4	0,732
	Feminino	11	17		20	8		22	6	
Idade	< 60 anos	7	12	1,0000	14	5	0,555	15	4	0,999
	≥ 60 anos	13	21		22	12		28	6	
Raça	Branca	10	13	0,569	15	8	0,772	20	3	0,484
	Não Branca	10	20		21	9		23	7	
	Leve/moderada	4	8	0,504	10	2	0,443	12	0	0,038
Dor	Forte/Intensa	12	14		17	9		18	8	
Exsudato	Pouco/Ausente	9	6	0,047	12	11	0,047	14	8	0,123
	Moderado/Muito	7	20		16	13		19	1	

\*Teste exato de Fisher

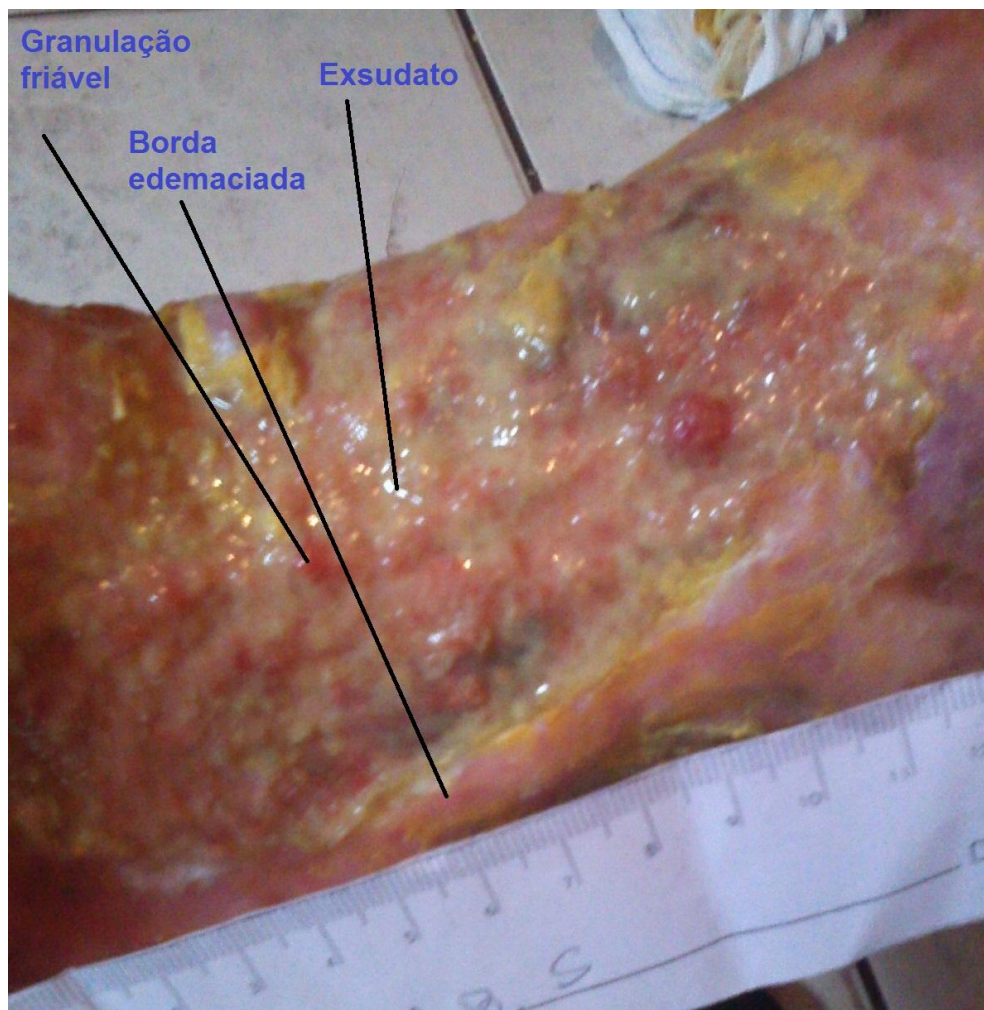
Verificou-se associação significativa entre dor ( $p=0,038$ ) e o grau de comprometimento tecidual, sendo que os participantes relataram dor com maior frequência associada ao grau de comprometimento tecidual superficial. Foi verificado que houve associação significativa entre tempo de lesão ( $p=0,047$ ), área da lesão ( $p=0,047$ ), e a quantidade de exsudato, sendo que feridas que apresentaram tempo de evolução acima de 1 ano e com área menor ou igual a 50 cm<sup>2</sup> apresentaram maior quantidade de exsudato.

A seguir, algumas imagens de lesões exemplificando alguns achados referentes às características das feridas. A figura 3 apresenta: tecido necrosado, esfacelos e granulação descorada.



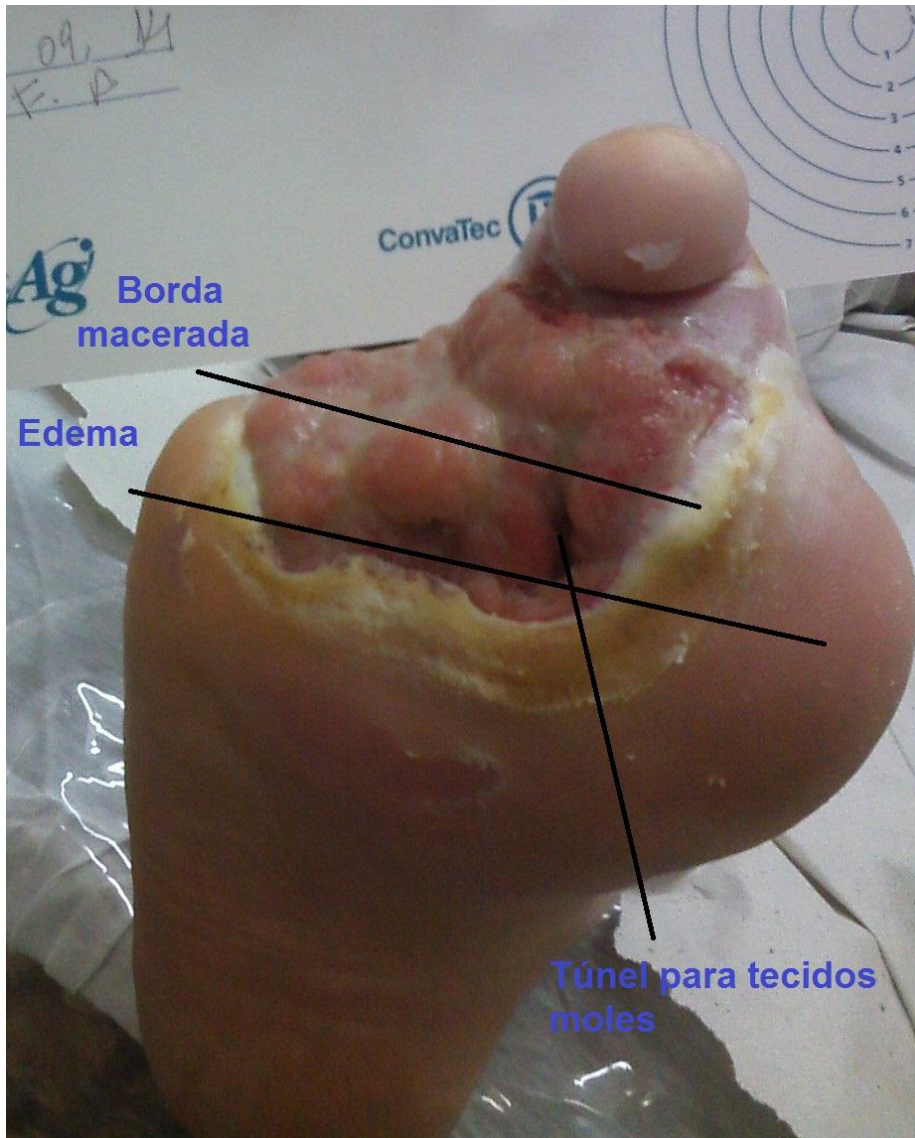
**Figura 3** – Úlcera venosa em MID, apresentando esfacelos, tecido necrosado e granulação descorada. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.

A Figura 4 nos revela uma úlcera venosa de MID com grande volume de exsudato, evidenciado pelo brilho; borda edemaciada e granulação friável.



**Figura 4** – Úlcera venosa em MID, apresentando borda edemaciada, granulação friável e exsudato. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.

A Figura 5 revela um pé diabético com amputação dos quatro dedos, apresentando apenas o 3º dedo, além dos achados clínicos: borda macerada, túnel para tecidos moles e edema do tecido adjacente.



**Figura 5** – Pé diabético em MIE com borda macerada, amputação de quatro dedos, edema em tecido adjacente e túnel para tecidos moles. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.

A Figura 6 evidencia ulceração na região sacral em estágio avançado, apresentando: exposição de tendão, granulação friável e exsudato.



**Figura 6** – Úlcera por pressão em região sacral, evidenciando tendão, granulação friável e exsudato. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterizações dos pacientes

Os estudos sobre feridas complexas no Brasil na Atenção Primária são escassos (MARTINS, 2008).

A Atenção Básica compreende de conjunto de ações de saúde, tanto no modo individual quanto coletivo e que engloba a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios doutrinários e organizativos (BRASIL, 2006).

De acordo com a portaria de número 2616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, Vigilância Epidemiológica:

É a observação ativa, sistemática e contínua de uma ocorrência e distribuição, entre pacientes hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle (BRASIL, 1998, s.p).

Assim, a legislação demonstra a necessidade de uma “Comissão de Infecção” nos serviços ambulatoriais, sendo que isto já está ocorrendo em alguns países desenvolvidos (MARTINS, 2008).

Em Três Lagoas, os pacientes realizam os curativos na atenção primária, e mesmo quando não há a melhora do quadro, o tratamento acaba não sendo específico, exclusivo, pois não há uma Unidade de referência em feridas, nem mesmo um Protocolo para tratamento. A ausência da referida unidade, além da falta de uma rede integrada de atendimento nas unidades de saúde, com uma equipe interdisciplinar capacitada para o cuidado ao paciente, com feridas de etiologia crônica, são os principais fatores que contribuem para ações sem êxito no tocante às feridas.

Esta situação, segundo Martins (2008), leva a um tratamento descontínuo e à “demanda espontânea”, que se refere à entrada do usuário nas unidades, na sala de curativo, sem agendamento prévio ou orientação sobre o retorno com vistas à continuidade do tratamento. A autora afirma que devido à “demanda espontânea” não há dados com relação ao sexo, idade, etiologia das feridas, tipo de ferida entre outros aspectos importantes, na elaboração de políticas de saúde humanizadas, e

que atendam às suas necessidades. Afirma ainda que na prática, ocorre uma “troca de curativo” sem uma avaliação da evolução da ferida, do tratamento e do próprio paciente. A falta de cuidado da equipe interdisciplinar aos pacientes portadores de lesões em serviços de saúde aumenta o período de tratamento e, muitas vezes, sem sinais de melhora, no decorrer de meses há anos (MARTINS, 2008).

A unidade da rede primária que melhor se adequa para tratamento às pessoas com feridas é o CCD, contando com uma enfermeira Estomaterapeuta, produtos específicos para os curativos e com um médico da especialidade vascular. Todavia, assim como mencionado anteriormente ainda não foi estruturado no município um serviço específico em feridas, comportando um número baixo de usuários. A média de pacientes com feridas que têm acesso a este atendimento é de 12 pessoas.

Deste modo as pessoas que padecem com o problema contam com a sorte de que algum dos pacientes tenham alta, mudem de cidade, venha a óbito, ou ocorra outro fato que o leve a abandonar seu tratamento neste local.

É comum nas unidades primárias de saúde os técnicos de enfermagem realizarem o curativo e, por conhecerem os pacientes, erroneamente apenas anotam de forma resumida, somente o material utilizado e não as características das feridas. Portanto, não existem registros sistematizados de materiais ou da evolução da lesão, contando para este último apenas com registros fotográficos, e ainda apenas no CCD.

Em relação ao local da coleta de dados, das pessoas pesquisadas, 13 (24,5%) foram abordadas no Centro de Cirurgia e Diagnóstico, pois as mesmas faziam tratamento neste serviço. A maioria (64,2%) encontrava-se em sua residência. Estes vão às unidades de saúde apenas para pegar o material de curativo, sem consultas regulares ao médico vascular e exames específicos, de acordo com suas comorbidades e doença de base. Por último, 6 (11,3%) estavam na Unidade Básica de Saúde ou na Estratégia de Saúde da Família.

No presente estudo, observou-se predomínio de participantes do gênero feminino, estando em consonância com outros autores (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012; NÓBREGA et al., 2011). Todavia, em estudos realizados em outros cenários, tem sido encontrado predomínio do sexo masculino. Deve-se salientar também, o aumento da longevidade feminina como fator contribuinte para a taxa maior de incidência nos indivíduos do gênero feminino.



Todavia esta disparidade de informação evidencia a necessidade de maiores investigações, analisando a relação gênero e a procura de assistência em determinados serviços (MACÊDO et al., 2010).

Corroborando com o presente estudo, encontram-se muitos outros com dados apontando as mulheres as mais acometidas por estas feridas (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; NUNES, 2006; NÓBREGA et al., 2011; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

Em oposição, há pesquisas em que o sexo masculino representa a maior parcela de pessoas com feridas, como um estudo nacional (SANT'ANA, 2011). Alguns estudos internacionais também apresentam os homens como maioria, um nos Estados Unidos, com 57%, outro na Inglaterra com 53%, respectivamente (NUNES, 2006; MARTINS, 2008).

As pessoas em senescência, acima de 60 anos, constituíram 70%; com mínimo de 31 e máximo de 87 anos. Nunes (2006) encontrou 67,6% de pessoas idosas. No mesmo ano, outro estudo encontrou 72,5% de entrevistados com idade igual ou superior a 60 anos.

Paradoxalmente, há estudos nos quais indivíduos com idade inferior a 60 representaram mais de 60% das amostras; como exemplo há os achados de Deodato (2007), onde consta que 62,5% tinham idade menor que 60 anos.

O aumento da incidência de feridas complexas em indivíduos idosos pode justificar-se devido ao aumento da expectativa de vida, o que deixa a pessoa mais suscetível às doenças crônicas, como a hipertensão e o Diabetes *Mellitus* (SARAIVA; BANDARRA; AGOSTINHO, 2013; SALOMÉ; BLANDES; FERREIRA, 2012).

O mundo está envelhecendo, inclusive o Brasil, e em consequência disso faz-se necessária uma reorganização familiar (MAFRA, 2011). Esta realidade salienta a importância da saúde pública desdobrar esforços e incrementar verbas destinadas aos idosos, especialmente à proteção de sua pele e para as doenças crônicas e degenerativas, destacando que a estimativa e projeção para os próximos anos, de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é a permanência do crescimento.

Com relação ao estado civil, 32 dos 53 entrevistados (60,3%) não tinham parceiro, seja casado, ou união estável. Outro estudo aponta 87% sem parceiro e apenas 13% com (GOMES et al., 2001). Contudo, muitas pesquisas trazem a maior

porcentagem de pacientes vivendo em companhia de um parceiro. Assim, temos Martins (2008), que relatou em Goiânia encontrar 30 (65,2%) dos pacientes com companheiros e 27 (47,36%) sem.

Há ainda, em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, uma pesquisa recente a qual encontrou equilíbrio entre a distribuição de entrevistados, sendo que 44 (50,5%) estavam vivendo com o companheiro e 43 (49,3%) estavam sem parceiros (RAMOS, 2014).

A presença de um companheiro tende a enobrecer, estimular e encorajar a pessoa com ferida complexa a se auto-cuidar, contribuindo no enfrentamento da doença e as consequências que a mesma acarreta para a vida profissional, familiar e emocional. A questão de ter ou não um companheiro é importante, pois a família além de núcleo de apoio psicológico, contribui nos cuidados diretos no tratamento da ferida (SILVA et al., 2012).

A maioria dos entrevistados, 36 (67,9%) referiram ter renda mensal inferior ou igual a 1 salário mínimo; 11 (20,7%) oscilam entre 1 a 2 salários mínimos e 6 (11,3%) têm renda superior a 2 salários mínimos. Saliencia-se que houve significância estatística para a renda em relação à etiologia das feridas, com um  $p$  de 0,0439.

A baixa renda e o subnível de escolaridade estão em consonância com os resultados de outras pesquisas (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; DEODATO 2007; NUNES 2006; NÓBREGA et al., 2011; RAMOS 2014).

Outro estudo afirma que o baixo nível escolar e as condições sócio econômicas precárias culminam na redução das informações dos serviços e prevenção de doenças e ainda, pode resultar tanto na interferência para a compreensão e ainda na assimilação dos cuidados inerentes à saúde, em especial às feridas (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012; MALAQUIAS; BACHION; SANT'ANA, 2012; MACÊDO et al., 2010; SANT'ANA 2011).

Dos entrevistados, 40 (75,5%) constituíram um grupo sem escolaridade e com ensino fundamental, dados similares à pesquisa de Ramos (2014). Ao especificar cada nível para clareza de entendimento, temos que 11 dos 53 pesquisados (20,7%) possuem analfabetismo e 29 o ensino fundamental (54,7%). Apenas uma parcela ínfima, 3 (5,6%), relataram possuir o nível superior

Oliveira, Castro e Granjeiro (2013), semelhantemente encontraram dados aos da pesquisa em questão: em seus resultados 53% tinham o primeiro grau. Porém a nossa porcentagem de analfabetos foi superior: 20,7% contra 11% destes autores.

Em situações precárias no âmbito financeiro, os cuidados e os gastos onerados com o tratamento das lesões, caracterizam fatores que desestabilizam a família, piorando a qualidade de vida dos doentes (DIAS et al., 2013).

Uma pesquisa nacional detectou que a população adulta com menor escolaridade tem uma prevalência 62% maior de doenças quando comparadas às de maior instrução (SANT'ANA, 2011). Deste modo, evidencia-se a importância da escolaridade no tocante à profilaxia de determinadas patologias.

Os profissionais de saúde devem considerar a variável escolaridade ao realizar as orientações sobre os cuidados com a saúde aos pacientes com feridas, considerando que quanto maior o entendimento dos indivíduos no desempenho das ações de autocuidado, maior será a obtenção de sucesso no tratamento, principalmente porque os pacientes com feridas crônicas normalmente possuem doenças de base que determinam a etiologia da ferida e prejudicam o processo de reparo tecidual, como o diabetes, a hipertensão arterial e a insuficiência venosa crônica.

As orientações devem ser claras e explicadas durante as consultas, abranger além dos conteúdos relacionados à ferida, orientações direcionadas para as doenças de base; serem entregues por escrito, preferencialmente digitadas com letras grandes e com textos pequenos e de fácil compreensão (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

A raça não branca, constituída por 30 (56,6%) dos entrevistados predomina, a raça branca correspondeu a 23 (43,4%), diferentemente de outras pesquisas, pois as mesmas apontam os indivíduos brancos como a maioria com feridas (SANT'ANA, 2011).

Com relação à situação ocupacional destes pacientes, pode-se observar que quase todos, 50 (94,34%) estão inativos profissionalmente, enquanto 3 (5,6%) estão ativos. O mesmo foi observado em outros estudos realizados com pacientes com úlceras venosas. Isto retrata a magnitude do comprometimento físico causado pelas lesões, o que compromete a capacidade laboral, levando à aposentadoria precoce e aumento do desemprego e/ou afastamento, gerando ônus significativo para o sistema previdenciário e de saúde. Deste modo, reduz a qualidade de vida dos

pacientes, aumenta a dependência familiar, propiciando o isolamento social diminuindo a autoestima (MACÊDO et al., 2010; ANGÉLICO; SILVA ; TORRES, 2011).

## **6.2 Caracterização e variáveis relacionadas às feridas**

Os locais de maior incidência das feridas foram os membros inferiores, totalizando 34 (64,5%) das 53 lesões, uma vez que nos casos de múltiplas feridas, para fins de observação e registro, considerou-se apenas a de maior tempo de evolução. Em relação à lesão em membros inferiores, a lateralidade mais afetada foi a direita, corroborando com achados de outra pesquisa (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012). Contudo, 35 (66,04%) dos entrevistados possuíam lesão única, o que foi constatado em demais estudos (MARTINS, 2008; MALAQUIAS; BACHION; SANT'ANA et al., 2012; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Ainda, há pesquisa em que o número de lesão única é maior do que a presente investigação (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012). Destas 34 lesões, 29 (54,71%) são pertencentes às úlceras venosas, tipo de úlceras de perna, destacando-se pela sua alta incidência, assim como foi observado em Portugal (ALVES; AMADO; VIEIRA, 2012). As úlceras venosas são as mais encontrada, evidenciando que as úlceras venosas são patologias crônicas, própria de população senil (MALAQUIAS; BACHION; SANT'ANA et al., 2012).

A maior incidência de úlceras de perna com o avanço da idade pode ser justificado pelo aumento de comorbidades e agravos associados a doenças crônico-degenerativas (GRAHAM et al., 2003; FRADE et al., 2005). A úlcera venosa é representada por 70 a 90% de todas as úlceras de membros inferiores, sendo considerada a complicação mais grave da insuficiência venosa crônica, acarretando devido a existência de varizes, sequela de trombose venosa profunda, anormalidades nas válvulas venosas, entre outras capazes de interferir no retorno venoso ocasionando hipertensão do sistema venoso causando o surgimento das úlceras venosas (BRASIL, 2002).

O pé diabético, consequência do diabetes descompensado, representou 16,98% (n=9), similar ao achado em outro estudo (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Esta ferida reflete a arteriosclerose como fator desencadeante, constituindo uma redução do fluxo sanguíneo, ocasionado queda da oxigenação e

da nutrição. Portanto, estas lesões diabéticas são advindas de insuficiência arterial, relacionada à arteriosclerose (MIOT et al., 2009).

Foram oito (15%) a quantidade de UPP encontradas, sendo que o local destas foi distribuído proporcionalmente em: 4 em região sacral; 4 em outros lugares (trocanterica, calcânea, e escapular). Além da compressão e redução acentuada de oxigenação sofrida, caracterizando a etiologia desta úlcera, é pertinente ressaltar que as alterações dos sistemas fisiológicos, como as metabólicas, vasculares e imunológicas, alteram o aspecto da pele, reduzindo a espessura da epiderme e a elasticidade dérmica (OROSCO; MARINS, 2006).

No tocante ao número de lesões, a maioria, 35 (66%) tem lesão única, enquanto 18 (34%) têm duas, ou mesmo múltiplas lesões. A consonância com estes dados foi observado em outros estudos (EVANGELISTA; MAGALHÃES; MORETÃO, 2012; MARTINS, 2008; MALAQUIAS; BACHION; SANT'ANA et al., 2012; OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

Com relação à profundidade de dano tecidual, 43 (81%) apresentaram lesões superficiais a parciais, assim como outro estudo (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Entretanto, na pesquisa foram encontrados casos de exposição de tendão, fáscia muscular, de evolução superior a cinco anos e odor forte; característicos de ferida velha e com mau prognóstico de fechamento.

Em aproximadamente 79% dos entrevistados observou-se a liberação de exsudato, enquanto apenas 11 (21%) não o apresentavam, fato este relacionado ao processo de cicatrização encontrar-se evoluído, com aproximação das bordas e redução de sua área lesional. Pouco mais da metade dos participantes da pesquisa apresentaram exsudato de moderado a extenso volume; enquanto 26 pacientes não o possuíam, ou a produziam em pequena quantidade.

A presença de exsudato também é relatada em outra pesquisa (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Na presente investigação, a presença de grande volume de exsudato significou menos de 50% dos entrevistados que o produziam, divergindo de outros estudos, os quais encontraram a maioria dos pacientes com produção acentuada de exsudato (OLIVEIRA et al., 2012).

A cor da pele adjacente era normal em 25 (47%) dos entrevistados contra 53% apresentando coloração anormal de variados aspectos (descorada, hiperemiada, pálida, hiperpigmentada). Em sua pesquisa, Ramos (2014) relatou que em 53% das feridas houve predomínio de alteração na cor (pálida ou hiperemiada).

Dos 53 pacientes, 37 (69,80%) apresentavam aspecto da pele adjacente normal e 16 (31,20%) apresentavam alterações, como: fina/frágil, lisa, áspera, seca e descamativa. Com relação à condição do leito, 25 (47%) possuíam o leito da ferida em condições normais: vermelho brilhante, já em 28 (53%) foi observado condições anormais. No quesito condição das bordas, 34 (64%) dos entrevistados tinham epitelização evidente, enquanto 19 (36%) não a apresentavam. O leito da lesão quando não apresenta coloração vermelho brilhante, vivo, não apresenta prognóstico de cicatrização breve.

Na pesquisa 64% dos entrevistados continham bordas em estado de epitelização, em dissonância com outra pesquisa, a qual encontrou apenas 36% e ainda, 46% com bordas maceradas (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013). Portanto, os pacientes desse estudo apresentaram, de modo geral, melhores condições para a epitelização da borda da lesão em relação a demais pesquisas em outros estados brasileiros.

Em consonância com Ramos (2014), para o edema, 33 (62%) o apresentaram, enquanto 20 (38%) não evidenciaram em sequer no grau discreto. Este dado evidencia que apenas 1/3 dos entrevistados tinham edema, o que pode ser positivo, pois de acordo com a fisiopatologia os tecidos edemaciados tendem a reduzir seu processo de resolução, neste caso; cicatrização.

Quanto às experiências em relação aos locais onde se realizam o curativo, 19 (35,8%) dos 53, procuravam a rede primária. Destes, 13 (68,4%) buscavam apenas o Centro de Cirurgia e Diagnóstico, para não somente realizar o curativo, mas para (re)avaliação da Enfermeira, ignorando as demais modalidades de Unidades da rede primária, como a UBS e ESF.

O fato pode ser explicado devido ao CCD conter o serviço de atendimento às pessoas com feridas mais especializado e com melhores produtos, além de contar em seu quadro pessoal com uma Enfermeira Estomaterapeuta.

Apenas dois (10,5%) entrevistados dos 19 relataram além de buscarem o atendimento na UBS ou ESF também irem ao CCD para a troca de curativo. Este dado é dissonante ao estudo realizado em Campo Grande, no qual 72 (82,7%) dos 87 pacientes realizavam seus curativos exclusivamente no Centro de Referência (RAMOS, 2014). Contudo, o número máximo de pessoas atendidas com feridas no CCD, oscila entre a faixa de 12 pacientes, devido aos custos e produtos mais caros. Como boa parcela dos pesquisados têm baixo nível de escolaridade, estes

comumente consideram os curativos realizados neste serviço, quando fazem consulta e/ou retorno com o médico vascular -fato esporádico- com os curativos feitos rotineiramente aos pacientes que têm acesso ao tratamento neste serviço.

No que diz respeito à troca de curativo em casa, 34 (64,15%) dos pacientes referiram fazê-lo e 19 (35,85%) não. Outros estudos também encontraram mais de 50% dos pesquisados que responderam fazer o curativo em sua casa (*SANT'ANA et al.*, 2012). Dos 34 pacientes que realizavam o curativo em casa, 22 (64,70%) responderam ter recebido treinamento e orientações para realizar o curativo em casa; enquanto 12 (35,30%) não tê-lo recebido.

O profissional que mais prestou treinamento para a troca de curativo foi o enfermeiro (54,54%), na sequência vem o técnico de enfermagem (40,90%) e por último o médico (4,56%). Outra pesquisa em Campo Grande também encontrou o profissional enfermeiro como o que mais forneceu treinamento aos pacientes (*RAMOS*, 2014).

Como demonstra acima, apenas um autor foi citado no tocante ao treinamento do paciente com lesões crônicas, quando o curativo é executado no domicílio. Esta realidade apesar de ruim serve de fomento a futuros estudos sobre o assunto. Segundo a Lei nº 7.498/86, no artigo 11, o enfermeiro executa todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”, bem como os “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”.

Para que possa ocorrer uma completa recuperação da integridade da pele deve existir uma atuante equipe interdisciplinar. Neste contexto, em maior foco, está o enfermeiro, que em muitos momentos se sobrepõe a outros profissionais da equipe, por ser ele o que possui maior contato com os pacientes. Assim, o enfermeiro, deve possuir autonomia e liberdade para traçar planos de cuidados para o tratamento de feridas, seguido pelo cuidado ao paciente, com objetivos de cicatrização, prevenção de complicações, autocuidado e reabilitação (*CÂNDIDO*, 2001).

O enfermeiro além dos cuidados com a ferida e a pele adjacente, precisa atentar-se durante a consulta de enfermagem, realizando o exame físico não somente da perna que apresenta lesão, mas também a que não apresenta lesão

visível, a fim de detectar precocemente sinais de surgimento de novas lesões, bem como, pele descamativa e ressecada (TORRES; COSTA; MEDEIROS, 2013). O índice de técnicos fornecendo o treinamento para o curativo é um dado preocupante, uma vez que o enfermeiro é o profissional com conhecimento técnico-científico, habilitado para fazê-lo. Porém, por ser delegação do enfermeiro a assistência e a gerência, torna-se inviável este treinamento para cada paciente, explicando assim a elevada porcentagem de pacientes que receberam o treinamento pelos técnicos de enfermagem. Resultado semelhante foi encontrado em Campo Grande (MS) por Ramos (2014).

As feridas complexas comumente estão associadas com patologias crônicas (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008). Assim, as doenças crônicas foram apreciadas no estudo, pois além de estar associada com a causa da lesão, ainda dificulta o processo de cicatrização.

A hipertensão foi a doença de maior prevalência; dos 53 pacientes 34 eram hipertensos (64,15%); seguido da insuficiência venosa (62,26%).

A condição clínica do paciente agrava-se devido à presença de patologias crônicas, como: a hipertensão, o diabetes e as disfunções cardiovasculares, pois deturpam o estado imunológico e a circulação sanguínea (TAZIMA; VICENTE; MORYIA, 2008). Outras pesquisas também encontraram doenças crônicas associadas à ferida complexa (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013; MALAQUIAS; BACHION; SANT'ANA et al., 2012; TORRES; COSTA; MEDEIROS, 2013; RAMOS, 2014).

Ainda, o alto índice de insuficiência venosa parece estar relacionado com a etiologia da lesão mais prevalente do estudo: a úlcera venosa. Porém, nem todos os entrevistados que sofriam de insuficiência venosa tinham lesão de etiologia venosa, o que significa que pacientes com feridas de etiologia não venosa ainda apresentavam como agravante para a cicatrização esta disfunção circulatória.

Na presente investigação houve predomínio de 36 (67,92%) pacientes que apresentaram área menor ou igual que 50 cm<sup>2</sup>, divergindo de outro estudo que trás como maior porcentagem feridas de até 100 cm<sup>2</sup> (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

Com relação à evolução lesional, 24 (45,28%) relataram conviver com a ferida há mais de 5 anos, assim como em Goiás, outra pesquisa demonstrou que o tempo de ferida era em média 6,5 anos (MARTINS, 2008). No entanto, Oliveira, Castro e



Granjeiro (2013), demonstraram em seu estudo que 66% das pessoas de sua amostra tinham feridas com até 5 anos.

Já em estudos internacionais, como no Canadá, constatou-se média de 2,2 anos (RODRIGUES; MEGIE, 2006), e em Portugal a média foi de 1,61 anos (PINA, 2007). Corroboram com nosso estudo os dados encontrados por Frade et al (2005) que constatou uma média de 7,8 anos de lesão. A diferença entre a literatura nacional e internacional se deve provavelmente ao fato de que nesta última a assistência a esses pacientes geralmente é mais sistematizada e específica, com clínicas especializadas.

Afirmaram sofrer quadro álgico 38 (71,7%) dos 53 entrevistados. Destes, 15 (39,4%) pessoas disseram sentir a pior dor; 11 (28,94%) referiram ser dor intensa. Demais pesquisas demonstraram que a dor foi prevalente (ANGÉLICO; SILVA; TORRES, 2011; ALMEIDA; FERREIRA; IVO, 2014). A presença do quadro álgico tem elo com o alto valor encontrado no presente estudo de pessoas em situação de inatividade laboral.

Para a variável odor, foi observado que 40 pessoas (75,47%) não o apresentaram. Outra pesquisa encontrou um número maior de pessoas com ausência de odor (OLIVEIRA, CASTRO, GRANJEIRO, 2013). Entretanto, Sant'ana et al (2012) detectou em sua pesquisa que o número de pessoas com exsudato sem odor foi menor.

A presença de odor fétido está associado ao quadro infeccioso, porém nem mesmo no CCD há coleta de material da ferida para exame microbiológico. Assim, para o tratamento medicamentoso, a antibioticoterapia acaba sendo realizada de forma empírica, o que colabora para o aumento do tempo de evolução da ferida.

## 7 CONCLUSÕES

De acordo com a caracterização dos entrevistados, totalizando uma amostra de 53 pacientes atendidos na rede primária de saúde de Três Lagoas/MS, o estudo permitiu identificar que:

- Predominavam pacientes que realizavam curativos em seus domicílios (64, %);
- Houve predominância do sexo feminino (52,8%);
- A lesão mais encontrada foi a úlcera de perna (71,7%);
- Dentro das úlceras de perna, a úlcera venosa foi a mais prevalente (54,7%);
- Dos entrevistados 60,3% viviam sem parceiro;
- A raça não branca representou 56,6% da amostra;
- Foi alto o índice de pacientes com renda inferior ou igual a um salário mínimo (67,9%);
- Apenas 11,3% referiram ter renda superior a dois salários mínimos;
- Com relação à escolaridade, a maior parcela pertenciam ao grupo de ensino fundamental ou sem escolaridade (75,5%);
- Ainda, o analfabetismo representou cerca de 1/5 dos entrevistados (20,7%).

Assim, a pesquisa demonstra que as pessoas com feridas complexas necessitam de maior atenção e orientações claras e didáticas, permitindo o entendimento sobre a condição de sua ferida e de suas comorbidades, auxiliando no seu auto-cuidado, afinal mesmo os que têm acesso ao CCD, passam maior tempo em suas residências sem contato com qualquer profissional da saúde.

Salienta-se o quão é baixo o número de pessoas com feridas que têm o privilégio de poder tratar no CCD, pois este serviço comporta um total, em média de 12 pacientes, os quais realizam regularmente os curativos com produtos de ponta e passam frequentemente pelo retorno com o médico vascular, além da equipe de Enfermagem coordenada por uma Enfermeira Estomaterapeuta.

De acordo com a caracterização e variáveis relacionadas às feridas, identificou-se:

- Os membros inferiores foram os segmentos mais afetados pelas lesões (64,5%);
- A maioria dos pacientes apresentaram lesão única (66,04%);
- O pé diabético representou 20,75% das ulcerações dos 53 entrevistados;
- A úlcera por pressão totalizou oito dos 53 entrevistados (15%);
- No tocante à profundidade das lesões, a maioria foi de superficial a moderada (81%);
- O exsudato foi largamente encontrado (79%);
- Houve um discreto predomínio para a coloração cutânea anormal (53%);
- Ainda, o leito das feridas foi representado por condições normais em 47%;
- Contudo, houve predomínio de bordas em estado de epitelização (64%);
- Acerca do treinamento às pessoas que faziam o curativo em suas residências, o profissional que mais o realizou foi o Enfermeiro (54,54%);
- A patologia mais encontrada foi a hipertensão arterial (64,1%), seguida da insuficiência venosa (62,2%);
- O diabetes foi encontrado em 16,98% dos entrevistados.

O elevado índice de comorbidades associado às ulcerações, evidenciam o prolongamento do tempo de evolução destas. Somando-se a isto colabora de forma negativa o alto índice- quase equilibrado- de técnicos de enfermagem realizando treinamento e orientações para a realização do curativo. Isto reflete a enorme lacuna do sistema de saúde ofertado no Brasil às pessoas com feridas complexas.

Vale relatar que para fazer a pesquisa, a qual reflete a realidade ora exposta, alguns empecilhos dificultaram o acesso às pessoas abordadas em suas casas, por meio da busca ativa. Um deles foi o *feedback* por parte de algumas enfermeiras, ao solicitá-las a listagem com o endereço dos pacientes, pois rotineiramente esta informação era passada depois de mais de uma visita à Unidade de Saúde. Outro

contratempo foi a identificação dos logradouros, pois os nomes das ruas informados, em alguns bairros não eram os mesmos que estavam nas placas, portanto contamos com a colaboração da comunidade para a localização com êxito.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou a predominância do gênero feminino, acima de sessenta anos com renda per capita igual ou menor a um salário mínimo. As úlceras vasculares predominaram, constituindo (54,71%) dos pacientes.

Quanto à atividade profissional, foi observado que na amostra de 53 pacientes, 50 estavam inativos e que a maioria vivia sem companheiro, o que dificulta à realização dos cuidados com a ferida, bem como na manutenção global da saúde.

A hipertensão e a insuficiência venosa foram as comorbidades mais encontradas, correspondendo, respectivamente a 34 e 33 pessoas. Ainda, estas foram estatisticamente significantes, corroborando com as literaturas, no tocante sobre a relação de problemas circulatórios com o surgimento de feridas.

Houve o predomínio de lesão única, de lesão no membro inferior direito, de pequena a moderada área de extensão, com profundidade de dano superficial e tempo de evolução das feridas maior que um ano.

Uma porcentagem significativa de entrevistados realizava seus curativos em casa, destes a maioria recebeu treinamento e orientações, sendo o enfermeiro o profissional que mais transmitiu informações pertinentes à troca de curativo.

A localização da residência dos pacientes, os quais realizavam o curativo em suas casas, foi um obstáculo que dificultou a pesquisa, uma vez que em determinados bairros, nas placas das ruas constavam o nome novo e era informado o endereço antigo.

O conhecimento dos aspectos sociodemográficos, bem como os clínicos, facilitam o entendimento do profissional sobre as queixas e determinados comportamentos da pessoa com ferida, contribuindo para um tratamento com êxito.

O estudo alveja contribuir para a estruturação de uma Comissão de Tratamento de Pacientes com Feridas, composto por equipe multiprofissional e, posterior formulação de um Protocolo de Cuidados.

Ainda, espera-se que os resultados possam ser usados nos serviços de capacitação, educação permanente, visando qualificar e atualizar os profissionais, propiciando um atendimento especializado e de possível acesso a todas as pessoas com feridas complexas do município.

## 9 REFERÊNCIAS

Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, São Paulo, SP, v. 81, n. 4, p. 509-522, 2006.

Abreu AM, Renaud B, Oliveira BO. Atendimento a pacientes com feridas crônicas nas salas de curativos das policlínicas de saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2013; 15 (2): 42-9.

Albuquerque RE, Alves EF. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas. *Saúde e Pesquisa*. 2011; 4(2):147-52.

Almeida WA, Ferreira AM, Ivo ML. Características sociodemográficas e clínicas e a qualidade de vida de pessoas com feridas: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE online*. 2014;8(12):4353-61.

Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *J Palliat Med*. 2007;10(5):1161-89.

Alves P, Amado J, Vieira M. Feridas: Prevalência e análise de custos [Dados preliminares de tese de Doutorado em Enfermagem]. Porto: Universidade Católica Portuguesa. 2012.

Ames FC, Hickey RC. Squam ouscell carcinomas of the skinof the extremities. *International advances in surgicaloncology*, v. 3, p. 179-199, 1980.

Angélico RCP, Silva DDN, Torres SMSGSO. A qualidade de vida dos portadores de úlcera venosa e os instrumentos para sua avaliação: revisão de literatura. *Rev. Enferm. UFPE online*. 2011;5(spe):456-62.

Apelqvist J *et al.* Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. Based up on the International Consensus on the Diabetic Foot (2007). *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, v. 24, n. 1, p. 181-187, 2008.

Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Venous legulcers and squam ouscell carcinoma: a large-scale epidemiological study. *British Journal of Dermatology*, UK, v. 133, n. 4, p. 571-574, 1995.

Brasil. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 maio 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, série A, normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro, 2009.

Brito KKG et al. Feridas crônicas: abordagem da enfermagem na produção científica da pós-graduação. Rev. Enferm. UFPE [online]. 2013; 7(2):414-21.

Caliri MHL, Chayamiti EMPC. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.

Candido LC. Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: SENAC, 2001.

Carmo SS et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007; 9(2):506-17.

Castro G et al. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. Medicina Interna de México, v. 25, n. 6, p. 481-526, nov./dec. 2009.

Chaimowicz F. (Cols). Saúde do idoso. Belo Horizonte, Nescon/UFMG: Coopmed, 2010.

Coelho ADA et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 3, p. 639-649, 2012.

Coelho C. História do tratamento e classificação de feridas. In: Rocha MJ, Cunha EP, Dinis AP, Coelho C. Feridas uma arte secular: avanços tecnológicos no tratamento de feridas (pp. 25-29). Coimbra: Minerva Coimbra, 2006.

Cutting KF, Harding CKG. Criteria for identifying wound in infection. *Journal of Wound Care*. v.3, n.4, 1994.

Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

Declair V, Pinheiro S. Novas considerações no tratamento de feridas. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 17, n. 1/3, p. 25-38, jan./dez. 1998.

Deodato, OON. Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. Natal, 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

Dias TY et al. Influência da assistência e características clínicas na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):529-34.

Diccini S, Camaduro C, Lida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):205-9.

Evangelista DG, Magalhães ERM, Moretão DIC. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2012;2(2):254-263.

Faria MMP. Prevalência, perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de feridas, usuários do Sistema Único de Saúde, internados em um hospital geral no Tocantins. [Dissertação]. Universidade de Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2010.

Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena P. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2008, 15(3):105-109.

Ferreira AM, Santos I, Sampaio CEP. O cuidado de enfermagem nos procedimentos de coleta para análise microbiológica de feridas: aplicabilidade de duas técnicas. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2004; 11(3):137-141.

Ferreira MC et al. Complexwounds. *Clinics*. 2006; 61(6):571-8.

Ferreira SRS, Périco LAD. Assistência de enfermagem à pacientes com feridas em serviços de atenção primária a saúde. *Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre*. v. 16 -



nº 1 - jul/dez - , p. 39 – 52, 2002

Firmino, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 4, p. 347-359, 2005.

Firmino F, Araújo DF, Sobreiro V. O controle do odor em feridas tumorais através do uso do metronidazol. *Prática Hospitalar*, v. 4, n. 24, p. 30-33, 2002.

Firmino F, Pereira I. Tratamento de feridas. In: \_\_\_\_\_.(Cols). *Cuidado paliativo*. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 283-307.

Frade MAC et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em juiz de fora -MG (Brasil) e região. *Anais Bras. Dermatol.* 2005 jan-fev; 80(1):41-6.

Freitas MC et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, RS, v. 32, n. 1, p. 143-150, mar. 2011.

Gallardo UJ, Ruano LZ, Piñero LH. Perfil epidemiológico de pé diabético. *Revista Cubana de Angiologia e Cirurgia Vascul.* v. 5, n. 1, p. 34-36, 2004.

Gomes T et al. Characterization of chronic wounds and associated factors in residents of a territory of health in Vitória, Espírito Santo. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2001; 13(1): 52 – 7.

Gorecki C et al. European quality of life pressure ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(7):1175-83.

Graham ID et al. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care.* 2003 nov; 16 (6):305-16.

Herranz ML. Prevalencia de úlceras vasculares de extremidad inferior. Revisión sistemática. Diseño de una guía terapéutica basada em critérios etiopatogénicos y anatomoclínicos. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, v. 3, n. 2, p. 143-154, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [Acesso em: 10 nov 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>.

International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. 2007 [Interactive version on DVD].

Landi F et al. Pressure ulcer and mobility in frail elderly people living in community. Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 44, n. 1, p. 217-223, 2007.

Louro M, Ferreira M, Pova P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 19, n. 3, p. 337-341, 2007.

Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Calidad de vida de los portadores de herida em membros inferiores – úlcera de lapierna. Cienc Enferm. 2008; 14(1): 43-52.

Macêdo EAB et al. Characterization socio demographic of patients with venous ulcer treated at a university hospital. J Nurs UFPE online. 2010; 4(spe):1863-67.

Maciel EAF. Prevalência de feridas em pacientes internados em um Hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte. 2008. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011; 14(2): 353-364.

Maffei FHA et al. Doenças vasculares periféricas, 2º volume, 4ª ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Malaquias SG, Bachion MM, Sant'ana SMSC. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(2):302-10.

Marcon SS et al. Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. Texto e Contexto Enfermagem, v. 14, n. npe, p. 116-124, 2005.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2003.

Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastrados em programas de saúde pública. Cogitare Enferm. 2007; 12(3):353-7.

Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Goiânia. 2008. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG, Goiânia, 2008.

Matsubara MGS. Feridas neoplásicas. *In: Matsubara MGS et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Lemar, 2011. p. 33-46.

Melo EM et al. Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de enfermagem Referência*, v. 3, n. 5, p. 37-44, 2011.

Miot HA et al. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. *Rev. Assoc. Med. Bras. [Periódico online]* 2009. 2:145-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/16.pdf>.

Morais GFC, Oliveira SHA, Soares MJG. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):98-105.

Nóbrega WG et al. Changes in patients' quality of life with venous ulcer treated at the outpatient clinic of a university hospital. *Revenferm UFPE online.* 2011;5(2):220-27.

Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no Programa Saúde da Família do município de Natal/RN. 2006. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Natal, 2006.

Ohnishi M et al. *Feridas: cuidados e condutas.* Londrina: Eduel, 2001.

Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev. Enferm. UERJ.* 2013; 21(esp):612-7.

Oliveira BGRB, Lima FFS, Araújo JO. Ambulatory care of wounds – clients' profile with chronic lesion. A prospective study. *Online Braz J Nurs.* 2008; 7(2).

Oliveira PFT et al. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. *Texto Contexto Enferm*, oct-dic 2012, 21(4). [Acesso em: 10 dez 2015]. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012/21-862.php>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003. [Acesso em: 10 jul. 2014]. Disponível em: [http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS\\_INOVADORES\\_DAS\\_CONDICOES\\_CRONICAS.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf).

Orosco SS, Martins EAP. Avaliação de feridas: uma descrição para sistematização da assistência. *Enferm. Atual.* 2006;5(1):39-46.

Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YA. O SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento - o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 13-32.

Pereira MG. Morbidade. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.52.

Peruzzo AB et al. Protocolo de cuidados a pacientes com lesões de pele. *Momento e perspectivas em saúde*, Porto Alegre, v. 18 – n. 2 p. 56-69, jul./dez. 2005.

Pina E. Epidemiology of wounds treated in community services in Portugal. *EWMA Journal*. 2007; 7(2).

Pinilla AE, Fonseca GC. Pie diabético. In: Ardila E, Arteaga JM, Rueda PN. *Perspectivas em medicina interna*. 7. ed. Bogotá: Unibiblos; p. 89 – 104, 2000.

Poletti NAA. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

Poletti NAAP et al. Feridas malignas: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 3, p. 411-417, 2002.

Pollit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artemed: 2004.

Ramos IB. Caracterização de pacientes com feridas em uma unidade de referência de Campo Grande – MS. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Faculdade de Medicina Dr. Hélio Mandetta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

Real JTC et al. Estudio de factores asociados con amputación en pacientes diabéticos con úlceras en el pie. *Anales de Medicina Interna*, Madrid, v. 18, n. 2, p. 59-62, 2001.

Reichenberg J, Davis M. Venous ulcers. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, Rochester, NY, v. 24, n. 4, p. 216-226, dec. 2005.

Rodrigues I, Megie MF. Prevalence of chronic wounds in Quebec home care: an exploratory study. *Ostomy Wound Management*. 2006; 52(5):46-57.

Rosa TEC et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

Rouquayrol MZ, Alemida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

Salomé GG, Blandes L, Ferreira, A. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2012; 27(1):124-9.

Saraiva RF, Bandarra AJF, Agostinho ES et al. Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crônica. *Rev. Enf. Ref.* 2013;3(10):109-18.

Sant'Anna SMSC. Úlceras venosas: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativo da rede municipal de saúde de Goiânia-GO (Dissertação). Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2011.

Sant'Ana SMSC et al. Venous ulcers: clinical characterization and treatment in users treated in outpatient facilities. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico na internet]. 2012 [Acesso em: 2013 fev 02]; 65(4): 637-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000400013&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672012000400013&script=sci_arttext&lng=es)

Silva FAA. Hipertensão arterial sistêmica em pacientes com Úlcera Venosa: investigação como subsídio ao cuidado clínico de enfermagem em Estomatologia [Dissertação]. Fortaleza (CE): Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2009.

Silva Junior JB. Vigilância das Dant no contexto da vigilância em saúde no Brasil. *In: Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. p. 11-5; 2006.

Silva MH et al. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):329 – 333.

Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2011.

Souza DMST, Borges FR, Juliano Y. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(3):283-8.

Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. *Biologia da ferida e cicatrização*. Medicina Ribeirão Preto. 2008; 41:259-64.

Torres GV, Costa IKF, Medeiros RKS. Características das pessoas com úlcera venosa, no Brasil e em Portugal: um estudo comparativo. *Enferm. glob.* 2013;12(32):62-74.

Upright CC et al. Evaluation of mesalt dressing and continuous wet saline dressings in ulcerating metastatic skin lesions. *Cancer Nursing*, v. 17, n. 2, p. 149-155, 1994.

Waidman MAP et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, out./dez. 2011.

Werdin F et al. Evidence-based management strategies for treatment o fchronic wounds. *Eplasty*. 2009;9:169-79.

## ANEXOS

## ANEXO A- Instrumento de coleta de dados

Impacto das feridas na qualidade de vida de pessoas atendidas na rede primária de saúde		
PARTE 1 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA		
Entrevista N°		
<b>1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b>		
1.1 Nome:		
1.2 Sexo: (A) Masculino (B) Feminino		
1.3 Idade:		
1.4 Estado civil (A) Solteiro (B) Casado (C) Divorciado (D) União estável (E) Viúvo		
1.5 N° de Filhos (A) Nenhum (B) 1 a 2 filhos (C) 3 a 4 filhos (D) 5 ou + filhos		
1.6 Religião (A) Católica (B) Evangélica (C) Espírita (D) Sem religião (E) Outra		
1.7 Etnia (A) Branco (B) Preto (C) Pardo (D) Amarelo (A) Não alfabetizado		
1.8 Escolaridade (B) Ensino fundamental (C) Ensino médio (D) Ensino superior		
1.9 Situação atual de trabalho: (A) Trabalhador formal (D) Aposentado (B) Trabalhador informal (E) Afastado (licença médica) (C) Desempregado		
1.10 Qual a renda de toda a sua família? (Some todos os salários brutos, sem deduções, das pessoas do seu grupo familiar que trabalham, inclusive o seu rendimento) R\$ (em reais). (724,00).		
1.11 Quantas pessoa dependem desta renda? (some os que morem na sua casa inclusive você). _____ pessoas.		
<b>2 – HABITOS PESSOAIS</b>		
2.1 Etilismo (A) Não (B) Sim, Tempo _____ anos		
2.2 Tabagismo (A) Não (B) Sim, Tempo _____ anos		
<b>3 – ANAMNESE</b>		
<b>3.1 Medicamentos em uso atualmente</b>		
A. Anti-hipertensivo	G. Antidepressivo	M. Cardiotônico
B. Venotônico	H. Vasodilatador periférico	N. Anti-inflamatório
C. Analgésico	I. Antipsicótico	O. Benzodiazepínico
D. Antiagregante plaquetário	J. Antiarrítmico	P. Vasodilatador cerebral
E. Antidiabético	K. Beta Bloqueador	Q. Antiulceroso
F. Corticoide	L. Antibiótico	R. Redutor de colesterol
<b>3.2 Antecedentes pessoais (doenças)</b>		
A. Diabetes	F. Cardiopatia	K. Câncer de pele
B. Insuficiência venosa	G. Arteriosclerose	L. Enfisema pulmonar
C. Insuficiência arterial	H. Doença Neurológica	M. Gastrite
D. Dislipidemia	I. Hipertensão arterial	N. Cirrose hepática
E. Problema renal	J. Hanseníase	O.

## PARTE 2 – DADOS REFERENTES A FERIDA

### 1 – Marque abaixo a etiologia da lesão

- |                       |                    |                     |                        |
|-----------------------|--------------------|---------------------|------------------------|
| (A) Úlcera Traumática | (C) Úlcera Maligna | (E) Úlcera Venosa   | (G) Úlcera Hansênica   |
| (B) Pé Diabético      | (D) Úlcera Mista   | (F) Úlcera Arterial | (H) Úlcera Neuropática |
|                       |                    |                     | (I) Úlcera por Pressão |

2 - História de lesões anteriores: (A) Sim (B) Não (C) Recidiva

3 - Quantidade de lesões no participante: (A) 1 (B) 2 (C) 3 (D) 4 (E) 5 (F) 6 (G) 7 (H) 8

4 - Quanto tempo você tem a ferida mais antiga?

5 - Quantidade de membros com úlcera: (A) Um membro (B) Os dois membros

### 6 - Localização da ferida

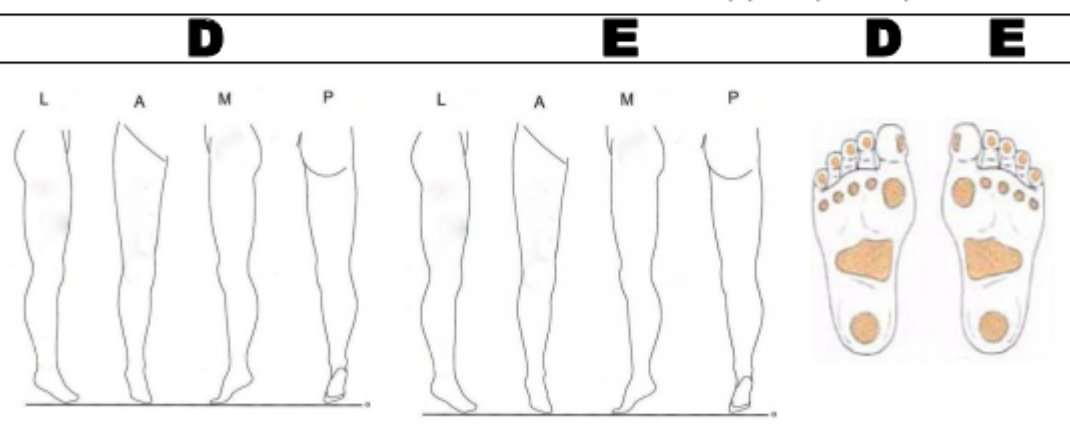
6.1 - Avaliação Clínica das úlceras de Membros Inferiores (MMII)

Marque nas figuras abaixo a localização e número de lesões

- |               |                |
|---------------|----------------|
| (A) 1 Direito | (E) 1 Esquerdo |
| (B) 2 Direto  | (F) 2 Esquerdo |
| (C) 3 Direito | (G) 3 Esquerdo |
| (D) 4 Direito | (H) 4 Esquerdo |

6.2 Observação da localização das úlceras atuais

- |                             |                              |                       |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| (A) Maléolo Lateral Direito | (G) Maléolo Lateral Esquerdo | (N) Isquio            |
| (B) Maléolo Medial Direito  | (H) Maléolo Medial Esquerdo  | (O) Sacral            |
| (C) Calcâneo Direito        | (I) Calcâneo Esquerdo        | (P) Occipital         |
| (D) Joelho Direito          | (J) Joelho Esquerdo          | (Q) Ombro Direito     |
| (E) Trocanter Direito       | (L) Trocanter Esquerdo       | (R) Ombro Esquerdo    |
| (F) Cotovelo Direito        | (M) Cotovelo Esquerdo        | (S) Escápula Direita  |
|                             |                              | (T) Escápula Esquerda |



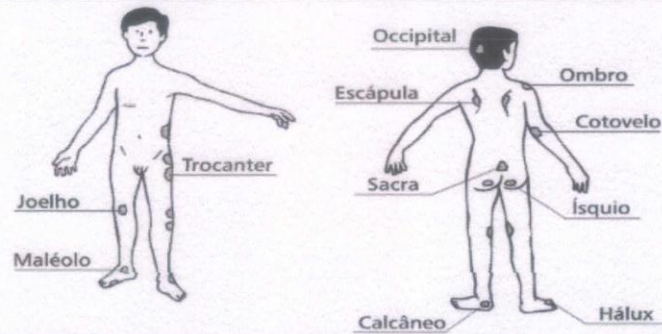


## 5.2 Avaliação Clínica das Úlceras por Pressão (UPP)

5.2.1 Observação da localização das úlceras atuais (em casos de mais de uma úlcera, numerar a localização das úlceras para responder as questões a seguir).

### Localização das Úlceras por Pressão

Uma  Duas  Três  Mais de três

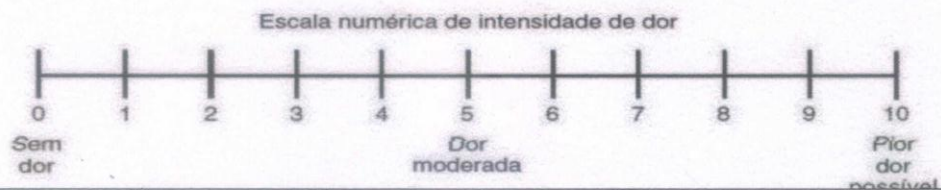


- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maléolo Lateral Direito | <input type="checkbox"/> Maléolo Lateral Esquerdo |                                    |
| <input type="checkbox"/> Maléolo Medial Direito  | <input type="checkbox"/> Maléolo Medial Esquerdo  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Calcâneo Direito        | <input type="checkbox"/> Calcâneo Esquerdo        | <input type="checkbox"/> Ísquio    |
| <input type="checkbox"/> Joelho Direito          | <input type="checkbox"/> Joelho Esquerdo          | <input type="checkbox"/> Sacral    |
| <input type="checkbox"/> Trocanter Direito       | <input type="checkbox"/> Trocanter Esquerdo       | <input type="checkbox"/> Occipital |
| <input type="checkbox"/> Cotovelo Direito        | <input type="checkbox"/> Cotovelo Esquerdo        |                                    |
| <input type="checkbox"/> Ombro Direito           | <input type="checkbox"/> Ombro Esquerdo           |                                    |
| <input type="checkbox"/> Escápula Direito        | <input type="checkbox"/> Escápula Esquerda        |                                    |

### 5.3 Apresenta dor na ferida?

Sim  Não

### 5.4 Qual intensidade da dor?



5.5 Período do dia em que melhora:  manhã  tarde  noite  Não Melhora

### 5.6 Medidas

Largura: \_\_\_\_\_ cm Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Área: \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>

5.7 Fotos da Ferida  Sim  Não

**5.8 Perda tecidual provocada pela úlcera:**

Grau I (Epiderme)  Grau II (Derme)  Grau III (Subcutâneo)  Grau IV (Músculo)

**Exsudato**

**5.9 Exsudato**  Sim  Não

**5.9.1 Características do exsudato**

Seroso  Sanguinolento  Serosanguinolento  Purulento  Piosanguinolento

Purulento-esverdeado  Seropurulento

**5.9.2 Quantidade:**  Ausente  Pouco  Moderado  Muito

**5.9.3 Cor:**  Amarela  Branca  Esverdeada  Acastanhada  Vermelha

**5.9.4 Odor:**  Ausente  Discreto  Moderado  Forte (Fétido)

**5.10 Pele perilesional****5.10.1 Condições da pele ao redor da ferida**

Integra  Edema  Ressecada  Macerada  Prurido  Hiperpigmentada  Brilhante

Hiperemiada  Celulite  Hipertermia  Pele com textura fina  Descamação

**5.10.2 Temperatura:**  Isotérmica  +quente  +fria

**5.10.3 Cor:**  normal  pálida/descorada  cinza  marrom/ocre

hiperemiada grau:  +/4+  ++/4+  +++/4+  ++++/4+

**5.10.4 Aspecto da pele:**  normal  seca  descamativa  fina/frágil  lisa  áspera

**5.10.5 Edema:**  sim, grau:  +/4+  ++/4+  +++/4+  ++++/4+  não

**Bordas****5.11 Condições das bordas**

Epitelização  Hiperemiada  Dolorosa  Macerada  Esfacelos  Edemaciada

Friável  Necrosada  Descorada  Rompimento da ferida  Irregular/elevada

Túnel para tecidos moles

**Leito da Ferida****2.12 Condições do leito**

Granulação/vermelho brilhante  Granulação friável  Granulação descorada  Esfacelos

Necrose  Cor predominante \_\_\_\_\_

**3 Experiência com o tratamento da lesão****3.1 Local onde costuma realizar os curativos**

No domicílio  UBS  Domicílio e UBS  Centro de Referência de Saúde

---

**3.2 Por quem é realizado o curativo no domicílio? (caso não seja realizado curativo no domicílio pule para a questão 3.3)**

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aux./Téc. de enfermagem | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro              | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Médico                  | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Familiar                | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Próprio Paciente        | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
- 

**3.3 Por quem é realizado o curativo na Unidade de Saúde?**

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aux./Téc. de enfermagem | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro              | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Médico                  | <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> As vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
- 

**3.4 Caso tenha respondido na questão 3.2 (Próprio Paciente ou familiar, responda a questão 3.4, senão pule para a questão 3.5)**

---

**Recebeu treinamento para realizar o curativo?**

- Sim  Não. Se sim, por qual profissional?
- Enfermeiro  Aux./Tec. de Enfermagem  Médico
- 

**3.5 Frequência da troca de curativos tanto na unidade como em casa?**

- 1 x ao dia  2 x ao dia  3 x ao dia  Dias alternados  Semanal
- 

**3.6 Tratamento tópico utilizado atualmente**

No leito da ferida: .....

.....

Na pele ao redor: .....

.....

---

## **ANEXO B- Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Regina Queiroz Gonçalves.

A finalidade deste estudo é verificar a Prevalência das feridas crônicas nas Unidade de Atenção Primária de Saúde de Três Lagoas.

Poderão participar deste estudo pessoas com feridas crônicas do tipo úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera de pé diabético, úlceras por pressão e úlceras neoplásicas atendidas em salas de curativos de todas as unidade de saúde de Três Lagoas, em sua residência, maiores de 18 anos.

Não poderão participar do estudo pessoas com feridas agudas do tipo cirúrgicas como incisão, excisão, enxerto; não cirúrgicas como queimaduras, abrasão, laceração, esfoladura. Menores de idade, estrangeiros, indígenas ou pacientes que procurem o atendimento para retirada de pontos.

Você será entrevistado sobre seus dados sociodemográficos e clínicos. Os dados sociodemográficos que compõem o questionário estão relacionados: ao nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, grau de escolaridade, atividade profissional atual, renda mensal familiar, atividades de lazer. Os dados clínicos que compõem o questionário estão relacionados: condição clínica atual, doença pré-existente, tempo da doença atual, forma de tratamento. Os dados relacionados à ferida: relativos ao início da ferida, ao tempo com a ferida atual (em meses ou anos), ao número de ferida(s) que possui, presença se secreção e sua localização. A coleta dos dados será realizada, em situação de privacidade, por meio de entrevista no domicílio do paciente, ou na ESF quando o mesmo for realizar seu curativo.

Todos os pacientes portadores de feridas crônicas atendidos nas Unidades de Saúde serão entrevistadas para realização deste estudo, você participara deste estudo apenas durante a entrevista e avaliação da ferida, a entrevista e a avaliação da ferida terá duração média de aproximadamente de 30 minutos.

Rubrica do Participante\_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador\_\_\_\_\_

Todos os procedimentos de coleta de dados durante a sua participação no projeto não oferecerão desconfortos, riscos ou danos à sua saúde, pois você receberá o tratamento habitual que vem realizando, e caso possa ocorrer será de inteira responsabilidade da equipe integrante da pesquisa e o projeto terá a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar a compreender como a doença se distribui entre a população de pacientes com feridas crônicas e serão utilizadas para o desenvolvimento de outras pesquisas relacionada a saúde da população. Também poderão servir como ferramenta para auxiliar a tomada de decisão em políticas de saúde, beneficiando tanto os usuários do sistema de saúde público quanto do sistema de saúde suplementar.

A identificação dos sujeitos da pesquisa será feita por códigos de letras e números de tal forma a identificar apenas a idade. Se você concordar em participar do estudo, suas informações serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificaras informações do estudo.

Você será informado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Regina Queiroz Gonçalves (067) 9276-1229. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345-7187.

Sua participação é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido se participar de novos estudos. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender as exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas duvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Rubrica do Participante \_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador \_\_\_\_\_

Três Lagoas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar voluntariamente da pesquisa e fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a mesma, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios, decorrentes de minha participação. Garantiram-me que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Três Lagoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura

do

Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

## ANEXO C- Termo de anuência à secretaria municipal de saúde

### APÊNDICE – I – Carta à Secretária de Saúde de Três Lagoas-MS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO OESTE

À Secretária de Saúde de Saúde de Três Lagoas: Dra. Eliane Cristina Figueiredo Brilhante

Prezada Secretária,

Na condição de Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), venho solicitar autorização para realizar coleta de dados nas Unidades de Saúde, as quais estão sob a sua responsabilidade. A pesquisa se intitula como "PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE".

O objetivo desta pesquisa é: verificar a prevalência estimada de feridas em pacientes usuários das Unidades de Saúde de Três Lagoas-MS, bem como caracterizar o perfil sociodemográficos dos mesmos.

A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora por meio de formulário, sendo que o mesmo contempla, dentre outros aspectos, características clínicas das feridas e dos pacientes, como ausência ou presença de secreção, presença ou ausência de túnel, presença ou ausência de dor, se possui doença(s) pré-existente(s). Além de indicadores sociodemográficos, como o número de pessoas na residência, a renda familiar, o grau de escolaridade, dentre outros.


A população deste trabalho será constituída pelos usuários das Unidades, que são acometidos por ferida, todos sendo maior de 18 anos e que concordarem em participar da pesquisa.

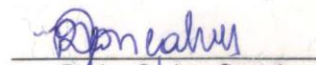
Os dados serão confidenciais e utilizados apenas para fins desta pesquisa ou encaminhados para publicação em periódicos especializados na forma de artigos científicos e divulgados em eventos da área, sempre preservando o anonimato dos sujeitos e salvaguardando a administração atual sem qualquer julgamento de valor.

A pesquisadora se compromete a enviar a esta instituição um relatório final com os principais resultados obtidos para que possa nortear planejamentos quanto a políticas públicas para essa clientela.

Após análise do exposto, solicito que assine o termo abaixo para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS.

Agradecemos antecipadamente vossa atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários através do celular (67) 8203-2337 ou e-mail: [reggoncalves@gmail.com](mailto:reggoncalves@gmail.com)

  
/ Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira  
Orientador

  
Regina Queiroz Gonçalves  
Mestranda/Pesquisadora

Eu Eliane Cristina Figueiredo Brilhante

Autorizo a coleta de dados

Não Autorizo a coleta de dados

Eliane Cristina Figueiredo Brilhante  
Secretária Municipal de Saúde  
Três Lagoas - MS

Assinatura e carimbo

Três Lagoas, 23 de Outubro de 2013.

## ANEXO D – Aprovação do projeto pelo colegiado



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE



RESOLUÇÃO Nº 69 DE 15 DE SETEMBRO DE 2014.

O PRESIDENTE DO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DA FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais, resolve: “**Ad referendum**”

Art. 1º. Aprovar o Projeto de Pesquisa em nível de Mestrado intitulado: “**Prevalência de feridas em pacientes atendidos em uma rede primária de saúde**” de responsabilidade da aluna **Regina Queiroz Gonçalves** do Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data da publicação.

  
Ricardo Dutra Aydos

Programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste  
Campus Universitário –Cidade Universitária.  
S/nº Caixa Postal 549 –CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-

E-mail: [saudecoeste.famed@ufms.br](mailto:saudecoeste.famed@ufms.br)



**ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE FERIDAS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE

**Pesquisador:** Regina Queiroz Gonçalves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24888713.6.0000.0021

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 639.215

**Data da Relatoria:** 31/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

O projeto apresentado é requisito parcial do programa de Pós-graduação strictu sensu, modalidade Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, sob orientação do Prof. Dr. Ricardo Dutra Ayóos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A população citada na folha de rosto é de 100 voluntários e será constituída pelos usuários das Unidades da cidade de Três Lagoas/MS, com idade maior ou igual a 18 anos. Como critério de inclusão estabeleceu-se os indivíduos com feridas do tipo úlcera venosa, úlcera arterial, úlcera de pé diabético, úlceras por pressão e úlceras neoplásicas atendidas em salas de curativos das unidades citadas, e, quando possível em sua residência, no período de fevereiro a abril de 2014

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 639.215

Serão excluídos do estudo pessoas com feridas agudas do tipo cirúrgicas como incisão, excisão, enxerto; não cirúrgicas como queimaduras, abrasão, laceração, esfoladura. Menores de idade sem a autorização de pais ou responsáveis, estrangeiros e indígenas e os que não assinarem ao TCLE.

A metodologia envolve a aplicação de questionário elaborado em três partes:

A primeira corresponde aos dados sociodemográficos (nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, grau de instrução, profissão, renda mensal familiar) e clínicos (hábitos pessoais, anamnese). A segunda parte corresponde a informações referentes a ferida (início da ferida, ao tempo com a ferida atual (em meses ou anos), ao número de ferida(s) que possui, localização, exame clínico da ferida, experiência com o tratamento da lesão)

A terceira parte referente ao diagnóstico clínico da ferida

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Primário:

Verificar a prevalência de feridas em pacientes da Rede Primária de Saúde em Três Lagoas-MS.

Secundário:

Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos pacientes, acometidos pelas feridas, atendidos nas Unidades Primárias de Saúde de Três Lagoas;

*Explorar relação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas e a ocorrência das feridas.*

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

De acordo com a pesquisadora, a pesquisa não apresenta nenhum risco para os sujeitos da pesquisa.

Considero os riscos mínimos, pois pode haver falta de adesão dos voluntários à pesquisa

Benefícios: espera-se que este estudo possa contribuir para a estruturação de uma Comissão de Tratamento de Pacientes com Feridas, na criação de uma Unidade de Referência em Feridas e de um Protocolo de cuidados e tratamento. Espera-se ainda que os resultados do estudo possam ser usados nos

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 639.215

serviços de capacitação, educação permanente, visando qualificar e atualizar os profissionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa altamente relevante, pois apesar de ser considerado um problema de saúde pública, estudos sobre a prevalência de feridas, particularmente as cutâneas são escassos. A alta prevalência de feridas crônicas em membros inferiores (MMII) vem aumentando sua incidência, afetando o estilo de vida dos pacientes acometidos, gerando sofrimento, onerando os custos do tratamento, diminuindo a qualidade de vida dos pacientes e, conseqüentemente de suas famílias

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresenta o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde Três Lagoas para execução da pesquisa adequado;

- TCLE adequado

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequações atendidas

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 639.215

CAMPO GRANDE, 07 de Maio de 2014

---

Assinador por:  
Odair Pimentel Martins  
(Coordenador)

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br