

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

CRISTIENE NUNES TADEU

**PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO
SUL DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2019**

CRISTIENE NUNES TADEU

**PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL
DE MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eline Lima Borges

**Belo Horizonte
2019**

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

Tadeu, Cristiene Nunes

Prevalência de lesões crônicas em um município da região do sul de Minas Gerais [manuscrito] / Cristiene Nunes Tadeu. - 2019.
56 p.

Orientadora: Eline Lima Borges.

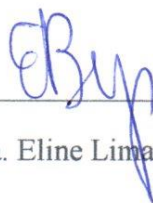
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade - área de concentração Estomaterapia.

1.Ferimentos e lesões. 2.Perfil epidemiológico. 3.Prevalência. 4.Atenção Primária à Saúde. I.Borges, Eline Lima. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

CRISTIENE NUNES TADEU

**PREVALÊNCIA DE LESÕES CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
DO SUL DE MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA :



Profa. Eline Lima Borges



Profa. Aidê Ferreira Ferraz



Profa. Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni

Aprovada em 28 de fevereiro de 2019.

Belo Horizonte

2019

Dedico este trabalho às minhas filhas,
Emanuela e Cecília, que me inspiram todos os
dias a ter fé e acreditar que é possível ser
melhor, sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por fazer tudo possível em minha vida.

Agradeço ao meu marido por não me deixar desistir, seu amor me faz capaz de enfrentar os desafios de cada dia.

Aos meus pais, meu muito obrigado, por sempre me apoiar em meus sonhos!

Aos amigos, Michelle e Daniel, sem vocês não seria possível, o carinho de vocês nos acompanharam nesta etapa!

Agradeço aos gestores do município de Varginha e a todos os enfermeiros que colaboraram para que esse trabalho se tornasse possível.

E por último e não menos importante, agradeço a todos os professores da UFMG que com sua paciência e determinação em nos ensinar contribuiu para a minha formação e em especial, a professora Eline, por todo seu carinho e dedicação, inspirando-nos a transformar a nossa realidade!

RESUMO

Feridas crônicas afetam diretamente a qualidade de vida e causam impacto socioeconômico que contribui para onerar os cofres públicos. **Objetivo:** Analisar a prevalência de feridas crônicas e os fatores relacionados aos pacientes de um Município da região do Sul de Minas Gerais. **Método:** estudo transversal, descritivo exploratório, realizado com os usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de médio porte. Os dados foram coletados por meio de entrevista e exame físico. Foram identificados 61 pacientes com lesões crônicas, 41 atenderam aos critérios e aceitaram participar do estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A prevalência global foi 0,049%, 2,6% na faixa de 60 a 79 anos e 3,67% de 80 anos e mais, 61% eram mulheres, média de idade 62,97 (DP=16,36) anos, número doença associada de 1,9 (DP=1,48). As lesões por paciente variaram de 01 a 08, com média de tempo de existência de 3,8 anos (DP=3,84), 24% eram lesões por pressão e 22,67% úlceras venosas, 74,67% dos pacientes foram tratados com pomada com enzima, antibiótico ou ambos, sendo o médico responsável pela prescrição de 80,49% dos casos. **Conclusão:** A prevalência foi semelhante a de outros estudos e aumentou com a idade. Os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, da ferida e tratamento recebido irão auxiliar a gestão quanto a implementação de um centro de tratamento de feridas no município e na conscientização da equipe da ESF, quanto à elaboração de protocolos de tratamento e de prevenção de lesões baseado nas melhores práticas.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões. Prevalência. Perfil Epidemiológico. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Chronic wounds directly affect the quality of life and cause socioeconomic impact that contributes to burden the public coffers. **Aim:** To analyze the prevalence of chronic wounds and patient-related factors in a municipality of the southern region of Minas Gerais. **Method:** This is a transversal, descriptive and exploratory study. It was conducted with *Estratégia de Saúde da Família* (ESF) users from a medium-sized city. Data were collected through interview and physical examination. Sixty-one (61) patients with chronic wounds were identified, 41 fit the selection criteria and accepted to participate in the survey approved by the Ethics Committee for Research. **Results:** The global scale was 0,049%, 2,6% in the 60-70 age group and 3,67% aged 80 or over, 61% were women, average age of 62,97 years (DP=16,36), number of related illnesses of 1,9 (DP=1,48). There was an variation of between one and eight wounds per patient, with an average of 3,8 prevalence years, 24% were pressure wounds and 22,67% venous ulcers, 74,67% of patients were treated with ointment with enzyme, antibiotics or both, the doctor was responsible for prescribing 80,49% of treatments. **Conclusions:** The prevalence was similar to those recorded by other studies and increase with age. The socio-demographic and clinical data of the patient, the injury and treatment received will assist the management in the implementation of a center for wound treatment in the city, and in the awareness of the ESF team regarding the development of treatment and wound prevention protocols based on best practice.

Keywords: Wounds and Injuries. Prevalence. Epidemiological Profile. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Classificação das doenças associadas apresentadas pelos pacientes com lesões crônicas (n=75). Varginha/MG, 2018.....	28
GRÁFICO 2	Distribuição por classe de medicamentos em uso pelos pacientes com lesões crônicas. Varginha/MG, 2018.....	29
GRÁFICO 3	Distribuição estatística por etiologia das úlceras de perna (n=43). Varginha/MG, 2018.....	31
GRÁFICO 4	Distribuição por topografia de lesões na região de pé (n=19). Varginha/MG,2018.....	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Prevalência total estimada por faixa etária e sexo. Varginha/MG, 2018....	25
TABELA 2	Características socioeconômicas demográficas da amostra (n=41). Varginha/MG, 2018.....	26
TABELA 3	Distribuição de variáveis clínicas por paciente. Varginha/MG, 2018.....	27
TABELA 4	Características das lesões (n=75) dos pacientes do estudo (n=41). Varginha/MG,2018.....	30
TABELA 5	Prevalência de lesão conforme o tipo. Varginha/MG, 2018.....	32
TABELA 6	Tratamento aplicado às lesões crônicas e os seus responsáveis. Varginha/MG, 2018.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUD	Dólar Australiano
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
ITB	Índice de Pressão Tornozelo Braquial
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PIB	Produto Interno Bruto
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVO.....	14
2.1	Objetivos específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	MÉTODO.....	21
4.1	Tipo de estudo	21
4.2	Caracterização do local de estudo	21
4.3	População e amostra.....	21
4.4	Variáveis do estudo	22
4.5	Coleta de dados	22
4.6	Análise dos dados.....	23
4.7	Aspectos éticos	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSSÃO.....	35
7	CONCLUSÃO.....	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A - Autorização para pesquisa no município de Varginha, MG.....	50
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	52
	ANEXO A – Instrumento de coleta de dados	54
	ANEXO B - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG.....	56

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, as feridas crônicas constituem um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2002). O aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares e o *diabetes mellitus* (DM), são os principais fatores de risco para o desenvolvimento das lesões crônicas na população (FREITAS, 2011). As alterações no processo fisiológico do envelhecimento e a dificuldade de controle das doenças associadas favorecem a ocorrência das lesões crônicas e as suas recidivas (DANTAS, 2017).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira de idosos apresentará taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022, com expectativa de 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060, resultando na transição demográfica (IBGE, 2015).

No Brasil, essa transição demográfica implica em mudanças significativas na estrutura da população e, por conseguinte, nas políticas públicas. No entanto, nem sempre as políticas públicas consideraram as mudanças populacionais, devido aos interesses políticos, sociais e institucionais envolvidos, gerando implicações importantes para o indivíduo e sociedade.

O monitoramento da prevalência e incidência de feridas crônicas é necessário, pois é uma ferramenta que auxilia no processo de análise de diagnósticos situacionais de rede, contribuindo para planejamento e mudança de condutas, seja para o aumento do conhecimento ou para estabelecimento de medidas de prevenção e tratamento das lesões, bem como estratégias para gestores na construção de modelos de assistência ofertados aos cidadãos.

Apesar do conhecimento empírico dos profissionais de saúde a respeito do aumento nas taxas de feridas crônicas, as publicações com referência a dados estatísticos ainda são escassas, os custos no tratamento de feridas crônicas são onerosos para o sistema público de saúde (BRASIL, 2002), e os recursos nem sempre estão disponíveis para uma assistência de qualidade.

A Atenção Primária à Saúde, nas Políticas Públicas de Saúde, abrangendo a Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, é a porta de entrada de usuários e responsável pela assistência direta deles. Embora, tenha ocorrido avanço na garantia de acesso do cidadão às ações de atenção à saúde, não há informações sistematizadas sobre a caracterização da população atendida.

Neste contexto, justifica-se esta pesquisa, pois o município de referência para a investigação não possui a informação sistematizada do perfil e característica de sua população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no que concerne aos dados acerca da epidemiologia de feridas crônicas. A assistência não é uniformizada e inexistem protocolos de assistência à pessoa com ferida crônica, o que não garante recursos e planejamento eficaz, favorecendo uma assistência de má qualidade e desperdícios de recursos financeiros.

Desse modo, esta pesquisa tem a finalidade de oferecer aos gestores subsídios para estabelecer estratégias de alocação de recursos no que diz respeito a temática, fomentando uma melhor qualidade na assistência prestada.

O município onde será desenvolvida a pesquisa pertence ao estado de Minas Gerais, localizado na região sul, é referência no atendimento à saúde e economia de diversos municípios vizinhos. O local apresenta uma área de unidade territorial de 395.390km², e a população referida no último censo do IBGE de 2010 é de 123.081 habitantes (IBGE, 2018).

Segundo dados do Portal de Atenção Básica, o município oferece uma cobertura a sua população de 51,35% para Estratégia de Saúde da Família, compreendendo 22 equipes de Estratégia de Saúde da Família, das quais 21 estão na Zona Urbana e uma na Zona Rural. Se adicionadas as Unidade Básica de Saúde tradicionais, que contém 05 equipes, há um total de 27 equipes, com cobertura de 68,1% da população do município (BRASIL, 2018).

2 OBJETIVO

O objetivo geral desta pesquisa é estimar a prevalência de feridas crônicas de um Município da região do Sul de Minas Gerais. Assim, são estabelecidos os objetivos específicos que seguem abaixo.

2.1 Objetivos específicos

Descrever o perfil dos pacientes, segundo os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos.

Caracterizar as feridas crônicas apresentadas pelos pacientes quanto à etiologia, ao número, à localização, ao tempo de existência e ao tratamento recebido.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Feridas podem ser definidas como rupturas da estrutura e função anatômicas normais da pele, decorrentes de processos de doenças ou traumas, que resultam em quebras na integridade epitelial da pele. Elas podem ser classificadas de acordo com a sua duração, em aguda e crônica. Feridas agudas geralmente se curam dentro de 3 semanas, o processo de cicatrização ocorre de maneira ordenada. Enquanto nas crônicas, a cura ocorre no prazo de cerca de três meses ou mais e o processo de cicatrização não se dá de forma ordenada, ocorrendo alteração não fisiológica (KORTING; SCHÖLLMANN; WHITE, 2011).

O processo cicatricial é comum a todas as feridas, independentemente do agente causal. Ele é sistêmico, dinâmico e complexo, composto de uma série de estágios, interdependentes e simultâneos, envolvendo fenômenos químicos, físicos e biológicos, diretamente relacionados às condições gerais do organismo (BORGES *et al.*, 2010).

Na ferida crônica ocorre uma disfunção caracterizada por inflamação crônica, níveis elevados de citocinas e proteases que destroem componentes essenciais da matriz extracelular, baixa atividade mitogênica e células senescentes (MORTON; PHILLIPS, 2016).

O processo de cicatrização de feridas pode ser prejudicado por fatores sistêmicos ou fatores locais. No grupo dos fatores sistêmicos destacam-se o tabagismo, idade, estado nutricional (desnutrição e obesidade), algumas doenças crônicas como insuficiência cardíaca, doença do tecido conjuntivo, doenças vasculares, DM e uso de medicamentos, principalmente os que atuam no sistema imunológico (corticoides e imunossupressores). E dentre os fatores locais, apresentam-se infecção, trauma repetitivo, corpos estranhos, tecido necrótico, tensão excessiva na ferida, ressecamento ou excesso de umidade e tratamento tópico inapropriado (MORTON; PHILLIPS, 2016).

Feridas crônicas estão associadas com aumento da mortalidade e morbidade substancial devido a infecção, dor, limitação das atividades diárias e consequências psicossociais, as quais afetam diretamente a qualidade de vida (KIRSNER; VIVAS, 2015). A situação também causa impacto socioeconômico, que contribui para onerar os cofres públicos com tratamento ambulatorial prolongado, internações, pagamento de benefícios por longo período de tempo e aposentadoria precoce (MENDES, 2013).

Dentre as feridas crônicas, as mais comuns são lesão por pressão, úlcera venosa, úlcera arterial e úlceras decorrentes DM, popularmente denominadas de pé diabético. Outras

etiologias, porém menos comuns são: vasculites, pioderma gangrenoso, úlceras de tecido conjuntivo, úlceras decorrentes de coagulopatias, úlcera por anemia falciforme, úlcera de Marjolin, úlceras hipertensivas, infecciosas e necrose lipóidica (KIRSNER; VIVAS, 2015).

As lesões por pressão geram impacto significativo para os pacientes, familiares e sistema de saúde, por serem recorrentes, incapacitantes e repercutirem de forma severa na qualidade de vida. Há grande preocupação por parte dos gestores com custos e sua repercussão na qualidade dos serviços, pois é um indicador da qualidade da assistência (SILVA *et al.*, 2017).

No Brasil, o registro de lesão por pressão, a sua prevalência e incidência são incipientes, há apenas estimativas ou estudos pontuais, e o número de casos e o custo de tratamento no país, com estudos de âmbito nacional, não são conhecidos (MORAES, 2016). Considerando os diversos cenários, estimativas de prevalência e incidência, respectivamente, são apontadas para cuidados de longa permanência de 2,3% a 28% e 2,2 % a 23,9%; cuidados agudos de 10 a 18% e 0,4% a 38%; atenção domiciliar de 0% a 29% e 0% a 17% (BRASIL, 2013a).

Destaca-se a importância da lesão por pressão, uma vez que esta categoria, por ser considerada evento adverso, integra o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que está inserido numa série de conjunto de protocolos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, publicada em 2013 pela Portaria Nº 529 (BRASIL, 2013b). Conforme dados nacionais mais recentes, publicados pelo Relatório Nacional de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, a lesão por pressão foi o terceiro evento mais notificado, com 23.722 (17,6%). Dentre esses, cerca de 3.771 foram notificados como *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) decorrentes de lesão por pressão estágio 3 e 831 (22%) lesão por pressão estágio 4. Além disso, 34 pacientes foram a óbito devido à lesão por pressão (BRASIL, 2017).

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, em seu último consenso de 2016, traz a definição de lesão por pressão.

Dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. A lesão pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. A tolerância do tecido mole para a pressão e cisalhamento também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão,

A úlcera venosa, também conhecida como úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou úlcera varicosa, é definida como uma área de descontinuidade da epiderme que persiste por 4 semanas ou mais e ocorre como resultado da hipertensão venosa e insuficiência da bomba do músculo gastrocnêmico. A categoria representa, aproximadamente, 70 a 90% do total das úlceras de perna e o fator etiológico mais comum é a insuficiência venosa, desencadeada pela hipertensão venosa (BORGES, 2011).

O surgimento da úlcera venosa é o evento final de uma série de alterações dermatofuncionais que envolvem o retardo do retorno venoso crônico, desencadeando diversas alterações localizadas nas porções distais do membro e a fisiopatologia centrada na pressão gravitacional como seu principal agravante (GODOY; MARTINS, 2011).

A úlcera venosa é superficial, exsudativa, e geralmente apresenta material fibrinoso em seu leito. Frequentemente evidencia-se a presença de veias varicosas e edema justa maleolar, que melhora com elevação dos membros. Além disso, uma descoloração de vermelho para marrom na pele ao redor da ferida pode ocorrer, representando deposição de hemossiderina.

A doença venosa de longa duração, cujo quadro mais avançado pode levar a alterações de fibrose no tecido adiposo, é conceituada de lipodermatoesclerose. A perna adquire aparência de "garrafa de champanhe invertida". Outra característica comum é atrofia branca, que é uma cicatriz em porcelana estrelada com despigmentação e telangiectasias circundantes. Os pacientes apresentam alto risco de desenvolvimento de celulite, a prevalência de osteomielite é baixa, assim como o risco de amputação (KIRSNER; VIVAS, 2015).

As úlceras venosas afetam significativamente o paciente, em decorrência de dor crônica ou desconforto, depressão, perda de autoestima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações ou visitas clínicas ambulatoriais (BORGES, 2011). A ocorrência da referida lesão apresenta um grande impacto socioeconômico associada a elevados índices de sua incidência, à cronicidade, custos terapêuticos, de acompanhamento clínico, à complexidade do cuidado e alterações nas relações afetivas familiares e ao alto índice de recidiva (JOAQUIM *et al.*, 2017).

A discussão atual no contexto da úlcera venosa deve ser direcionada para o tratamento de uma doença que tende a cronicidade e a sua evolução e regressão depende de fatores orgânicos gerais, portanto, é relevante que se tenha uma visão holística das condições clínicas gerais, e a cura clínica é apenas uma fase do seu tratamento e não o fim (THOMAS, 2011).

Insuficiência arterial é a forma mais comum de isquemia e é responsável por até 25% das úlceras de perna. Aterosclerose progressiva é a etiologia mais comum, em que as artérias tornam-se estenóticas como resultado da deposição lipídica nas paredes dos vasos arteriais, muitas vezes devido a níveis elevados de colesterol ou triglicerídeos circulantes e agravados pelo tabagismo, hipertensão mal controlada e DM. Entre os fatores de risco, os mais comuns, citados anteriormente, são DM, tabagismo, hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e aumento da idade (MORTON; PHILLIPS, 2016; KIRSNER; VIVAS, 2015).

A isquemia crônica é caracterizada por diversas alterações, claudicação intermitente, dor em repouso, neuropatia isquêmica, alterações musculoesqueléticas, alterações na pele, gangrena e a úlcera propriamente dita (LIMA *et al.*, 2011).

As úlceras arteriais são comumente localizados no pé, especialmente nas áreas mais distais (dedos), mas pode apresentar no calcanhar, tornozelo ou outras partes da perna, especialmente na anterior, onde há circulação arterial colateral diminuída. Essas úlceras tendem a apresentar sua base com tecido de granulação pálido, muitas vezes com um tecido necrótico, podendo ter exposição de tendões. Os achados clínicos incluem perda de pelo, pele atrófica, pulsos periféricos e tempo de enchimento capilar diminuídos (KIRSNER; VIVAS, 2015).

O Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético, *International Working Group on the Diabetic Foot*, conceitua pé diabético como sendo infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica nos membros inferiores. Em países desenvolvidos, a doença arterial periférica é o fator complicador mais frequente, enquanto nos países em desenvolvimento, a infecção é a complicação comum das úlceras de pés diabéticos, principal causa de amputações. A incidência de úlceras de pés diabético cumulativas ao longo da vida é de 25%, e essas lesões precedem 85% das amputações (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Pessoas com diabetes são mais propensas a serem hospitalizados por complicações associadas à úlcera do que qualquer outra complicação do diabetes, e a hospitalização é o aspecto mais oneroso do gerenciamento (HURLOW *et al.*, 2018). Nos Estados Unidos o pé diabético é a causa mais comum de internações prolongadas, compreendendo 25% das admissões hospitalares, com custos de 28 mil dólares a cada admissão por ulceração (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Recentemente foi publicado estudo no Brasil intitulado *Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study*, o qual estimou os custos médicos

diretos do “pé diabético” na perspectiva do sistema público de saúde (SUS), contabilizando para todas as hospitalizações R\$ 48,4 milhões, no período de 2014. O autor considerou as estimativas conservadoras, visto que os custos não médicos como perda de produtividade, custos com órteses e próteses, custos de assistência domiciliar e serviços sociais para pacientes que sofreram amputação nas extremidades inferiores, não foram incluídos neste estudo. Logo, pode-se afirmar que o impacto econômico geral do “pé diabético” é ainda mais significativo no Brasil (TOSCANO *et al.*, 2018).

A ulceração no pé advém de uma tríade composta pela neuropatia, deformidade e traumatismos. A neuropatia diabética está presente em 50% dos pacientes com DM tipo 2 acima de 60 anos. A insensibilidade resulta do agravo às fibras nervosas finas pela exposição prolongada à hiperglicemia associada a fatores cardiovasculares. Há comprometimento das fibras grossas, com perda da propriocepção, do movimento articular e do *feedback* da percepção de posição pelos receptores nas pernas e nos pés. Em estágios avançados, também há fraqueza muscular e alterações estruturais dos pés pelo comprometimento motor, favorecendo quedas. Clinicamente, observam-se deformidades neuropáticas como dedos em garra ou em martelo, proeminências de metatarsos e acentuação do arco plantar (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os traumas são causados, frequentemente, por calçados inapropriados, caminhar descalço, objetos dentro dos sapatos, dentre outros. A insensibilidade associada à limitação de mobilidade articular resulta em alterações biomecânicas, com aumento da pressão plantar e nas regiões dorsais. A anidrose (pele seca), é resultante da desautonomia periférica, e os calos favorecem o aumento da carga, ocorrendo hemorragia subcutânea e ulceração pelo trauma repetitivo (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os pacientes com neuropatia podem desenvolver a artropatia de Charcot, conhecida como pé em Charcot. Sua fisiopatologia está relacionada com a perda da sensibilidade protetora do pé, levando ao estresse mecânico repetitivo e a lesões capsulo ligamentares e osteoarticulares. A artropatia é caracterizada pela desarranjo articular, fraturas patológicas e destruição da arquitetura do pé, resultando em um colapso longitudinal do arco médio do pé, e essas áreas passam a ter grande risco de ulcerações (BORGES, 2011).

O entendimento da busca pelo tratamento adequado da população afetada deve passar não somente pela redução de custos, mas a melhora da qualidade de vida, redução de impacto causado no indivíduo e família. E nessa perspectiva da melhora da qualidade de vida do paciente com ferida crônica, o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde deveria ser garantido por Políticas Públicas Nacionais de Saúde, vinculadas às políticas de Atenção

Primária, haja vista que no Brasil ainda não existe políticas específicas neste assunto (FREDERICO *et al.*, 2018).

O acesso aos serviços de saúde e ao tratamento das doenças e agravos é um direito de todos os cidadãos e são regidas nos princípios do SUS, de universalidade, integralidade e equidade. A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção e a principal porta de entrada do SUS, consolidada por meio da ESF, e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, através do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A ESF pode contribuir para redução de agravos e complicações desencadeadas pela presença da ferida crônica, quando de fato implementar uma assistência de qualidade, de forma a diminuir o número de internações e consequentes gastos públicos. Destaca-se que os cuidados direcionados a quaisquer tipos de ferida crônica devem ser de responsabilidade de uma equipe multiprofissional, cuja participação de todos é indispensável nesse processo, exigindo-se desses profissionais capacitação, envolvimento e visão global do paciente e do meio em que ele está inserido (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011).

No entanto, o enfermeiro tem papel de destaque nesta equipe por ser o principal responsável pelos cuidados específicos e contínuos dispensados ao indivíduo com ferida. O procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser realizado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Tanto os conhecimentos, quanto as atribuições e as responsabilidades do enfermeiro devem sobrepujar as ações de natureza técnica, com o objetivo de planejamento de ações preventivas e diagnósticas, fortalecendo a tomada de decisão junto à equipe multidisciplinar e implementando cuidados, terapias e acompanhamento das condições de saúde e de agravos, de acordo com a Resolução COFEN nº 567/2018 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018), que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas (FREDERICO *et al.*, 2018).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo exploratório com análise quantitativa.

4.2 Caracterização do local de estudo

O município onde foi desenvolvida a pesquisa pertence ao estado de Minas Gerais, localizado na região sul, apresenta uma área de unidade territorial de 395.390 km², população de 123.081 habitantes, referida no último censo do IBGE, no ano de 2010, sendo 311,29 hab/km². População estimada no ano de 2017 foi de 134.364 habitantes. As principais economias locais são os serviços e comércio, indústria e agropecuária, com PIB per capita R\$ 34827,43 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,77 em 2010, ocupando a 1ª posição no sul de Minas. O salário médio mensal foi de 2,3 salários mínimos, no ano de 2015, ocupando a 2ª colocação na microrregião do sul de Minas e 80º no Estado, considerando os últimos dados do IBGE (IBGE, 2018).

4.3 População e amostra

O objeto de estudo desta pesquisa foi a população residente no referido município, com lesão crônica na área de abrangência das equipes de ESF.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: pessoa com lesão crônica independentemente da idade ou sexo, atendida pela rede pública de serviços de saúde e residente no Município do estudo. E como critério de exclusão, os pacientes com menos de 18 anos ou com déficit de cognição que não possuíam um curador para autorização da pesquisa.

A coleta de dados teve seu início após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do referido município. Bem como após a realização de treinamento com os enfermeiros, acerca do entendimento e aplicação do instrumento de coleta

de dados. A composição dos dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2018, sendo realizada pelo enfermeiro pesquisador e enfermeiros das ESF.

Os pacientes foram selecionados por meio de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde e conforme demanda espontânea em sala de curativos, consultas clínicas e de enfermagem, desde que atendessem aos critérios da pesquisa.

Para este estudo, foi considerada lesão crônica aquela com tempo de existência superior a 4 semanas, em que a sua cicatrização demanda mais tempo que o esperado (KORTING; SCHÖLLMANN; WHITE, 2011).

4.4 Variáveis do estudo

Para este estudo, foram adotadas as seguintes variáveis: sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas do paciente, da ferida e seu tratamento (ANEXO A).

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar.
- Variáveis epidemiológicas e clínicas: doenças crônicas, estado nutricional e doença ou condição associada à ferida.
- Variáveis da ferida: tipo de ferida (etiologia); número de feridas; localização anatômica; tempo de evolução da ferida, tipo de curativo, responsável pela indicação e troca do curativo.

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de aplicação de um instrumento de avaliação, que continha as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas e de variáveis da ferida (ANEXO A). Esse instrumento foi aplicado em pesquisa anterior, de cunho semelhante a esta, com estudos de prevalência de lesões crônicas nas cidades de Capelinha (ARAÚJO, 2015) e de Conselheiro Lafaiete (NASCIMENTO FILHO, 2017), ambas localizadas em Minas Gerais.

Os dados desta pesquisa foram coletados pelo pesquisador e enfermeiros da ESF devidamente treinados e capacitados para a aplicação do instrumento de avaliação.

Primeiramente foi realizada uma reunião geral com todos os enfermeiros para apresentar o objetivo da pesquisa, convidando-os a participar como avaliadores e entrevistadores de seus referidos pacientes, em sua área adscrita. Nesse encontro, foi

apresentado o instrumento de coleta de dados e a capacitação para o preenchimento correto das informações.

Os pacientes foram avaliados na ESF pertencente à área de sua residência, e os pacientes acamados e em acompanhamento domiciliar foram avaliados em sua residência. O contato foi realizado via telefone e por visita domiciliar pelo pesquisador ou pelo enfermeiro da ESF, convidando o público alvo a participar da pesquisa. Posteriormente, conforme disponibilidade dos enfermeiros e pacientes foi agendado data e horário, adequando a agenda de trabalho e funcionamento do serviço do município, entre 07:00 e 17:00, para a realização da entrevista e procedimento de avaliação de ferida.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à codificação apropriada, em banco de dados criado no programa *Microsoft® Excel*¹ (versão 2013). As informações foram armazenadas em planilhas do programa, conferidas para validação dos dados com avaliação de consistência e correção dos erros de digitação. A seguir, foram gerados os cálculos estatísticos, através de tabelas e gráficos.

Para o cálculo da prevalência foi utilizada a equação descrita a seguir, apresentada pelo *Wounds International* (2009).

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número de indivíduos com ferida crônica em certo período de tempo}}{\text{Número total de pessoas no mesmo período de tempo}} \times 100$$

Para estimativa de prevalência de ferida crônica neste estudo foi considerado o número de pessoas com feridas crônicas cadastradas nas ESF e Postos de Saúde da Zona Rural do município no período da coleta de dados dividido pelo número total de pessoas residentes e cadastradas nas ESF no município no mesmo período, multiplicado por 100.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva. As variáveis contínuas foram descritas em suas medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão) e variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e porcentagens.

¹ MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Office Excel**, 2013.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece critérios éticos para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013).

Esta pesquisa faz parte de um projeto intitulado “Prevalência de lesões crônicas nos municípios do Brasil e caracterização da clientela”, cadastrada sob o CAAE - 48528815.7.0000.5149 e aprovada pelo COEP da UFMG (ANEXO B). Recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE A).

Para esta pesquisa, a todos os participantes foi apresentado e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Nesta oportunidade, foi ressaltado que os convidados que recusassem a participar não sofreriam prejuízo quanto ao atendimento no serviço de saúde, e que os participantes da pesquisa não teriam qualquer tipo de ônus e teriam o anonimato garantido pelo pesquisador.

5 RESULTADOS

Nesta pesquisa foram identificadas 61 pessoas com lesões crônicas residentes no município de Varginha/MG. Todas essas são assistidas nas unidades de ESF do município, sendo 21 unidades alocadas na zona urbana e uma na zona rural, totalizando 22 unidades. Considerando a população geral do município, de acordo com o último censo de 2010, total de 123.081 habitantes, a prevalência de pacientes com lesões crônicas foi de 0,049%, correspondendo a 0,49/1.000 habitantes. Ajustando-se os dados para a população real atendida pelas ESF, registrados no Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, e-SUS Atenção Básica, e considerando os critérios da pesquisa, ou seja, usuários acima de 20 anos, temos 40.908 pacientes assistidos pela ESF. Nesta análise, a prevalência de pacientes com lesões crônicas foi de 0,149% correspondendo a 1,49/1.000 habitantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência total estimada por faixa etária e sexo. Varginha/MG, 2018.

Faixa etária*	Sexo (M/F)	n	População***	Prevalência****
20 a 59 anos	M	8	15.054	0,53
	F	6	16.427	0,37
	Total	14	31.481	0,44
60 a 79 anos	M	6	3.809	1,58
	F	16	4.254	3,53
	Total	22	8.036	2,6
80 anos e mais	M	2	551	3,63
	F	3	813	3,69
	Total	5	1.364	3,67
20 anos e mais	M	16	19.414	0,82
	F	25	21.494	1,16
	Total	41	40.908	1
Total**		61	40.908	1,49

*Faixa etária, referente à amostra da pesquisa, n=41. **Total referente a usuários identificados, n=61.

População, dados coletados no E-SUS (M.S.). *Prevalência, cálculo 1/1000 habitantes.

Fonte: dados da pesquisa.

A prevalência de lesão na população idosa, acima de 60 anos, foi maior comparada à faixa etária de 20 a 59 anos, aumentando progressivamente com a idade, sendo 0,44 na faixa etária 20 a 59 anos, 2,6 de 60 a 79 anos e 3,67 de 80 anos e mais. A prevalência foi 1,16 no grupo feminino e 0,82 no masculino.

Do total de pacientes identificados, 41 aceitaram participar da pesquisa compondo a amostra do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Características socioeconômicas demográficas da amostra (n=41). Varginha/MG, 2018.

Variáveis	Categorias	n	%	Média (DP)	Mediana
Sexo	Feminino	25	61,00		
	Masculino	16	39,00		
Idade (anos)	20-59 anos	14	34,15	62,97 (16,36)	64,02
	60 -79 anos	22	53,65		
	80 anos e mais	5	12,20		
Anos de estudo	0	6	14,65	5,33 (3,88)	4,00
	1 a 4 anos	14	34,15		
	5 a 8 anos	15	36,58		
	9 anos ou mais	4	9,75		
	Sem informação	2	4,87		
Alfabetização	Alfabetizado	33	80,00		
	Analfabeto	8	20,00		
Ocupação	Aposentado/pensionista	23	56,10		
	Ativo	10	24,40		
	Do Lar	4	7,30		
	Desempregado	3	9,75		
	Licença INSS	1	2,45		
Estado civil	Casado	19	46,34		
	União estável	1	2,45		
	Solteiro	6	14,63		
	Divorciado	3	7,31		
	Separado	1	2,45		
	Viúvo	11	26,82		
Raça/etnia	Branca	27	66,00		
	Preta	4	10,00		
	Parda	10	24,00		
	Amarela	0	0		
Renda familiar mensal (*SM)	Até 1	26	63,41	912,75(645,33)	954,00
	Entre 1 e 2	7	17,10		
	Mais de 3	1	2,43		
	Nenhuma renda	6	14,63		
	Não especificado	1	2,43		
Água tratada	Sim	41	100,00		
	Não	0	0,00		
Rede de esgoto	Sim	40	98,00		
	Não	1	2,00		
Coleta de lixo	Sim	39	95,00		
	Não	2	5,00		
Luz	Sim	41	100,00		
	Não	0	0,00		

*SM=salário mínimo (R\$ 954,00).

Fonte: Dados da pesquisa.

Nos dados quanto à ocupação de trabalho dos participantes, 10 (24,40%) estavam na ativa e exerciam as seguintes atividades profissionais: doméstica (2), mecânico (1), ajudante de serralheiro (1), porteiro (1), promotor de vendas (1), pedagoga (1), pedreiro (1), lavrador (1) e motorista (1).

Os resultados da distribuição das variáveis clínicas por paciente constam na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de variáveis clínicas por paciente. Varginha/MG, 2018.

Variáveis	Categorias	n	%	Média (DP)	Mediana
Etilismo	Sim	7	17,07		
	Não	34	82,93		
Tabagismo	Sim	8	19,51		
	Não	33	80,49		
*IMC (Kg/m ²) (n = 31)	<18,5 (abaixo do peso)	1	3,23	29,24 (9,87)	26,85
	18,5 a 24,99 (peso normal)	11	35,48		
	25 a 29,99(acima do peso)	10	32,26		
	>30 (obesidade)	9	29,03		
*Glicemia (n =21)	≤126 mg/dL	13	61,90	126,47 (56,18)	101,10
	>126 mg/dL	8	38,10		
*Hemoglobina (n=16)	< 12,5 g/dL	8	50,00	11,9 (2,84)	12,30
	≥12,5 g/dL	8	50,00		
Locomoção	Deambula	20	48,78		
	Deambula com dificuldade	9	21,95		
	Deambula com órtese/prótese	5	12,20		
	Cadeirante	2	4,88		
	Acamado	5	12,20		
Número de doença associada por Paciente	0	8	19,51	1,9 (1,48)	2,00
	1	7	17,07		
	2	17	41,46		
	3	3	7,32		
	≥ 4	6	14,63		

*Valor de n inferior ao tamanho da amostra (41) devido à falta de registro de dados.

Fonte: Dados da pesquisa.

Do total de pacientes que não ingeriam bebida alcoólica, três informaram estar em abstinência, sendo cada um com tempo de um, 15 e 16 anos. Os sete pacientes (17,07%) que declaram o uso de tabaco, o consumo de cigarros/dia foi de 02 cigarros/dia (01), 3 cigarros/dia (02), 4 cigarros/dia (02), 10 cigarros/dia (01) e 20 cigarros/dia (01).

A informação de alguns dados como peso, altura, glicemia e hemograma foram comprometidos, pois para alguns pacientes, não foi encontrado registros atualizados no prontuário da unidade e/ou o paciente não dispunha desta informação. Logo, o quantitativo

para peso e altura foi de 31 (n=31) e para os índices de glicemia e hemograma, o número de participantes foi de 21 e 16, respectivamente. A glicemia e o hemograma estavam alterados em 38,10% e 50% dos participantes.

Quanto à variável locomoção, dois (4,88%) declararam no momento da entrevista serem cadeirantes. Um paciente declarou-se com uso definitivo e outro declarou deambular, porém, devido a lesão estava em uso da cadeira de rodas diariamente.

Com relação às doenças, 33 (89,49%) dos pacientes declararam ter ao menos uma doença associada (Gráfico 1), sendo as mais frequentes a HAS, seguida do DM e o grupo de doenças cardiovasculares, com 27 (36%), 16 (21%), 11 (15%), respectivamente. Nas doenças cardiovasculares, quatro pacientes informaram já ter sofrido acidente vascular encefálico. Esses três grupos juntos somaram 72% do total das doenças declaradas.

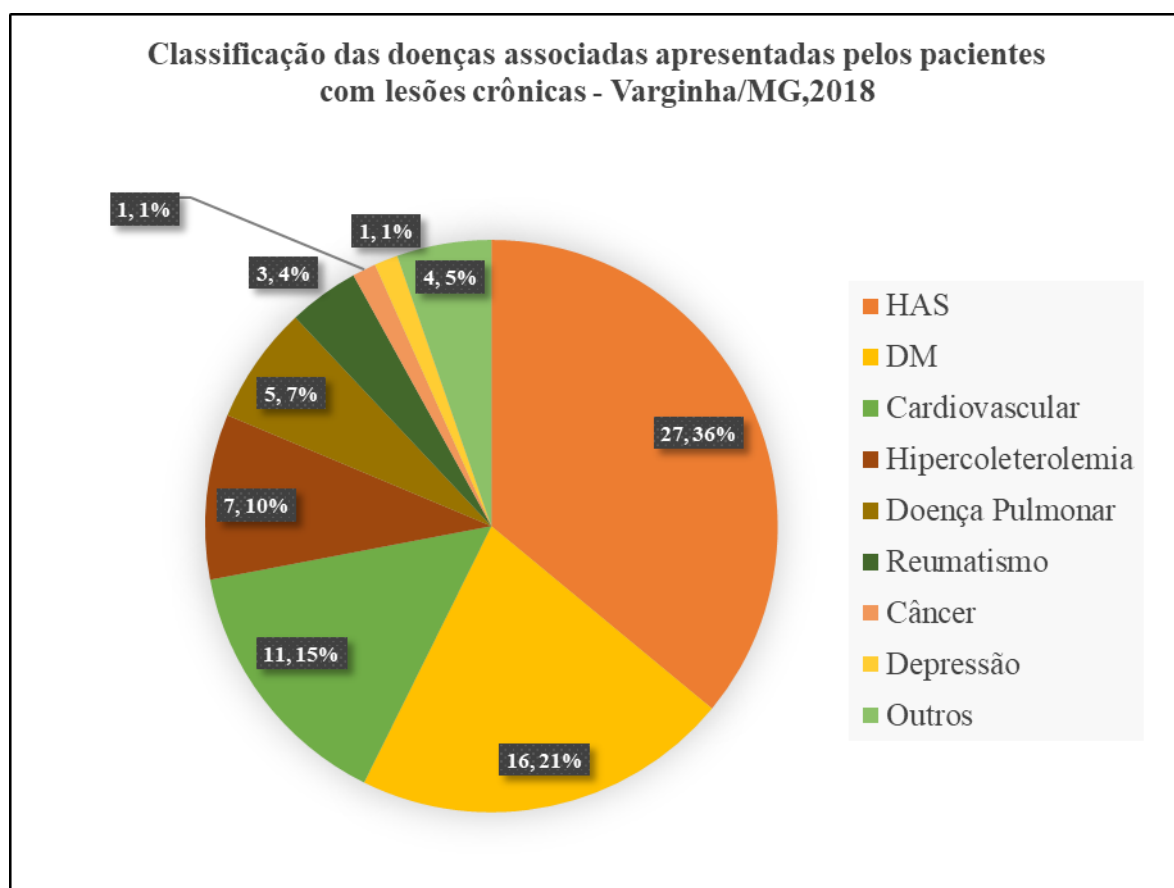


Gráfico 1 - Classificação das doenças associadas apresentadas pelos pacientes com lesões crônicas (n=75). Varginha/MG, 2018

Fonte: Dados da pesquisa.

Outras doenças citadas pelos participantes corresponderam a 11,5% do total. Nesse grupo foi identificado um registro de hipotireoidismo, hidrocefalia, Alzheimer e um não declarado. A média de doenças foi 1,9 (DP=1,48), com utilização de diversas medicações para o controle das mesmas. O número de pacientes que não declararam uso de alguma medicação corresponde a 11 pacientes, total de 26,82% da amostra. A distribuição das medicações foi calculada tendo por referência o n=100, corresponde ao número total de medicações declaradas (Gráfico 2).

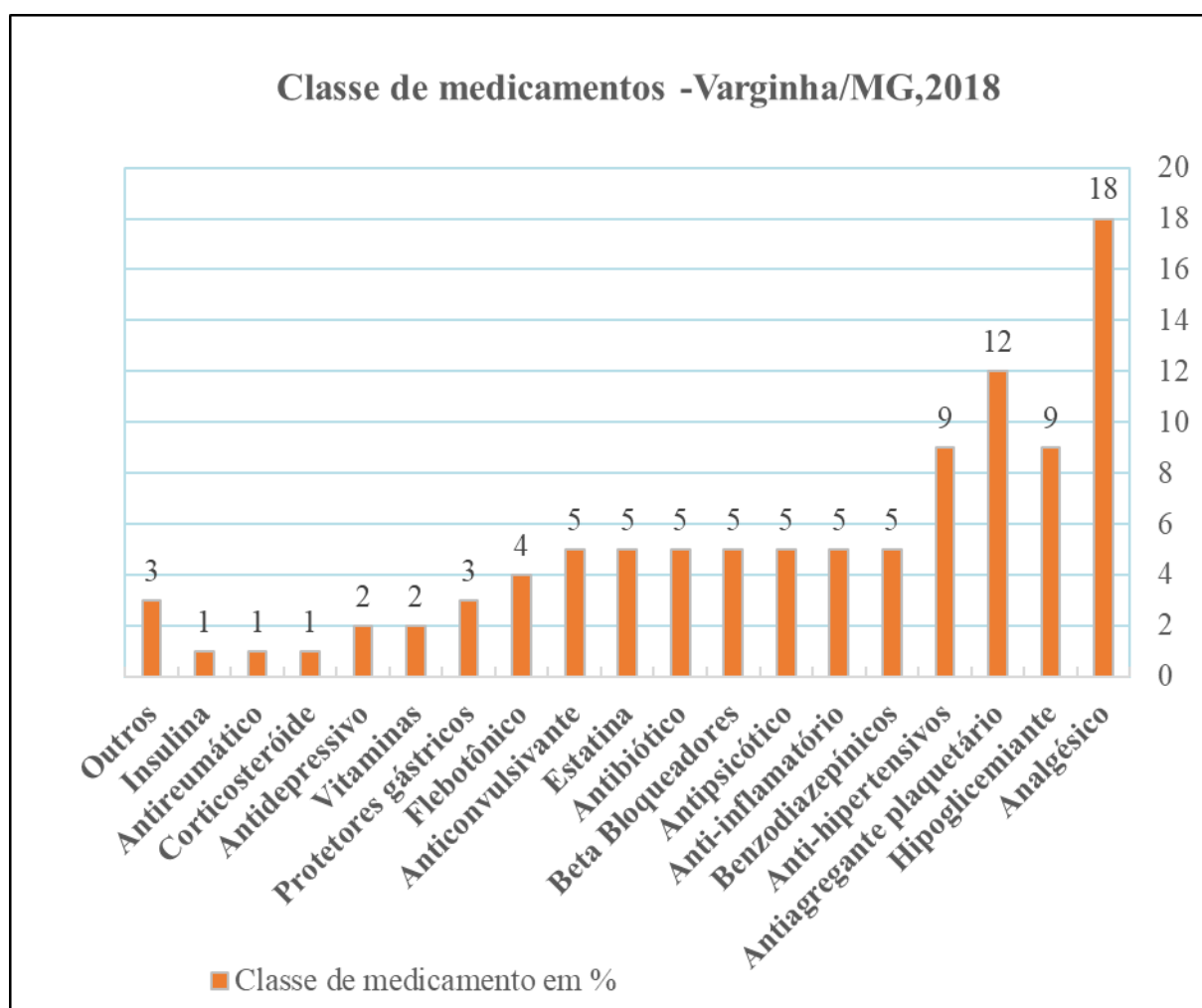


Gráfico 2 - Distribuição por classe de medicamentos em uso pelos pacientes com lesões crônicas. Varginha/MG, 2018

Fonte: Dados da pesquisa.

As características das lesões dos pacientes do estudo estão detalhadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Características das lesões (n=75) dos pacientes do estudo (n=41). Varginha/MG, 2018

Variáveis	Categorias	n	%	Média (DP)	Mediana
Tempo de lesão	≤ 1 ano	37	49,33	3,14 (5,15)	1,5
	1 a 2 anos	24	32,00		
	3 a 10 anos	8	10,67		
	>10 anos	6	8,00		
Etiologia	Lesão por pressão	18	24,00		
	Úlcera venosa	17	22,67		
	Trauma mecânico	8	10,67		
	Úlcera neuropática	5	6,67		
	Neuroisquêmica	4	5,33		
	Outros	7	9,33		
	Sem diagnóstico	16	21,33		
**Área (cm ²)	Pequena	65	86,67	35,13 (98,92)	8,88
	Média	5	6,67		
	Grande	4	5,33		
	Extensa	1	1,33		
Localização	Face	2	2,67		
	Tronco posterior	4	5,33		
	Abdômen	1	1,33		
	Trocânter	2	2,67		
	Sacral	4	5,33		
	Anal	1	1,33		
	Coxa	1	1,33		
	Perna	41	54,67		
	Pé	19	25,33		
Pele perilesão	Intacta	20	26,67		
	Dermatite	16	21,33		
	Descamativa	15	20,00		
	Eritematosa	11	14,67		
	Macerada	6	8,00		
	Infecção	6	8,00		
	Pruriginosa	1	1,33		
Odor do exsudato	Imperceptível	58	77,33		
	Desagradável	17	22,67		
Dor	Frequentemente	36	48,00		
	Às vezes	29	38,67		
	Não	10	13,33		

**classificação conforme deliberação do Coren/MG (2000)

Fonte: Dados da pesquisa.

O número de lesões por paciente variou de 01 a 08, média 1,83 (DP=1,50), sendo que 25 (60,98%) pacientes tinham uma lesão, nove (21,95%) duas lesões e sete (17,07%) três ou mais lesões, totalizando 75 lesões. A recidiva estava presente em 31 (75,61%) pacientes.

O tamanho da lesão foi classificado conforme a deliberação do COREN/MG (2000), 65 (86,67%) eram pequenas (menor que 50 cm²). A média da área foi 35,13 (DP=98,92) cm². Quanto à etiologia das lesões, 18 (24,0%) pacientes apresentavam lesão por pressão e 17 (22,67%) úlcera venosa, que foram as mais frequentes. Outras úlceras de perna, total (n=43), além da úlcera venosa, também foram encontradas (Gráfico 3).

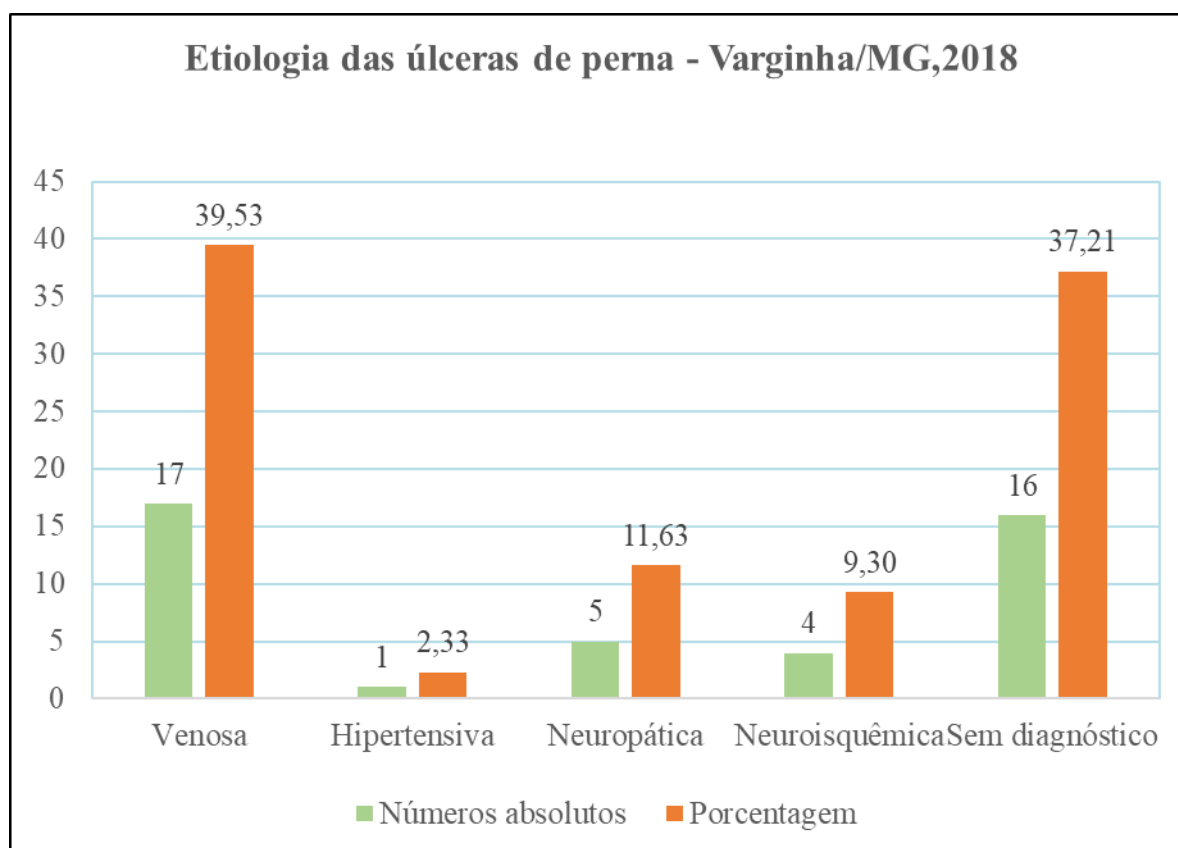


Gráfico 3 - Distribuição estatística por etiologia das úlceras de perna (n=43). Varginha/MG, 2018
Fonte: Dados da pesquisa.

A área ao redor da ferida, ou seja, área de pele perilesão, estava alterada em 49 (65%) lesões sendo as principais mudanças caracterizadas por dermatite (16/21,33%), descamação (15/20%) e eritema (11/14,67%).

A perna e o pé foram os locais com o maior número de lesões, correspondendo a 80% dos casos, sendo 41 (54,67%) úlceras na perna e 19 (25,33%) em diversas regiões do pé (Gráfico 4).

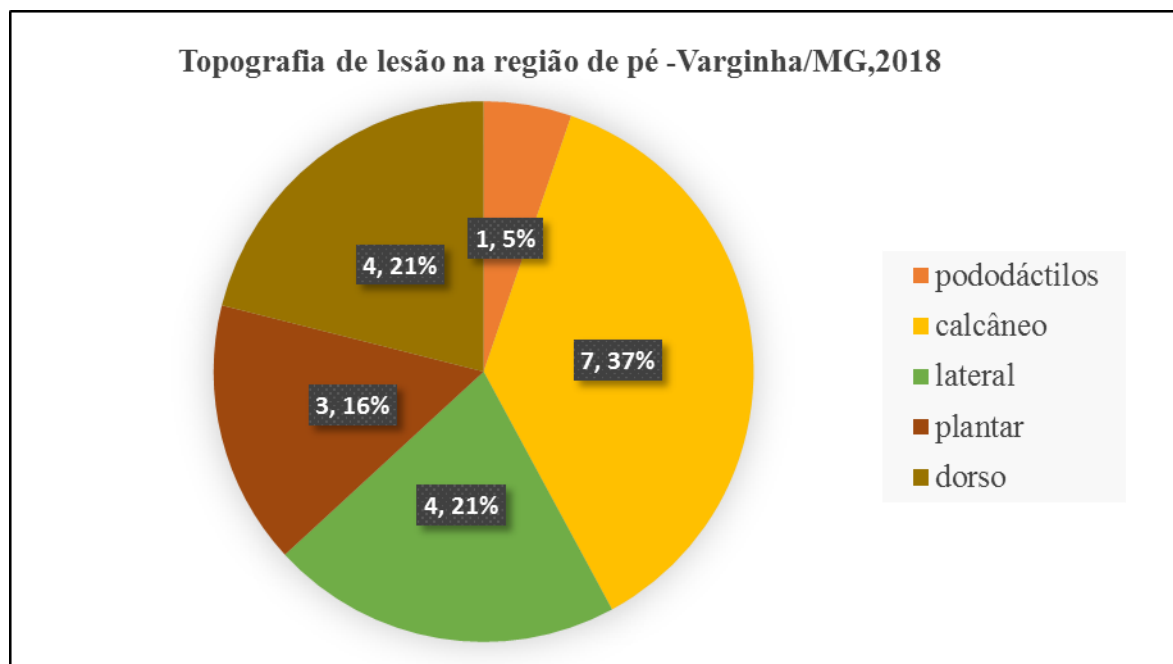


Gráfico 4 - Distribuição por topografia de lesões na região de pé (n=19). Varginha/MG, 2018

Fonte: Dados da pesquisa.

A estimativa das lesões conforme etiologia encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Prevalência de lesão conforme o tipo. Varginha/MG, 2018

Variáveis		Categoria	n	%	Prevalência*	
Tipo de lesão	Úlcera de perna (n=23/ 56,1%)	Úlcera venosa	11	26,83	0,27	0,56
		Neuropática	3	7,32	0,07	
		Neuroisquêmica	2	4,88	0,05	
		Hipertensiva	1	2,44	0,02	
		Sem diagnóstico	6	14,63	0,15	
	Lesão por pressão (n=8/ 19,51%)	Lesão por pressão	8	19,51	0,20	0,20
Tipo de lesão	Outros (n=10/ 24,39%)	Trauma mecânico	5	12,19	0,12	0,24
		Cirúrgica complexa	2	4,88	0,05	
		Infecciosa	2	4,88	0,05	
		Oncológica	1	2,44	0,02	

*Prevalência: 1/1.000 habitantes, calculado sobre a população de 40.908 habitantes.

Fonte: Dados da pesquisa.

A prevalência estimada de lesão foi 0,056% (0,56/1.000 habitantes) úlceras de perna, 0,02% (0,2/1.000 habitantes) lesão por pressão, 0,024% (0,24/1.000 habitantes) úlceras de outros diagnósticos. Ao especificar cada tipo de lesão, a úlcera venosa apresentou maior prevalência, 0,027% (0,27/1.000 habitantes), seguido da lesão por pressão com 0,02% (0,2/1.000 habitantes).

Com relação ao tratamento aplicado às lesões crônicas, 33 (80,49%) dos pacientes tiveram o médico como prescritor e quanto às trocas de curativos, 13 (31,71%) pacientes realizavam o próprio curativo (Tabela 6).

Tabela 6 - Tratamento aplicado às lesões crônicas e os seus responsáveis. Varginha/MG, 2018

Variáveis	Categorias	n	%	Média(DP)	Mediana
Prescritor*	Médico	33	80,49		
	Enfermeiro	5	12,20		
	Médico e enfermeiro	2	4,88		
	Nenhum	1	2,44		
Troca de curativo*	Paciente	13	31,71		
	Cuidador	10	24,39		
	Cuidador e profissional de enfermagem	8	19,51		
	Profissional da enfermagem	6	14,63		
	Paciente e profissional de enfermagem	4	9,76		
Tratamento tópico	Enzimático e antibiótico	38	50,67		
	Antibiótico	10	13,33		
	Enzimático	8	10,67		
	AGE	3	4,00		
	Soro Fisiológico 0,9%	1	1,33		
	Outros	13	17,33		
	Nenhum	2	2,67		
Terapia Compressiva	Nenhuma ou bandagem de crepom	37	49,33		
	Não se aplica	37	49,33		
	Meia elástica	1	1,33		
	Terapia compressiva	0	0,00		
Curativos/dia	Nenhum	2	2,67	1,29 (0,65)	1,00
	1 vez ao dia	55	73,33		
	2 vezes ao dia	12	16,00		
	3 vezes ao dia	6	8,00		
Curativo/ semana	Nenhum	2	2,67	8,99 (4,64)	7,00
	2 vezes na semana	1	1,33		
	7 vezes na semana	54	72,00		
	14 vezes na semana	12	16,00		
	21 vezes na semana	6	8,00		

*Número amostral igual ao número de pacientes (N=41), demais variáveis com n=75, número amostral correspondente ao quantitativo de lesões.

Fonte: Dados da pesquisa.

O tratamento tópico mais empregado foi associação de pomadas contendo enzimático e antibiótico, utilizado em 38 (50,67%) lesões e 55 (73,33%) lesões tinham o curativo

realizado uma vez ao dia. Dos pacientes com úlcera venosa (17), um utilizava a meia elástica como terapia de compressão.

6 DISCUSSÃO

As pesquisas epidemiológicas na área de lesão, com dados de população usuária do SUS no Brasil, na Atenção Primária à Saúde são incipientes. Alguns estudos realizados no âmbito do SUS trazem registros de caracterização das feridas crônicas, porém não avalia a prevalência dessas lesões na população (DANTAS *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2016). Os resultados do estudo realizado permitiram estimar a prevalência de lesões crônicas na população alvo de 0,149% ou 1,49 por 1.000 habitantes. Esse achado traduz a relevância do estudo realizado, uma vez que contribui com a geração de conhecimento e fomenta a necessidade de novas pesquisas na área.

Outras pesquisas sobre a ocorrência de lesão em cenários específicos foram realizadas no Brasil. Estudo realizado na Atenção Primária, com foco na população idosa, identificou 8% de lesões crônicas com intervalo de confiança de 95% entre 5,0 e 10,9 (VIEIRA *et al.*, 2017), foi estimada prevalência de 1,9% sobre a população coberta estimada (SANTOS *et al.*, 2014) e identificadas 58% de feridas crônicas em comparação as feridas agudas (LIMA *et al.*, 2016). Estudo semelhante realizado em município de Minas Gerais apresentou prevalência de 0,164% ou 1,64 por 1.000 habitantes (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018). Essa prevalência é semelhante ao do estudo que também foi realizado em Minas Gerais e com índices aproximados às publicações internacionais.

Dados da Europa, em estudo realizado na atenção primária na cidade de Barcelona, na Espanha, mostrou prevalência de 0,28% de feridas crônicas para população estimada acima de 15 anos (LANAU-ROIG *et al.*, 2017) e em Portugal, prevalência de 0,84 por 1.000 habitantes (PASSADOURO *et al.*, 2016). No Norte da Inglaterra, um estudo transversal de feridas complexas, realizado em oito centros comunitários, obteve preponderância de 16,4 por 10.000 habitantes (IC 95% - 15,9 a 17,0) (GRAY *et al.*, 2017), e no Reino Unido, também englobando feridas complexas a predominância foi de 1,47 por 1.000 habitantes (IC 95% - 1,38 e 1,56) (HAAL *et al.*, 2014). Em ambos os estudos, ferida complexa foi definida como feridas com perda de pele de espessura total, parcial ou total, incluindo úlceras de perna e lesão por pressão, bem como feridas cirúrgicas que cicatrizam por intenção secundária.

Ainda no Reino Unido (GUEST; VOWDEN; VOWDEN, 2017), em análise de gestão de recursos, pesquisa realizada com coorte retrospectiva de pacientes no banco de dados da *Health Improvement Network*, estimaram prevalência anual com crescimento de 12% ao ano para ferida crônica, 9% ferida aguda e 13% não especificada, equivalente a 18.800 feridas em

2017/2018 e 23.200 feridas em 2019/2020.

Corroborando as estimativas crescentes de feridas crônicas, estudo realizado na Alemanha, estimou prevalência de 1,04% (IC 95% 1,03 e 1,05), além de considerar aumento frequente de cerca de quase 10% de feridas crônicas nesse país de 2010 para 2012 de 0,39% para 0,43% (HEYER *et al.*, 2016). Entretanto, é importante ponderar que há inúmeras razões para as grandes variações nos dados de prevalência e incidência das feridas crônicas, como diferentes métodos de coletas, definições de etiologias, diferentes áreas de saúde avaliadas, resultando em uma super ou subestimação das taxas de referências (HEYER *et al.*, 2016).

Alguns autores justificam o crescimento dos índices de feridas crônica devido ao envelhecimento populacional e pela prerrogativa de que as complicações inerentes a fisiopatologia do envelhecimento associadas às doenças crônicas tornam a população idosa mais susceptíveis às feridas crônicas (VIEIRA *et al.*, 2017; BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018).

A relação do aumento do número de feridas crônicas e envelhecimento populacional também se fez presente neste estudo. Ao analisar as taxas de prevalências por idade, identificou uma prevalência maior na população idosa. A proporção foi de quase 6 vezes maior na faixa etária de 60 a 79 anos (2,6) em comparação a idade de 20 a 59 anos (0,44) e 8 vezes na população acima de 80 anos (3,67). Esses achados são compatíveis com a literatura internacional, onde a prevalência varia nas diversas fases da vida, aumentando com a idade (HALL *et al.*, 2014). Contribuindo com essa afirmativa, em Portugal foi identificado uma prevalência de 5,68 por 1.000 habitantes na faixa etária acima de 80 anos (PASSADOURO *et al.*, 2016).

O predomínio quanto à diferença de sexo mostrou-se maior no sexo feminino com 1,16 por 1.000 habitantes e no sexo masculino com 0,82 por 1.000 habitantes, no entanto, não foi identificado um consenso na literatura, encontrando divergências quanto esse dado. Em pesquisa semelhante, no Brasil, houve registro de 64,4% do sexo feminino (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018) e no estudo que não diferenciou feridas crônicas e agudas, na amostra analisada também foi maior a ocorrência de feridas no sexo feminino, com 58% (LIMA *et al.*, 2016). Em outra pesquisa o evento foi equivalente em ambos os sexos (BARROS *et al.*, 2016). Dados internacionais, no Reino Unido foi identificado prevalência de 1,63 (IC:95%, 1,51-1,77) no sexo feminino e 1,28 (IC:95%, 1,17-1,40) no sexo masculino, sendo compatíveis com esta pesquisa. Porém mostrou-se divergente de pesquisa realizada em Portugal, com prevalência maior no sexo masculino que feminino com 1,01 e 0,69, respectivamente ($p < 0,05$) (HALL *et al.*, 2014).

Diversos estudos brasileiros assinalam para um perfil de população com índice de analfabetismo considerável (VIEIRA *et al.*, 2017); BARROS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016) variando entre 37,2% e 57,2%. Apesar desse aspecto, no presente estudo, a maior parte dos entrevistados declarou ser alfabetizada, cerca de 80%. Contudo, a avaliação da média de anos de estudos, de 5,33, remete à baixa escolaridade, mantendo a consonância com as demais pesquisas. O mesmo achado foi descrito no estudo realizado em serviço essencialmente público (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018).

Diante da baixa escolaridade dos participantes dos estudos brasileiros, é comum que eles apresentem um baixo poder aquisitivo. Por essa razão, torna-se primordial a atenção ao nível de escolaridade da população assistida, de forma a integrar as ações de promoção de atenção à saúde, em que os profissionais devem lançar mão de uma comunicação de linguagem simples e acessível como meio facilitador da comunicação, no intuito de repassar informações sobre saúde a pessoas com feridas (VIEIRA *et al.*, 2017).

Com relação à renda econômica, o perfil desta população é condizente com o baixo grau de instrução, com uma média salarial declarada de R\$ 912,75, valor inferior a um salário mínimo vigente no ano 2018, que corresponde a R\$ 954,00. O achado indica uma população com poucos recursos financeiros, o que limita e inviabiliza a aquisição de materiais adequados para o tratamento das lesões e pode resultar em abandono do tratamento por parte do indivíduo (VIEIRA *et al.*, 2017).

Portanto, é dever dos gestores ofertar tais tratamentos à população, visto ser factível a implementação de tais tecnologias com uso de recurso público, pois diversos são os estudos que comprovam a economia nos recursos públicos por meio da diminuição do número de internações decorrentes de complicações e aumento de taxas de cicatrização em um menor tempo.

Publicação proveniente da Austrália apresenta modelo desenvolvido para projetar os custos de tratamento com úlcera venosa recomendados pelas melhores práticas extraídas de diretrizes, estimou um custo de 270 milhões em dólar australiano (AUD) em 5 anos, o que remete a uma economia de 1,4 bilhões de dólares australianos para o sistema de saúde no mesmo período (CHENG *et al.*, 2018).

O baixo poder aquisitivo pode interferir diretamente no tratamento dos pacientes com lesões crônicas, tanto na utilização de terapias adequadas, devido ao encargo financeiro, como também em outros fatores, como por exemplo, alimentação adequada, condições de moradia e saneamento básico (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018). No que diz respeito às condições de saneamento da amostra do estudo, todos dispunham de água tratada,

98% de rede de esgoto e 95% com coleta de lixo.

Tão diversa quanto as feridas crônicas são as doenças associadas e o quão negativamente podem interferir no processo de cicatrização. Além do envelhecimento, as feridas crônicas estão associadas a outros fatores como obesidade, HAS, DM, tabagismo (MC DANIEL; BROWNING, 2014). A síndrome metabólica, presença de pelo menos três dos fatores como hipertensão, obesidade, dislipidemia e intolerância à glicose, representam um crescente problema médico e econômico, visto a negligência do diagnóstico e impacto sobre o tratamento dos pacientes. Na Alemanha a síndrome metabólica corresponde a cerca de 18% dos pacientes com úlceras venosas. As modificações ateroscleróticas dos vasos sanguíneos facilitadas pela hiperglicemia e a hipercolesterolemia podem levar a deficiências de oxigênio, nutrição e suprimento neural (JOCKENHOFER *et al.*, 2016). Essa associação de fatores, dentro desta temática, não foi realizada no estudo apresentado.

Importante considerar que tanto obesidade, quanto tabagismo são fatores de risco modificáveis e a equipe de saúde deve estar atenta a essas condições como forma de planejamento de ações preventivas na estratégia de saúde da família. O tabagismo afeta negativamente a cicatrização como tempo de cicatrização prolongado, predispõe a ocorrência de deiscência, necrose tecidual, diminui a resistência da ferida à tração e infecção (MC DANIEL; BROWNING, 2014). A obesidade está associada ao aumento de produção de citocinas pró-inflamatórias pelos adipócitos e, conseqüentemente, aumento da inflamação sistêmica, além de diminuição de aporte de oxigênio e nutrientes aos tecidos pelo excesso de tecido subcutâneo que é pouco vascularizado. Além disso, a obesidade aumenta o risco de desenvolvimento e/ou exacerbação de doença cardiovascular e diabetes (MC DANIEL; KEMMNER; RUSNAK, 2015).

Os achados desta pesquisa, mostram que mais de 80% dos participantes declararam ser não fumantes, cerca de 30% estavam obesos (IMC >30) e mais de 60% tinham duas ou mais doenças associadas, sendo HAS, DM, cardiovasculares e hipercolesterolemia as mais prevalentes. Os achados são compatíveis com publicações nacionais, em que HAS, DM, obesidade são os fatores de risco mais prevalentes na população com lesão crônica. Destaca-se que foi possível estabelecer na presente pesquisa uma relação das doenças analisadas com síndrome metabólica, uma vez que 21,95% dos pacientes se enquadravam nesse diagnóstico.

No cenário investigado, as medicações mais utilizadas foram analgésicos, antiagregantes, hipoglicemiante e anti-hipertensivo. No entanto, questiona-se neste estudo se o uso correto da medicação tem acontecido, pois a analgesia como principal medicação sugere uma automedicação por parte dos pacientes, e apesar de as demais serem compatíveis com as

doenças associadas, o número de pacientes que fazia uso das medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes era incompatível com as declarações da existência de HA e DM.

As feridas crônicas mais comuns são as úlceras de pé diabético, úlceras de perna venosa, lesão por pressão e úlceras arteriais. Essas feridas representam uma carga socioeconômica significativa devido ao alto custo do tratamento, tempo de tratamento, morbidade, alta taxa de complicações e impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Independentemente da localização, a ferida crônica mais comum é a lesão por pressão. Os idosos ou enfermos e indivíduos com mobilidade reduzida são os grupos mais propensos ao seu desenvolvimento. Pacientes hospitalizados desenvolvem lesão por pressão frequentemente, e a maior incidência geral de lesões por pressão em populações de pacientes hospitalizadas tem sido usada como um marcador para cuidados de baixa qualidade (KIRSNER; VIVAS, 2015).

Em concordância com essa informação, pesquisas nacionais desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família mostram que a etiologia mais encontrada é a lesão por pressão (DANTAS *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2016). A presente pesquisa identificou a lesão de pressão como a etiologia de maior porcentagem. Além disso, todos os pacientes apresentam algum grau de dificuldade de deambulação ou são acamados.

No entanto, na análise de prevalência, a úlcera venosa teve maior expressão em termos de ocorrência, com prevalência estimada de 0,056% (0,56/1.000 habitantes). Estes achados são compatíveis com outros estudos brasileiros (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018; SANTOS *et al.*, 2014).

Dentre as úlceras de perna, as úlceras venosas são responsáveis por cerca de 80% das etiologias (KIRSNER; VIVAS, 2015), sendo uma das principais causas de morbidade e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, inclusive, ela poderá afetar até 3% da população adulta em todo o mundo (GUEST; VOWDEN; VOWDEN, 2017). Estima-se que as úlceras venosas crônicas afetam aproximadamente 600.000 americanos anualmente, com taxas de 3,6% na população com mais de 65 anos (MCDANIEL; KEMMNER; RUSNAK, 2015). No estudo realizado, as úlceras venosas corresponderam a 39,53% das lesões de perna e as feridas sem diagnóstico a 37,21%. Esses dados sugerem uma baixa qualidade de assistência quanto ao diagnóstico e tratamento desses pacientes. A literatura assinala que os prestadores de cuidados não especializados não têm familiaridade e consistência no uso de métodos diagnósticos padronizados e estratégias de tratamento (KIRSNER; VIVAS, 2015).

Diversos pesquisas realizadas no âmbito nacional têm abordado a qualidade de vida da pessoa com ferida crônica e variáveis clínicas que podem influenciar diretamente na mesma

(LENTSCK *et al.*, 2018). O estudo em que se avaliou o impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária, identificou uma associação estatística significativa entre tempo de úlcera venosa e estado emocional. Pessoas com úlcera venosa há mais de um ano apresentaram maior comprometimento na qualidade de vida (ARAÚJO *et al.*, 2016). Achado importante de outra pesquisa foi a associação significativa entre os aspectos sociais e as características da úlcera, como exsudato e odor. As lesões exsudativas ou com odor forte afetam o convívio social, provocando muitas vezes o isolamento social (DIAS *et al.*, 2013).

Além do isolamento social, a presença de ferida crônica pode ocasionar depressão, vergonha, ansiedade, baixa autoestima, além de acarretar conflitos sociais, familiares e psicológicos (LENTSCK *et al.*, 2018). Um estudo de revisão sobre a temática destacou as limitações que as lesões proporcionam em realizar tarefas do cotidiano, dedicação ao trabalho e até mesmo o acesso ao serviço de saúde, pela dificuldade de deslocamento (JOAQUIM *et al.*, 2018). Outros fatores envolvidos na qualidade de vida já foram citados. Níveis mais altos de dor, idade mais jovem, maior tamanho da lesão, tempo maior de duração da úlcera e mobilidade limitada estão relacionados à pior qualidade de vida (HOPMAN *et al.*, 2014).

As características das lesões dos pacientes do estudo foram semelhantes aos de outras pesquisas nacionais (BARROS *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2016; BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018). A maioria dos pacientes apresentava uma lesão, tinha queixa de dor, presença de alteração na pele ao redor da ferida e mais de 20% conviviam com o odor. Outro achado relevante foi o longo tempo de existência das feridas, média de 3,8 anos. Quase metade dos pacientes tinha ferida entre 1 e 28 anos. Esse dado suscita reflexões sobre a organização da rede de cuidados disponível a esses pacientes e a efetividade do tratamento disponibilizado.

Destaca-se a importância do enfermeiro especialista em tratamento de feridas. Esse profissional é capacitado para tomada de decisões baseada em evidências, com análise crítica e holística das necessidades do paciente, de forma a implementar cuidados de enfermagem assertivo no que compete ao tratamento de feridas complexas. Outras ações a serem adotadas são aquelas que favorecem o encaminhamento ao médico especialista para um diagnóstico preciso da etiologia da lesão. Dessa forma, associa-se a uma assistência multiprofissional, com um planejamento contínuo de ações direcionadas ao paciente em sua individualidade, a melhora clínica e, por consequência, uma melhor qualidade de vida.

O tratamento inadequado das feridas crônicas gera um ônus exorbitante ao sistema de saúde público. Quando essa situação ocorre, o tempo estimado para o fechamento das feridas

pode ser superior a 12 meses e muitas vezes elas não cicatrizam. O custo de uma ferida não cicatrizada é cerca de 4,5 vezes maior que a ferida cicatrizada, o *National Health Service* estimou gasto de £ 7.600 por úlcera venosa tratada durante 12 meses, com uma média de £ 3.000 pela úlcera venosa cicatrizada e £ 13.500 para a não cicatrizada (GUEST; VOWDEN; VOWDEN, 2017).

Embora as diretrizes internacionais a respeito da prevenção e manejo da úlcera venosa de perna, como por exemplo, as da Austrália e da Nova Zelândia, recomendem o uso de terapia de compressão para o tratamento e prevenção de úlceras venosas, resultados de pesquisa revelaram que 40-60% das úlceras na Austrália não recebem terapia de compressão adequada (CHENG *et al.*, 2018). Neste estudo, pode-se constatar que apenas 1,33% dos pacientes faziam uso de terapia compressiva, na modalidade de meia elástica. Estudo brasileiro semelhante também constatou essa mesma omissão quanto a indicação e utilização de terapia compressiva adequada (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018). Essa realidade pode ser atribuída a falta de informação e habilidade por parte do profissional (CHENG *et al.*, 2018). Outro ponto importante desta pesquisa foi a identificação do tipo de insumo utilizado no tratamento das lesões. Metade dos pacientes eram tratado com mistura de pomadas contendo enzimático e antibiótico.

O uso expressivo de produtos sem capacidade de garantir o meio ideal para o processo de cicatrização da lesão pode ter relação com a demora da difusão do conhecimento. As tecnologias não são incorporadas à prática na atenção primária em muitos municípios (SANTOS *et al.*, 2014) e esse dado mantém concordância com este estudo. Apesar das diversas coberturas com custo-efetivo disponíveis no mercado, não foi evidenciado emprego de tecnologias como parte integrante dos cuidados.

O médico foi o principal prescritor e mais de metade do cuidado direto de trocas de curativos era realizado pelos próprios pacientes e cuidadores. A equipe de enfermagem foi exclusiva pela troca de curativo de apenas 14,63% dos pacientes. O membro da equipe de enfermagem mais atuante nas trocas de curativo foi o técnico. Outros trabalhos nessa área encontraram o mesmo resultado, tendo os principais atores nos cuidados a feridas crônicas familiares e cuidadores. As trocas de curativos eram realizadas no domicílio, com ausência de um profissional da saúde qualificado para a assistência (BORGES; NASCIMENTO FILHO; PIRES JUNIOR, 2018, BARROS *et al.*, 2016; BEZERRA *et al.*, 2013).

Fez-se uma reflexão a respeito de práticas com reflexo na assistência aos pacientes com feridas crônicas no referido município. Diversos questionamentos devem ser feitos com relação à assistência prestada aos pacientes com feridas crônicas. Ressalta-se a função que os

enfermeiros têm desempenhado quanto as suas responsabilidades de acompanhamento de condutas no que tange ao tratamento de feridas. O enfermeiro na atenção básica possui papel fundamental na prática assistencial quanto a prevenção e tratamento de lesões. A implementação de protocolos baseados em evidências, por meio de incorporação de diretrizes colabora com a efetividade do tratamento, resultando na redução dos custos, aumento das taxas de cicatrização, diminuição de internações por complicações, e culminando com a melhora da qualidade de vida.

Cabe reconhecer que este estudo apresentou algumas limitações. Durante o período de coleta, alguns enfermeiros estiveram de férias, outras unidades estavam sem enfermeiro por razões de término de contrato e aposentadoria, alterando dessa forma a coleta de dados. Para minimizar o impacto desses acontecimentos na pesquisa, optou-se por estender o tempo de coleta por mais 2 meses. Foram excluídas da análise as Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela dificuldade de busca ativa no território e aceitação da participação na pesquisa pelos pacientes, o que nos leva a refletir e questionar a razão que induz o paciente a optar pelo tratamento doméstico sem acompanhamento de um profissional da área da saúde. Uma possibilidade é a não resolutividade atual desta assistência disponibilizada pelo município.

O enfermeiro especialista tem papel central na mudança de condutas no cenário em que esteja inserido. Deve assumir o papel de articulador, apresentando aos gestores toda a problematização, identificando as lacunas, enfatizando a importância da criação e utilização de protocolos assistenciais como instrumentos de padronização da assistência às pessoas com feridas. Tais documentos devem conter as recomendações para prevenção e tratamento dos pacientes com feridas, além dos indicadores para avaliação da qualidade de assistência. Deverá ser seguido integralmente pelos profissionais das salas de curativos das Estratégias de Saúde da Família e do Centro de Tratamento, referência para pacientes com feridas complexas. É essencial a disponibilização de equipe multiprofissional para o atendimento dos pacientes com lesão.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de pacientes com lesões crônicas foi semelhante a de outros estudos envolvendo população assistida na ESF. Houve prevalência de lesão na população idosa, com o aumento progressivo com relação à faixa etária, sendo 2,6 entre 60 a 79 anos e 3,39 acima de 80 anos.

As características predominantes da amostra constituída por mulheres, média de idade de 62,97 anos, aposentados ou pensionistas, alfabetizados com média de 5,33 anos de estudo e renda média de R\$ 912,75 não surpreenderam, conforme já apresentados em estudos nacionais e internacionais.

As lesões de maior frequência foram lesão por pressão e úlcera venosa, sendo a maioria das lesões classificadas como pequenas, localizadas na região de perna e pé. O tratamento tópico predominante foi a associação de pomadas com antibiótico e enzimático, e os cuidados domiciliares prestados pelo próprio paciente ou cuidadores com trocas de curativos diários uma vez ao dia. A maioria dos pacientes apresentou uma ou mais doenças associadas, predominando HAS e DM, além de obesidade.

O impacto social, financeiro e psicológico de uma ferida crônica sobre o indivíduo e sobre o sistema de saúde desafia os serviços públicos a fornecerem um tratamento padronizado para o usuário do sistema. Inúmeras são as barreiras que impedem a implementação das melhores práticas e, por conseguinte, os pacientes ficam sujeitos a terapêutica ineficiente.

Dessarte, o resultado desta pesquisa poderá contribuir com informações relevantes para gestão quanto à importância da implementação de um centro de tratamento de feridas, e, principalmente, na conscientização das equipes da ESF para uma assistência guiada por protocolos baseados nas melhores práticas. No entanto, fazem-se necessárias novas pesquisas epidemiológicas sequenciais e periódicas para fornecer estimativas cada vez mais fidedignas de lesões crônicas no município estudado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. R; ALVES, E. F. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 147-152, mai./ago. 2011.

ARAÚJO, L. C. **Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG e caracterização da clientela**. 2015. Monografia (Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ARAÚJO, R. O. *et al.* Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 56-66, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2019.

BARROS, M. P. L. *et al.* Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 1 -11, jul-ago-set. 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/926>. Acesso em: 6 jun. 2018.

BORGES, E. L. Evolução da cicatrização. *In*: BORGES, E.L. *et al.* **Feridas: como tratar**. 2º ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 25-30, 2011.

BORGES, E. L.; NASCIMENTO FILHO, H.M; PIRES JÚNIOR, J. F. Prevalência de lesões crônicas de município da zona da mata mineira (Brasil). **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, e-1143, 2018. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1286/en_e1143.pdf. Acesso em: 30 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 47. 10 jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 Disponível

em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>. Acesso em: 20 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p. 110, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase; n. 2. Brasília, DF, 2002.

CHENG, Q *et al.* Cost-effectiveness analysis of guideline based optimal care for venous leg ulcers in Australia. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 421, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5992639/>. Acesso em: 02 jan. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Deliberação Coren n. 65/2000**. Dispõe sobre as competências dos profissionais de Enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. 2000. Disponível em: http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=deliberacao_65-2000.pdf. Acesso em: 04 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen3582009_4384.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 567/2018**. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

DANTAS, R. F. B. *et al.* Caracterização das lesões crônicas nos idosos atendidos na estratégia de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.11, n. 5, p.1835-1841, mai. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23330/18923>. Acesso em: 6 jun. 2018.

DIAS, T. Y. A. F. *et al.* Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v. 26, n. 6, p. 529-534, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600004. Acesso em: 7 Jun. 2018.

EVANGELISTA, D. G. *et al.* Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 2, n. 2, p. 254-263, 2012.

FRANKS, P.J. *et al.* Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice. **Journal of Wound Care**. v.25, n.06, p. 1-67, 2016.

FREDERICO, G. A. *et al.* Integrality in nursing care for people with cutaneous ulcers. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 7, p.1997-2011, jul. 2018.

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

GODOY, J. M. P.; MARTINS, E. C. O. Disfunção e reabilitação das bombas de impulse aspirativas de membros inferiores na úlcera venosa. *In*: THOMAS, J. B (ed). **Úlceras dos membros: diagnóstico e terapêuticas**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

GRAY, T. A. *et al.* Opportunities for better value wound care: a multiservice, cross-sectional survey of complex wounds and their care in a UK community population. **BMJ Open**, v. 8, n. 3 e-019440. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5875675/>. Acesso em: 1 jan. 2019.

GUEST, J. F; VOWDEN, K.; VOWDEN, P. The health economic burden that acute and chronic wounds impose on an average clinical commissioning group/health board in the UK. **Journal of Wound Care**, v. 26, n. 65, p. 292-303, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28598761>. Acesso em: 2 jan. 2019.

HALL, J. *et al.* Point prevalence of complex wounds in a defined United Kingdom population. **Wound Repair Regen**, v. 22, p. 694-700, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wrr.12230>. Acesso em: 2 jan. 2019.

HEYER, K. *et al.* Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. **Wound Repair Regen**, v. 24, n. 2, p.434-442, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26609788>. Acesso em: 2 jan. 2019.

HOPMAN, W. M. *et al.* Factors associated with health-related quality of life in chronic leg ulceration. **Quality of Life Research**, v. 23, p.1833-1840, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24414196>. Acesso em: 30 dez. 2018.

HURLOW, J.J. *et al.* Diabetic foot infection: a critical complication. **International Wound Journal**, v.15, p. 814 –821, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. **Estudos e Análises Informação Demográfica e Socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 3, p.156, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades:** Minas Gerais: Varginha. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/varginha/panorama>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

JOAQUIM, F. L. *et al.* Impact of venous ulcers on patients' quality of life: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 2021-2029, ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000402021&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 29 dez. 2018.

JOCKENHOFER, F. *et al.* Aetiology, comorbidities and cofactors of chronic leg ulcers: retrospective evaluation of 1.000 patients from 10 specialised dermatological wound care centers in Germany. **International Wound Journal**. v. 13, n. 5, p. 821-828, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25483380>. Acesso em: 30 dez. 2018.

KIRSNER, R. S.; VIVAS, A. C. Lower-extremity ulcers: diagnosis and management. **British Journal of Dermatology**, v. 173, n. 2, p. 379-390, ago. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26257052>. Acesso em: 12 jan. 2019.

KORTING, H. C.; SCHOLLMANN, C.; WHITE, R. J. Management of minor acute cutaneous wounds: importance of wound healing in a moist environment. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 130-137, fev. 2011.

LANAU ROIG, A. *et al.* Tiempo de cicatrización de las heridas crónicas, a propósito de un estudio de prevalencia e incidencia. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 46, p. 445-463, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200445&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 6 jan. 2019.

LENTSCK, M. H. *et al.* Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 3, n. 52, e-03384, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100482&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 02 Jan. 2019.

LIMA, M. P. *et al.* Insuficiência Arterial. In: BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 97-108, 2011.

LIMA, N. B. A. *et al.* Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas agudas e crônicas. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.10, n. 6, p. 2005-2017, jun. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11212/12788>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MC DANIEL, J. C.; BROWNING, K. K. Smoking, chronic wound healing, and implications for evidence-based practice. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 41, n. 5, p. 415-E2. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241583/>. Acesso em: 11 jan. 2019.

MC DANIEL, J. C.; KEMMNER, K.G.; RUSNAK, S. Nutritional profile of older adults with chronic venous leg ulcers: a pilot study. **Geriatric Nursing**. v. 36, n.5, p. 381-386, out. 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600433/>. Acesso em: 4 jan. 2019.

MENDES, A. The long battle for SUS funding. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n4/987-993/en>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MORAES, J. T. *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2292-2306, 2016. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Conceito%20e%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20les%C3%A3o%20por%20press%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MORTON, L. M; PHILLIPS, T. J. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. **Journal of the American Academy Dermatology**, v. 74, n. 4, p. 589-605, 2016.

NASCIMENTO FILHO, H. M. **Prevalência de lesões crônicas de município da zona da mata mineira**. 2017. Monografia (Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

OLIVEIRA, B. G. R. B., *et al.* Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. esp.1, p. 612-617, dez. 2013.

OLIVEIRA, J. E. P. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. (Org). São Paulo: Editora Clannad, 2017.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. *In*: DOMANSKY, R.C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

PASSADOURO, R. *et al.* Características e prevalência em cuidados de saúde primários das feridas crônicas. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 74, n. 1, p. 45-51, 2016. <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/514>. Acesso em: 7 jan. 2019.

SANTOS, I. C. R. V., *et al.* Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 613-620, jul.-ago. 2014.

SILVA, D.R.A. *et al.* Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03231, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2017.

THOMAS, J. B. Dificuldades cicatriciais das úlceras de estase venosa dos membros inferiores na presença da síndrome metabólica. *In*: THOMAS, J. B (ed). **Úlceras dos membros: diagnóstico e terapêuticas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

TOSCANO, C. M. *et al.* Annual direct medical costs of diabetic foot disease in brazil: a cost of illness study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5800188/pdf/ijerph-15-00089.pdf> . Acesso em: 20 dez. 2018.

VIEIRA, C. P. B., *et al.* Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 3, e17397, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000300301&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2018.

WOUNDS INTERNATIONAL. International Guidelines. **Pressure ulcer prevention: prevalence and incidence in context: a consensus document**. London: Medical Education Partnership (MEP), 2009.

APÊNDICE A - Autorização para pesquisa no município de Varginha, MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA-ENB
Av. Prof. Alfredo Balena - 190 - 2º andar - Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3409-9853 E-mail: enb@enf.ufmg.br

Belo Horizonte, 18 de abril de 2018.

Prezado Dr. Mário de Carvalho Terra
Secretário Municipal de Saúde
Varginha-MG

Encaminho e solicito autorização para desenvolver o projeto de pesquisa intitulado *“Prevalência de lesões crônicas e caracterização da clientela residente em diversos municípios do Brasil”*. O projeto é de autoria da professora Eline Lima Borges, pertencente ao Departamento de Enfermagem Básica (ENB) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e conta com a participação de estudantes do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade – área Enfermagem em Estomaterapia da UFMG.

A pesquisa tem por objetivos *estimar a prevalência de pessoas com lesão crônica, caracterizar as pessoas quanto às variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e classificar as lesões quanto ao tempo de existência e etiologia.*

Esclareço que a coleta de dados para a pesquisa consistirá de entrevista do paciente que tem lesão ou seu acompanhante e avaliação física, com ênfase nas lesões e pele a seu redor, o que não apresentará riscos para a saúde física, emocional ou danos morais para as pessoas envolvidas ou custo para o município.

Os dados serão coletados nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, por enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem do serviço que aceitarem participar da pesquisa, após serem devidamente convidados, informados e treinados.


Esclareço que a enfermeira Cristiene Nunes Tadeu, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Varginha-MG, é estudante regularmente matriculado no Curso de Especialização – área Enfermagem em Estomaterapia, faz parte do grupo de pesquisa, e é a responsável pela realização da pesquisa nesse Município.

Os resultados permitirão à estudante elaborar o seu Trabalho de Conclusão Curso, além subsidiarem os gestores na organização dos serviços especializados de atenção à saúde e os

profissionais na implementação de estratégias específicas para essa clientela, em busca de sua cura mais rápida.

O referido projeto foi aprovado pela Câmara Departamental do ENB da Escola de Enfermagem da UFMG em 05 de agosto de 2015 e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais em 30 de novembro de 2015 sob parecer CAAE – 48528815.7.0000.5149.

Certo de poder contar Vossa valiosa colaboração, aguardamos a anuência, agradeço-lhe antecipadamente e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que julgar necessário.

Atenciosamente,

 Profa Dra. Eline Lima Borges

Drª Eline Lima Borges
 Professora UFMG
 COREN-MG 42281

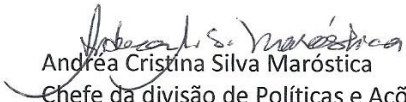

 Cristiene Nunes Tadeu
 Enfermeira ESF-Varginha
 COREN/MG 299.571

Autorização

Diante do exposto somos favoráveis ao desenvolvimento do referido projeto de pesquisa no município Varginha-MG.


 Reinaldo Batista de Oliveira
 Coordenador do Programa Saúde da Família

Data:


 Andrea Cristina Silva Maróstica
 Chefe da divisão de Políticas e Ações de Saúde
 das Redes de Atenção Primária e Secundária

Data:


 Mário de Carvalho Terra
 Secretário de Saúde de Varginha-MG

Data: 26/04/18

Mário de Carvalho Terra
 Secretário Municipal de
 Saúde de Varginha - MG

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) Sr (a),

Eu, Eline Lima Borges, professora da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora responsável e eu, Cristiene Nunes Tadeu, enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Varginha, convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa **“Prevalência de lesões crônicas no município de Varginha-MG e caracterização da clientela”** que tem os objetivos de *identificar a prevalência de pessoas com lesão crônica, caracterizá-las quanto as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas e realizar a classificação das lesões quanto ao tempo de existência e de sua etiologia.*

A pesquisa envolve entrevista e avaliação física, principalmente da ferida e pele ao redor, o que pode apresentar como possíveis riscos para a sua saúde física ou emocional o desconforto no momento da troca do curativo. Esclarecemos que você deverá responder algumas perguntas e passar por avaliação física, da ferida e da pele. Para isto será necessário utilizar entre 30 e 40 minutos do seu tempo.

Para a avaliação da ferida, o seu curativo será retirado e substituído por outro sem acarretar despesas financeiras para você. Os resultados obtidos no final da pesquisa ajudarão os gerentes dos serviços especializados de atenção à saúde do município de Varginha/MG e os profissionais no atendimento de pessoas com ferida em busca de sua cura mais rápida.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir sua participação, ou desistir de participar.

Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas por você. Não haverá forma alguma de identificá-lo. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste documento. As informações obtidas nesta pesquisa não serão utilizadas para outro fim que não seja médico e científico.

Este documento é uma exigência do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o COEP UFMG (coep@prpq.ufmg.br / telefone: (31)3409-4592).

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma dos pesquisadores e outra para você.

Eu, _____, Identidade nº _____, após ter sido esclarecido (a) e compreendido os objetivos e procedimentos adotados para a realização da pesquisa, concordo em participar do estudo “Prevalência de lesões crônicas no município de Varginha-MG”. Declaro ter sido informado (a) e que entendi as condições sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimentos de coleta de dados. Declaro, também, estar ciente de que este projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Estou ciente de que minha participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e tenho plena autonomia para decidir se quero ou não participar, bem como retirar minha participação a qualquer momento. Também não serei penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir minha participação, ou desistir da mesma. Pela presente declaração, aceito que os dados coletados sejam divulgados e utilizados para fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade. Declaro que aceito participar da pesquisa ciente de que não serei remunerado por esta participação.

Varginha-MG, ____ de _____ de 201____.

Assinatura: _____

(Ass. Profa. Dra. Eline Lima Borges)

(Ass. Enf. Cristiene Nunes Tadeu)

Contatos:

Profa. Eline Lima Borges: (31)3409-9177/ E-mail: eborges@ufmg.br

Endereço de acesso ao currículo: <http://lattes.cnpq.br/6131663124506585>

Enf. Cristiene Nunes Tadeu: (35) 3690-2226. E-mail: cristienetadeu@yahoo.com.br

Endereço de acesso ao currículo <http://lattes.cnpq.br/7548554358174370>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil.

CEP: 31270-9

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Eu, _____, Identidade nº _____, após ter sido esclarecido (a) e compreendido os objetivos e procedimentos adotados para a realização da pesquisa, concordo em participar do estudo “Prevalência de lesões crônicas no município de Varginha-MG”. Declaro ter sido informado (a) e que entendi as condições sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e procedimentos de coleta de dados. Declaro, também, estar ciente de que este projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG. Estou ciente de que minha participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e tenho plena autonomia para decidir se quero ou não participar, bem como retirar minha participação a qualquer momento. Também não serei penalizado de maneira alguma, caso decida não consentir minha participação, ou desistir da mesma. Pela presente declaração, aceito que os dados coletados sejam divulgados e utilizados para fins científicos, sendo resguardado sigilo sobre minha identidade. Declaro que aceito participar da pesquisa ciente de que não serei remunerado por esta participação.

Varginha-MG, ____ de _____ de 201____.

Assinatura: _____

(Ass. Profa. Dra. Eline Lima Borges)

(Ass. Enf. Cristiene Nunes Tadeu)

Contatos:

Profa. Eline Lima Borges: (31)3409-9177/ E-mail: eborges@ufmg.br

Endereço de acesso ao currículo: (35) 3690-2226. E-mail: cristienetadeu@yahoo.com.br

Endereço de acesso ao currículo <http://lattes.cnpq.br/7548554358174370>

COEP/ UFMG: (31)3409-4592/ E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 31270-9

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

Instrumento de Coleta de Dados		
Cartão Nacional de Saúde SUS (nº): _____		Data da entrevista: ____/____/____
Entrevistador(a): _____		
IDENTIFICAÇÃO		
Registro: _____	Bairro da residência: _____	
Nome: _____	Nome da Unid. Básica Saúde: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Região da Unid. Básica Saúde: () urbana () rural	
Sexo: () feminino () masculino	Profissão: _____	
Naturalidade (UF): _____		
CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS		
Escolaridade (anos estudo completo): _____	Alfabetização: () Analfabeto () Alfabetizado	
Estado Civil (IBGE): () casado () união estável () solteiro () divorciado () separado () viúvo		
Raça / etnia (IBGE - autodeclarada): () branca () preta () parda () amarela () indígena		
Tipo de ocupação: () nenhuma () licença INSS () aposentado () do lar () doméstica () trabalhador rural () outra _____		
Renda mensal (do indivíduo)? Valor bruto: R\$ _____	Salário mínimo vigente: R\$ _____	
Moradia com saneamento básico / Água: () sim () não	Luz: () sim () não	
Esgoto: () sim () não	Coleta de lixo: () sim () não	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
Etilismo: () Sim () Não () Abstinência () Tempo de abstinência (anos) _____		
Tabagismo: () Sim () Não () Abstinência	Nº cigarros / dia: _____ (1 maço: 20 cigarros)	
Doenças apresentadas (prontuário médico): () hipertensão arterial sistêmica () cardiopatia () DM () hanseníase () hipercolesterolemia () AVC () insuf. renal crônica () câncer () depressão () DPOC () asma () bronquite () outra _____		
Tratamentos associados: () analgésico (paracetamol, dipirona, codeína, paracetamol+codeína [Tylex®, Codex®, Vicodil®, Paco®]) () corticosteróides () anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) () sedativos (diazepam, midazolam) () antiinflamatórios () quimioterapia () radioterapia () hemoderivado () outro _____		
Locomoção: () deambula () deambula c/ dificuldade () deambula c/ prótese/órtese () cadeirante () Acamado		
Peso (kg): _____	Altura (m): _____	
Albumina sérica (g/dl): _____ Data (mês/ano): ____/____	Hemoglobina (g/%): _____ Data (mês/ano): ____/____	Glicemia (mg/dl): _____ Data (mês/ano): ____/____

Profa Dra. Eline Lima Borges / Enf. Cristiene Nunes Tadeu

(continuação)

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

História de lesões anteriores: () sim () não **Data de início da 1ª lesão** (ano): _____

Data de início da atual (ano): _____

Tipo (etiologia): () lesão por pressão () ferida cirurg. complexa () queimadura () trauma mecânico (abrasão)
 () úlcera venosa () úlcera arterial () úlcera mista (arterial e venosa) () úlcera anemia falciforme
 () úlcera neuropática (hanseníase) () úlcera neuropática (DM) () úlcera neuroisquêmica (DM)
 () lesão oncológica () úlcera de outra etiologia: _____ () sem diagnóstico

Localização (área do corpo): () maléolo medial () maléolo lateral () 1/3 inf. perna () 1/3 médio perna
 () região plantar () calcâneo () ponta do dedo pé () lateral do pé
 () trocânter () ísquio () sacra () abdominal
 () outra: _____

Número de lesões: _____ **Número de regiões comprometidas:** _____

Tamanho da lesão (maior comprimento e largura) cm

1 _____ x _____ cm

2 _____ x _____ cm

3 _____ x _____ cm

4 _____ x _____ cm

5 _____ x _____ cm

6 _____ x _____ cm

Sente dor na lesão: () frequentemente () as vezes () não

Odor do exsudato: () imperceptível () desagradável

Pele ao redor (Brasil, 2013): () intacta () macerada () eritematosa () descamativa () pruriginosa
 () dermatite () infecção

CURATIVO

Produto (genérico): () colagenase () colagenase + cloranfenicol () neomicina () neomicina + bacitracina
 () nitrofurazona () sulfadiazina de prata () ácidos graxos essenciais () óleo de girasso
 () PVPI () SF 0,9% () outro: _____

Responsável pela indicação do produto: () médico () enfermeiro () técnico de enf. () outro: _____

Nº de trocas/dia: _____ **Nº de trocas/semana:** _____

Pessoa que realiza a troca: () enfermeiro () técnico de enf. () auxiliar de enf. () ACS
 () paciente () cuidador () outro: _____

Uso de terapia de compressão: () não se aplica () bota de Unna () meia de compressão
 () nenhuma ou bandagem de crepom () outra: _____

ANEXO B - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 48528815.7.0000.5149

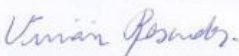
Interessado(a): Profa. Eline Lima Borges
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de fevereiro de 2017, a emenda abaixo relacionada, do projeto de pesquisa intitulado "**Prevalência de lesões crônicas no município de Capelinha-MG e caracterização da clientela**".

- Inclusão de novos municípios no estudo.
- Alteração do título do projeto para "**Prevalência de lesões crônicas nos municípios do Brasil e caracterização da clientela**"

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG