

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização Enfermagem em Estomaterapia

Ana Rita Miranda Caldas Fadel

**Caracterização do perfil epidemiológico e demográfico de
pacientes com Lesões de membros inferiores: estudo de
prevalência em um hospital privado de Minas Gerais.**

Belo Horizonte
2020

Ana Rita Miranda Caldas Fadel

**Caracterização do perfil epidemiológico e demográfico de
pacientes com Lesões de membros inferiores: estudo de
prevalência em um hospital privado de Minas Gerais**

Monografia apresentada ao Curso de
Especialização Enfermagem em Estomaterapia,
da Escola de Enfermagem, da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção do título de especialista em
Enfermagem em Estomaterapia.

Orientadora: Profa. Miguir Terezinha V. Donoso

Belo Horizonte

2020

Fadel, Ana Rita Miranda Caldas.

F144c Caracterização do perfil epidemiológico e demográfico de pacientes com Lesões de membros inferiores [manuscrito]: estudo de prevalência em um hospital privado de Minas Gerais. Ana Rita Miranda Caldas Fadel. - - Belo Horizonte: 2020.

54f.: il.

Orientador: Miguir Terezinha V. Donoso.

Área de concentração: Enfermagem Clínica e Cirúrgica.

Monografia (Especialização): Universidade Federal de

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALUNO(A): ANA RITA MIRANDA CALDAS FADEL

TÍTULO DO TRABALHO: “CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM LESÕES DE MEMBROS INFERIORES: ESTUDO DE PREVALÊNCIA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE MINAS GERAIS”.

BANCA EXAMINADORA:

AVALIADOR(A): PROF.^ª DR.^ª GIOVANA PAULA REZENDE SIMINO



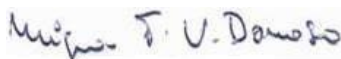
ASSINATURA: _____

AVALIADOR(A): PROF.^ª DR.^ª SELME SILQUEIRA DE MATOS



ASSINATURA: _____

ORIENTADOR (A): PROF.^ª DR.^ª MIGUIR TEREZINHA VIECCELLI DONOSO



ASSINATURA: _____

APROVADA EM 22 DE JULHO DE 2020.

Belo Horizonte

2020

Dedico este trabalho aos meus professores do curso de Estomaterapia. Sem eles, esta formação não seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é o Mestre que nos guia; sem o seu sim, nada é possível. À minha “*mamis*”, Aparecida Miranda, que está ao meu lado em todas as circunstâncias. Ao meu irmão, Rafael Caldas, exemplo de humildade. Ao meu marido, Júlio Fadel, que me apoiou em todos os momentos desta trajetória. À minha tia Joana Darc, grande inspiradora para que eu me tornasse enfermeira. Por fim, agradeço aos meus professores, em especial à minha orientadora Miguir Terezinha V. Donoso, por sua dedicação e paciência.

RESUMO

As lesões de membros inferiores são frequentes na prática clínica, tais como úlceras venosas, úlceras arteriais e lesões em pé diabético. Este trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e demográfico de pacientes acometidos de lesões, atendida em um serviço de atenção a feridas crônicas de um hospital privado em Belo Horizonte/MG, em 2018. Trata-se de estudo quantitativo, observacional e transversal de prevalência. A amostra foi de 320 pacientes com lesões atendidas neste serviço. Destes, 210 tinham lesão de membros inferiores e 110 tinham lesões em outros locais que não especificamente de membros inferiores. Os dados coletados foram registrados em uma planilha do editor Microsoft Excel, por meio da técnica de dupla digitação. Posteriormente, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5, para análise estatística, sendo utilizado o cálculo da taxa de prevalência de lesões de membros inferiores e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas e de média e desvio padrão. O perfil do paciente com lesões de membros inferiores, no hospital em questão, foi composto, na sua maioria, por pacientes do sexo feminino, de cor branca, casada, aposentada, com idade média de 68,2 anos, com sobrepeso e portando lesão única. A maior parte tinha úlcera venosa (30%), seguida de lesão em pé diabético (27,8%) e lesão arterial (8,75%). O restante (lesões em outros locais que não especificamente em membros inferiores) somou 33,4%. A prevalência de lesões em membros inferiores foi de 66%. A idade e o tempo de lesão apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes, ou seja, pacientes com lesão em MMII e pacientes com outras lesões que não especificamente em MMII. As variáveis cor e estado laboral apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes. Os objetivos foram parcialmente alcançados, sendo a incompletude de alguns prontuários fator limitante desta pesquisa.

Palavras Chave: Enfermagem; Prevalência; Membros Inferiores; Úlcera de Perna.

ABSTRACT

Lower limb injuries are common in clinical practice, such as venous ulcers, arterial ulcers and diabetic foot injuries. This study aimed to characterize the epidemiological and demographic profile of patients suffering from injuries, seen at a chronic wounds care service in a private hospital in Belo Horizonte / MG, in 2018. This is a quantitative, observational and prevalence study. The sample consisted of 320 patients with injuries seen at this service. Of these, 210 had lesions in the lower limbs and 110 had lesions in places other than specifically the lower limbs. The collected data were recorded in a Microsoft Excel spreadsheet, using the double-typing technique. Subsequently, the data were exported and analyzed in the Statistical Package for Social Science (SPSS) program, version 11.5, for statistical analysis, using the calculation of the prevalence rate of lower limb injuries and the absolute and relative frequencies to describe the variables. collected and mean and standard deviation. The profile of the patient with lower limb injuries, in the hospital in question, was mostly composed of female patients, Caucasian, married, retired, with an average age of 68.2 years, overweight and with an injury only. Most had venous ulcers (30%), followed by diabetic foot injury (27.8%) and arterial injury (8.75%). The remainder (injuries in places other than lower limbs) totaled 33.4%. The prevalence of lower limb injuries was 66%. The age and duration of the lesion showed significantly different results between the two groups of patients, that is, patients with lesions in the lower limbs and patients with lesions other than specifically in the lower limbs. The variables race and work status showed significantly different results between the two groups of patients. The objectives were partially achieved, with the incompleteness of some medical records limiting this research.

Key words: Nursing; Prevalence; Lower Limbs; Leg Ulcer.

LISTA DE SIGLAS E ILUSTRAÇÕES

MMII – Membros Inferiores

IVC - Insuficiência Venosa Crônica

DAP – Doença Arterial Periférica

IMC – Índice de Massa Corporal

COEP – Comitê de Ética e Pesquisa

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SPSS - Statistical Package for Social Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 - Objetivo geral	14
2.2 - Objetivos específicos.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 – Anatomia e fisiologia da pele.....	15
3.2 – Mecanismos de lesão tissular.....	18
3.3 – Fisiologia da cicatrização.....	18
3.4 - Lesões de membros inferiores	20
4 MATERIAL E MÉTODO.....	26
4.1 - Tipo de Estudo	26
4.2 - Local do Estudo.....	26
4.3 - População e Amostra	26
4.4 - Critérios de inclusão e exclusão na amostra	27
4.5 - Coleta de Dados.....	27
4.6 - Considerações Éticas.....	28
4.7 - Análise dos Dados	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	43
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE 1	53
ANEXOS.....	54

1. INTRODUÇÃO

As úlceras de perna são lesões relatadas desde os papiros antigos e, atualmente, ainda constituem causas frequentes entre as lesões crônicas. Estas se configuram em um dos problemas de saúde pública no Brasil (SILVA e MOREIRA, 2011).

Diversos agravos podem resultar na formação de úlceras de perna ou de pé e são denominadas úlceras de perna ou de membros inferiores (MMII) (BORGES *et al*, 2005). Este agravo afeta até 5% da população adulta dos países ocidentais, causando grande impacto socioeconômico (MIOT *et al*, 2009).

Apesar de poucos estudos epidemiológicos sobre úlceras de perna, elas são muito frequentes na prática clínica e absorvem grandes verbas da área da saúde destinadas a seu manejo. As úlceras de perna caracterizam-se por perda do tegumento nas extremidades dos membros inferiores geralmente causada por disfunção vascular (FRADE *et al*, 2005).

As úlceras crônicas em MMII têm apresentado um aumento de sua incidência. Frequentemente acompanhadas de sofrimento, elas não só afetam como provocam queda na qualidade do estilo de vida e aumento nos custos dos tratamentos. Estas lesões merecem ser ainda mais estudadas, uma vez que comprometem a vida social e laboral das pessoas que padecem de suas causas (EVANGELISTA *et al*, 2011).

A úlcera crônica dos MMII está associada a elevado tempo de cicatrização e frequente recorrência, consumindo recursos e tempo dos envolvidos neste quadro desalentador – cuidadores, doente e sua família. O cuidado à pessoa com este agravo deve ser amplo, levando-se em conta o contexto da doença (AFONSO *et al*, 2013).

Dissertando sobre úlceras de MMII, Borges (2012) discorre sobre úlceras venosas, úlceras arteriais e úlceras de pé em diabético. A autora postula que diversos processos patológicos, incluindo distúrbios e deficiências metabólicas, podem levar ao desenvolvimento de úlceras de perna ou no pé.

Dentre as úlceras encontradas nos MMII, a úlcera de etiologia venosa é a que possui maior prevalência. As úlceras encontradas nessa localização correspondem a um índice que representa, aproximadamente, entre 80% e 90%, sendo que a insuficiência venosa crônica é a principal responsável pelo seu surgimento (BARBOSA e CAMPOS, 2010).

As úlceras arteriais, por sua vez, advêm da perfusão tecidual inadequada nos MMII, devido ao bloqueio parcial ou total do suprimento arterial (SOARES *et al*, 2013).

Já o pé diabético é considerado uma complicação do diabetes mellitus e a maior causa de amputações de MMII. As úlceras diabéticas podem ser neuropáticas, vasculares e mistas (CUBAS *et al*, 2013).

Os cuidados devem ser adequados à especificidade de cada lesão, demandando condutas especiais de um profissional com conhecimento amplo na área. O planejamento da assistência carece de informações sobre o contexto das lesões.

Os estudos de prevalência e incidência de lesões nos MMII são fundamentais para constatar a amplitude do problema, além do estabelecimento e adoção de intervenções adequadas.

Considera-se essencial que os profissionais da saúde – e principalmente o enfermeiro – programem medidas de enfrentamento desse agravo, o que implica na realização de estudos que revelem o número de pacientes acometidos pelo mesmo. A implementação de cuidados frente a este evento certamente sofre influências de dados e registros sobre pacientes atendidos.

Por fim, no cotidiano de nossa prática assistencial constata-se um elevado número de pessoas com de lesões em MMII com queixas frequentes sobre esse agravo, o que certamente impacta diretamente na qualidade e estilo de vida do paciente e elevação dos custos com tratamento proposto. Caracterizar estas pessoas se faz necessário, servindo como base para novos estudos primários.

Assim, este estudo se justifica por contribuir com dados e informações sobre a ocorrência destas lesões, visando subsidiar outras pesquisas primárias e

instrumentalizar os profissionais para o melhor atendimento de pessoas com este agravo.

Neste contexto, questiona-se: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos por este agravo? Qual a prevalência de lesões em membros inferiores de pacientes adultos atendidos no serviço de atenção a feridas?

Tem-se como hipótese que a determinação do tipo mais prevalente de lesão de MMII pode contribuir para o adequado tratamento da lesão e melhora a qualidade de vida do paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

- Caracterizar o perfil epidemiológico e demográfico de pacientes acometidos de lesões, atendidos em um serviço de atenção a feridas crônicas de um hospital privado em Belo Horizonte/MG, em 2018.

2.2 – Objetivos específicos

- Classificar as lesões quanto ao tipo e número;
- Estimar a prevalência de lesões de MMII nos pacientes atendidos;
- Identificar fatores associados à ocorrência de mais de uma lesão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Todo trabalho de pesquisa precisa ampara-se em conhecimento teórico-científico. Faz-se necessário o conhecimento dos fundamentos de anatomia e fisiologia da pele, bem como, sobre fisiologia da cicatrização e a fisiopatologia das lesões de MMII para que o trabalho obtenha êxito naquilo que se propõe. Nesse sentido, seguir-se-á uma revisão da literatura, elaborada a partir da bibliografia pertinente, que vem embasar a pesquisa e fornecer subsídios à discussão e análise dos resultados.

3.1 – Anatomia e fisiologia da pele

A pele é o invólucro que recobre o organismo e representa o maior órgão do corpo humano, equivalendo a aproximadamente 15% do peso corporal. Este é constituído, em toda a sua extensão, por sulcos e saliências, mais acentuadas nas regiões das palmas das mãos e plantas dos pés e nas pontas dos dedos, onde sua disposição é única para cada indivíduo, permitindo sua identificação pela impressão digital, bem como o diagnóstico de disfunções genéticas, pelas impressões palmo plantares – os chamados dermatóglifos (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014).

Anatomicamente, a pele é constituída por duas camadas básicas. A exterior, mais delgada, formada por tecido epitelial, denominada epiderme, e uma camada mais espessa, a derme, composta por tecido conjuntivo. Logo abaixo da derme, encontra-se uma terceira camada, constituída por tecido conjuntivo areolar e adiposo, porém não considerada como segmento da pele, chamada hipoderme ou tela subcutânea. A hipoderme atua como área de reserva de gordura e acomoda grandes vasos sanguíneos que irrigam a pele (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014).

A epiderme é formada por epitélio escamoso estratificado, de espessuras variáveis nas diversas regiões do corpo, podendo apresentar 0,04 mm nas pálpebras, por exemplo, até 1,6 mm nas plantas dos pés. Estrutura-se em quatro ou cinco camadas, ou estratos distintos, contendo quatro tipos principais de células:

queratinócitos, melanócitos, células de Langerhans e células de Merkel. Em torno de 90% das células da epiderme são queratinócitos, responsáveis pela síntese da queratina, proteína que auxilia na proteção contra lesões. Os melanócitos representam algo em torno de 8% das células da epiderme e produzem a melanina, pigmento que confere cor à pele. As células de Langerhans atuam auxiliando o sistema imunológico enquanto as células de Merkel são ligadas a um neurônio sensorio e respondem pela capacidade de resposta da pele ao toque (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014).

O estrato mais profundo da epiderme, denominado germinativo ou basal, é composto por queratinócitos cilíndricos a partir dos quais são originadas as demais camadas da epiderme, através da diferenciação celular. Verifica-se, nesse estrato, intensa atividade mitótica. Sobreposta à camada basal, encontra-se a camada espinhosa, ou malpighiana, cujas células, no formato de espinhos, estão organizadas em lâminas de queratinócitos que se justapõem e respondem pelas características de força e flexibilidade da pele. Na porção média da epiderme, localiza-se a camada granulosa, formada por queratinócitos achatados, ricos em grânulos de queratoialina. Estes secretam uma substância lipídica que se comporta como um selante contra a perda de líquidos corporais e a entrada de agentes externos. A quarta camada da epiderme, mais superficial, é a camada córnea. Constituída por queratinócitos achatados e anucleados, oferece valiosa proteção às camadas mais profundas contra lesões e contra a entrada de patógenos (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014)

Segundo Tortora e Derrickson (2012), a epiderme apresenta ainda um quinto estrato, denominado estrato lúcido, encontrado apenas na pele grossa das regiões palmo plantares e constituído por camadas de queratinócitos achatados, translúcidos e mortos que possuem grande quantidade de queratina.

A derme, contrariamente à epiderme, não possui uma organização uniforme. Rivitti (2014) a descreve como um autêntico gel, rico em muco polissacarídeos (substância fundamental) e material fibrilar de três tipos: fibras colágenas, fibras elásticas e fibras reticulares.

A porção superficial da derme equivale à quinta parte de sua espessura total e é formada por tecido conjuntivo areolar com fibras elásticas finas, fibroblastos e grande quantidade de substância fundamental. Apresenta projeções em formato de mamilos, as papilas dérmicas, que se ajustam aos cones epiteliais da epiderme. As papilas dérmicas possuem terminações nervosas relacionadas às sensações de calor, frio, dor, coceira e cócegas. Mais profundamente, a derme é composta por um tecido conjuntivo irregular e espesso, com predominância de fibras colágenas. (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014)

A associação de fibras colágenas e fibras elásticas na parte mais profunda da pele confere a ela a capacidade de distensão (extensibilidade) e a capacidade de recuperar sua forma original quando esticada (elasticidade), propriedades fundamentais para a resistência mecânica a compressões e estiramentos (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014).

Quanto à fisiologia, Rivitti (2014) relata que, em função das propriedades físicas, químicas e biológicas presentes na constituição da pele, são desempenhadas diversas funções, tais quais: proteção, termorregulação, percepção e secreção. Tortora e Derrickson (2012) também mencionam, entre as principais funções da pele, a síntese da vitamina D.

Em sua função de proteção, a pele atua bloqueando a invasão de agentes nocivos e evita a perda de água e outras substâncias do meio interno, impedindo a desidratação. Além disso, células do sistema imune, existentes na pele, conferem propriedade de defesa imunológica a ela. A excreção do suor frente às elevações da temperatura ambiental ou frente ao calor gerado por atividade física, associada à regulação do fluxo sanguíneo na derme, possibilita que a pele haja na regulação homeostática da temperatura corporal. Uma rede de terminações nervosas na pele faz dela um órgão de recepção de sensações táteis (pressão, toque, cócegas), térmicas (frio e calor) e percepção da dor, como indício de lesão potencial ou real. A pele possui glândulas de secreção sebácea que contribuem para preservar sua nutrição e hidratação. Quanto à síntese da vitamina D, ela é ativada mediante exposição da pele à radiação ultravioleta da luz solar (TORTORA e DERRICKSON, 2012; RIVITTI, 2014).

3.2 – Mecanismos de lesão tissular

Lesões tissulares originam-se, invariavelmente, por modificações nas moléculas e estruturas das células. Diante de estímulos patológicos e estressantes, a célula é impelida a adaptar-se, o que acarreta alterações em sua estrutura sem que sua funcionalidade seja afetada. Quando os estímulos se prolongam, ou se tornam mais severos, podem exceder a capacidade de adaptação da célula, gerando uma cadeia de eventos que resultarão em lesão celular e até morte celular, caso os agentes lesivos não sejam suprimidos. Vale salientar que as repercussões da lesão celular são determinadas também por fatores intrínsecos, como o tipo, estado e capacidade de adaptação da célula (SILVA *et al*, 2011;).

A lesão celular tem como fatores causais: hipóxia, agentes físicos, químicos ou infecciosos, reações imunológicas, distúrbios genéticos e desequilíbrio nutricional. (SILVA *et al*, 2011).

Na hipóxia, a falta de oxigênio afeta diretamente a respiração celular, sendo a isquemia sua maior causa. Os agentes físicos englobam traumas mecânicos, queimaduras, choque elétrico e outros. A gama de agentes químicos que causam danos às células é imensa, abrangendo inclusive substâncias comumente inócuas, como glicose e oxigênio em altas concentrações. Agentes infecciosos são os diversos microrganismos causadores de doenças. As reações imunológicas são respostas exacerbadas do sistema imune a agentes invasores. Um exemplo desse tipo de reação é a anafilaxia. Distúrbios genéticos podem levar a malformações congênitas e desequilíbrio enzimático, tornando as células mais suscetíveis a lesões. Os desequilíbrios nutricionais, tanto por déficit, como por carência calórica e proteica – ou mesmo por excesso, como a alta ingestão de lipídeos – figuram como grande causa de lesão celular (SILVA *et al*, 2011; THOMAZ, 2011).

3.3 – Fisiologia da cicatrização

O processo cicatricial abrange uma cadeia de eventos, em um complexo sistema orgânico, cuja evolução é regida por mecanismos celulares, moleculares e bioquímicos com o propósito de reparação do tecido lesionado. Tal processo é

diretamente influenciado por fatores sistêmicos, tais como idade, estado nutricional, comorbidades associadas e tabagismo, entre outros. A cicatrização ocorre de forma dinâmica e sequencial, em um sistema bem estruturado, onde são descritas três fases distintas: inflamação, proliferação e remodelação (SILVA *et al*, 2011; THOMAZ, 2011).

A fase inflamatória é o início do processo cicatricial, no momento em que acontece uma lesão. Manifesta-se como resposta imediata do organismo, onde o sistema circulatório e mecanismos celulares atuam para controle do sangramento e defesa contra infecções. A inflamação é regulada por mediadores químicos que provocam alterações vasculares e na permeabilidade celular, propiciando a migração de células de defesa (macrófagos, leucócitos e linfócitos) para o local da lesão. Assim, o organismo ativa a chamada cascata de coagulação, visando o controle do sangramento e a remoção de microrganismos, corpos estranhos e tecido desvitalizado (SILVA *et al*, 2011; THOMAZ, 2014).

A fase proliferativa, ou fibroblástica, acontece através da epitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. É a fase da reconstrução tissular. Na epitelização, células endoteliais migram para o centro da lesão e multiplicam-se originando o tecido de granulação, que gradualmente vai preencher toda a ferida. A formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese) acontece a partir da vascularização preexistente, originando novos capilares, garantindo a circulação sanguínea, fundamental para cicatrização. Os fibroblastos atuam na geração de componentes da matriz celular, entre eles o colágeno, essencial para reestruturar o tecido lesado (SILVA *et al*, 2011; THOMAZ, 2014).

A fase remodelamento – também chamada fase de maturação – é marcada pela reorganização das fibras colágenas. O colágeno depositado na lesão, durante a proliferação é menos espesso que o encontrado na pele íntegra e possui fibras não paralelas. Este colágeno é degradado, reabsorvido e substituído por outro, mais denso, cujas fibras são depositadas de forma mais organizada, conferindo maior resistência tênsil. Porém, o processo de regeneração não consegue restabelecer a estrutura original do tecido e a cicatriz não terá a mesma tenacidade original da

pele, apresentando sempre maior propensão a lesões (SILVA *et al*, 2011; THOMAZ, 2014).

3.4 - Lesões de membros inferiores

As lesões de perna são frequentes na prática clínica, e sua incidência vem crescendo em todo o mundo em virtude do aumento da expectativa de vida, gerando grandes gastos para o sistema de saúde, além de impactar na qualidade de vida e na capacidade funcional do indivíduo (ABADDE, 2010; RIVITTI, 2014).

Inúmeras disfunções orgânicas, incluindo problemas metabólicos, podem levar ao desenvolvimento de lesões ou úlceras de membros inferiores. Não há um consenso sobre a definição de úlcera de perna. Vários autores a definem como qualquer lesão situada abaixo do joelho, em qualquer segmento da perna, incluindo o pé. Porém, há autores que desconsideram as lesões de pé desse conceito com a fundamentação de que as causas associadas diferem daquelas relacionadas às lesões nas pernas. (BORGES, 2011)

A lesão de perna é caracterizada por perda da integridade da pele (derme ou epiderme), podendo atingir os tecidos mais profundos, que acomete as extremidades dos membros inferiores. Sua origem está relacionada, principalmente, à insuficiência venosa crônica, equivalendo a mais de 80% dos casos. Afecções arteriais respondem por aproximadamente 10%, e com menor frequência, as lesões de MMII apresentam outros fatores causais, como neuropatia associada ao diabetes, trauma, hanseníase, afecções cutâneas, neoplasias, doenças inflamatórias, distúrbios metabólicos e nutricionais. O diagnóstico e a adoção da terapêutica correta dependem do conhecimento dos diversos fatores causais e dos aspectos característicos de cada tipo de lesão (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

Realizar o diagnóstico diferencial é fundamental para o tratamento e para o bom prognóstico da lesão. Para nortear a escolha da intervenção adequada, o profissional deve avaliar integralmente o paciente, buscando conhecer seu histórico de saúde e doença, observar sinais e sintomas e considerar a necessidade de testes e exames complementares (THOMAZ, 2011).

3.4.1 – Úlceras venosas

Entre as diversas lesões que acometem os membros inferiores, a úlcera de origem venosa é a mais prevalente e tem como principal causa a insuficiência venosa crônica (IVC). Esta é descrita como um desequilíbrio funcional do sistema vascular, decorrente da insuficiência valvar, associada ou não à oclusão do fluxo venoso. Pode acontecer no sistema venoso superficial, no sistema venoso profundo ou em ambos (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

A região do maléolo interno é a área mais propensa ao surgimento de úlceras venosas. De modo geral, as úlceras venosas são de evolução lenta, mas com maior propensão a serem superficiais –se comparadas com outros tipos de feridas de pernas –, e cobertas por uma película de tecido desvitalizado. Apresentam bordas irregulares e são muito exsudativas. A dor é um sintoma comum, independentemente do tamanho da lesão, e tende a aliviar com a elevação do membro. Observam-se também sintomas como eczema, edema de tornozelo, sensação de queimação e peso nas pernas, parestesia, prurido, câimbras e, em estágios mais avançados, a lipodermatoesclerose, condição em que ocorre espessamento e enrijecimento das camadas da pele e a gordura é substituída por tecido fibroso (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

Identifica-se maior incidência de úlceras venosas na população feminina. Fatores predisponentes ao seu desenvolvimento são o envelhecimento, obesidade, quantidade de gestações, permanência prolongada na posição ortostática (ABBADE, 2010; THOMAZ, 2011).

Ao avaliar um portador de úlcera venosa, deve-se observar o estado vascular e os sinais característicos da IVC, tais como edema, eczema, hiperpigmentação, espessamento do tornozelo, presença de varizes, dor e outros. Avaliações sistematizadas são imprescindíveis para a definição da melhor medida terapêutica, considerando-se sempre a subjetividade do paciente e os insumos disponíveis. Para o bom êxito do tratamento, é preciso eliminar ou controlar os mecanismos causais, fornecer bom suporte sistêmico e adotar um plano de cuidados adequado (ABBADE, 2010; SILVA et al, 2011; THOMAZ, 2011).

3.4.2 – Úlceras arteriais

Aproximadamente 10% das úlceras crônicas de MMII são resultantes de doença arterial periférica (DAP), doença infamatória que se manifesta pelo acúmulo de placas de colesterol no interior dos vasos sanguíneos, causando o estreitamento gradativo de seu lúmen. Essa condição leva à obstrução do fluxo sanguíneo, causando isquemia, necrose tissular e ulceração. Alguns fatores como tabagismo, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, sedentarismo, idade superior a 45 anos e histórico familiar de aterosclerose precoce, estão relacionados a uma maior propensão ao desenvolvimento da DAP (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

As úlceras arteriais localizam-se sobretudo nos pés e nos dedos e apresentam algumas peculiaridades. Comumente são profundas e, atingindo músculos e tendões, seu contorno possui coloração vermelha ou cianótica, apresenta pequena quantidade de exsudato seropurulento, edema pouco evidente, palidez, pele fria, atrófica e odor desagradável. Sua cicatrização é bastante difícil e são excessivamente dolorosas (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

Portadores de úlceras arteriais apresentam claudicação intermitente, dor nas pernas em repouso – que piora com a elevação do membro –, além de dor local intensa. As úlceras arteriais costumam ter como origem um pequeno trauma incidente sobre saliências ósseas. Na avaliação física do paciente, é importante realizar a palpação de todos os pulsos, avaliando sua intensidade. Outros achados relevantes para estabelecer o diagnóstico são o tempo de enchimento capilar prolongado, palidez do membro quando elevado, rubor, ausência dos folículos pilosos e espessamento das unhas (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

3.4.3 – Úlceras neuropáticas

As lesões ou úlceras neuropáticas ou neurotróficas são decorrentes da neuropatia sensorial periférica resultante de algumas patologias como a hanseníase, diabetes mellitus, alcoolismo. Essas patologias afetam os nervos

periféricos, ocasionando a perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Como consequência, portadores de neuropatia terão maior propensão a desenvolver lesões cutâneas, entre elas, as úlceras plantares e traumatismos (ABBADE, 2010; BORGES, 2011; THOMAZ, 2011).

As úlceras neuropáticas podem apresentar vários níveis de lesão tissular, desde uma lesão superficial até lesões mais profundas, atingindo articulações, tendões e ossos, gerando infecção e levando à amputação do membro (THOMAZ, 2011).

A úlcera plantar do pé é uma das complicações mais comuns da neuropatia periférica no paciente diabético. Tem como característica uma lesão profunda, indolor, com bordas calosas (ABBADE, 2010; THOMAZ, 2011).

Thomaz (2011) aponta uma estimativa de que aproximadamente 20% dos diabéticos desenvolverão úlceras plantares em algum período da vida, e cerca de 80% das amputações de MMII se devem a complicações dessas úlceras.

Outras patologias que podem levar ao desenvolvimento da úlcera neuropática são: hanseníase, neuropatia alcoólica, espinha bífida, mielodisplasia, espondilolistese e neurosífilis (THOMAZ, 2011).

3.4.4 – Úlcera por pressão

Úlcera por pressão são ulcerações decorrentes da compressão ininterrupta sobre uma área da pele e acometem pessoas com limitação de movimentos por longos períodos, acamados e paraplégicos. As localizações mais frequentes são a região sacral, crista ilíaca, região trocantérica, tornozelos e calcâneo (SARQUIS, 2010; SILVA *et al.*, 2011).

O tempo e a constância da pressão são determinantes para o início da lesão. A pressão contínua, mesmo de baixa intensidade, provoca oclusão da circulação sanguínea do paciente que fica em uma mesma posição no leito. A isquemia pode comprometer a pele e tecidos mais profundos, como músculos e ossos (SARQUIS, 2010; SILVA *et al.*, 2011).

Além da compressão, fatores intrínsecos vinculados à condição física do paciente atuam na formação da úlcera por pressão, tais como: estado nutricional;

nível de consciência; idade avançada; incontinência urinária ou fecal; doenças de base (diabetes, câncer, etc.); peso corporal; e uso de medicamentos (SILVA *et al.*, 2011).

Na fase inicial, verifica-se, no local da pressão, área hiperemiada que evolui para a uma lesão superficial ou o aparecimento de bolha com coleção de exsudato seroso. A próxima fase é a perda de tecido dérmico com visualização da gordura subcutânea. Por fim, a lesão avança com a destruição total do tecido e exposição de músculos, ossos ou tendões (SARQUIS, 2010; SILVA *et al.*, 2011).

O planejamento do cuidado ao portador de úlcera por pressão, deve abranger a avaliação do estado nutricional, classificação da lesão de acordo com seu estágio, localização, profundidade, condições do leito da ferida e tecidos anexos, intervenções para conforto e alívio da dor, além de identificação de sinais de infecção e problemas vasculares (SILVA *et al.*, 2011).

3.4.5 – Lesão traumática

Trauma é definido como qualquer lesão instantânea sobre órgãos ou tecidos, decorrente da ação de agentes mecânicos, físicos, químicos ou biológicos, que podem acarretar lesões de gravidade e localizações diversas, sendo os MMII alvos frequentes desse tipo de lesão. As lesões traumáticas em MMII apresentam-se sob várias formas clínicas: contusões, feridas, esmagamentos e amputações traumáticas. Dentre elas, sobressaem as feridas, sobretudo aquelas causadas por armas de fogo. O perfil de pessoas acometidas é, sobretudo, formado por adultos jovens (THOMAZ, 2011).

Quando uma ferida resultante de trauma apresenta resposta inflamatória duradoura, retardando ou impossibilitando sua total cicatrização, ela é definida como úlcera traumática. Para o tratamento e completa regeneração do tecido é primordial identificar e corrigir os fatores que comprometeram o processo cicatricial. Alguns fatores que interferem e retardam do processo de cicatrização são: presença de tecido desvitalizado; infecção; presença de corpo estranho; má perfusão sanguínea; e obstrução dos vasos linfáticos (THOMAZ, 2011).

3.4.6 – Outras lesões

Além das lesões destacadas, sendo as mais recorrentes, é importante salientar a existência de outras afecções menos frequentes, mas não menos importantes, entre as quais a Úlcera Isquêmica, definida como aquela lesão que não é possível detectar pulsos tibiais, são pequenas, cujo crescimento em extensão e profundidade com partes planas, irregulares e, na maioria das vezes, se apresentam hiperemiadas. A dor é a principal queixa (THOMAZ, 2011).

A Úlcera Hipertensiva, segundo Thomaz (2011), é uma implicação da hipertensão arterial diastólica. Tem maior prevalência em mulheres com histórico de hipertensão. Seu primeiro sinal é uma mancha azul e, em seguida, se transforma em uma bolha sero-hemorrágica, e esta, ao romper, apresenta uma mancha negra que se torna uma úlcera.

Thomaz (2011) também relata quanto as úlceras também precisam de um manuseio adequado para identificar e tratar lesões físico-químicas, úlceras corticolesadas, úlceras linfáticas, enfermidades hematológicas e úlcera por fístula arteriovenosa, dentre outras.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 - Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, realizado em um serviço de atenção a feridas.

4.2 - Local do Estudo

O trabalho foi realizado no “Centro de Cicatrização de Feridas” de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais.

4.3 - População e Amostra

A população foi constituída por pessoas com lesões e atendidas no “Centro de Cicatrização de Feridas” do hospital privado na cidade de Belo Horizonte. Foram coletados dados via prontuário dos pacientes.

O tamanho da amostra de pacientes foi calculado considerando um processo de estimativa de uma proporção desconhecida (p) numa população. Mais especificamente, a estimação do percentual de lesões nos membros inferiores (pernas e pés) em serviço de atendimento a pacientes com feridas. Nesta situação, o cálculo do tamanho da amostra (n) pôde ser feito por (HULLEY et al., 2006):

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 p(1-p)}{(E_0)^2} \quad (1)$$

onde: $z_{\alpha} \cong 1,96$ (para estimativas usando intervalos de 95% de confiança)

p = é a proporção esperada de indivíduos no estudo

E_0 = é uma medida do erro amostral ou da precisão que se aceita para o estudo.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerado 50% como estimativa para a proporção esperada de pacientes com lesões nos membros inferiores, um valor que é válido para qualquer que seja o resultado observado posteriormente na pesquisa. Considerando esta uma estimativa para a proporção esperada de evento nos pacientes ($p=0,50$), uma margem de erro de 5% sobre esta estimativa ($E_0 = 0,05$), e o cálculo por intervalo de 95% de confiança, o tamanho da amostra foi de 320 pacientes atendidos por lesões.

4.4 - Critérios de inclusão e exclusão na amostra

Critérios de inclusão:

Pacientes com lesões, que foram atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas do hospital em questão, durante 2018, maiores de 18 anos.

Critérios de exclusão:

Prontuários de Pacientes menores de 18 anos e que apresentavam dados incompletos.

4.5 - Coleta de Dados

4.5.1 - Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados se deu durante o segundo semestre de 2019. Da amostra de 320 prontuários de pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas do hospital, foi realizado o cálculo de prevalência de lesões nos membros inferiores.

4.5.2 - Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras a partir de um instrumento estruturado conforme Apêndice I, durante os meses de setembro de

2019 a janeiro de 2020. Os prontuários são eletrônicos. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário estruturado contendo duas partes:

– Na parte I, foram coletados dados aspectos sócio demográficos: sexo, idade, situação laboral (aposentado ou ativo) e cor da pele;

– Na parte II, foram analisados diagnósticos do paciente e aspectos clínicos da lesão (tipo, número de lesões e tempo da lesão).

4.6 - Considerações Éticas

Após aprovação na Câmara Departamental do ENB, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do hospital em questão, atendendo Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo sido aprovado em 25 de setembro de 2013 sob parecer 3.692.707. Como os dados são retrospectivos e coletados em prontuários, foi solicitada ao COEP a dispensa de TCLE.

4.7 - Análise dos Dados

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do editor Microsoft Excel, por meio da técnica de dupla digitação. Posteriormente, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 11.5, para análise estatística, sendo utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas e de média e desvio padrão.

Para o cálculo de prevalência, foi utilizada a seguinte fórmula (FLETCHER, 2006):

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Nº de pacientes com lesão especificamente em MMII}}{\text{Nº total de pacientes avaliados*}} \times 100$$

*Como na amostra não tivemos pacientes hígidos, ou seja, todos os pacientes tinham lesão, o denominador era o número de todos os pacientes com lesão que não especificamente em membros inferiores.

5. RESULTADOS

Foi avaliada uma amostra de 320 pacientes internados em hospital privado do Estado de Minas Gerais em Belo Horizonte. Com relação ao sexo, 58,4% pertenciam ao sexo feminino. Sobre a variável cor da pele, 53,1% eram caucasianos, 35,3% eram pardos, 9,4% eram de cor amarela e 2,2% eram negros. Quanto ao estado civil, 59,1% estavam casados, 10,3% estavam solteiros, 2,2% encontravam-se em união estável e 28,4% se declararam em outra condição. Sobre o estado laboral, 52,1% se declararam aposentados, 30% encontravam-se trabalhadores ativos, 9,6% eram trabalhadores do lar e 8,7% se declararam em outra condição. A Tabela 1 ilustra essas informações:

Tabela 1 – Características dos pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte em relação ao sexo, raça, estado civil e situação laboral

Variável	Frequência	Percentual
Sexo		
Feminino	187	58,4%
Masculino	133	41,6%
Cor		
Branco	170	53,1%
pardo	113	35,3%
amarelo	30	9,4%
negro	7	2,2%
Estado Civil		
casado	189	59,1%
outro	91	28,4%
solteiro	33	10,3%
em união estável	7	2,2%
Estado Laboral		
Aposentado	167	52,1%
Na ativa	96	30%
Outro	28	8,7%
Trabalhador do lar	29	9,6%

Sobre a variável idade, obtivemos uma idade média de 68,2 anos. O paciente mais jovem tinha 20 anos e o mais idoso, 101 anos. Em relação ao peso, a média foi de 76,3 Kg. O paciente com maior peso apresentou 160 Kg e o menor, 45 Kg. A altura variou de 1,03 m a 1,94 m, com média de 1,67 m. Calculando-se o índice de massa corporal (IMC), obtivemos uma média de 27,5.

Quanto ao tempo de lesão, realizou-se uma estimativa em meses. A média foi de 17,8 meses de convívio com a lesão, o mínimo foi de um mês e o máximo de 444 meses (37 anos).

As variáveis descritas acima estão apresentadas na Tabela 2.

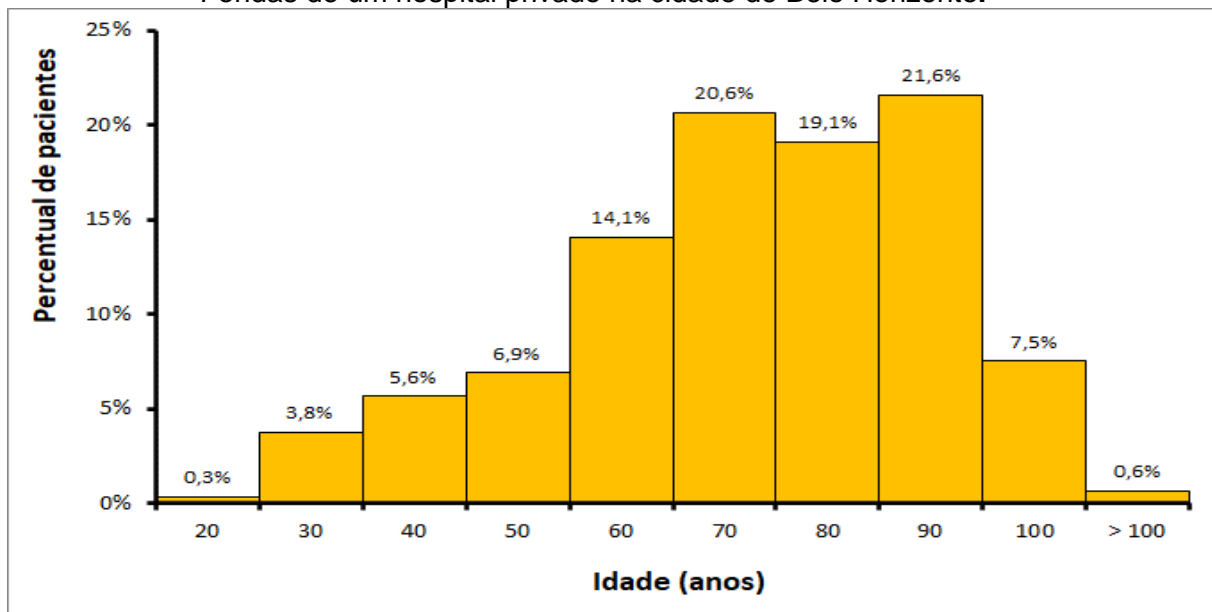
Tabela 2 – Características dos pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte em relação a idade, peso, altura e IMC.

Variável	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Coefficiente de variação
Idade (anos)	68,2	70,0	20,0	101,0	17,8	26%
Peso (Kg)	76,3	75,0	45,0	160,0	15,8	21%
Altura (m)	1,67	1,67	1,03	1,94	0,10	6%
IMC (Kg/m ²)	27,5	26,2	15,6	74,5	5,9	21%
Tempo de lesão (meses)	17,8	9,0	1,0	444,0	36,3	204%

Obs.: n = 320.

Com o objetivo de ilustrar melhor as variáveis idade, peso, altura e IMC, elaboraram-se histogramas destes dados:

Figura 1 – Histograma com a idade de pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.



A Figura 2 apresenta um histograma contendo a variável peso dos pacientes atendidos. A Figura 3 apresenta a altura e a Figura 4 o IMC:

Figura 2 – Histograma com o peso de pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.

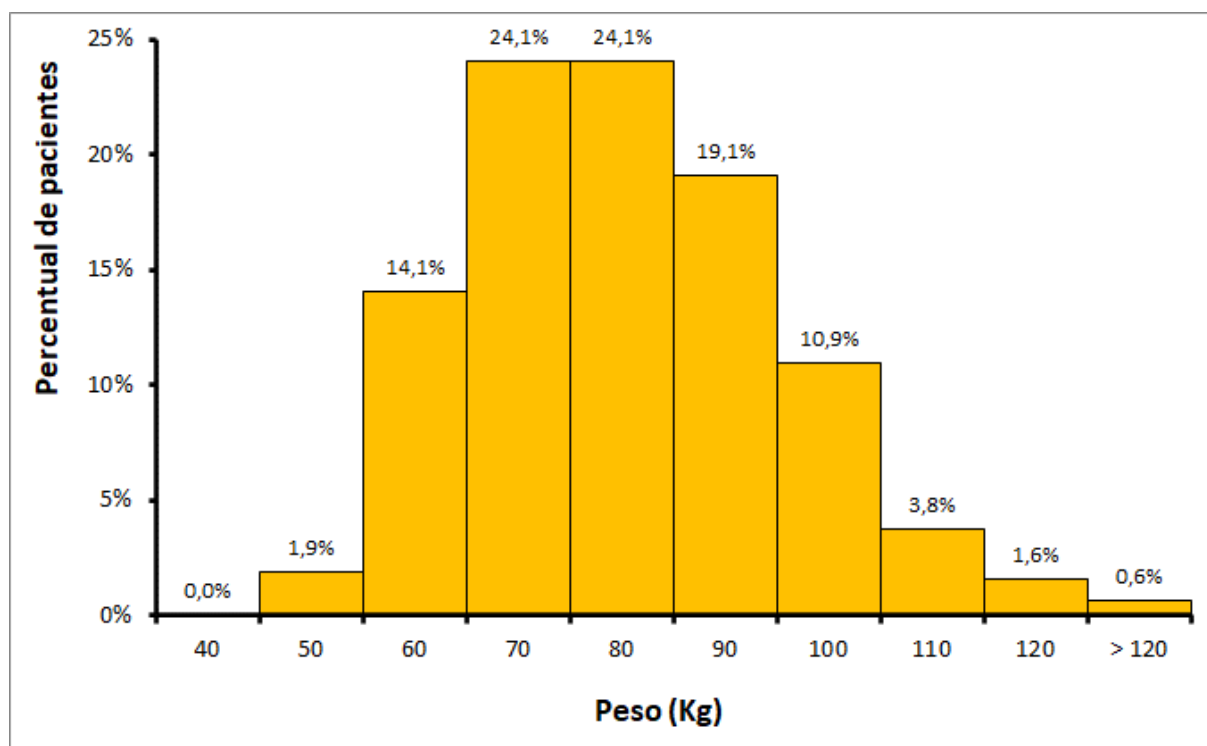


Figura 3 – Histograma com a altura de pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.

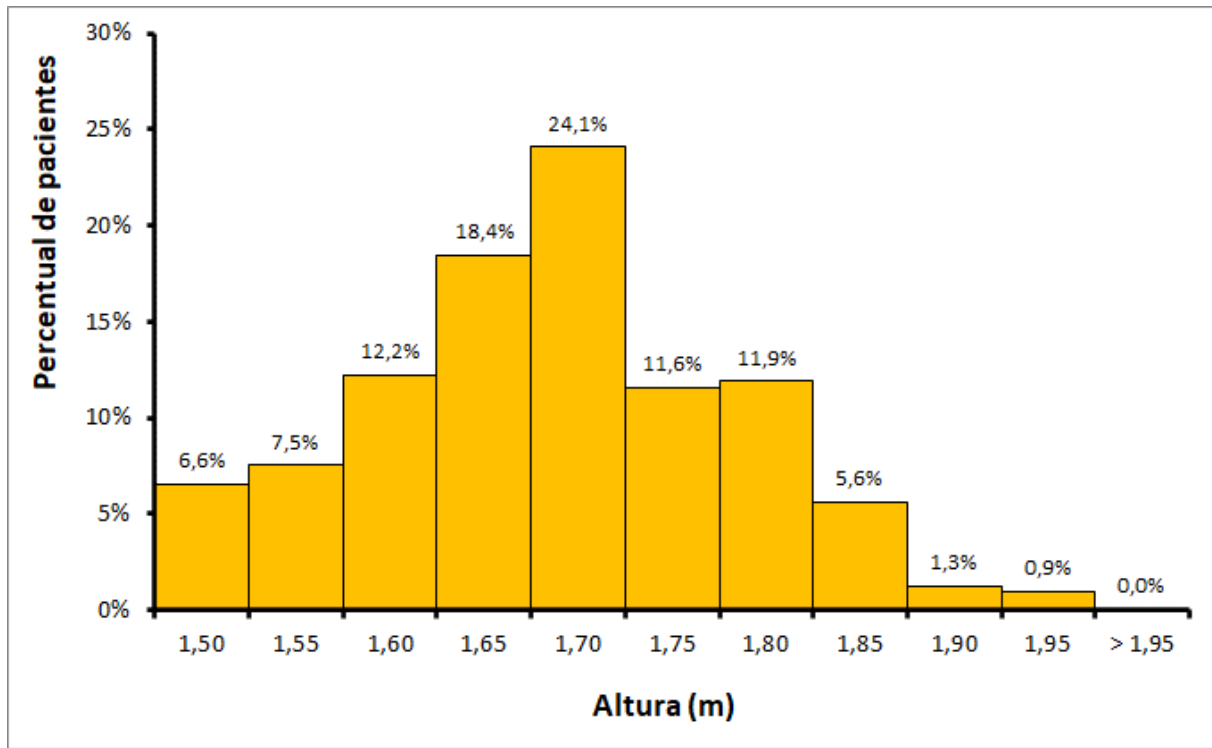
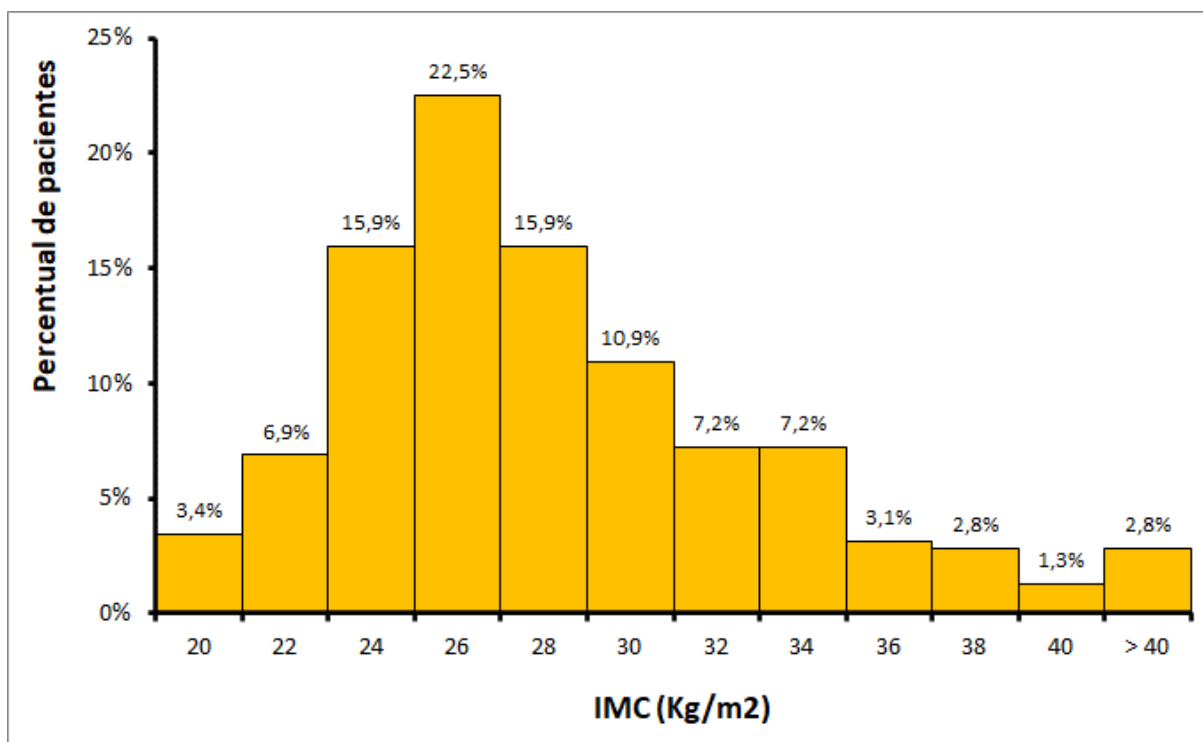


Figura 4 – Histograma com o índice de massa corporal (IMC) de pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.



Para a avaliação do estado nutricional dos pacientes, foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) com base na fórmula $IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$. Sua classificação seguiu os intervalos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde para adultos (OMS 2013): <18,4 baixo peso; 18,5-24,9 peso normal; 25-30 sobrepeso e > 30 obeso (Fonte: World Health Organization. BMI. Classification. Global Database on Body Mass index: World Health Organization, 2013. Disponível em <http://www.who.int/en/,2014.>).

Quanto ao número de lesões, observamos que 86% apresentavam uma única lesão, enquanto 14% tratavam mais de uma lesão. A Figura 5 ilustra esta informação:

Figura 5 – Número de lesões de membros inferiores em pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte



Em relação à classificação sobre o local das lesões (lesão de MMII ou lesão em outros locais), considerou-se a seguinte classificação:

- 1) Úlcera arterial (lesão de MMII);
- 2) Lesão por pressão (lesão em outros locais que não especificamente em MMII);
- 3) Lesão em pé diabético (lesão em MMII);
- 4) Úlcera venosa (lesão em MMII);
- 5) Lesão traumática (lesão em outros locais que não especificamente em MMII);
- 6) Outras lesões (lesão em outros locais que não especificamente em MMII).

Quando havia lesão por pressão, ou lesão traumática em pernas e pés, estas eram consideradas lesão em outros locais que não especificamente em MMII, por

não se encontrarem na classificação: úlcera arterial, úlcera venosa e lesão em pé diabético. Lembra-se que alguns pacientes apresentaram mais de um tipo de lesão.

Obtivemos os seguintes resultados, ilustrados na Tabela 3:

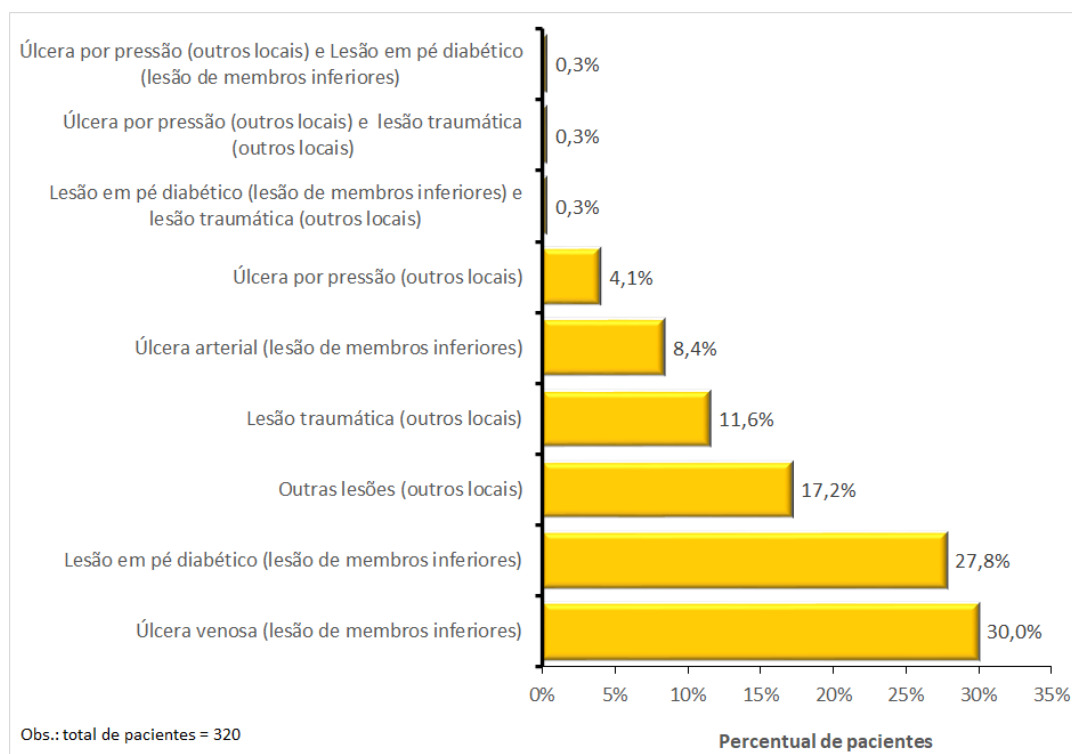
Tabela 3 – Classificação do tipo de lesão em pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte

Tipo de lesão	Nº de lesões	%
Úlcera arterial	28	8,75
Úlcera venosa	96	30,0
Lesão em pé diabético	86	27,8
Lesão por pressão (lesão em outros locais que não especificamente em MMII)	14	4,37
Lesão traumática (lesão em outros locais que não especificamente em MMII)	39	9,06
Outras lesões (lesão em outros locais que não especificamente em MMII)	57	16,8

Obs.: n = 320.

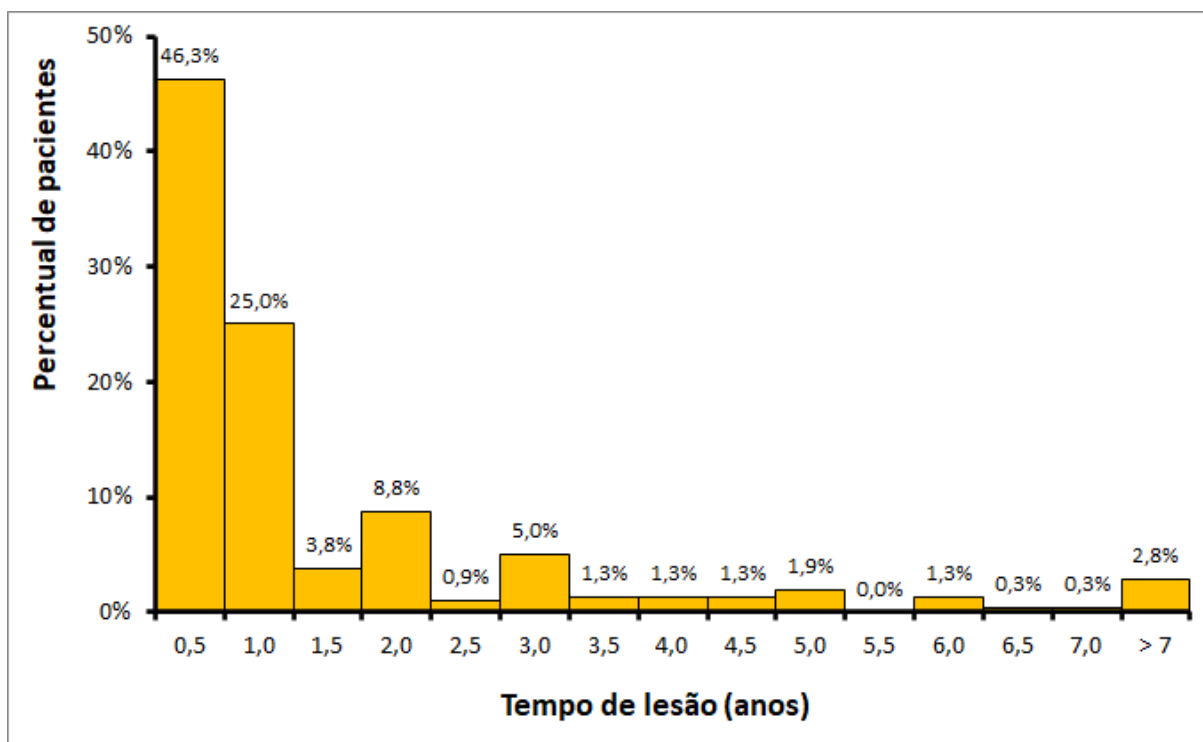
O gráfico a seguir, na Figura 6, ilustra essas informações:

Figura 6– Classificação de lesões em pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.



Em relação ao tempo, elaborou-se também um gráfico em anos (Figura 7) sobre a convivência com a lesão. Deve-se levar em consideração que estes dados estão apresentados em meses, na Tabela 2. Observa-se que a maioria (46,3%) convive com o agravo há menos de um ano.

Figura 7 – Histograma com o tempo de lesão (anos) pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas de um hospital privado na cidade de Belo Horizonte.



Sobre a prevalência, deve ser considerado que esta constitui o número de casos de uma doença em um dado momento. Encontramos que, dos 320 pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas, 210 tinham lesão em MMII, o que representa uma prevalência de 66% (intervalo de 95% de confiança = [61%; 71%]).

Realizou-se a análise univariada (variáveis quantitativas: idade, peso, altura, IMC e tempo de lesão) para identificar possíveis fatores associados às múltiplas lesões (pacientes que apresentavam mais de uma lesão). Nenhuma das variáveis investigadas apresentou diferença significativa em relação ao fato de o paciente ter mais de uma lesão. Os resultados estão contidos na Tabela 4:

Tabela 4 – Análise univariada de variáveis quantitativas para identificação de fatores associados às múltiplas lesões

Variável	Paciente com mais de uma lesão?	Média	Mediana	Desvio padrão	valor-p
Idade (anos)	Sim	64,1	60,0	18,7	0,305
	Não	68,4	70,0	17,8	
Peso (Kg)	Sim	81,7	79,0	19,0	0,245
	Não	76,0	74,5	15,7	
Altura (m)	Sim	1,66	1,66	0,09	0,677
	Não	1,67	1,68	0,11	
IMC (Kg/m ²)	Sim	29,5	27,8	5,7	0,155
	Não	27,4	26,2	5,9	
Tempo de lesão (meses)	Sim	37,4	12,0	78,3	0,458
	Não	16,9	9,0	33,2	

Realizou-se também a análise univariada (variáveis quantitativas: sexo, cor, estado civil e estado laboral) para identificar possíveis fatores associados às múltiplas lesões (pacientes que apresentavam mais de uma lesão). Nenhuma das variáveis investigadas apresentou diferença significativa em relação ao fato de o paciente ter mais de uma lesão. Os resultados estão disponíveis na Tabela 5:

Tabela 5 – Análise univariada de variáveis categóricas para identificação de fatores associados às múltiplas lesões

Variável	Frequência	Número de pacientes com mais de uma lesão	Prevalência de pacientes com mais de uma lesão	valor-p
Sexo				
Feminino	187	9	4,8%	0,785
Masculino	133	5	3,8%	
Cor				
Branco	170	9	5,3%	0,606
Pardo	113	3	2,7%	
Amarelo	30	2	6,7%	
Negro	7	0	0,0%	
Estado Civil				
Casado	189	7	3,7%	0,517
Outro	91	4	4,4%	
Solteiro	33	3	9,1%	
em união estável	7	0	0,0%	
Estado Laboral				
Aposentado	167	5	3,0%	> 0,100
Na ativa	96	4	4,2%	
Outro	28	1	3,6%	
Trabalhador do lar	29	4	13,8%	

Realizou-se análise univariada das variáveis idade, peso, altura, IMC e tempo (em meses) e ocorrência de lesão em membros inferiores. A idade e o tempo de lesão apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes, ou seja, pacientes com lesão em MMII e pacientes com outras lesões que não especificamente em MMII. A Tabela 6 ilustra esses dados:

Tabela 6 – Análise univariada de variáveis quantitativas para identificação de fatores associados às lesões de membro inferior:

Variável	Lesão de membro inferior?	Média	Mediana	Desvio padrão	valor-p
Idade (anos)	Sim	70,7	72,0	14,5	0,019
	Não	63,3	64,0	22,3	
Peso (Kg)	Sim	76,3	73,0	16,2	0,603
	Não	76,4	76,0	15,1	
Altura (m)	Sim	1,67	1,68	0,09	0,585
	Não	1,66	1,67	0,13	
IMC (Kg/m ²)	Sim	27,3	25,9	5,4	0,298
	Não	27,9	26,8	6,7	
Tempo de lesão (meses)	Sim	21,6	12,0	42,1	0,000
	Não	10,4	3,0	18,8	

Realizou-se análise univariada de variáveis categóricas para identificação de fatores associados às lesões de membro inferior. Observamos que as variáveis cor e estado laboral apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes (pacientes com uma lesão e pacientes com mais de uma lesão). Estes resultados encontram-se disponíveis na Tabela 7:

Tabela 7 – Análise univariada de variáveis categóricas para identificação de fatores associados às lesões de membros inferiores:

Variável	Frequência	Número de pacientes com lesão em membros inferiores	Prevalência de pacientes com mais de uma lesão	valor-p
Sexo				
Feminino	187	126	67,4%	0,633
Masculino	133	86	64,7%	
Cor				
Branco	170	102	60,0%	0,024
Pardo	113	84	74,3%	
Amarelo	30	23	76,7%	
Negro	7	3	42,9%	
Estado Civil				
Casado	189	126	66,7%	0,479
Outro	91	63	69,2%	
Solteiro	33	18	54,5%	
em união estável	7	5	71,4%	
Estado Laboral				
Aposentado	167	113	67,7%	0,032
Na ativa	96	54	56,3%	
Outro	28	23	82,1%	
Trabalhador do lar	29	22	75,9%	

6. DISCUSSÃO

Aproximadamente 60% de nossa amostra era composta por pessoas casadas. Silva e Moreira (2011), estudando lesões venosas e sua epidemiologia, inferem que as condições de vida geram dificuldades no desenvolvimento das atividades de vida diária. Assim, o companheiro pode ser um auxílio para atender às possíveis necessidades, sobretudo no envelhecimento não sadio. Porém, as mesmas autoras referem que é importante o indivíduo desenvolver seu cuidado de forma independente.

Neste estudo, a média de idade foi de 68,2 anos, ou seja, pessoas idosas. Em revisão integrativa sobre úlceras de perna, Souza, Araújo, Nelson e Silva (2015) citam as doenças vasculares periféricas como etiologias das úlceras de perna, como a insuficiência venosa crônica, insuficiência arterial, diabetes, traumas e outras causas, mencionando também idade superior a 65 anos. A idade avançada torna as pessoas mais suscetíveis às lesões, pois ocorrem alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele (BARRETO; ARAÚJO; VIEIRA, 2011).

Mais de 50% estavam aposentados, fato que pode estar relacionado com a idade avançada frequente neste trabalho. Também Chibante, Espírito Santo e Santos (2015) encontraram uma maioria de aposentados ao estudar pacientes hospitalizados com lesões cutâneas, sendo que, neste mesmo estudo, a faixa etária prevalente dos participantes foi entre 61 e 70 anos, o que pode justificar tal dado. Para Malaquias et al. (2012), a ausência de atividade laboral em pessoas com lesões crônicas pode decorrer do fato de que, para estes indivíduos, a lesão pode estar comprometendo a capacidade para exercer alguma atividade, pois as úlceras, especialmente venosas, comprometem a capacidade funcional das pessoas com este agravo, bem como interferem na sua mobilidade.

O sexo feminino foi mais frequente, com quase 60% da amostra. Estudando características clínicas e epidemiológicas de pessoas com lesão de pernas, especificamente úlceras venosas, Cruz, Caliri e Bernardes (2018) encontraram que

64% eram do sexo feminino. Ainda sobre úlceras venosas, a predominância do sexo feminino para do desenvolvimento deste agravo pode ser relacionada a hormônios e gravidez (MORAIS; JOAQUIM; CAMACHO, 2017). De acordo com Sales, Borges e Donoso (2010), as mulheres apresentam três vezes mais chances do que os homens de desenvolver lesões cutâneas.

A média de peso neste estudo foi de 76,3 Kg, e o IMC médio foi de 27,5, caracterizando uma amostra em condições de sobrepeso. Estudando úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial, em uma amostra de 42 pacientes, aproximadamente metade dos participantes apresentou sobrepeso ou obesidade (MALAQUIAS *et al.*, 2012). Em estudo sobre cicatrização de úlceras venosas, a avaliação do IMC demonstrou que 87,50% dos participantes estavam fora dos padrões de peso considerados normais, destacando que 43,75% se encontravam com obesidade grau I; 18,75% com obesidade grau II e 12,50% com obesidade grau III (RIBEIRO *et al.*, 2015). A obesidade é considerada um dos fatores de risco para o aparecimento das úlceras venosas e retardo da cicatrização (MILIC; ZIVIC; BOGDANOVIC; KARANOVIC; GOLUBOVIC, 2009).

Em relação ao número de lesões, observamos que 86% apresentava uma única lesão, enquanto 14% tratavam mais de uma lesão. Malaquias *et al.* (2012) analisaram 42 pessoas com lesões crônicas e encontraram um total de 63 lesões, sendo 66% com lesão única e 44% com mais de uma lesão. Segundo os autores, isso pode representar um fenômeno decorrente de longos períodos de curso da lesão, que possibilitou a junção de lesões múltiplas, ou ainda menor gravidade da alteração vasculogênica.

Quanto à classificação das lesões, observamos que, do total de 320 pacientes, 210 apresentavam lesões de MMII, ou seja, úlcera venosa, úlcera arterial e pé diabético, enquanto que 110 estavam distribuídas em outros locais que não especificamente MMII. Segundo Oliveira *et al.* (2019), as úlceras venosas crônicas são as mais frequentes e mais de 70% delas não cicatrizam mesmo com terapia tópica adequada e terapia compressiva, levando às recidivas. As feridas em pé diabético decorrem de traumas que, muitas vezes, não são percebidos pelo paciente devido à diminuição ou perda da sensibilidade dolorosa (OLIVEIRA *et al.*,

2019). Fonseca, Franco, Ramos e Silva (2012) também se referem às lesões de origem venosa como as mais comuns, com 70% dos casos, seguidas àquelas de origem arterial, variando de 10% a 20% dos casos, e às de etiologia mista, com variação entre 10% e 15% dos casos.

Verificou-se neste trabalho a prevalência de lesão de MMII em população atendida em um centro de cicatrização de feridas, lembrando que a prevalência é a proporção de indivíduos que apresentam uma condição clínica em determinado ponto do tempo. No cálculo da prevalência, o numerador abrange o total de pessoas que apresentam a condição específica em um período determinado, enquanto o denominador é a amostra total estudada no mesmo período (FLETCHER, 2006).

No caso deste estudo, o período específico foi o ano de 2018. Num total de 320 pacientes com lesões cutâneas, observamos uma prevalência de 66% de lesão de membros inferiores – uma prevalência considerada alta.

Vieira e Araújo (2018) realizaram estudo de prevalência de lesões crônicas em 339 idosos atendidos por serviço de saúde, sendo que a prevalência de lesão por pressão foi 5,0%, úlcera diabética, 3,2% e, úlcera vasculogênica, 2,9%.

Borges, Nascimento Filho e Pires Junior realizaram estudo transversal, que estimou a prevalência de lesões crônicas em moradores de município de médio porte da região da Zona da Mata localizada no estado de Minas Gerais. Esta foi de 0,164%, correspondendo a 1,64/1.000 habitantes.

Nossa prevalência foi alta, mas se deve destacar que, na amostra total, não havia pacientes hígidos, ou seja, todos tinham alguma lesão.

Quanto à análise univariada, para identificar fatores associados entre variáveis, considera-se que o valor *p* menor ou igual a 0,05 indica que há diferença significativa entre os itens comparados (SOARES, SIQUEIRA, 2002).

Realizou-se a análise univariada (idade, peso, altura, IMC e tempo de lesão) para identificar possíveis fatores associados às múltiplas lesões. Além disso, houve a análise univariada (variáveis quantitativas: sexo, raça, estado civil e estado laboral) para identificar possíveis fatores associados às múltiplas lesões. Nenhuma

destas variáveis investigadas apresentou diferença significativa em relação ao fato de o paciente ter mais de uma lesão.

No entanto, observa-se que as variáveis cor da pele e estado laboral apresentaram resultados significativamente diferentes entre dois grupos de pacientes (pacientes com uma lesão e pacientes com lesão em MMII). Estudo que visava analisar a prevalência de lesão crônica e fatores associados deste agravo em idosos encontrou, na análise de variáveis, a ocorrência de lesão crônica associada às características socioeconômicas e clínicas (VIEIRA; ARAÚJO, 2018). Salienta-se que estes autores concluíram que, em relação às variáveis socioeconômicas, a ocorrência de feridas se manteve associada com o desenvolvimento de alguma atividade laboral.

Como fator limitante deste trabalho, considerou-se a incompletude de alguns prontuários, fazendo com que alguns itens fossem retirados do instrumento de coleta de dados.

7. CONCLUSÃO

Ao final desse trabalho, conclui-se que os objetivos foram parcialmente alcançados.

O perfil dos pacientes com lesões de membros inferiores, no hospital privado na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, foi, na sua maioria, pacientes do sexo feminino, de cor branca, casados, aposentados, com idade média de 68,2 anos, com sobrepeso e portando lesão única.

A maior parte tinha úlcera venosa (30%), seguida de lesão em pé diabético (27,8%) e lesão arterial (8,75%). O restante (lesões em outros locais que não especificamente em membros inferiores) somou 33,4%.

Dos 320 pacientes atendidos no Centro de Cicatrização de Feridas, 210 tinham lesão em MMII, constituindo uma prevalência de 66%.

A idade e o tempo de lesão apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes, ou seja, pacientes com lesão em MMII e pacientes com outras lesões que não especificamente em MMII. As variáveis cor da pele e estado laboral apresentaram resultados significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes.

Espera-se que os resultados contidos neste trabalho contribuam na instrumentalização do enfermeiro, especialmente o enfermeiro estomaterapeuta, no atendimento a pacientes com lesão de membros inferiores.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Ana *et al.* Úlcera crónica do membro inferior: experiência com cinquenta doentes. **Angiol Cir Vasc**. Portugal, v.9, n.4, p.48-53. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v9n4/v9n4a04.pdf>. Acesso em: 01 junho 2019.

BARBOSA, Guimarães; CAMPOS, Nogueira. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Revista eletronica cvatrimonstral Enfermeria**. Espanha, v.1, n. 20, p.1-13, Outubro. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision2.pdf. Acesso em: 01 junho 2019.

BARRETO, Ana Patrícia Costa Paes, ARAÚJO, Bruna Cavalcanti, VIEIRA José Cristóvão Martins. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com úlceras por pressão. **Rev Enferm UFPE**. Recife, v. 5, n. 9, p. 2152-60. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6995>

BORGES, Eline Lima *et al.* **Tratamento tópico de úlcera venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. Ribeirão Preto, SP, 2005. Tese de doutorado em Enfermagem Fundamental, Universidades de São Paulo.

BORGES, Eline Lima; FILHO, Helio Martins do Nascimento; JUNIOR, José Ferreira Pires. Prevalencia de lesoes cronicas de municipio da Zona da Mata Mineira (Brasil). **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v.22, out.2018. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1286>.

BORGES, Eline Lima. **Feridas- Úlceras dos Membros Inferiores**. 1. ed. Rio de Janeiro- RJ: Editora Guanabara Koogan Ltda., 2012. v. 1. 203p .

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho; SANTO, Fátima Helena do Espírito; SANTOS; Thayane Dias dos. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. **Rev**

Cubana Enferm, Cuba, v.31, n.4, p.0, març.2015. Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/895>

CRUZ, Clara Caiero; CALIRI, Maria Helena Larcher; BERNARDES, Rodrigo Magri. Características epidemiológicas e clínicas de pessoas com úlcera venosa atendidas em unidades municipais de saúde. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.**, São Paulo, v.16, e1218, Dez.2017.

CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter. mov. [online]**. Curitiba, v. 26, n. 3, p.647-55, jul/set. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300019. Acesso em: 01 junho 2019.

EVANGELISTA, Delciene Gonçalves *et al.* Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Brasília, v. 2, n.2, p.254-63, mai/ago. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/15>. Acesso em: 01 junho 2019.

FLETCHER, Grant; FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**, 4, ed, Porto Alegre: Artmed; 2006.

FONSECA, César et al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Esc Enferm**, v. 46, n.2, p.480-6, jul.2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeus>.

FRADE, Marco Andrey Cipriani *et al.* Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol**. Rio de Janeiro, v.80, n.1, p. 41-6. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a06.pdf>. Acesso em: 01 junho 2019.

HULLEY, B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MALAQUIAS, Suelen Gomes et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo, v.46, n.2, p.302-10, març.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf>.

MILIC, D.J et al, **Risk factors related to the failure of venous leg ulcers to heal with compression treatment**, J Vasc.Surg,2009.

MIOT, Hélio Amante et al. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.55, n.02, p.145-8. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n2/16.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

MORAIS, Isabela Martins; JOAQUIM, Fabiana Lopes; CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas. **Rev. Cubana Enfermagem**, Cuba, v.33,n.2, 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1082>.

OLIVEIRA, Marina Ferreira de et al. Feridas em membros inferiores em diabéticos e não diabéticos: estudo de sobrevida. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.40, Fev.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180016> .

RIBEIRO, Andrea Pinto Leite et al. Efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% na cicatrização de úlceras venosas. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v.49, n.3, p.395-402, març.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0395.pdf.

RIVITTI, E. A. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti [recurso eletrônico] / Evandro A. Rivitti. – Dados eletrônicos. – São Paulo : Artes Médicas, 2014.

SALES, Maria Cecília Moreira; BORGES, Eline Lima; DONOSO, Miguir Terezinha Viecceli. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v.14, n.1, p.566-75. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/152>.

SILVA, Francisca Alexandra Araújo da; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 468-72, jul/set. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a22.pdf>. Acesso em: 01 junho 2019.

SILVA, R.C.L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**, 3, ed, São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

SOARES, J.F; SIQUEIRA A.L, **Introdução à estatística médica**, 2, ed, Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

SOARES, Pollyana Pagliaro Borges *et al*. Impacto das úlceras arteriais na qualidade de vida sob a percepção dos pacientes. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.7, n. 8, p. 254-63, ago. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11797/1417>
Acesso em: 01 junho 2019.

SOUSA, Hosana Fausto et al. O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlcera venosa: revisão integrativa de literatura.

Revista Humano Ser - UNIFACEX, Natal-RN, v.1, n.1, p. 32-51, 2015.

THOMAZ, J.B, **Úlceras dos membros: diagnósticos e terapêuticas**, 2, ed, Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B, **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**, 8, ed, Porto Alegre: Artmed, 2012

VIEIRA, Chrystiany Placido de Brito; ARAUJO, Telma Maria Evangelista de. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo, v.52, Ago.2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03415.pdf.

APÊNDICE 1. Instrumento de Coleta de Dados e LEGENDA

PARTE I: ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS
Sexo: 1 Feminino 2 masculino
Idade
Estado Laboral: 1 Aposentado 2 Na ativa 3 Trabalhador do lar
Cor: 1 pardo 2 branco 3 negro 4 amarelo 5 outra
Estado Civil: 1 casado 2 solteiro 3 em união estável 4 outro
PARTE II: ASPECTOS CLÍNICOS
Peso:
Estatura:
IMC (índice de massa corporal):
Tipo de Lesão: 1 úlcera arterial (lesão de membros inferiores) 2 Úlcera por pressão (outros locais que não especificamente em MMII) 3 Lesão em pé diabético (lesão de membros inferiores) 4 Úlcera venosa (lesão de membros inferiores) 5 lesão traumática (outros locais que não especificamente em MMII) 6 outras lesões (outros locais que não especificamente em MMII)
Número de lesões 1 uma lesão 2 mais de uma lesão
Tempo de lesão:

ANEXO 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa