

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DIANI ELENA MELO COSTA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E
CLÍNICAS DOS PACIENTES COM ÚLCERA CRÔNICA
EM MEMBRO INFERIOR EM RELAÇÃO AO
CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL.**

Aracaju/SE
2016

DIANI ELENA MELO COSTA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E
CLÍNICAS DOS PACIENTES COM ÚLCERA CRÔNICA
EM MEMBRO INFERIOR EM RELAÇÃO AO
CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL.**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
à conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes

Aracaju/SE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS
PACIENTES COM ÚLCERA CRÔNICA EM MEMBRO INFERIOR EM
RELAÇÃO AO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL.**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
à conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, ____/____/____

Autor: Diani Elena Melo Costa

DIANI ELENA MELO COSTA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS
DOS PACIENTES COM ÚLCERA CRÔNICA EM MEMBRO
INFERIOR EM RELAÇÃO AO CRITÉRIO DE
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL.**

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
à conclusão do curso de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em ____/____/____

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA	1
1.1 ETIOLOGIA DAS ÚLCERAS CRÔNICAS	1
1.2 EPIDEMIOLOGIA	2
1.3 CICATRIZAÇÃO.....	6
1.4 TRATAMENTO.....	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	17
3 ARTIGO ORIGINAL	28
RESUMO.....	28
ABSTRACT	29
INTRODUÇÃO	31
OBJETIVO.....	31
METODOLOGIA.....	32
RESULTADOS	33
DISCUSSÃO	33
CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
TABELAS	38

1 - REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ETIOLOGIA DAS ÚLCERAS CRÔNICAS

As úlceras crônicas apresentam etiologia complexa, o que torna o diagnóstico e a classificação essenciais para definir o tratamento mais adequado (BERGQVIST, 1999). A úlcera na perna, apesar de ter mais frequentemente a etiologia vascular, pode também ter causas infecciosa, autoimune, metabólica e neoplásica (MEYER, 2011).

Úlcera é um defeito local, ou escavação, da superfície de um órgão ou tecido, que é produzida por perda de tecido inflamado. São mais comuns na mucosa da boca, estômago, intestinos ou trato genitourinário. Ocorrem também com grande frequência na pele e tecido subcutâneo das extremidades inferiores em idosos ou pessoas com distúrbios circulatórios que predispõem à isquemia e necrose isquêmica (ROBBINS, 2010).

As lesões de origem vascular ocorrem em condições como estase venosa, doença arterial oclusiva e linfedema. Dentre as causas neoplásicas estão o linfoma, tumores primários de pele, úlcera de Marjolin, e sarcoma de Kaposi, que podem contribuir para o atraso na cicatrização da úlcera (BUMPUS, 2013).

As úlceras da perna possuem etiologia venosa em 50 a 70% dos casos. São características desse tipo de lesão, de acordo com a Classificação CEAP (Clínica – Etiologia – Anatomia – Patologia): um defeito de toda a espessura da pele, uma maior prevalência na região do tornozelo, uma maior dificuldade de cicatrização espontânea e geralmente é concomitante a uma insuficiência venosa crônica (refluxo ou obstrução). Elas demoram entre 6 a 12 meses para cicatrizar completamente, além de possuir alta taxa de recidiva num período de 5 anos (GILLESPIE, 2010; EKLÖF, 2004).

Além de fazer parte do quadro de insuficiência venosa, esse tipo de lesão pode também ocorrer na síndrome pós-trombótica. O diagnóstico é dado através da história

e achados clínicos de doença venosa crônica, como edema, prurido, dermatite ocre, além de métodos de imagem como Doppler. (HOFFMAN, 2013)

Já as úlceras de origem arterial são causadas por doença arterial oclusiva periférica. Elas se formam devido à perfusão diminuída e necrose subsequente. Correspondem a 5% dos casos (MEYER, 2011) e são caracterizadas por um quadro de dor intensa e claudicação, além de aparência arredondada, com bordas rasas e profundidade pequena (BERSUSA, 2008). Além dos dados clínicos, o Índice Tornozelo Braço (ITB) e angio-tomografia podem auxiliar no diagnóstico. Cerca de 15% das úlceras possuem etiologia mista, arterial e venosa, sendo geralmente de grande extensão.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

O número estimado de pessoas com úlceras crônicas é de 20 milhões (OLIN, 1999). MOFFAT et al (2004) informaram uma prevalência de úlceras de 0,45/1000 com um tempo de duração maior que quatro semanas na população de Londres. Em relação à população brasileira, os dados são escassos. Em Natal/RN, a prevalência de úlcera venosa na população cadastrada pelo Programa de Saúde da Família foi de 0,25/1000. (NUNES, 2006).

Dentre as condições clínicas que frequentemente estão associadas com a formação de úlceras, podem-se citar a Diabetes Mellitus (ABBOTT, 2001), Hanseníase (BARRETO, 2010) e Anemia Falciforme (MINITI, 2010).

Estima-se a prevalência mundial de Diabetes Mellitus em 2,8% da população no ano de 2000 e 4,4% em 2030. Em países em desenvolvimento, a doença predomina na faixa etária entre 45 e 64 anos de idade. Já nos países desenvolvidos, a prevalência é maior no grupo de indivíduos maiores de 64 anos. (WILD, 2004).

No Diabetes Mellitus a neuropatia periférica, a vasculopatia e o comprometimento do sistema imune levam às alterações na capacidade de cicatrização de feridas. Fatores externos, como trauma agudo ou crônico funcionam como precipitantes na maior parte dos casos. (DINH, 2005).

A incidência de úlceras em pés de diabéticos é estimada em 2,2% ao ano. A neuropatia é o principal fator preditivo da formação dessas lesões. A perda de sensibilidade tátil e dolorosa possibilita a formação e perpetuação de úlceras de pressão. Outros fatores preditivos independentes são pulsos reduzidos, deformidades nos pés, história prévia de úlcera e idade (ABBOTT, 2001).

Os idosos diabéticos têm risco duas vezes maior para o desenvolvimento de úlcera no pé, em comparação aos idosos não-diabéticos. No primeiro grupo também há maior chance de serem submetidos a debridamento de ferida e amputação. (REED, 2004).

A hanseníase é a causa mais comum de neuropatia periférica. A infecção pelo *Mycobacterium leprae* ocorre nos macrófagos da pele e nas células de Schwann. Pode haver disfunção motora, sensorial, ou uma combinação dos dois tipos. O Brasil é o país com a maior incidência de Hanseníase (17 casos por 100000 habitantes). O atraso no diagnóstico e a falta de tratamento adequado contribuem para a ocorrência de dano nervoso, úlceras e deformidades (como as “mãos em gancho” e “pés caídos”. Estima-se que 30% dos pacientes com Hanseníase desenvolvem algum tipo de incapacidade. (BRASIL, 2010).

Doença falciforme (DF) é uma condição genética autossômica recessiva que resulta de defeitos na estrutura da hemoglobina (Hb) podendo haver também defeitos em sua síntese (BRASIL, 2010). Trata-se da doença hematológica e genética mais prevalente no Brasil (BATISTA, 2008). Segundo o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), do Ministério da Saúde, nascem no Brasil 3.500 crianças por ano com DF (BRASIL, 2008).

Úlceras de perna são complicações comuns da DF. Elas ocorrem entre 8% a 10% dos pacientes homozigotos (HbSS), mas existem relatos de incidência maior de 50% em pacientes que residem em áreas tropicais (PALADINO, 2007). Apesar da grande prevalência, ainda não há entendimento completo sobre a causa dessas úlceras (NOUM, 2010), como também não há consenso sobre o modo como devem ser tratadas (PALADINO, 2007).

Sobre a caracterização sócio demográfica dos portadores de úlceras crônicas, há predominância do sexo feminino. MACEDO (2009) em estudo com 18 pacientes em Natal, encontrou taxa de 88,9% de mulheres. HEINEN (2007) com uma amostra

de 141 pacientes na Holanda encontrou 63% de mulheres. ABBADE et al 2005, em caracterização dos pacientes atendidos em Botucatu encontrou uma taxa de 75% de mulheres entre os 120 participantes do estudo.

Em relação à idade dos pacientes com úlceras crônicas há um predomínio de pessoas com mais idade. MACEDO (2009) encontrou uma idade média de 57,6 anos. NUNES (2009) avaliou a prevalência de portadores de UV (úlceras vasculares) na população atendida pelas Unidades de Saúde da Família de Natal/RN. A prevalência de UV na população geral foi de 0,36/1000, enquanto na população maior que 60 anos o resultado encontrado foi de 2,22/1000. MOFFAT, et al 2004, também encontraram taxas altamente variáveis com a idade. A prevalência de UV entre os entrevistados com idade superior a 85 anos foi de 8.29/1000 no sexo masculino e 8.06/1000 no sexo feminino. Na Suécia, foi encontrada uma taxa de 2,4/1000, num estudo em que 85% da população analisada tinham mais que 64 anos. (FORSSGREN, 2008).

Sobre a renda desses pacientes, MACEDO (2009) encontrou predominância de no máximo dois salários mínimos. NUNES (2009), ABBADE (2005) e WAIDMAN (2011) tiveram resultados semelhantes. Isso sugere que o tratamento da úlcera crônica pode levar a um alto impacto econômico tanto para os pacientes como para o sistema público de saúde. Esses estudos também mostraram que a escolaridade dos portadores de UV é baixa e que esse fato é preocupante pois pode interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados relevantes à saúde dos pacientes, e no tratamento das úlceras.

Quanto à ocupação dos entrevistados, NUNES (2009) obteve os seguintes resultados: 66,2% dos pacientes do sexo feminino e 24,3% dos pacientes do sexo masculino eram aposentados ou desempregados. No estudo de HEINEIN, 2006, apenas 18% tinham uma ocupação no momento do estudo. MACEDO (2009), encontrou 55,6% eram aposentados ou desempregados e sugere que esses dados podem ocorrer devido à cronicidade das lesões, que afeta a capacidade dos indivíduos para o trabalho.

As úlceras vasculares podem durar vários anos e têm um grande impacto na qualidade de vida dos portadores. Alguns problemas relacionados à ferida que podem interferir negativamente na qualidade de vida desses pacientes são: dor, limitação da mobilidade, inaptidão para o trabalho, déficit na qualidade do sono, vergonha e

constrangimento para se relacionar socialmente. (JONES, 2008; WAIDAN, 2011; OLIVEIRA, 2012; HEINEN, 2007).

HEINEN (2007) avaliou uma amostra de 141 pacientes, em um estudo descritivo, transversal. O estudo identificou sérios problemas enfrentados pelos entrevistados. A dor foi relatada em 85% dos casos. Problemas de mobilidade comunitária foram relatados por metade dos pacientes.

Segundo WAIDMAN (2011), a duração da úlcera e a série de problemas trazidos por essa condição levam à perda da autoestima do indivíduo e assim é possível concluir que o portador de ferida crônica tem muita propensão a desenvolver problemas de ordem emocional que colocam em risco a sua saúde mental. É comum o relato de emoções negativas como sensação de impotência e dependência. (HEINEN, 2007).

Os resultados de JONES (2008) mostraram depressão em 27% dos entrevistados e ansiedade em 26% deles. Nesse estudo houve associação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis e o odor. O excesso de exsudato, levando a vazamento e odor e o medo de que outras pessoas pudessem sentir, foi associado à restrição das atividades sociais.

Entre as variáveis socioeconômicas, as que se relacionam com diminuição da qualidade de vida são o sexo e o estado civil. O sexo feminino e o estado civil solteiro/viúvo/divorciado contribuíram para a redução (COSTA, 2011).

Devido à complexidade dos fatores ligados à ferida, é importante o cuidado completo do indivíduo. É preciso entender esse sujeito e compreender a problemática de cada um. Fatores relacionados ao profissional, como a atitude acolhedora e a ação centrada na pessoa e não apenas no procedimento tem impacto positivo. Para melhorar a qualidade de vida de pessoas com UV, torna-se necessária assistência integral e de qualidade, com planejamento assistencial contínuo e multiprofissional. (DA SILVA, 2008; COSTA, 2011)

1.3 CICATRIZAÇÃO

O processo de cicatrização é complexo e bem orientado. Ainda não há descrições detalhadas de todas as vias e mediadores envolvidos (BROUGHTON, 2006) e esse processo é dividido em três fases: inflamação, proliferação e maturação. (ROBBINS, 2010)

Na primeira etapa, a adesão e agregação de plaquetas forma um coágulo e leva à inflamação. A hemostasia é o primeiro passo desse processo. Tem início logo após o dano tecidual é ativada pela lesão da parede do vaso. (VERHAMME, 2009). Além das plaquetas, o coágulo também é formado por fibrina, fibronectina, colágeno e trombina, que liberam fatores de crescimento e citocinas que iniciam a resposta inflamatória. Essa fase tem duração de 4 a 6 dias.

Na fase proliferativa forma-se um tecido de granulação e ocorre proliferação e migração de células do tecido conjuntivo, além de reepitelização da ferida. As células epiteliais da borda da pele começam a se proliferar e se projetam em direção à lesão, para reestabelecer uma barreira e evitar perda de líquido e invasão de microrganismos. Fibroblastos do tecido circundante migram para a área em cicatrização, começam a produzir colágeno e também se proliferam. Células endoteliais também são atraídas para o local, e iniciam a formação de novos capilares. Nessa fase, a ferida apresenta aspecto róseo, macio e granular, característico do chamado “tecido de granulação”, decorrente do preenchimento da úlcera por tecido conjuntivo altamente vascularizado.

A maturação envolve os processos de deposição de matriz extracelular (MEC), remodelamento do tecido e contração da ferida. A deposição de colágeno é a principal parte dessa fase de maturação. Problemas na deposição do colágeno ou aumento desse processo podem acarretar diminuição da força da cicatriz ou cicatriz hipertrófica, respectivamente (BROUGHTON, 2006). A contração ajuda a fechar a ferida, diminuindo a lacuna entre suas margens dérmicas e reduzindo a área de superfície da ferida. Esse processo ocorre pela ação de miofibroblastos, formados pela mudança de fenótipo de fibroblastos, resultando em uma célula contrátil. (DARBY, 2007)

1.4 TRATAMENTO

O manejo das úlceras crônicas deve ter uma abordagem multidisciplinar e individualizada. Independente da etiologia, o tratamento deve incluir melhora da perfusão local, tratamento de infecções, controle de edema, preparação da ferida, cicatrização com leito úmido, alívio de pressão sobre a ferida e tratamento sistêmico da doença. (BUMPUS, 2013).

O tratamento padrão das úlceras venosas é constituído por limpeza da ferida, escolha de um produto adequado ao estágio de cicatrização em que se encontra a úlcera, associado à aplicação de uma terapia compressiva. (MATA, 2012). Essa conduta é adotada para diminuir a pressão hidrostática, que está aumentada nos pacientes portadores de insuficiência venosa (MORTON, 2012).

Os curativos compressivos são classificados em elásticos e inelásticos. Curativos elásticos são aqueles que utilizam material que recupera sua forma e tamanho após uma deformação. Já os inelásticos usam material incapaz de se deformar ou alongar. Os meios de compressão disponíveis atualmente são: Bota de Unna, bandagens de longa extensão, bandagens de curta extensão, bandagem de multicamadas, meias de compressão e compressão pneumática.

A Bota de Unna é uma terapia compressiva inelástica desenvolvida em 1896 pelo dermatologista alemão Paul Gerson Unna. Consiste em uma atadura impregnada com óxido de zinco. Depois da aplicação a bota seca gradualmente e forma um molde semissólido que exerce compressão externa no membro. Os níveis de pressão são altos durante a deambulação, com a contração muscular, e baixos durante o repouso. (BELO HORIZONTE, 2006).

Existem duas opções disponíveis para a bota: a convencional, produzida industrialmente, e outra conhecida como bota de Unna manipulada, produzida em farmácias de manipulação. O custo da primeira varia entre R\$ 70,00 a R\$ 250,00 por unidade, enquanto a manipulada tem valor médio de R\$ 20,00. (MACEDO, 2009). Apesar do menor custo, a bota manipulada necessita de pré aquecimento em banho maria antes da aplicação e no momento da troca precisa ser cortada.

A permanência depende da quantidade de exsudato e da contenção da bandagem, podendo durar até 14 dias, sendo o tempo médio de 7 dias. O uso deve ser suspenso em caso de sinais e sintomas de infecção (dor crescente, eritema, sensação de calor e aumento da temperatura local) ou intolerância ao produto. Sinais de insuficiência arterial, como dedos pálidos ou cianóticos, edema severo acima do curativo, ou dor e falta de sensibilidade nos dedos também são indicações de suspensão do uso.

São contraindicações para a terapia com a bota de Unna: úlceras mistas com ITB < 0,8, úlcera infectada, insuficiência cardíaca descompensada, DPOC, trombose venosa profunda, celulite e sensibilidade aos componentes. (BELO HORIZONTE, 2006).

OLIVEIRA et al (2012) publicaram estudo sobre a características de 57 pacientes atendidos em um ambulatório de reparo de Feridas no Rio de Janeiro. No grupo analisado, 1,5% usavam a Bota de Unna. SANT'ANA et al, no mesmo ano, encontraram resultados semelhantes. A caracterização de 58 pacientes atendidos na rede municipal de saúde de Goiânia mostrou que a terapia compressiva com Bota de Unna foi usada em apenas 2 participantes (3,9%).

Uma avaliação realizada no Rio Grande do Norte em 2009 mostrou melhor custo-efetividade do tratamento com a Bota de Unna manipulada em relação à tradicional, em um período de 10 semanas de avaliação de 18 pacientes. (MACEDO, 2009).

As bandagens elásticas de longa extensão expandem quando os músculos da panturrilha contraem, durante os exercícios, dissipando a força exercida pela contração do musculo. O sistema de bandagens multicamadas é composto por quatro camadas que produzem efeito cumulativo (NUNES, 2006). Os métodos elásticos exercem alta compressão tanto no exercício como no repouso. São vantagens desses métodos o baixo custo e a possibilidade de reutilização. No entanto, pode haver utilização incorreta pelo paciente, variação de pressão ao longo do dia e perda de elasticidade com as lavagens. (VERAART, 1997)

As meias de compressão são usadas para prevenir ou evitar a recorrência de úlceras. O uso não é recomendado no tratamento das úlceras. Para o uso correto das meias, devem ser feitas medições dos membro na altura do tornozelo, panturrilha e

coxa, caso as meias sejam usadas até essa altura. As medidas devem ser feitas logo pela manhã, ou assim que o paciente retirar a terapia compressiva, para evitar medidas do membro edemaciado. (JOHNSON, 2002)

Em 2013, uma revisão sistemática sobre o uso de compressão em curativos mostrou que a compressão aumenta a taxa de cura das feridas. A compressão com componente único foi menos efetiva do que a compressão com mais de um componente. Entre estas, as de constituição elásticas mostraram desempenho superior em comparação aos curativos com constituintes principalmente inelásticos. Não foram encontradas diferenças significativas entre as bandagens de dois componentes e o curativo de quatro camadas. (O'MEARA, 2013).

No Brasil, um estudo comparou os dois tipos de terapia e resultou com maior índice de cicatrização no grupo que usou tratamento inelástico. No entanto o tempo de cicatrização não foi diferente nos dois grupos analisados. (REIS, 2003)

NUNES (2006), em avaliação da assistência à saúde de portadores de úlceras venosas em Natal/RN, analisou 74 pacientes. 70% não havia usado terapia compressiva no último ano e 29,7% referiam uso dessa terapia. O mesmo trabalho mostrou que o diagnóstico de úlcera venosa (UV) estava presente em 36,5% dos pacientes que usavam a terapia compressiva, com diferença estatística significativa. Esse resultado sugere que o diagnóstico de UV não contribuiu para o uso desse tratamento. Segundo o autor esse fato pode ser atribuído ao desconhecimento dos profissionais em relação aos tipos de tratamento dessas lesões, a dificuldade dos pacientes de terem acesso ao angiologista, e à falta de protocolos na instituição para o tratamento de feridas.

LOPES DE FIGUEIREDO et al (2012), realizaram um estudo descritivo com objetivo de identificar os conhecimentos sobre os cuidados necessários às pessoas portadores de UV. Foram entrevistados 13 enfermeiros de 14 USFs do município de Uberaba. A maioria dos entrevistados apresentou baixo conhecimento em relação à etiologia da UV, havendo confusão com outros tipos de lesão.

O custo do tratamento é variável, de acordo com a técnica usada. MACEDO (2009) mostrou que o custo para a aplicação e manutenção da terapia com Bota de Unna é em média R\$ 46,77, enquanto o custo de um curativo tradicional é em média R\$ 9,62. O estudo levou em conta os gastos com os materiais durante a realização

do curativo, como luvas, gaze, atadura, soro fisiológico, agulha, ácidos graxos essenciais (AGE), clorexidine degermante, bisturi e esparadrapo. A Bota de Unna requer um número reduzido de trocas, o que compensa o seu valor mais elevado. Além disso, se forem levados em consideração os gastos com recursos humanos, bem como com o deslocamento do paciente até o serviço de saúde para a renovação do curativo, os gastos com a terapia convencional seriam ainda mais elevados, já que, com esta última o procedimento é realizado em média uma vez por semana, necessitando assim de menos horas de trabalho.

Uma análise realizada em um ambulatório de cicatrização em São Paulo, também sobre o uso da Bota de Unna mostrou um custo direto médio do procedimento de R\$ 107,99. Para o cálculo foram utilizados o valor da hora de trabalho das enfermeiras e auxiliares. (BAPTISTA, 2006).

Já MATA (2011) em avaliação do custo do procedimento de curativo realizado em um ambulatório de úlceras vasculogênicas, calculou o custo direto total do curativo através de dois componentes: materiais e valor de mão de obra por procedimento. O custo médio total do curativo limpo foi de R\$ 32,50, nos curativos infectados o valor foi de R\$45,54. A autora observa que há uma defasagem do valor repassado pelo SUS, e assim as instituições assumem a diferença entre o custo real de cada tipo de curativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBADE, Luciana P. Fernandes et al. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. **International Journal Of Dermatology**, [s.l.], v. 44, n. 12, p.989-992, dez. 2005.

ABBOTT, C. A. et al. The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. **Diabetic Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.377-384, maio 2002.

BAPTISTA, Cleide Maria Caetano; CASTILHO, Valéria. Levantamento do custo do procedimento com bota de unna em pacientes com úlcera venosa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.944-949, dez. 2006.

BARRETO, Josafá G; SALGADO, Claudio G. Clinic-epidemiological evaluation of ulcers in patients with leprosy sequelae and the effect of low level laser therapy on wound healing: a randomized clinical trial. **Bmc Infect Dis**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.237-237, 2010.

BATISTA, Amanda; ANDRADE, Tania Cristina. Anemia falciforme: um problema de saúde pública no Brasil. **Univ. Ci. Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.83-99, 2005.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas**. Belo Horizonte, 2006.

BERGQVIST, David; LINDHOLM, Christina; NELZÉN, Olle. Chronic leg ulcers: The impact of venous disease. **Journal Of Vascular Surgery**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.752-755, abr. 1999.

BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; LAGES, Joyce Santos. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.81-92, 2008.

BORGES, Eline Lima. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [s.l.], 2005.

BRASIL; Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde: auto-cuidado na Doença Falciforme**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 78p. 2008.

BRASIL. **Doenças negligenciadas** / Wanderley de Souza, coordenador. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências. 56 p. :il. – (Ciência e tecnologia para o desenvolvimento nacional. Estudos estratégicos). 2010.

BROUGHTON, George; JANIS, Jeffrey E.; ATTINGER, Christopher E.. The Basic Science of Wound Healing. **Plastic And Reconstructive Surgery**, [s.l.], v. 117, n. , p.12-34, 2006.

BUMPUS, Kelly; MAIER, Michael A.. The ABC's of Wound Care. **Current Cardiology Reports**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.1-6, 19 fev. 2013.

COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes. **Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, saúde, assistência e clínicos da lesão Natal**. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

DARBY, Ian A.; HEWITSON, Tim D.. Fibroblast Differentiation in Wound Healing and Fibrosis. **International Review Of Cytology**, [s.l.], p.143-179, 2007.

SILVA, João Luis Almeida da; LOPES, Marta Julia Marques. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.240-250, jun. 2006.

DINH, T. L.. A Review of the Mechanisms Implicated in the Pathogenesis of the Diabetic Foot. **The International Journal Of Lower Extremity Wounds**, [s.l.], v. 4, n. 3, p.154-159, 1 set. 2005.

EKLÖF, Bo et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. **Journal Of Vascular Surgery**, [s.l.], v. 40, n. 6, p.1248-1252, dez. 2004.

FORSSGREN, Alexandra; FRANSSON, Ingvor; NELZÉN, Olle. Leg ulcer point prevalence can be decreased by broad-scale intervention: a follow-up cross-sectional study of a defined geographical population. **Acta Dermato-venereologica**, [s.l.], v. 88, n. 3, p.252-256, 2008.

GILLESPIE, David L.. Venous ulcer diagnosis, treatment, and prevention of recurrences. **Journal Of Vascular Surgery**, [s.l.], v. 52, n. 5, p.8-14, nov. 2010.

HEINEN, Maud M. et al. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 44, n. 8, p.1296-1303, nov. 2007.

HOFFMAN, Mark D.. Atypical ulcers. **Dermatologic Therapy**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.222-235, maio 2013.

JONES, June e et al. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. **Nursing Standard**, [s.l.], v. 22, n. 45, p.53-61, 16 jul. 2008.

JOHNSON, Sue et al. Compression hosiery in the prevention and treatment of venous leg ulcers. **Journal Of Tissue Viability**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.67-74, abr. 2002.

LEUNG, P.c.. Diabetic foot ulcers — a comprehensive review. **The Surgeon**, [s.l.], v. 5, n. 4, p.219-231, ago. 2007.

FIGUEREDO, M Lopes de; ZUFFI, F. Bonato. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enfermería Global**, [s.l.], n. 28, p.127-127, 2012.

MACEDO, Eurides Araújo Bezerra de. **Custo-Efetividade da terapia compressiva no processo de cicatrização de úlceras venosas**. 2009. 157 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

MATA, Veronica Elizabeth; PORTO, Fernando; FIRMINO, Flavia. Tempo e custo do procedimento: Curativo em úlcera vasculogênica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.94-97, 2010. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/816>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

MEYER, Volker et al. Differential diagnosis and therapy of leg ulcers. **Jddg: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, [s.l.], v. 9, n. 12, p.1035-1052, 2 nov. 2011.

MINNITI, Caterina P. et al. Leg ulcers in sickle cell disease. **Am. J. Hematol.**, [s.l.], v. 85, n. 10, p.831-833, 23 jul. 2010.

MOFFATT, C.j. et al. Prevalence of leg ulceration in a London population. **Qjm**, [s.l.], v. 97, n. 7, p.431-437, 17 jun. 2004.

MORTON, Laurel M.; PHILLIPS, Tania J.. Wound Healing Update. **Seminars In Cutaneous Medicine And Surgery**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.33-37, mar. 2012.

NAOUM, Flávio A.. Managing leg ulcer pain in sickle cell disease. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.98-98, 2010

NUNES, Jussara de Paiva. **Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de**

Natal/RN. Natal, 136 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

CULLUM, N. et al. Compression for venous leg ulcers. **The Cochrane Library**, 2001.

OLIN, J. W et al. Medical costs of treating venous stasis ulcers: evidence from a retrospective cohort study. **Vascular Medicine**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.1-7, 1 fev. 1999.

OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.156-163, 31 mar. 2012.

PALADINO, Silvia F.. Úlcera de membros inferiores na anemia falciforme. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.288-290, 2007.

REED, J. F.. An Audit of Lower Extremity Complications in Octogenarian Patients with Diabetes Mellitus. **International Journal Of Lower Extremity Wounds**, [s.l.], v. 3, n. 3, p.161-164, 1 set. 2004.

REIS, Celso José Urubatan et al. Estudo prospectivo da evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de Medicina do ABC no período de um ano. **Arq. Méd. Abc**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.50-55, 2003.

ROBBINS, Stanley L; COTRAN, Ramzi; KUMAR, Vinay. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SANT'ANA, Sílvia Maria Soares Carvalho et al. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 65, n. 4, p.637-644, 2012.

VERAART, Jc et al. Elastic compression stockings: durability of pressure in daily practice. **Vasa. Zeitschrift Fur Gefasskrankheiten**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.282-286, 1997.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto And Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.691-691, 2011.

WILD, S. et al. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.1047-1053, 26 abr. 2004

2 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. (leia mais);

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras,

seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado

em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre

financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

3 - ARTIGO ORIGINAL

TÍTULO: Características sócio demográficas e clínicas de pacientes com úlcera crônica em membro inferior em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil.

TÍTULO RESUMIDO: Perfil de portadores de úlcera crônica em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil.

RESUMO

Úlcera é um defeito local, ou escavação, da superfície de um órgão ou tecido, que é produzida por perda de tecido inflamado. As úlceras crônicas têm um impacto socioeconômico significativo, pois há uma grande repercussão na qualidade de vida do paciente, visto que ocorrem problemas de mobilidade e dificuldade para a realização de atividade cotidianas e laborais. O objetivo do trabalho foi avaliar as características sócio demográficas e clínicas dos pacientes com úlcera crônica atendidos pelo Ambulatório de Cicatrização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe em membro inferior em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Foram analisados dados de 67 pacientes, que apresentaram uma idade média de 64,1 anos, sendo a maior parte do sexo feminino e aposentada. Utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 55% (37/67) são da classe D-E.

PALAVRA - CHAVE: Úlceras; sócio demográfico; CCEB.

TITLE:. Clinical and demographic characteristics of patients with chronic ulcer in leg in relation to Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

SHORT TITLE:. Profile of patients with chronic ulcer in relation to Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

ABSTRACT

Ulcer is a local defect, or excavation, of the surface of an organ or tissue, which is produced by loss of inflamed tissue. Chronic ulcers have a significant socioeconomic impact, since there is a great impact on the patient's quality of life, as there are problems of mobility and difficulty in performing daily activities and work. The objective was to evaluate the demographic, clinical and social characteristics of patients with chronic leg ulcer attended by Healing Clinic of the University Hospital, Federal University of Sergipe in relation to Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). Data were analyzed from 67 patients who had a mean age of 64.1 years, and most of the female and retired. Using the Economic Classification Criterion Brasil (CCEB), 55% (37/67) are the D-E class.

KEYWORD: ulcers, demographic partner, CCEB

AUTORES: Diani Elena Melo Costa¹, Marco Antônio Prado Nunes².

1. Aluna de Graduação do curso de Medicina – Departamento de Medicina Universidade Federal de Sergipe – UFS
2. Professor Adjunto Doutor - Departamento de Medicina - Serviço de Cirurgia Vascular - Universidade Federal de Sergipe – UFS, Aracaju - SE.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Marco Antônio Prado Nunes

Rua Juarez Carvalho, 303 apto 102.

Bairro Jardins;

CEP: 49025-370;

Aracaju/SE.

INTRODUÇÃO

Úlceras crônicas têm um impacto socioeconômico significativo, pois há uma grande repercussão na qualidade de vida do paciente, visto que ocorrem problemas de mobilidade e dificuldade para a realização de atividades cotidianas e laborais ^{1,2}. Um levantamento do custo total direto por paciente realizado pela Universidade de São Paulo estimou um valor de R\$ 259,96/mês por paciente atendido³. Nos Estados Unidos, estima-se que o gasto anual com o tratamento de úlceras crônicas é de 1 bilhão de dólares .⁴

As úlceras de membros inferiores têm etiologia variada, como metabólica, vascular, neoplásica e infecciosa. Entre as úlceras crônicas, isto é, aquelas que não cicatrizam em até 6 semanas, destacam-se aquelas de etiologia vascular, que correspondem a 70% dos casos⁵.

A prevalência estimada de insuficiência venosa crônica (IVC) foi estimada em 5 a 30% da população adulta ⁴. Suas manifestações clínicas mais comuns são veias varicosas, edema, hiperpigmentação e dermatite venosa. As úlceras venosas crônicas são uma manifestação severa da IVC e ocorrem em uma taxa de 0.45/1000 ⁶. Em relação à população brasileira, Nunes (2006)⁷ mostra uma prevalência de 0,25/1000 na população cadastrada pelo Programa de Saúde da Família na cidade de Natal/RN. Esses números aumentam com a idade e são maiores em mulheres. ^{8,9}

A incidência de insuficiência venosa crônica é de 1/1000, já as úlceras ocorrem em 1/5 desses casos. No entanto, devido à cronicidade dessa condição e à grande taxa de recidiva, as úlceras venosas representam um grande problema para o sistema de saúde ⁸. O tempo médio de cicatrização dessas úlceras foi estimado em 10 anos e grande parte dos portadores de ferida crônica foram afastados do trabalho ou foram aposentados.¹⁰

OBJETIVO

Avaliar as características sócio demográficas e clínicas dos pacientes com úlcera crônica em membro inferior em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, tendo como objetivo avaliar os aspectos clínicos de pacientes portadores de úlceras crônicas atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS). A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2013 a março de 2014. O local de realização foi o ambulatório multidisciplinar de cicatrização, localizado no setor ambulatorial do HU/UFS, situado na rua Claudio Batista, S/N, Bairro Santo Antônio, Aracaju (SE).

O estudo foi planejado segundo a declaração de Helsinque e a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Os participantes foram esclarecidos sobre a importância e os objetivos desse estudo e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: pacientes portadores de úlceras em um ou ambos os membros inferiores, cadastrados no ambulatório de cicatrização do HU/UFS, que frequentavam regularmente esse serviço e com idade superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles se recusaram a participar e os casos de evasão do ambulatório.

O instrumento de coleta foi um formulário estruturado construído previamente, e foram avaliadas as seguintes variáveis socioeconômicas e clínicas: gênero, idade, escolaridade, renda familiar, profissão/ocupação, tabagismo, percepção do estado de saúde, efeito da ferida sobre a saúde física e mental e comorbidades (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Vascular Periférica, Acidente Vascular Encefálico, Artropatias, cardiopatias, neoplasia, dislipidemias). Também foi aplicado o Questionário Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB/ ABEP)

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha no programa Excel. As variáveis foram analisadas estatisticamente de forma descritiva através das frequências absolutas e relativas, no caso das variáveis categóricas, e por meio de medidas de tendência central e variabilidade, no caso das variáveis numéricas.

RESULTADOS

Foram avaliados 67 pacientes no ambulatório de cicatrização do Hospital Universitário. A idade média foi de 54,1 anos (IC95%: 49,6 a 58,7 anos). A maioria dos participantes foi do sexo feminino 58% (39/67) e 52% (35/67) dos pacientes residiam na região metropolitana de Aracaju. Foi observado que 45% (30/67), eram aposentados (tabela 1), 16% (11) dos estavam desempregados no período da entrevista e apenas 3% (2) possuía um emprego formal.

Utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 45% (30/67) dos pacientes foram classificados como sendo da classe C e 55% (37/67) foram da classe D-E. Quando foram avaliados os que tinham escolaridade (tabela 2) maior que o fundamental, 60% (18/28) eram da classe C ($p = 0,038$) e 73% (27/39) dos que eram analfabetos ou tinham fundamental incompleto eram da classe D-E ($p = 0,079$).

A relação entre a ocupação relacionada ao trabalho e às características clínicas dos ulcerosos em relação às classes definidas pelo Critério de Classificação Econômica Brasil não houveram diferenças significativas (tabela 3). Entretanto quando se analisou os tipos de transporte para acesso ao serviço de saúde (tabela 4) o que era disponibilizado pela prefeitura do seu município esteve significativamente ($p = 0,018$) relacionado à classe E-D.

Não foram detectadas diferenças entre as idades ($p = 0,261$), número de pessoas que moravam na mesma casa ($p = 0,672$), número de doenças ($p = 0,746$), e as dimensões das úlceras ($p = 0,961$ no tempo 0 e $p = 0,890$ no tempo 1) entre as duas classes definidas pelo CCEB (tabela 5).

DISCUSSÃO

Em relação às características sócio demográficas dos portadores de úlceras crônicas, este estudo encontrou dados semelhantes a outros já publicados. Nunes⁷, avaliou 74 pacientes do município de Natal/RN e encontrou maioria do sexo feminino (74,3%) e uma média de idade de 64,5 anos. Uma pesquisa em Botucatu/SP também encontrou predomínio do sexo feminino (75%) e de idosos (44,2%) entre os 120 pacientes avaliados. A média de idade dos entrevistados foi 57 anos.¹

Uma análise de pacientes atendidos num Hospital Universitário do Rio de Janeiro mostrou 54% de mulheres e um maior percentual de feridas crônicas na faixa etária entre 57 e 69 anos ¹¹. Pesquisas realizadas em outros países também mostram resultados semelhantes a estes. ^{6,9} No entanto, Sant'ana¹² notou um predomínio de homens em uma amostra de 58 pacientes no município de Goiânia. Na população avaliada, 67,2% eram homens. Porém a idade média encontrada foi 58,97 anos, o que está de acordo com a média de outros autores.

Quanto à ocupação dos pacientes, os dados de outras publicações são conflitantes. Algumas mostram predomínio de aposentados ou de pessoas sem ocupação, semelhante ao que foi encontrado no presente estudo ^{7,9,10}. Entretanto, Abbade¹ mostra apenas 35% de aposentados e 58,3% trabalhadores ativos. Dias¹³ também encontrou predomínio de pessoas com ocupação/trabalho, constituindo 63,7% do total.

Em relação à renda e escolaridade dos entrevistados, os resultados foram semelhantes aos já publicados por outros autores. Dias¹³, encontrou renda menor que um salário mínimo na maioria dos casos (81,9%). Nunes⁷ mostra predomínio de renda de no máximo dois salários mínimos (68,9%). Os valores encontrados por Costa² também revelam uma situação parecida, com 75% dos participantes vivendo com até um salário mínimo.

Levando em consideração o Critério de Classificação Econômica Brasil, Costa² informa os seguintes dados em relação a portadores de doença venosa crônica atendidos na cidade de Maceió/AL, 56% das mulheres e 44% dos homens pertenciam à classe C. Esse dado está de acordo com o encontrado no presente estudo, que também encontrou predomínio de população das classe C (45%) e D-E (55%) no ambulatório de cicatrização do HU/UFS.

Já Malaquias¹⁴, analisando a população atendida nas salas de curativo do serviço municipal de saúde de Goiânia, relata valores iguais de prevalências das classes C e D, com 30,9% dos participantes em cada uma dessas classes. Esse trabalho encontrou também 26,3%

de pessoas nas classes A e B e apenas 11,9% na classe E. Estes dados contrastam com os resultados dessa pesquisa, em que ninguém foi classificado nas classes A e B.

Conforme exposto, a renda precária e os baixos índices de escolaridades são fatores constantes nos pacientes com úlcera crônica. Tais resultados sugerem que os gastos nos cuidados com a úlcera podem representar um fator de desequilíbrio na renda familiar. Esses dados também podem indicar a presença de um estilo de vida que favoreça o surgimento e cronicidade das úlceras, assim como a dificuldade de acesso ao serviço de saúde.^{2,13}

Oliveira¹⁵ apresenta em seu trabalho, em relação à escolaridade, maioria de pacientes com primeiro grau incompleto (43%). Os dados de Costa², Nunes⁷, Dias¹³ corroboram esses achados, mostrando predomínio de pessoas com baixa escolaridade entre os avaliados.

Em relação às características clínicas dos portadores de úlcera crônica, os dados de outros trabalhos mostram resultados similares. Os portadores de úlcera em geral, possuem comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A presença dessas condições, geralmente pré-existent, são fatores determinantes da cronicidade das lesões nos portadores de úlceras. Logo, faz-se necessário o conhecimento e cuidado adequado dessas condições.^{2,7,11}

Costa² relata maioria de portadores de doenças crônicas no seu estudo. As mais prevalentes foram Hipertensão Arterial, Diabetes e osteoporose. Já Nunes⁷, encontrou entre os seus entrevistados os seguintes valores: diabetes estava presente em 18,9% do sexo feminino e 6,8% do masculino, enquanto a cardiopatia foi encontrada em 4,1% das pessoas do sexo feminino e 1,4% do sexo masculino.

Além disso, hábitos de vida como etilismo e tabagismo podem ter repercussões negativas no processo de cicatrização. Nunes⁷ relata 51% de tabagistas entre os pacientes avaliados. No entanto, Oliveira¹¹ encontrou apenas 8% de tabagistas e 9% de etilistas no grupo de pacientes avaliados no Hospital Universitário da UERJ e cita que esses valores podem estar relacionados à intensas orientações no serviço e às campanhas realizadas nos últimos anos no Brasil contra o fumo e o consumo excessivo de álcool.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os pacientes atendidos pelo Ambulatório de Cicatrização do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe apresentam uma idade média de 64,1 anos, sendo a maior parte do sexo feminino e aposentada. Utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), a maior parte é da classe D-E. Quando foram analisados os tipos de transporte para acesso ao serviço de saúde, aqueles disponibilizados pela prefeitura do seu município estavam significativamente relacionados à classe E-D.

REFERÊNCIAS

1. Abbade LP, Lastoria S, Rollo HA, Stolf HO. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. . International Journal Of Dermatology. 2005;44 (12):989-992.
2. Costa IKF. Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão [dissertação de Mestrado]. [Natal (RN)]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 2011. 145 p.
3. Baptista CMC, Castilho, V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unna em pacientes com úlcera venosa. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2006; 14 (6):944-949.
4. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. Circulation. 2014; 130 (4): 333-346.
5. Gillespie DL. Venous ulcer diagnosis, treatment, and prevention of recurrences. Journal Of Vascular Surgery. 2014; 52 (5):8-14.
6. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin, R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. Qjm. 2004; 97(7): 431-437.

7. Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN. [Dissertação de mestrado]. [Natal (RN)]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006. 131 p.
8. Heit JA, Rooke TW, Silverstein MD, Mohr DN, Lohse CM, Petterson TM, Melton, L. J. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. *Journal of Vascular Surgery*. 2001; 33(5): 1022-1027.
9. Heinen MM, Persoon A, Van de Kerkhof P, Otero M, van Achterberg, T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: a descriptive, cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(8): 1296-1303.
10. Martins DA, De Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(3): 353-357.
11. Oliveira BGRB, De abreu castro JB, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Revista Enfermagem UERJ*. 2013; 21 (5): 612-617.
12. Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QR, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(4): 637-644.
13. Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Simões SMDSG, Maia EMC, Vasconcelos Torres G. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22(4): 576-581.
14. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Junior RDSL, Ferreira PS. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46(2): 302-310.

15. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Elet Enf. 2012; 14 (1): 156-163.

TABELAS

Tabela 1: Características sócio demográficas e clínicas dos pacientes atendidos no ambulatório de cicatrização

	Total	%
Sexo		
Feminino	39	58%
Masculino	28	42%
Reside na região metropolitana de Aracaju		
Não	32	48%
Sim	35	52%
Casado		
Não	38	57%
Sim	29	43%
Preto ou pardo		
Não	14	21%
Sim	53	79%
Escolaridade		
Analfabeto ou fundamental incompleto	28	42%
Maior que fundamental completo	39	58%
Ocupação		
Emprego formal	2	3%
Emprego informal	6	9%
Aposentado	30	45%
Recebe benefício INSS	18	27%
Desempregado	11	16%
Aspectos clínicos		
HAS	28	42%
Diabetes	17	25%
Anemia falciforme	16	24%
Fuma ou já fumou	21	31%

Tabela 2: Características sócio demográficas em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

	CCEB				Total	Valor p
	Classe C		Classe D-E			
	N	%	N	%		
Sexo						
Feminino	16	53%	23	62%	39	0,638
Masculino	14	47%	14	38%	28	0,578
Reside na região metropolitana de Aracaju						
Não	10	33%	22	59%	32	0,124
Sim	20	67%	15	41%	35	0,141
Casado						
Não	15	50%	23	62%	38	0,511
Sim	15	50%	14	38%	29	0,452
Preto ou pardo						
Não	7	23%	7	19%	14	0,694
Sim	23	77%	30	81%	53	0,840
Escolaridade						
Maior que fundamental completo	18	60%	10	27%	28	0,038
Analfabeto ou fundamental incompleto	12	40%	27	73%	39	0,079
Mora só						
Não	26	87%	31	84%	57	0,899
Sim	4	13%	6	16%	10	0,761
Total	30	45%	37	55%	67	

Tabela 3: Ocupação e características clínicas em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

	CCEB				Total	Valor p
	C		D-E			
	N	%	N	%		
Ocupação						
Emprego formal	2	7%	0	0%	2	0,243
Emprego informal	3	10%	3	8%	6	0,797
Aposentado	11	37%	19	51%	30	0,372
Recebe benefício do INSS	9	30%	9	24%	18	0,656
Desempregado	5	17%	6	16%	11	0,964
Aspectos clínicos						
HAS	13	43%	15	41%	28	0,860
Diabetes	7	23%	10	27%	17	0,765
Anemia falciforme	10	33%	6	16%	16	0,154
Fuma ou já fumou	8	27%	13	35%	21	0,538

Tabela 4: Tipo de transporte utilizado para acesso ao ambulatório e o fato de receber auxílio para esse transporte em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

		CCEB				Total	Valor p
		Classe C		Classe D-E			
		N	%	N	%		
Tipo de transporte							
Ônibus		9	30%	8	22%	17	0,498
Taxi		12	40%	7	19%	19	0,107
Carro privado		5	17%	5	14%	10	0,740
Prefeitura		4	13%	17	46%	21	0,018
Auxilio para transporte							
Não		24	80%	25	68%	49	0,554
Sim		6	20%	12	32%	18	0,329

Tabela 5: Características sócio demográficas e clínicas em relação ao Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

	CCEB			Valor p
	Classe C	Classe D-E	Total	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Idade	51,2 (19,8)	56,5 (18,2)	54,1 (19,0)	0,261
Número de pessoas em casa	2,9 (2,8)	2,6 (2,5)	2,7 (2,6)	0,672
Número de doenças	2,0 (1,2)	1,9 (1,3)	1,9 (1,3)	0,746
Dimensão da úlcera T0	81,7 (126,6)	80,1 (129,6)	80,8 (127,1)	0,961
Dimensão da úlcera T1	80,3 (112,3)	74,3 (90,1)	77,6 (100,5)	0,890