



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

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS
DE MEMBROS INFERIORES

Osmar Mendes Peixoto Filho

Aracaju

2018

OSMAR MENDES PEIXOTO FILHO

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS
DE MEMBROS INFERIORES

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina

Orientador: Marco Antônio Prado Nunes

Aracaju

2018

OSMAR MENDES PEIXOTO FILHO

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS
DE MEMBROS INFERIORES

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina

Autor: Osmar Mendes Peixoto Filho

Orientador: Marco Antônio Prado Nunes

OSMAR MENDES PEIXOTO FILHO

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS
DE MEMBROS INFERIORES

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial
para conclusão do curso de Medicina

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AGE cidos Graxos Essenciais

DM Diabetes Mellitus

IVC Insuficiência Venosa Crônica

ITB ndice Tornozelo-Braço

MMII Membros Inferiores

PSF Programa de Saúde da Família

SE Sergipe

USF Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Classificação CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology).....	10
Tabela 2 Sistema de Classificação de Wagner para Úlcera em Pé Diabético	11
Tabela 3 Classificação de Rutherford para Doença Arterial Periférica.....	12
Tabela 4 Fatores de riscos relacionados às úlceras em MMII.....	35
Tabela 5 Auxílios governamentais	36

Sumário

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS	5
LISTA DE TABELAS	6
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
1.1 Etiologia.....	8
1.2 Epidemiologia.....	12
1.3 Diagnóstico	13
1.4 Tratamento	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
2 REGRAS DE SUBMISSÃO DO JORNAL VASCULAR BRASILEIRO.....	23
2.1 Apresentao	23
2.2 Autores e Instituioes	23
2.3 Siglas	24
2.4 Resumo/Abstract	24
2.5 Palavras-chave/Keywords	25
2.6 Tabelas.....	25
2.7 Figuras	25
2.8 Agradecimentos	26
2.9 Referências	26
3 ARTIGO ORIGINAL.....	29
RESUMO.....	31
ABSTRACT.....	32
INTRODUÇÃO	33
METODOLOGIA.....	33
RESULTADOS	34
DISCUSSÃO	36
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES	44
APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	44
APÊNDICE B – Questionário de avaliao clínica e socioeconmica	45

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As úlceras crônicas de membros inferiores são feridas localizadas abaixo do joelho, que não cicatrizam no período de quatro a seis semanas. Acometem a pele, podendo estender-se até o tecido subcutâneo. Apresentam elevada recorrência e suas principais causas são a doença venosa, a doença arterial e o diabetes mellitus (DM). A idade avançada, a hereditariedade, o sexo feminino, a obesidade, o número de gravidez e o trabalho prolongado em pé, são os principais fatores de risco para doença venosa. (BRITO et. al., 2014; BERGAN et. al., 2006)

1.1 Etiologia

Diversas outras moléstias podem apresentar-se primariamente como lesões ulceradas nos membros inferiores, durante algum período de sua história natural. Essas úlceras podem ser causadas por infecções, vasculites, neoplasias, doenças metabólicas, hematológicas, dermatológicas, trauma e alterações genéticas. A associação entre diferentes causas de úlcera também pode ocorrer. (BRITO et. al., 2014)

A insuficiência venosa crônica (IVC) ocasiona cerca de 80% de todas as úlceras de pernas e atinge tipicamente pacientes mais velhos. É gerada por uma incompetência dos músculos da panturrilha em bombear de modo adequado o sangue referente ao retorno venoso advindo dos membros inferiores, eles possuem uma ação de bomba, sendo chamados até de “segundo coração”, propiciando o fluxo sanguíneo venoso. (KIRSNER; VIVAS, 2015)

As veias apresentaram-se dilatadas e com suas válvulas incompetentes, gerando uma hipertensão venosa, distensão das paredes capilares e vazamento de macromoléculas como fibrinogênio na derme e tecidos subcutâneos. Há três hipóteses que justificariam:

1. O fibrinogênio polimerizará a fibrina, que se deposita na forma de fibrina pericapilar, comprometendo a difusão de oxigênio e nutrientes para os tecidos, resultando em hipóxia e formação de ulceração;
2. Estes complexos fibrinogênios-fibrinas inserem fatores de crescimento essenciais, tornando se funcionalmente inativo;
3. Hipótese armadilha das células brancas: admite que os leucócitos agiriam como uma barreira física e liberadora de enzimas proteolíticas, citoquinas, radicais livres e fatores quimiotáticos, causando maior permeabilidade vascular. (KIRSNER; VIVAS, 2015)

Os fatores de risco associados à IVC são: idade maior de 55 anos; sexo masculino; história de úlcera anterior; número de gravidezes; presença de refluxo em veias profundas e perforadoras, obstrução profunda e combinação de refluxo com obstrução; história da trombose venosa superficial/profunda e embolia pulmonar; história familiar de úlcera ou insuficiência venosa; lipodermatoesclerose severa; tempo desde o primeiro episódio de úlcera ≥ 2 anos; sobrepeso obesidade; sedentarismo; patologias musculoesqueléticas em membros inferiores. (MOSTI, 2013; SCOTTON et al., 2014)

Em sua maioria, as úlceras venosas em membros inferiores localizam-se no terço inferior do membro acima do maléolo medial, podendo se apresentar lateralmente, posteriormente ou ainda circunferencial, se muito grande. Raramente atingem tensões ou ossos, geralmente de características superficiais, exsudativa e com material fibrinoso. O paciente pode apresentar dermatite ocre, telangectasias e edema, já a ferida pode possuir deposição de hemossiderina e melanócitos nas suas bordas. (BARRON; JACOB; KIRSNER, 2007; MOSTI, 2013)

A doença pode levar a alterações fibróticas da pele chamadas lipodermatosclerose, dando a característica 'garrafa de champanhe invertido', assim como atrofia branca que é semelhante a uma porcelana branca com despigmentação circundante e telangectasias. Enquanto os pacientes de alto risco podem desenvolver celulite, enquanto a prevalência de osteomielite é baixa, como o risco de amputação. (BARRON; JACOB; KIRSNER, 2007)

O Consenso Brasileiro de Insuficiência Venosa (KIKUCHI, 2015), vai de encontro com a proposta de classificação da União Internacional de Flebologia (CONUEI, 2009), e utiliza a classificação que tem como base a sigla CEAP (*Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology*) (Tabela 1). Sendo que C se refere às manifestações clínicas; a letra E são fatores etiológicos envolvidos; a letra A à localização anatômica; e a letra P relaciona-se aos achados fisiopatológicos.

Em paciente com DM o risco de desenvolver úlcera no pé é 25%, a prevalência de pé diabético é de 4-10%. A neuropatia diabética é a causa primária da úlcera de pé diabético e frequentemente há associação com doença arterial periférica. A presença da neuropatia sensorial, o principal fator de risco, pode estar associado a uma disfunção autonômica e motora, com isso o paciente diminui a sensibilização em relação aos receptores neurosensoriais de dor, pressão e calor, podendo gerar pele seca e

proporcionar a formação de fissuras que são sítios para infecções e desenvolvimento das úlceras. (VELASCO, 2011)

Tabela 1 Classificação CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology)

Classificação Clínica (<i>Clinical</i>)	
C ₀	Ausência de sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
C ₁	Veias reticulares e/ou telanectasias
C ₂	Veias varicosas
C ₃	Veias varicosa + Edema
C _{4A}	Hiperpigmentação ou eczema
C _{4B}	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C ₅	Úlcera venosa cicatrizada
C ₆	Úlcera ativa
S	Sintomático - dor, sensação de aperto, irritação da pele, sensação de peso, câibras musculares, outras queixas atribuíveis a disfunção venosa
A	Assintomático
Classificação Etiológica (<i>Etiology</i>)	
EC	Congênita
EP	Primária
ES	Secundária ou adquirida (pós-trombótica)
EM	Sem causa definida
Classificação Anatômica (<i>Anatomy</i>)	
AS	Veias superficiais
AP	Veias perfurantes
AD	Veias profundas
NA	Localização não definida
Classificação Fisiopatológica (<i>Pathophysiology</i>)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PRO	Refluxo e obstrução
PN	Sem fisiopatologia identificada

Fonte: EKLOF, et. al., 2004

Após traumas recorrentes, que normalmente ocasionariam desconforto, há formação de uma ulceração que resultam na dificuldade de sua cicatrização devido tanto ao processo inflamatório próprio da DM quanto à doença arterial secundária à doença. Os pontos de pressão dos pés, principalmente as proeminências ósseas, são os principais locais de acometimento por ser locais de constantes de estresse mecânico durante a deambulação juntamente com a neuropatia desenvolvida. (BALTZIS; ELEFTHERIADOU; VEVES, 2014)

A biomecânica da marcha pode estar prejudicada com mudança da marcha e distribuição desigual das pressões nos pés devido a neuropatia motora e a glicolização não-enzimática dos tecidos periarticulares, levando a limitações da mobilidade articular, atrofia muscular, alongamento de ligamentos e deformidades nos pés. (BALTZIS; ELEFTHERIADOU; VEVES, 2014)

Os fatores de risco úlcera de pé diabético são: neuropatia sensorial é o principal fator de risco; úlcera ou amputação prévia; concomitância com doença arterial periférica; tempo de duração da diabetes mellitus; sexo masculino; insulino terapia; redução da perfusão do pé e da oxigenação do pé; deformidade de Charcot, dedos em garra ou martelo; sobrepeso ou obesidade; visão deficiente; uso de sapato inadequado. (KIRSNER et al., 2013; ZHAO et al., 2013)

Dentre as inúmeras classificações para úlcera em pé diabético, a classificação de Wagner (Tabela 2) é a mais utilizada, avaliando a presença de isquemia e o grau de infecção. Os pacientes com úlceras profundas, quanto mais expressiva for a doença isquêmica e concomitantemente a infecção da úlcera, maior a probabilidade de não obter cura e evoluir para amputação.

Tabela 2 Sistema de Classificação de Wagner para Úlcera em Pé Diabético

Grau	Características
0	Ausência de úlcera em pé com alto risco
1	Úlcera superficial
2	Úlcera profunda (envolvendo tendão, musculatura)
3	Úlcera profunda com infecção (celulite, abscesso ou osteomielite)
4	Gangrena localizada
5	Gangrena na extensão de um pé

Fonte: OYIBO, S.O. et al., 2001

Estes pacientes devem ser avaliados com minúcia e atenção periodicamente sobre a presença de úlceras. A sensibilidade periférica pode ser testada com fio monofilamentar (receptores para dor), diapasão (receptor vibratória), preferencialmente nas proeminências ósseas onde há maior distribuição das pressões, como em regiões calcânea, metatarsais e falangiais distais. (BALTZIS; ELEFTHERIADOU; VEVES, 2014)

A úlcera arterial ou isquêmica é comum na parte mais distal dos membros inferiores ou na parte anterior da perna e discorre a partir da insuficiência arterial que gera oclusões das artérias proximais e consequentemente a formação de úlcera. A etiologia

mais comum é a aterosclerótica, por meio de depósito lipídico juntamente com uma reação inflamatória dão origem a placas de aterosclerose que ocluem gradativamente a luz dos vasos. Assim o transporte de oxigênio e nutrientes até as extremidades dos membros é dificultado, gerando falência tecidual. (KIRSNER et al., 2013; VELASCO, 2011)

Usualmente é utilizada a classificação de Rutherford (Tabela 3) para a doença arterial periférica.

Tabela 3 Classificação de Rutherford para Doença Arterial Periférica

Grau	Características
0	Assintomático
1	Claudicação leve
2	Claudicação moderada
3	Claudicação severa
4	Dor de descanso
5	Úlcera isquêmica que não ultrapasse as polidáctilos
6	Úlcera isquêmica severa ou Gangrena

Fonte: Rutherford RB, et. al., 1997

Fatores de risco para úlcera arterial: idade avançada; diabetes mellitus; tabagismo; hipertensão; dislipidemia; obesidade. Os pacientes geralmente apresentam doença arterosclerótica severa em outros vasos. (VELASCO, 2011)

A relação existente entre os fatores socioeconômicos e úlceras crônicas de membros inferiores ainda é controversa. Estudos demonstram que portadores de úlceras crônicas possuem piores condições socioeconômicas e suporte social. Mas não foram capazes de afirmar se essa associação é causa ou consequência da doença^{9,10}. (CALLAM et.al, 1988; MOFFATT et. al., 2006)

1.2 Epidemiologia

Em geral, a doença venosa crônica, principal causa de úlcera de membros inferiores, compromete de 1% a 3% do orçamento de países com sistemas de saúde desenvolvidos. (BERGAN et. al., 2006) Nos Estados Unidos, cinco milhões de pessoas têm doença venosa e aproximadamente 500.000 têm úlceras venosas crônicas. (CALLAM et.al, 1985)

As úlceras possuem prevalência variável, em decorrência dos diferentes métodos de amostragem, da idade da população e da definição utilizada. (FOWKERS et. al, 2001)

Segundo Casey (2004) e Gottrup e Kalsmark (2005), 70% das úlceras são causadas por doença venosa, 10% por doença arterial e 15% têm etiologia mista e os 5% restantes por patologias menos comuns. Na Alemanha, a insuficiência venosa foi responsável por 47,6% dos casos, a insuficiência arterial por 14,5% e em 17,6 % das úlceras, havia doença venosa e arterial combinada. (KÖRBER et.al, 2011)

Embora muitas úlceras ocorram em jovens, sua prevalência aumenta muito com a idade. Segundo Rayner et al. (2009), as úlceras crônicas de membros inferiores afetam de 0,6 a 3,0% das pessoas com mais de 60 anos e aumenta para 5% em maiores de 80 anos.

As úlceras crônicas de membros inferiores geram impacto significativo na qualidade de vida, na produtividade relacionada ao trabalho e no orçamento destinado à saúde. A doença venosa, sua principal causa, acomete 5% a 8% da população mundial, com incidência crescente em virtude do aumento da expectativa de vida e dos fatores de risco para doença aterosclerótica, como o tabagismo, a obesidade e o diabetes. (BRITO et. al., 2014)

Abbade et al., identificou em sua pesquisa com pacientes portadores de úlceras venosas, maiores de 18 anos de idade, que 35% eram aposentados, sendo que quase metade devido à úlcera venosa. O estudo demonstrou ainda que 2,5% recebiam auxílio-doença e cerca de 16% não estavam realizando atividade remunerada devido a patologia.

As úlceras possuem prevalência variável, em decorrência dos diferentes métodos de amostragem, da idade da população e da definição utilizada. (FOWKERS et. al, 2001). Nos Estados Unidos, cinco milhões de pessoas têm doença venosa e aproximadamente 500.000 têm úlceras venosas crônicas. (CALLAM et.al, 1985). No Brasil, Maffei et al. (1986), descreveram uma prevalência de 3,6% de úlceras ativas ou já cicatrizadas em 1755 pacientes do centro de saúde da universidade em Botucatu-SP. Quando excluídos os pacientes que procuraram atendimento por doenças vasculares, a prevalência foi de 1,5%.

1.3 Diagnóstico

A abordagem do paciente portador de úlcera deve ser iniciada com uma avaliação global, dos membros e da lesão. Após esta abordagem inicial, então deve-se selecionar terapia farmacológica ou não-farmacológica para promover a cicatrização e reduzir a taxa de recidiva, alívio de sintomatologia e se necessário suporte nutricional e psicossocial. (EWMA, 2003b; ROBSON et al., 2006; CONUEI, 2009). Para identificar as alterações

do fluxo sanguíneo e a efetividade da perfusão dos membros inferiores, realiza-se exame físico específico: observam-se coloração, temperatura das extremidades, tempo de enchimento capilar e palpam-se pulsos. Desse modo, pode-se identificar alguma insuficiência do suprimento sanguíneo. (IRION, 2005)

Para a exclusão do comprometimento arterial pode-se utilizar índice tornozelo-braço (ITB), que é obtido ao dividir a maior pressão arterial aferida com esfigmomanômetro e sonar doppler nas artérias tibial anterior, tibial posterior ou pediosa pela maior pressão arterial dos membros superiores. (PITTA et. Al., 2003) O ITB possui sensibilidade e especificidade superiores a 95%, que diminui quando o paciente possui calcificação arterial, como na DM, o que fornece valor falso-elevado. (XU et.al., 2010)

Como complementação do diagnóstico da IVC na etiologia da úlcera, pode-se utilizar como exame de imagem, principalmente, o ecodoppler, que irá fornecer informações sobre o funcionamento das válvulas e o refluxo venoso, além de encontrar objetivamente disfunções e sua intensidade. (NUNES, 2006). Há outros exames de imagem invasivos ou não que avaliam diferentes parâmetros dos vasos. A pletismografia, por exemplo, avalia a distensibilidade venosa. Já a flebografia, exame que utiliza contraste para estudo morfológico do sistema venoso, é capaz de avaliar o sistema venoso mais profundo, observando aspecto, obstrução, localização e funcionamento das válvulas. Pode-se ainda outros exames menos utilizados como a arteriografia, a volumetria do pé, a termografia de cristal líquido e linfocintilografia (SILVA, 2008).

1.4 Tratamento

Usualmente são realizados métodos conservadores (farmacológicos ou não-farmacológicos) e invasivos (cirúrgicos) para o tratamento das úlceras, ficando a critério médico de acordo com a etiologia e apresentação clínica da patologia.

Dentre os fármacos utilizados no tratamento das úlceras venosas, podemos citar a Pentoxifilina, que age diminuindo o extravasamento microvascular, a síntese de mediadores inflamatórios e radicais livres e inibindo a ativação e o aprisionamento leucocitário, melhorando a cicatrização de úlceras venosas. (ROBSON et al., 2006; CONUEI, 2009).

Já nas terapias não-farmacológicas tem-se: terapia compressiva, elevação dos membros inferiores e exercícios regulares. (DEALEY, 2008) A terapia compressiva é a mais utilizada e de maior utilidade para os portadores de IVC, por aumentar a taxa de

cicatrização das úlceras venosas, comparativamente com nenhuma compressão (BORGES, 2007; O'MEARA; et.al., 2010). Nesse caso, podem ser utilizadas meias elásticas, bandagens elásticas ou inelásticas, promovendo a pressão gradativa da panturrilha para o tornozelo. (PARTSCH, 2003; REIS et al., 2003; FIGUEIREDO et.al., 2004).

As meias são utilizadas após repouso prolongado (de preferência logo pela manhã) e quando estiver com menor edema. Recomenda-se que este tratamento seja iniciado com menor compressão e, paulatinamente seja realizado aumento gradativo até chegar à adequação de acordo com a necessidade do paciente. É visto que as meias com pressão de pelo menos 30 mmHg possuem eficiência garantida (MORENO-GIMÉNEZ; GALÁN- GUTIÉRREZ; JIMÉNEZ-PUYA, 2005).

Apesar dos bons resultados das meias elásticas no tratamento da IVC, recomenda-se seu uso predominantemente em pacientes com alguma imobilidade. No caso de pacientes mais ativos, são mais recomendadas as bandagens, já que este apresenta-se como um sistema de multicamadas de compressão mais eficaz do que a camada única da meia. (EWMA, 2003b). As bandagens em camadas podem ser feitas tanto de forma elástica quanto inelástica. As de compressão elástica propiciam compressão contínua, enquanto a inelástica melhora a função de bomba dos músculos da panturrilha. (EWMA, 2003b). Observa-se que os sistemas multicamadas que possuem alguma camada elástica são superiores em taxa de cicatrização ao sistema puramente inelástico. (O'MEARA; CULUMM; NELSON, 2010).

Outro elemento importante para o tratamento das úlceras venosas é o exercício físico. Este deve ser realizado de modo regular e de acordo com a capacidade funcional e tolerância cardiorrespiratória de cada paciente. (DEALEY, 2008). Os exercícios, como a caminhada, devem ser iniciados de modo progressivo em distância e dificuldade, intercalando com curtos períodos de descanso. (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010).

O tratamento cirúrgico para correção de um sistema venoso defeituoso que gera consequente úlcera é realizado quando se identifica: obstrução, realizando derivação em ponte; para refluxo pode-se realizar transplante ou interposição de trajetos venosos ou valvuloplastia direta. (CONUEI, 2009; BARROS JÚNIOR, 2003). Howar et. al. comparou a terapia compressiva com a cirúrgica (de veias superficiais), e apresentou taxa

de cicatrização similar, sendo que a terapia cirúrgica possuiu menor recidiva. (HOWARD et al., 2008).

Além disso, há tratamento local com curativos úmido (ROBSON et al., 2006), favorecendo a cicatrização e diminuindo a dor local. É recomendado que utilize coberturas que controlem o exsudato em excesso, como curativo com alginato de hidrofibra, de hidrocoloide e de espumas de poliuretano. (CALIANNO, 2003; DEALEY (2008). A cobertura além de absorver o excesso de exsudato deve proteger a pele perilesional de maceração, diminuir cisalhamento e fricção, evitando injúrias na lesão inicial. (ROBSON et al., 2006).

Todas estas opções de tratamento são custosas ao sistema de saúde de cada país, como visto em países da Europa, o custo do tratamento das úlceras venosas tem sido estimado em torno de 1% a 3% do orçamento anual da saúde. (RUCKLEY, 1997). De acordo com Ruckley (1995), tais índices foram ainda maiores na França e na Bélgica, em 1995, o custo do tratamento com úlceras venosas representou em torno de 2,5% do orçamento da saúde. (RUCKLEY, 1997)

Tais custos não estão apenas relacionados ao sistema de saúde, mas à economia como um todo. Nos EUA, MCGUCKIN (2002), verificaram que além dos três bilhões de dólares ao ano gastos com custos diretos de tratamento das úlceras venosas, há também a perda de aproximadamente dois milhões de dias trabalhados. Rice et al. (2014), compararam os gastos de pacientes de seguros saúde público e privado, demonstrando que em ambos, pacientes com úlceras crônicas de membros inferiores implicam incremento anual de custos e maior perda de trabalho do que os sem úlcera. Cerca de 6 milhões de dias de trabalho foram perdidos por complicações de insuficiência venosa crônica nos Estados Unidos, com resultados semelhantes na França. (LAFUMA, 1994).

Apesar disso, as úlceras venosas são frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada. (ABBADE, 2006) Elas caracterizam-se por alta recorrência, variando entre 54% e 78% dos casos, e cicatrização demorada. Características que podem ser influenciadas pelos determinantes sociais de saúde. (PETHERICK, 2013; MAYER,1994) No Brasil, as informações sobre as características da população com úlceras crônicas de membros inferiores ainda são escassas. (ABBADE, 2005)

Portanto, as implicações do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e do crescimento da população idosa têm sido demonstradas por diversos

estudos. (PRINCE et. al., 2015; CHATTERJI et.al., 2015) Essa realidade tem gerado importantes desafios, dentre eles, as incapacidades e/ou deficiências. Entender os fatores que contribuem para incapacidade pode auxiliar os profissionais de saúde e gestores a prevenir e/ou amenizar seus impactos, além de subsidiar o planejamento das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, Carlos José de; ROSSI, Murilo da Silva. et al. Cirurgia vascular: cirurgia endovascular, angiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.
- BERGAN, J. J.; SHCMID-SCHONEIN, G. W.; SMITH, P. D. et al. Chronic venous disease. *N Engl J Med*, v. 355, n. 5, p. 488-498, 2006.
- BALTZIS, D.; ELEFThERIADOU, I.; VEVES, A. Pathogenesis and Treatment of Impaired Wound Healing in Diabetes Mellitus : New Insights. p. 817–836, 2014.
- BARRON, G. S.; JACOB, S. E.; KIRSNER, R. S. Dermatologic Complications of Chronic Venous Disease: Medical Management and Beyond. *Annals of Vascular Surgery*, v. 21, n. 5, p. 652–662, 2007.
- KIKUCHI, R. INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA. p. 1–34, 2015.
- KIRSNER, R. S. et al. Aspectos diagnosticos y terapeuticos de las ulceras de las piernas. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, v. 26, n. 1, p. 207–214, 2013.
- KIRSNER, R. S.; VIVAS, A. C. Lower-extremity ulcers: Diagnosis and management. *British Journal of Dermatology*, v. 173, n. 2, p. 379–390, 2015.
- MOSTI, G. Wound care in venous ulcers. n. November 2012, p. 79–85, 2013.
- SCOTTON, M. F. et al. Factors that influence healing of chronic venous leg ulcers: a retrospective cohort. *Anais Brasileiros De Dermatologia*, v. 89, n. 3, p. 414–422, 2014.
- VELASCO, M. Aspectos diagnosticos y terapeuticos de las ulceras de las piernas. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, v. 102, n. 10, p. 780–790, 2011.
- ZHAO, G. et al. Evidence-based management of common chronic lower extremity ulcers. *Dermatologic therapy*, v. 25, n. 1, p. 1–13, 2013.
- EKLÖF B, RUTHERFORD RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg* 2004
- CALLAM, M.J.; HARPPER, D.R.; DALE, J.J.; RUCKLEY, C.V. Chronic leg ulceration: socioeconomic aspects. *Scot Med J*, v. 33, p. 358-60, 1988.

MOFFATT, C.J; FRANKS, P.J., DOHERTY, D.C.; SMITHDALER, MARTIN, R. Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. *Br J Dermatol*, v. 155, p. 307-12, 2006.

CALLAM, M.; RUCKLEY, C.; HARPER, D. et al. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision care. *Br J Med*, v. 290, p. 1855-1856, 1985.

FOWKERS, F. G. R.; EVANS, C. J.; LEE, A.J. Prevalence an risk factors of chronic venous insufficiency. *Angiology*, v. 52, S5-S6, 2001.

CASEY , G. Causes and management of leg and foot ulcers. *Nurs Stand*, v. 18, n. 45, p. 54-58, 2004.

GOTTRUP, F.; KALRSMARK, T. Leg ulcers: uncommon presentations. *Clinics Dermatology*, v. 23, n. 6, p. 601-611, 2005.

KÖRBER, A.; KLODE, J.; AL-BERNNA, S. Etiology of chronic leg ulcers in 31.619 patients in Germany analyzed by an expert survey University Clinic. *J Dtsch Dermatol Ges*, v. 9, n. 2, p. 116-121, 2011.

OYIBO, S.O. et al. A comparasion of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. *Diabetes Care*, v.24, n.1, p. 84-88, Jan 2001.

Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. *J Vasc Surg* 1997;26:517-38.

RAYNER, R.; CARVILLE, K.; KEATON, J. et al. Leg ulcers: atypical presentations and associated comorbidities. *Wound Practice an Research*, v. 17, n. 4, p. 168-185, 2009.

MAFFEI, F. H. A.; MAGALDI, C.; PINHO, S. Z. et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int. Epidemiol*, v. 15, n. 2, p. 210-217, 1986.

KIKUCHI, R. INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA. p. 1–34, 2015.

Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.

Abbade LPF, Lastória S, Rollo HA, Stolf HO. A sociodemographic, clinical study of patients with venous ulcer. *International Journal of Dermatology*. 2005;44:989-992.

European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Understanding compression therapy. London: MEP Ltd; 2003b.

Robson MC, Cooper DM, Aslam R, Gould LJ, Harding KG, Margolis DJ et al. Guidelines for the treatment of venous ulcers. *Wound Repair Regen*. 2006;14:649- 62.

Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Tradução: João Clemente Dantas do Rego Barros. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Barros Júnior N. Insuficiência Venosa Crônica. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado* [internet]. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003 [cited 2010 sep 21]. Available from: <http://www.lava.med.br/livro>.

Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN[dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2006. 131 p.

Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3st ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Systematic review of topic treatment for venous ulcers. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1163-70.

O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*.2010;9(CD000265). DOI: 10.1002/14651858.CD000265.pub2.

Partsch H. Understanding the pathophysiological effects of compression. In: Calne S, editor. *European Wound Management Association; Understanding compression therapy, Position document*. London: Medical Education Partnership LTD; 2003. p.2- 4

Reis CJU, Yamashita EK, Galego SJ, Ogsawara MM, Bergamo PS, Nardi PEM 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*. 2003;28(1):50-5.

Figueiredo MAM, D. Filho A, Cabral ALS. Avaliação do efeito da meia elástica na hemodinâmica venosa dos membros inferiores de pacientes com insuficiência venosa crônica. *J Vasc Br.* 2004;3(3):231-7.

Moreno-Giménez JC, Galán-Gutiérrez M, Jiménez-Puya R. Tratamiento de las úlceras crônicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96(3):133-46.

Howard DPJ, Howard A, Kothari A, Wales L, Guest M, Davies AH. The Role of Superficial Venous Surgery in the Management of Venous Ulcers: A Systematic Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36:458-65.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic venous leg ulcers. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.

RUCKLEY, C. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology*, v. 46, p. 67-69, 1997.

MCGUCKIN, M.; WATERMAN, R.; BROOKS, J. et al. Validation of venous leg ulcer guide-lines in the United States and United Kingdom. *Am J Surg*, v. 183, p. 132-7, 2002.

ABBADE, L. P.; LASTORIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia varicosa. *An Bras Dermatol*, v. 81, n. 6, 2006.

PETHERICK, E. S.; CULLUM, N. A.; PICKETT, K.T. Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: a cohort study using the THIN database. *PloS one*, v. 8, n. 3, 2013.

MAYER, W.; JOCHMENN, W.; PARTSCH, H. Varicose ulcer: healing in conservative therapy: a prospective study. *Wien Med Wochenschr*, v. 144, p. 250-252, 1994.

RICE, J. B.; DESAI, U.; CUMMINGS, A. K. et al. Burden of venous leg ulcers in the United States. *J Med Econ*, v. 17, n. 5, p. 347-356, 2014.

WEISS, R. A.; HEAGLE C.R.; RAYMOND-MARTINBEAU, P. The bulletin of The North American Society of Phebiology. Insurance advisory committee. *Rep J Dermatol Surg Oncol*, v. 18, p. 609-616, 1992.

LAFUMA, A.; FAGNANI, F.; PETIER-OUJOL, F. et al. La maladie veineuse em France: un problème de santé publique mèconnu. *J Mal Vas*, v. 19, p. 185-189, 1994.

PRINCE, M.J.; WU, F.; GUO, Y. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*, v. 385, p. 549-62, 2015.

CHATTERJI, S.; BYLES, J.; CUTLER, D. et al. Health, functioning, and disability in older adults- present status and future implications. *Lancet*, v. 563-75, 2015.

XU, D. et. A. Sensitivity and specificity o the ankle-brachial index to diagnose peripheral artery disease: A structured review. *Vascular Medicine*, v. 15, n. 5, p. 361-369, 2010

2 REGRAS DE SUBMISSÃO DO JORNAL VASCULAR BRASILEIRO

2.1 Apresentação

Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas. Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word, fonte Times New Roman, tamanho 12. Não destaque trechos do texto com estilo sublinhado ou negrito. Numere todas as páginas. Prepare e envie uma folha de rosto em um arquivo separado, contendo:

- 1) título do trabalho em português;
- 2) título do trabalho em inglês;
- 3) título resumido do trabalho (sem abreviações), no idioma do manuscrito (máximo de 50 caracteres com espaços);
- 4) nome completo dos autores;
- 5) afiliações dos autores (dados necessários: Instituição - SIGLA, Departamento, Cidade, UF, País);
- 6) informações de correspondência (dados necessários: Nome do autor para correspondência/Rua, No., - Bairro/CEP – Cidade (UF), Telefone, País/E-mail do autor para correspondência);
- 7) informações sobre os autores (dados necessários: Iniciais do nome completo do autor, seguidas de sua ocupação atual (exemplo: “GBPB é mestre em cirurgia pela Universidade Federal de São Paulo (USP)”);
- 8) informar instituição onde o trabalho foi desenvolvido (exemplo: “O estudo foi realizado (a) no(na)...”).

2.2 Autores e Instituições

Os nomes completos dos autores e coautores, respectivas afiliações e detalhes do autor correspondente (nome, endereço, telefone, fax e e-mail) também devem ser informados em campos específicos do sistema (metadados) e removidos do texto do artigo, para garantir uma avaliação cega. Nomes de instituições onde o trabalho foi desenvolvido ou às quais os autores são afiliados, assim como congressos onde o estudo tenha sido apresentado, também não devem aparecer ao longo do texto. Essas

informações podem ser reunidas em um documento separado, submetido como documento suplementar. Além disso, os autores devem informar as contribuições específicas de cada autor para o trabalho submetido, seguindo o modelo abaixo, inserindo as iniciais dos autores envolvidos em cada uma das tarefas listadas:

Concepção e desenho do estudo:

Análise e interpretação dos dados:

Coleta de dados:

Redação do artigo:

Revisão crítica do texto:

Aprovação final do artigo Análise estatística:

Responsabilidade geral pelo estudo:

Informações sobre financiamento:

Nota: Todos os autores devem ter lido e aprovado a versão final submetida ao J Vasc Bras.

Não escreva nomes próprios em letras maiúsculas (por exemplo, SMITH) no texto ou nas referências bibliográficas.

2.3 Siglas

Não utilize pontos nas siglas (escreva AAA em vez de A.A.A.). Termos abreviados por meio de siglas devem aparecer por extenso quando citados pela primeira vez, seguidos da sigla entre parênteses; nas menções subsequentes, somente a sigla deverá ser utilizada. Siglas utilizadas em tabelas ou figuras devem ser definidas em notas de rodapé, mesmo se já tiverem sido definidas no texto. Nomes de produtos comerciais devem vir acompanhados do símbolo de marca registrada (®) e de informações sobre o nome, cidade e país do fabricante.

2.4 Resumo/Abstract

No resumo, deve-se evitar o uso de abreviações e símbolos, e não devem ser citadas referências bibliográficas. O conteúdo do resumo e do abstract devem ser idênticos. Política editorial e instruções aos autores VersãoRevisada – março de2016

Sistema de submissão ScholarOne/SciELO: <http://mc04.manuscriptcentral.com/jvb-scielo> J Vasc Bras.

2.5 Palavras-chave/Keywords

Abaixo do resumo, deve-se fornecer no mínimo três palavras-chave que sejam integrantes da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME (<http://decs.bvs.br>), ou dos Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>), elaborada pela National Library of Medicine.

2.6 Tabelas

As tabelas (cada tabela apresentada em uma folha separada) deverão ser citadas no texto e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, com título ou legenda explicativa. As tabelas devem ser incluídas no documento principal, após a lista de referências. Utilize apenas linhas horizontais, no cabeçalho e pé da tabela. Não utilize linhas verticais nem divida verticalmente as células. Tabelas não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Todas as siglas utilizadas devem ser explicadas em notas de rodapé; se necessário, deve-se utilizar símbolos para incluir explicações (*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, etc.).

2.7 Figuras

As figuras deverão ser citadas no texto (sempre utilizando-se a designação “Figura”, e não “Gráfico” ou “Imagem”) e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, sempre com legenda explicativa. Todas as legendas deverão ser listadas em uma mesma página, no final do artigo. As figuras podem ser submetidas em cores para publicação on-line, mas são impressas em preto e branco, e portanto devem ser compreensíveis desta forma.

Figuras devem ser enviadas em formato eletrônico (exclusivamente gráficos e fotografias digitais), em arquivos independentes, nas extensões .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300dpi, para possibilitar uma impressão nítida.

Quando não for possível enviar as figuras eletronicamente, o envio deve ser feito via correio. Não serão aceitas fotografias escaneadas; fotografias em papel devem ser encaminhadas pelo correio. Fotografias de pacientes não devem permitir sua identificação. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões.

Quando uma figura recebida eletronicamente apresentar baixa qualidade para impressão, o Jornal poderá entrar em contato com os autores solicitando o envio dos originais em alta resolução. No caso de fotos enviadas pelo correio, todas devem ser identificadas no verso com o uso de etiqueta colante contendo o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Não deverão ser enviados originais de radiografias, registros em papel termossensível e outras formas de registro. Estes devem ser enviados sob a forma de fotos de boa qualidade que permitam boa reprodução.

Se uma figura já publicada anteriormente faz parte do artigo, a fonte original deve ser citada, e deve-se obter permissão para reprodução por escrito do detentor do direito autoral. Permissão para reprodução é exigida independentemente de o detentor ser um autor ou uma editora, a não ser em casos de documentos de domínio público. Fotografias não devem permitir a identificação dos pacientes. Os autores devem manter uma cópia da(s) carta(s) de permissão.

Figuras não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Siglas utilizadas em figuras devem ser definidas na legenda.

2.8 Agradecimentos

Nesta seção, deve-se reconhecer o trabalho de pessoas que tenham colaborado intelectualmente para o artigo mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou de pessoas ou instituições que tenham dado apoio material.

2.9 Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar na lista de referências e vice-versa. Numere as referências por ordem de aparecimento no texto (e não em ordem alfabética), utilizando números sobrescritos (e não números entre parênteses). A ordem das referências, tanto na numeração sobrescrita ao longo do texto quanto na lista, deve estar de acordo com a ordem de citação ou aparecimento. Evite um número excessivo de referências bibliográficas, citando apenas as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência a trabalhos mais recentes (últimos 5 anos).

Não esqueça de citar autores brasileiros e latino-americanos sempre que relevante. Para tanto, consulte as seguintes fontes de pesquisa: LILACS

(www.bireme.com.br), SciELO (www.scielo.br) e o próprio Jornal (www.scielo.br/jvb e www.jvascbras.com.br).

Evite citações de difícil acesso aos leitores, como teses, resumos de trabalhos apresentados em congressos ou outras publicações de circulação restrita. Não utilize referências do tipo “comunicação pessoal”. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão “no prelo”. Para citações de outros trabalhos dos mesmos Política editorial e instruções aos autores Versão Revisada – março de 2016 Sistema de submissão ScholarOne/SciELO: <http://mc04.manuscriptcentral.com/jvb-scielo> J Vasc Bras. autores, selecione apenas os trabalhos completos originais publicados em periódicos e relacionados ao tema em discussão (não citar capítulos e revisões). Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas e pela observação do estilo apresentado nos exemplos a seguir.

Artigos de revistas:

1. Harvey J, Dardik H, Impeduglia T, Woo D, Debernardis F. Endovascular management of hepatic artery pseudoaneurysm hemorrhage complicating pancreaticoduodenectomy. *J Vasc Surg.* 2006;43:613-7.
2. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet.* 1998;352:1649-55.
3. Hull RD, Pineo GF, Stein PD, et al. Extended out-of-hospital low molecular-weight heparin prophylaxis against deep venous thrombosis in patients after elective hip arthroplasty: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2001;135:858-69.

Se o número de autores for maior que seis, citar os três primeiros acrescentando et al. Até seis autores, citar todos. Observar que, após o título abreviado da revista, deverá ser inserido um ponto final.

Capítulos de livro:

4. Rutherford RB. Initial patient evaluation: the vascular consultation. In: Rutherford RB, editor. *Vascular surgery.* Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 1-12.

Artigo de revista eletrônica:

5. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [revista eletrônica]. 2002 Jun [citado 2002 ago 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

Artigo publicado na Internet:

6. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGheeEM. The effectiveness of web-based vs. non-webbased interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. J Med Internet Res. 2004;6(4):e40. <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>. Acessado: 29/11/2004.

Site:

7. OncoLink [site na Internet]. Philadelphia: University of Pennsylvania; c1994-2006. [atualizado 2004 set 24; citado 2006 mar 14]. <http://cancer.med.upenn.edu/>.

Software:

8. Smallwaters Corporation. Analysis of moment structures: AMOS [software]. Version 5.0.1. Chicago: Smallwaters; 2003.

2.2. ENVIO DO ARTIGO

Todos os artigos devem ser submetidos através do sistema de submissão ScholarOne/SciELO, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/jvb-scielo>. Registre seus dados de acesso (login e senha) e siga os passos indicados para submeter seu trabalho. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a secretaria editorial pelo e-mail veridiana@organizasecretaria.com.br ou pelo fone (51) 9977.3480.

3 ARTIGO ORIGINAL

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DE PORTADORES DE ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES

SOCIOECONOMIC ASPECTS OF CHRONIC ULCER CARRIERS OF LOWER MEMBERS

Osmar Mendes Peixoto Filho¹; Marco Antônio Prado Nunes¹

¹ Universidade Federal de Sergipe (UFS), Departamento de Medicina, Aracaju, SE, Brasil

Correspondência:

Osmar Mendes Peixoto Filho

Alameda A, 225, Grageru

49.027-390

Aracaju-SE

osmarmpf@hotmail.com

(79)9915-1061

Título resumido: Úlceras de membros inferiores em Aracaju-SE

Palavras-chave: úlcera em perna; úlcera em membros inferiores; socioeconômico

OMPF é acadêmico de medicina pela Universidade Federal de Sergipe (UFS)

MAPN é doutor em cirurgia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS)

O estudo foi desenvolvido na Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Concepção e desenho do estudo: MAPN

Análise e interpretação dos dados: MAPN, OMPF

Coleta de dados: OMPF

Redação do artigo: OMPF

Revisão crítica do texto: MAPN

Aprovação final do artigo Análise estatística: MAPN

Responsabilidade geral pelo estudo: MAPN, OMPF

Informações sobre financiamento: MAPN

RESUMO

INTRODUÇÃO As úlceras crônicas de membros inferiores causam impacto significativo na qualidade de vida, na produtividade e no orçamento destinado à saúde. A doença venosa, sua principal causa, acomete 5% a 8% da população mundial, com incidência crescente em virtude do aumento da expectativa de vida e dos fatores de risco para doença aterosclerótica. Apesar disso, são frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada, sendo que suas propriedades podem ser influenciadas pelos determinantes sociais de saúde.

OBJETIVO Avaliar os aspectos socioeconômicos de portadores de úlceras crônicas em membros inferiores.

METODOLOGIA Estudo transversal, desenvolvido no município de Aracaju-SE durante o ano de 2016, cuja população alvo foi pacientes assistidos pelo Programa de Saúde da Família portadores de úlceras crônicas de membros inferiores. Após triagem de pacientes na comunidade, foi realizado inquérito populacional avaliando o perfil epidemiológico, clínico e socioeconômico. Foram incluídos no estudo os maiores de 18 anos, residentes no município avaliado e que possuíam úlcera em membros inferiores aberta há mais de quatro semanas, sem restrição quanto ao sexo.

RESULTADOS Foram selecionados 107 pacientes, com média de idade 64 ± 14 anos, com predominância do sexo masculino (60%), pardos (46,7%), com ensino fundamental (57%) e casados (30,84%). Média de duração $9,4 \pm 10,6$ anos da úlcera, com recidiva em 46,7% dos pacientes. Principal etiologia foi insuficiência venosa crônica (75,7%), seguida de diabetes mellitus (14,9%). Tratamento mais utilizado foi curativo tópico (84,11%), com pomada de ácido graxo essencial e colagenase, seguidos da realização de cirurgia vascular prévia (46,7%). Os principais fatores de risco encontrados foram: varizes (70%), hipertensão arterial sistêmica (57%) e diabetes mellitus (43%). Os pacientes selecionados encontravam-se em sua maioria sem atividade trabalhista (41,12% aposentados e 15% desempregado), apenas 14,95% estavam realizando trabalho remunerado sendo autônomo (12,15%) ou empregados (2,8%). O Governo auxilia 56,07% dos pacientes na complementação da renda.

Palavras-Chave: Úlcera de Membros Inferiores; Úlcera Venosa; Úlcera Crônica; Aspectos Socioeconômicos

ABSTRACT

INTRODUCTION The chronic lower limb ulcers have a significant impact on life quality, productivity and health budget. Venous disease, its main cause, affects 5% to 8% of the world population, with an increasing incidence due to the boost on life expectancy and risk factors for atherosclerotic disease. Regardless, they are often neglected and inadequately addressed, and their properties can be influenced by social determinants of health.

OBJECTIVE To evaluate the socioeconomic aspects of patients with chronic ulcers in lower limbs.

METHODS Cross-sectional study, developed in the city of Aracaju-SE during the year 2016, whose target population were patients assisted by the Family Health Program (PSF) with chronic lower limb ulcers. After screening of patients in the community, a population survey was conducted evaluating the epidemiological, clinical and socioeconomic profile. Included in the study were those over 18 years of age, residents of the county assessed and who had a lower limb ulcer that had been open for more than four weeks, without restriction regarding sex or age.

RESULTS A total of 107 patients, with an average age of 64 ± 14 years, predominantly male (60%), brown (46.7%), primary education (57%) and married (30.84%) were selected. The medium duration of the ulcer was 9.4 ± 10.6 years, with recurrence in 46.7% of the patients. Main etiology was chronic venous insufficiency (75.7%), followed by diabetes mellitus (14.9%). The most used treatment was topical dressing (84.11%), with essential fatty acid ointment and collagenase, followed by previous vascular surgery (46.7%). The main risk factors were: varicose veins (70%), systemic arterial hypertension (57%) and diabetes mellitus (43%). None of the selected individuals had no labor activity (41.12% retired and 15% unemployed), only 14.95% were doing paid work as autonomous (12.15%) or employees (2.8%). The Government assists 56.07% of the patients in the complementation of income.

Keywords: Leg Ulcers; Low Limb Ulcers; Venous Ulcer; Chronic Ulcer; Socioeconomic

INTRODUÇÃO

As úlceras crônicas de membros inferiores causam impacto significativo na qualidade de vida, na produtividade relacionada ao trabalho e no orçamento destinado à saúde. A doença venosa, sua principal causa, acomete 5% a 8% da população mundial, com incidência crescente em virtude do aumento da expectativa de vida e dos fatores de risco para doença aterosclerótica, como o tabagismo, a obesidade e o diabetes ¹.

As úlceras apresentam ainda um importante impacto na economia. Em países da Europa, o custo do tratamento das úlceras venosas tem sido estimado em torno de 1% a 2% do orçamento anual da saúde ². Nos Estados Unidos, estima-se que as úlceras venosas causem a perda de aproximadamente dois milhões de dias trabalhados e impliquem custos de tratamento de três bilhões de dólares por ano ³.

Apesar disso, as úlceras venosas são frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada ⁴. Elas caracterizam-se por alta recorrência, variando entre 54% e 78% dos casos, e cicatrização demorada. Características que podem ser influenciadas pelos determinantes sociais de saúde ⁵⁻⁸.

A relação existente entre os fatores socioeconômicos e úlceras crônicas de membros inferiores ainda é controversa. Estudos demonstram que portadores de úlceras crônicas possuem piores condições socioeconômicas e suporte social, mas não foram capazes de afirmar se essa associação é causa ou consequência da doença ^{9,10}.

No Brasil, as informações sobre as características da população com úlceras crônicas de membros inferiores ainda são escassas ¹¹. Nesse contexto, algumas dúvidas ainda precisam ser esclarecidas. O objetivo deste trabalho foi o de avaliar os aspectos socioeconômicos de portadores de úlceras crônicas em membros inferiores na comunidade utilizando um inquérito populacional. Tais informações poderão, portanto, auxiliar no planejamento de políticas públicas de saúde possibilitando a avaliação de intervenções que venham a ser implementadas futuramente.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe na Plataforma Brasil CAAE: 47526815.0.0000.5546, desenvolvido no município de Aracaju-SE durante o ano de 2016, cuja população alvo

foi pacientes assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF) portadores de úlceras crônicas de membros inferiores.

O projeto foi desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF), sendo dividido em duas fases. Na primeira, foram realizadas reuniões em cada uma das USF com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais de saúde que apresentaram interesse no projeto para a identificação e triagem de pacientes com úlceras crônicas em membros inferiores na comunidade. Já na segunda fase, uma amostra dessa população foi entrevistada pelo grupo de pesquisa aplicando-se o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (ANEXO A) e só após executou-se o Questionário Socioeconômico (ANEXO B). As variáveis avaliadas pelo questionário foram: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, ocupação, recebimento de benefícios previdenciários, tempo de duração da úlcera, recorrência e morbidades referidas. Após inquérito, era disponibilizado e realizado com data marcada Duplex Scann de membros inferiores, no Hospital Universitário, para os pacientes que não possuíam exames recentes.

Foram incluídos no estudo os maiores de 18 anos, residentes no município de Aracaju e que possuíam úlcera em membros inferiores aberta há mais de quatro semanas causada por insuficiência venosa crônica, doença arterial periférica, neuropatia diabética e/ou anemia falciforme, sem restrição quanto ao sexo. Foram excluídos os menores de 18 anos, as pessoas não residentes no município de Aracaju e as que possuíam úlcera em membros inferiores aberta há menos de quatro semanas.

A análise descritiva foi realizada através das frequências absolutas e relativas, no caso das variáveis categóricas e através de medidas de tendência central no caso das variáveis numéricas.

RESULTADOS

Paciente, demografia e comorbidades

Com a aplicação dos inquéritos socioeconômicos, respeitando o termo de consentimento e os critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 107 pacientes. Os pacientes possuíam média de idade 64 ± 14 anos, com predominância do sexo masculino (60%), sendo que as mulheres apresentaram média de 7,6 gestações. Com maioria pardos (46,7%) e negros (30%) com ensino fundamental (57%), possuindo estado civil: 30,84% eram casados seguido de divorciados e viúvos (21,5% cada).

Características das úlceras

Com média de tempo $9,4 \pm 10,6$ anos da úlcera crônica em membros inferiores, com recidiva em 46,7% dos pacientes, cerca de duas vezes. Há predominância em pernas (direita 47,7% e esquerda 47,7%) e pé direito 22,4%, com principal etiologia foi insuficiência venosa crônica (75,7%), seguida de diabetes mellitus (14,9%). Foram analisados 96 laudos de Duplex Scann de pacientes, sendo a principal etiologia encontrada foi insuficiência venosa (64,5%) ou suas alterações.

Sobre os tratamentos utilizados, os pacientes em sua maioria (84,11%) utilizam tratamento com curativo tópico, utilizando principalmente pomada de ácido graxo essencial (AGE) com colagenase, seguidos da realização de cirurgia vascular prévia em 46,7% e por último o uso de meias compressivas em 2,8% dos entrevistados. Os fatores de risco relacionados às úlceras crônicas em membros inferiores estão expressos na Tabela 4. Em média os pacientes apresentaram-se com sobrepeso, com Índice de Massa Corpórea (IMC) de $29,6 \text{ kg/m}^2$, variando entre $17,78$ e $57,05 \text{ kg/m}^2$.

Tabela 4 Fatores de riscos relacionados às úlceras em MMII

Fatores de risco	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Varizes	70	65,42	37	34,53
Hipertensão arterial	61	57,01	46	42,99
Diabetes	47	43,92	60	56,08
Hereditariedade	38	35,51	69	64,49
Outro	27	25,23	80	74,77
Obesidade	21	19,63	86	80,37
Tabagismo	15	14,02	92	85,98
Trombose Venosa Profunda	10	9,35	97	90,65
Acidente Vascular Cerebral	10	9,35	97	90,65
Fratura de membro inferior	8	7,48	99	92,52
Dependência Química	7	6,54	100	93,46
Cardiopatía	4	3,74	103	96,26
Depressão	3	2,80	104	97,20
Doença arterial periférica	2	1,87	105	98,13
Neoplasia	2	1,87	105	98,13
Asma ou DPOC*	0	0	107	100
Anemia falciforme	0	0	107	100

*DPOC=Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Fontes de renda

Os pacientes selecionados encontravam-se em sua maioria sem atividade trabalhista (41,12% aposentados e 15% desempregado), apenas 14,95% estavam realizando trabalho remunerado sendo autônomo (12,15%) ou empregados (2,8%). O Governo auxilia 56,07% dos pacientes na complementação da sua renda, como visto na Tabela 5. Possuem renda familiar média de $1,98 \pm 1,15$ salários mínimos, com renda per capita média domiciliar de 0,58 salário mínimo.

Tabela 5 Auxílios governamentais

Ajuda ou benefício do governo	N	%
Aposentadoria por invalidez	26	24,30
Ignorado	25	23,36
Auxílio-doença	23	21,49
Empregado	22	20,56
BPC* ou LOAS**	8	7,48
Bolsa Família	3	2,80

* BPC=Benefício de Prestação Continuada; ** LOAS=Lei Orgânica da Assistência Social

DISCUSSÃO

Nesse estudo foi observado predominância de 60% do sexo masculino, divergindo com a maioria das pesquisas que indicam predominância do sexo feminino¹¹⁻²³. Uma pesquisa inglesa mostrou também referem maior ocorrência no sexo masculino (53,0%)²⁴ e um estudo americano referiu 57,0% do gênero masculino²⁵. Conseguimos raça maioria pardos (46,7%) e negros (30%). Como o estudo foi realizado em um país miscigenado, que possui cerca de 46,7% pardos e 8,2% negros, segundo IBGE, é de se esperar este perfil.

A idade média 64 ± 14 anos, á sendo esperado uma média etária elevada devido ao aumento gradual de doenças crônicas²⁶, que estão diretamente relacionados com os fatores de risco das úlceras em membros inferiores. Com o aumento da expectativa de vida é esperado maior ocorrência de úlcera, gerando maior demanda nos serviços de saúde. Estudos populacionais identificaram números semelhantes Deodato (2007)¹⁸ Yamada e Santos (2005)¹⁵. Outros estudos mostram concentração em idades maiores que 60 anos Nunes (2006)¹⁷, Jones et al. (2006)²⁴. Estudos que incluíram pessoas jovens até o grande idoso identificaram média de idade entre os participantes que variaram de 53,44 anos ($\pm 13,18$) de idade.^{11,15,17, 19, 21, 24, 27}

Os pacientes apresentaram úlcera com duração em média de 9,4±10,6 anos, diferentemente dos outros estudos que possuem cerca de 37,5% dos pacientes com úlceras acima de 10 anos¹⁵⁻¹⁸. A taxa de recidiva em quase metade (46,7%) dos pacientes, cerca de duas vezes, em outros estudos^{11, 13, 15-18, 28} foi observado recorrência entre 64,2% a 82,5%, portanto uma taxa menor do que o esperado. Dentre as estratégias para evitar recidiva estão terapias compressivas e exercícios físicos regulares²⁹⁻³², além da terapia cirúrgica³⁰. Foram identificados como fatores que diminuem o desenvolvimento de recorrência: elevação de membros inferiores, terapia compressiva, atividade física regular e que tinham autoestima elevada. Já os fatores que aumentam a reincidência da úlcera: doenças cardíacas²⁸, idade avançada e membro inferior com refluxo venoso superficial sem abordagem cirúrgica adequada³³.

Nosso estudo encontrou predominância de 75,7% insuficiência venosa crônica, seguida de diabetes mellitus (14,9%), o que vai de encontro com Casey (2004)³⁴ e Gottrup e Kalsmark (2005)³⁵, que indicaram 70% das úlceras são causadas por doença venosa, 10% por doença arterial e 15% têm etiologia mista e os 5% restantes por patologias menos comuns. Na Alemanha, a insuficiência venosa foi responsável por 47,6% dos casos, a insuficiência arterial por 14,5% e em 17,6% das úlceras, havia doença venosa e arterial combinada.³⁶

O curativo tópico com AGE e colagense, foi o principal tratamento utilizado (84,11%). Tanto o Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior, quanto o *Guidelines for the Treatment of Venous Úlcers* indicam o uso de um curativo que promova ambiente úmido para a cicatrização, pois o excesso de exsudato gerado pela ferida dificulta a sua cicatrização, além de proteger a pele peri-lesional³¹, além disso possui benefícios de custo-efetividade³⁰. Os AGE promovem a quimiotaxia leucocitária e a angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando a granulação tecidual. Além disso, forma uma película protetora, prevenindo escoriações, em razão da alta capacidade de hidratação, e proporcionando nutrição celular local.³⁷

Apesar de ser o mais indicado para prevenção de recidivas e no tratamento das lesões de úlceras em membros inferiores^{12, 29, 30, 38, 39, 40}, além de contribuir para o retorno venoso, melhorando a estase e o edema²⁹⁻³², o curativo compressivo correspondeu apenas a 2,8% de uso nos pacientes. Em outros estudos foi demonstrado o uso de terapia compressiva entre 4,0 a 56,8%^{17,18,20,41} dos pacientes com úlceras venosas atendidos nos três níveis de atenção no Sistema Único de Saúde.

A prevalência de varizes de MMII (70%) relaciona-se com a principal etiologia evidenciada, a IVC, condizendo com os estudos encontrados; a HAS (57%) foi semelhante ao encontrado na literatura, que varia entre 45,0 a 62,5% das pessoas com úlceras; já o índice de DM foi acima dos valores encontrados em estudos nacionais e internacionais, que variam entre 12,5 a 25,7%; em contrapartida, a cardiopatia (3,7%) mostrou-se abaixo do que encontrado em outros estudos, variando de 5,7 a 15,0%^{16-18,20}. Comparativamente com outros estudos, os pacientes de Aracaju possuíam índice de obesidade (35,5%) semelhante ao encontrado em outros estudos com pacientes de úlcera em membros inferiores (entre 20,2% e 81,0%).^{18,19,42-44} Os pacientes avaliados em média possuíam IMC de 29,6 kg/m².

A úlcera ocasiona limitação funcional para realização de trabalhos laborais, o que converge com maiores gastos diretos e indiretos do Governo com estes trabalhadores que não tiveram de modo efetivo a prevenção dos fatores de risco relacionados à patologia. É possível observar que o auxílio governamental em grande parcela destes pacientes (56,07%), em sua maioria por meio de auxílio doença (22,43%) ou ainda aposentadoria por invalidez (22,43%). Estes dados afluem com o trabalho brasileiro de Abbade et al. (2005)¹¹, ao avaliar um grupo de paciente portadores de úlcera venosas demonstrou que cerca de 37% dos pacientes já estavam aposentados e, em 45,2% dos casos, motivados pela doença.

Macêdo et.al. (2010),²² já elucidou que condições socioeconômicas precárias e baixo nível de escolaridade estão ligadas a um menor acesso a informações, sobretudo sobre prevenção em saúde, podendo iniciar o desenvolvimento da úlcera venosa. Este estudo mostrou uma baixa renda familiar (1,98±1,15 salários mínimos) e pouca escolaridade (57% com ensino fundamental), dados que são ratificados em outros estudos,^{11,17,18,22,23} realizados tanto no Brasil, como na Europa¹⁹.

Em Sergipe, o estudo realizado por Souza et al. (2013)⁴⁵ com 154 pacientes portadores de úlceras venosas crônicas, atendidos no serviço de cirurgia vascular da Universidade Federal, demonstrou idade média de 53,7 anos, inferior à faixa média encontrada no estudo apresentado, maioria sexo feminino, contrapondo-se à predominância masculina deste estudo, com renda e escolaridade baixas, similar a este estudo. Traz a reflexão da necessidade de investigar de modo conciso tal patologia no estado de Sergipe e no Brasil.

Com o uso da população assistida pelo PSF o trabalho abarca de um modo amplo os pacientes portadores de úlcera de membros inferior, e extrapola a amostra viciada que os hospitais escolas podem gerar. Com isso, temos uma amostra mais fidedigna do real e é possível se ter um panorama mais completo da patologia. Apesar de não conseguirmos a cobertura completa das USF do município estudado podemos inferir que a população portadora da patologia é ainda maior e o quão é essencial o acompanhamento seriado destes pacientes da atenção primária a terciária, agindo desde a prevenção e controle dos fatores de risco até a intervenção com procedimentos invasivos caso necessário.

O estudo possui algumas limitações: poucos estudos brasileiros ou que utilizem uma população além do âmbito dos hospitais universitários, não foi avaliado o impacto na capacidade funcional e no estilo de vida dos pacientes, a prática de exercícios regulares.

CONCLUSÃO

Com isso o estudo mostrou que as úlceras de membros inferiores estão presentes sobretudo na população idosa, com fatores de risco cardiovasculares preveníveis, o que leva os pacientes a terem grande morbidade e altas taxas de recorrência durante a vida. Com a limitação funcional, temos afastamentos do trabalho e aposentadoria devido a patologia, o que gera gastos públicos como auxílio-doença ou ainda aposentadorias por invalidez. Portanto, precisamos de políticas públicas efetivas para mudança deste panorama encontrado e tendo por fim a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VAN GENT, W. B.; WILTSCHUT, E.D.; WITTENS, C. Management of venous ulcer disease. **BMJ**, v. 341, n. 7782, p. 1092-1096, 2010.
2. RUCKLEY, C. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. **Angiology**, v. 46, p. 67-69, 1997.
3. MCGUCKIN, M.; WATERMAN, R.; BROOKS, J. et al. Validation of venous leg ulcer guide-lines in the United States and United Kingdom. **Am J Surg**, v. 183, p. 132-7, 2002.
4. ABBADE, L. P.; LASTORIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia varicosa. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 6, 2006.
5. PETHERICK, E. S.; CULLUM, N. A.; PICKETT, K.T. Investigation of the effect of deprivation on the burden and management of venous leg ulcers: a cohort study using the THIN database. **PloS one**, v. 8, n. 3, 2013.
6. BERGQVIST, D.; LINDHOLM, C.; NELZEN, O. Chronic leg ulcers: the impact of venous disease. **J Vasc Surg**, v. 29, p. 752-755, 1999.
7. EVANS, C.J.; FOWKERS, F. G. R.; RUCKEY, C. V. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population. **J Epidemiol Community Health**, v. 53, p. 149-153, 1999.
8. MAYER, W.; JOCHMENN, W.; PARTSCH, H. Varicose ulcer: healing in conservative therapy: a prospective study. **Wien Med Wochenschr**, v. 144, p. 250-252, 1994.
9. CALLAM, M.J.; HARPPER, D.R.; DALE, J.J.; RUCKLEY, C.V. Chronic leg ulceration: socioeconomic aspects. **Scot Med J**, v. 33, p. 358-60, 1988.
10. MOFFATT, C.J; FRANKS, P.J., DOHERTY, D.C.; SMITHDALER, MARTIN, R. Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. **Br J Dermatol**, v. 155, p. 307-12, 2006.
11. ABBADE, L. P.; LASTORIA, S; DE ALMEIDA, H. R. et al. A socioedemographic, clinical study of patients with venous ulcer. **Int J Dermatol**, v. 44, p. 989-992, 2005.
12. Reis CJU, Yamashita EK, Galego SJ, Ogsawara MM, Bergamo PS, Nardi PEM 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*. 2003;28(1):50-5.

13. Gemmati D, Tognazzo S, Serino M L, Fogato L, Carandina S, Palma M, et al. Factor XIII V34L polymorphism modulates the risk of chronic venous leg ulcer progression and extension. *Wound Repair and Regeneration*. 2004;12(5):512-517.
14. Coleridge-Smith, Lok C, Ramelet AA. Venous Leg Ulcer: A Meta-analysis of Adjunctive Therapy with Micronized Purified Flavonoid Fraction. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;30:198-208.
15. Yamada BFA, Santos VLGG. Quality of Life of Individuals with Chronic Venous Ulcers. *Wounds*. 2005;17(7):178-89.
16. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):131-5.
17. Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN [dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2006. 131 p.
18. Deodato OON. Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em natal/RN [dissertation]. Natal: Centro de Ciências da Saúde/UFRN; 2007. 104 p.
19. Heinen MM, Persoon A, Kerkhof P, Otero M, Achterbergc T. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Studies*. 2007;44:1296–303.
20. Torres GV, Costa IKF, Dantas DV, Farias TYA, Nunes JP, Deodato OON et al., Elderly people with venous ulcers treated in primary and Tertiary levels: sociodemographics characterization, of health and assistance. *Rev Enferm UFPE On Line* [internet]. 2009;3(4):222-30.
21. Jull A, Parag V, Walker N, Rodgers A. Responsiveness of generic and disease-specific health-related quality of life instruments to venous ulcer healing. *Wound Rep Reg*. 2010;18:26-30.
22. Macêdo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nóbrega WG, Costa IKF, Dantas DV et al. Characterization sociodemographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(esp):1919-963
23. Nóbrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas DV, Macêdo EAB, Torres GV et al. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. *Rev enferm UFPE on line*. 2011;5(2):220-27.
24. Jones J, Barr W, Robinson J, Carlisle C. Depression in patients with chronic venous ulceration. *Br J Nurs*. 2006;15(11):S17-S23.

25. MacGuckin M, Waterman R, Brooks J, Cherry G, Porten L, Hurley S, et al. Validation of venous leg ulcer guidelines in the United States and United Kingdom. *Am J Surg*. 2002;183:132-7.
26. Barros MBA, Galvão César CL, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-926.
27. Silva Júnior OE. Úlceras de estase crônicas: aspectos clínicos e perfil bacteriológico [dissertation]. Recife: Centro de Ciência da Saúde/UFPE; 2007. 50 p.
28. Finlayson KJ, Edwards HE, Courtney MD. Factors associated with recurrence of venous leg ulcers: a survey and retrospective chart review. *Int J Nurs Studies*. 2009;46(8):1071-8.
29. European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Understanding compression therapy. London: MEP Ltd; 2003.
30. Robson MC, Cooper DM, Aslam R, Gould LJ, Harding KG, Margolis DJ et al. Guidelines for the treatment of venous ulcers. *Wound Repair Regen*. 2006;14:649-62.
31. Conferencia Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI). España: EdikaMed S. L.; 2009.
32. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of chronic venous leg ulcers. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
33. Gohel MS, Taylor M, Earnshaw JJ, Heather BP, Poskit KR, Whyman MR. Risk Factors for Delayed Healing and Recurrence of Chronic Venous Leg Ulcers—An Analysis of 1324 Legs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29:74-7.
34. CASEY , G. Causes and management of leg and foot ulcers. *Nurs Stand*, v. 18, n. 45, p. 54-58, 2004.
35. GOTTRUP, F.; KARLSMARK, T. Leg ulcers: Uncommon presentations. **Clinics in Dermatology**, v. 23, n. 6, p. 601–611, 2005.
36. KÖRBER, A. et al. Genese des chronischen Ulcus cruris bei 31 619 Patienten im Rahmen einer Expertenbefragung in Deutschland. **JDDG - Journal of the German Society of Dermatology**, v. 9, n. 2, p. 116–121, 2011
37. Brasil; Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2st ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. 92 p.

38. MCGUCKIN, M. et al. Validation of venous leg ulcer guidelines in the United States and United Kingdom. **American Journal of Surgery**, v. 183, n. 2, p. 132–137, 2002.
39. Partsch H. Understanding the pathophysiological effects of compression. In: Calne S, editor. European Wound Management Association; Understanding compression therapy, Position document. London: Medical Education Partnership LTD; 2003. p.2- 4
40. European Wound Management Association (EWMA); Position Document: Wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd; 2004.
41. Sampaio FAA. Caracterização do estado de saúde referente à integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC [dissertation]. Fortaleza/CE: Faculdade de Enfermagem/UFCE; 2007. 70 p.
42. Frade MA, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol*. 2005;80(1):41-6.
43. Obermayer A, Göstl K, Walli G, Benesch T. Chronic venous leg ulcers benefit from surgery: Long-term results from 173 legs. *J Vasc Surg*. 2006;44(3):572-9.
44. Malaquias SG. Integridade da pele de *área perilesional* prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ UFG; 2010. 222 p.
45. DE SOUZA, E. M.; YOSHIDA, W. B.; DE MELO, V. A. et al. Ulcer due to chronic venous disease : a sociodemographic study in northeastern Brazil. **Ann Vasc Surg**, v. 27, n. 5, p. 571-576, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Aspectos socioeconômicos e funcionais relacionados às úlceras crônicas de membros inferiores

Pesquisadora: Raissa da Mota Coelho

Orientadores: Prof.^a Dr.^a Ângela Maria da Silva e Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes

Prezado(a) _____, o(a) senhor (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Aspectos socioeconômicos e funcionais relacionados às úlceras crônicas de membros inferiores**”, que será realizada por pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe, através de entrevista com perguntas com duração de aproximadamente 20 minutos. A sua participação é muito importante porque com a realização dessa pesquisa poderemos ter informações que auxiliem o planejamento de políticas públicas e a melhorias na assistência de saúde. Não haverá divulgação da identificação dos participantes e o grupo manterá sigilo sobre as informações. Não haverá riscos, será preciso apenas responder algumas perguntas e mostrar o local que está ferido. Não haverá custos nem remuneração. Os pesquisadores utilizarão as informações apenas para fins de pesquisa, com apresentação dos resultados em forma de artigo científico. O(a) senhor (a) poderá tirar dúvidas, se recusar ou desistir de participar em qualquer momento, mesmo após assinar este termo de consentimento.

Declaro ter sido informado (a) sobre essa pesquisa acima citada e concordo em participar como voluntário (a), respondendo as questões que serão feitas pelos pesquisadores.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Pesquisadora Responsável

Raissa da Mota Coelho – CRM -2580
Médica do Hospital Universitário da UFS
End: Rua Cláudio Batista s/n, Bairro Sanatório,
Aracaju-SE - Contatos: 2105-1700 e 8879-4917



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E SOCIO-ECONÔMICA

IDENTIFICAÇÃO		
1.Nome completo :		
2.Número de identificação:		
“ Gostaria de continuar a entrevista fazendo algumas perguntas sobre a ferida”		
3. Há quanto tempo o senhor(a) está com essa ferida ?		
4. Posso ver o local e medir o tamanho da ferida ?		
5. Quantas vezes a ferida já cicatrizou e voltou a abrir ?		
6. Qual o tratamento que o senhor(a) está fazendo ?		
7. O senhor(a) já teve ou tem algum desses problemas de saúde que vou falar agora ?		
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Número de gravidezes (se a entrevistada do sexo feminino) <input type="checkbox"/> Hereditariedade (casos na família de varizes e/ou úlceras) <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/> Doença arterial periférica <input type="checkbox"/> Sequela de AVC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Doenças do coração (Infarto, Insuficiência cardíaca) <input type="checkbox"/> Doenças do pulmão (Asma ou DPOC)	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Fratura na perna <input type="checkbox"/> Neoplasia (Câncer) <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Dependência Química/Álcool Outra Especificar: _____
“Agora, gostaria de algumas informações sobre trabalho e orçamento familiar”		

8. Qual a sua profissão ? _____		
9. Qual a situação atual em relação ao trabalho ?		
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Aposentado por idade ou tempo contribuição)	
<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Não exerce trabalho remunerado	
<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Está afastado pelo INSS	
10. No momento, o sr. (a) recebe algum tipo de ajuda ou benefício do governo ? <input type="checkbox"/> Não		
Sim Qual ?		
<input type="checkbox"/> Auxílio-doença	<input type="checkbox"/> BPC/LOAS	<input type="checkbox"/> Outro.
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez	<input type="checkbox"/> Bolsa família	Especificar _____ :
11. Quantas pessoas moram com o senhor (a)? _____		
12. Qual a renda familiar (somados todos os rendimentos) ? R\$ _____		
“A entrevista chegou ao fim. Agradecemos a sua colaboração. Essas informações são muito importantes para conhecermos melhor os problemas de saúde da comunidade. Muito Obrigado!”		