MESTRADO EM ENFERMAGEM

RULIO GLÉCIAS MARÇAL DA SILVA

ESTUDO TRANSVERSAL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO, ÁLGICO E SONO DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA

Guarulhos

2015

RULIO GLÉCIAS MARÇAL DA SILVA

ESTUDO TRANSVERSAL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO, ÁLGICO E SONO DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Fernandes de Carvalho

Guarulhos

2015

Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada **"Estudo da relação entre dor e sono em pacientes com úlceras por hipertensão venosa"**, em sessão pública realizada em 11 de Dezembro de 2015, considerou o candidato Rúlio Glécias Marçal da Silva aprovado.

1. Profa. Dra. Viviane Fernandes de Carvalho _____

2. Prof. Dr. André Oliveira Paggiaro _____

3. Prof. Dr. César Isaac _____

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICO ESTE TRABALHO A

Dimair

Minha mãe querida, pelo exemplo de caráter, determinação, otimismo e simplicidade

Júlio César

Amigo, pela compreensão e pôr há anos compartilhar os momentos alegres e difíceis

João Paulo

Amigo “irmão”, a arte de, sutilmente, se fazer existir e com o passar dos anos se tornar indispensável pela companhia, alegria e irreverência

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a **Deus** por ser minha fonte de vida, força e sabedoria e por estar a todos os instantes me olhando e cuidando;

A minha **Mãe** por seu amor incondicional e por ter se doado em prol da minha educação, realização profissional e realização de sonhos;

À aquela que não se encontra mais presente nessa vida, mas que junto ao Pai têm vibrado e cuidado de minha pessoa... minha avó **Guilhermina**;

Ao amigo **Júlio César** que sempre esteve ao meu lado acreditando nos meus planos e sonhos e pelo incentivo constante, o meu muito agradecimento eterno;

Aos amigos **João Paulo** que, dê sua forma sempre peculiar e presente, me apoiou, incentivou e nunca mediu esforços ou questionou-me, **Lana Freitas**, pelo seu exemplo, carisma e determinação, **Marcelo Hanada**, por seus estímulos e prestatividade, o meu muito obrigado a todos;

A Professora **Dra. Viviane** por competência, paciência, oportunidades e ensinamentos. Aprendi muito com suas orientações. Obrigado pela confiança;

Aos colegas, **Carla**, **Danielly**, **Djene**, **Lilian**, **Lilian Rios**, **Luiz**, **Rednaj**, **Sergio**, **Sheila, Tatiane** e **Yasmin**, conhecer todos foi muito bom, sentirei saudades sempre;

Ao **Dr. César Isaac** e a todos dos **Colaboradores** do **Ambulatório de Feridas Complexas** da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimadura junto ao Serviço de Cirurgia Plástica (ACPL) localizado no **Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo** (HC-FMUSP), pelo acolhimento, atenção, receptividade e carinho. Terão sempre minha gratidão;

Aos **Mestres** pelos ensinamentos e aos funcionários da UNG, em especial **Cenise**, todos muito solícitos;

E a todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, com a realização desse trabalho mas que não tenham sido citados aqui.

"A maioria das doenças que as pessoas têm

São poemas presos [...].

Palavra boa é palavra líquida [...].

Atualmente ando gostando de pensamento chão.

Pensamento chão é poema que nasce do pé.

É poema de pé no chão.

Poema de pé no chão é poema de gente normal,

Gente simples,

Gente de Espírito Santo.

Eu venho do Espírito Santo.

Eu sou do Espírito Santo.

Trago a Vitória do Espírito Santo.

Santo é um Espírito capaz de operar milagres

Sobre si mesmo."

(Viviane Mosé)

RESUMO

Silva RGM. **ESTUDO TRANSVERSAL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO, ÁLGICO E SONO DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA**. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2015.

INTRODUÇÃO: A úlcera venosa é considerada uma lesão decorrente da insuficiência venosa crônica, que se caracteriza pela destruição de camadas cutâneas tais como epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos e que geralmente acomete o terço inferior dos membros inferiores. São consideradas lesões crônicas, com recorrência frequente, as que ocasionam incômodo para o indivíduo acometido além de custos elevados para o tratamento. **OBJETIVO**: Correlacionar dor e sono aos aspectos sociodemográficos e clínicos de indivíduos com úlcera venosa não cicatrizadas em membros inferiores. **MÉTODO**: Estudo transversal, descritivo e exploratório de base populacional constituído por 74 indivíduos em acompanhamento em um ambulatório público de referência da cidade de São Paulo, realizado no período de abril a julho de 2015 por meio de dois instrumentos com variáveis sociodemográficas e clínicas após aprovação pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq Parecer no 502.918/14 e CAAE no 21868413.5.0000.0068. A análise dos dados se deu por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão, teste de associação pelo Qui-Quadrado (X2), modelos de regressão logística multinomial univariados e múltiplos para verificar a oddsratio (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Para a entrada das variáveis no modelo múltiplo foram consideradas as variáveis com valor de $p<0,20$ e assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p\leq0,05$) para significância estatística. **RESULTADOS**: A idade dos pacientes avaliados variou entre 24 e 82 anos (média de 57,2 anos e mediana de 59 anos). Os dados sociodemográficos revelou que as mulheres, naturais de outros estados, residentes na região sudeste, solteiras, com baixo grau de escolaridade, aposentadas, com renda de até um salário mínimo, católicas, nunca tabagistas e etilistas, com raros momentos de lazer, sem presença de cuidador, com idas e vindas quinzenais aos serviços de saúde bem como serem as próprias responsáveis por realizar seus curativos, em médias duas trocas por dia e tendo como fonte de recursos os materiais disponibilizados por órgãos públicos foi o

perfil mais encontrado. Já os dados clínicos possibilitaram perceber que em sua maioria os pacientes pesquisados apresentavam sobrepeso, conviviam há mais de 20 anos com as lesões, com qualidade do sono ruim, queixa de dor, com pelo menos uma lesão ativa, localizada em membro inferior direito, em parte distal da perna, grande presença de exsudato, membro acometido com hiperemia, hipertermia e pequeno edema, com presença de lesões cicatrizadas, frequentes recidivas assim como, ter outras crônicas e fazer uso de medicações de uso contínuo. As lesões se apresentavam com Push maior que 24 cm largura X comprimento, grande presença de exsudato e tecido de granulação. Por meio de associação identificou-se que a dor está diretamente associada ao tempo de lesão, a presença de cicatrização e a presença de recidivas enquanto que a qualidade do sono neste estudo está associada à idade, a presença de hipertemia no membro acometido pela lesão e a região periulceral hipertérmica e desidratada. **CONCLUSÃO**: Pode-se perceber neste estudo correlação entre o tempo de lesão, a presença de cicatrização e a presença de recidivas com o desfecho de dor e correlação entre a idade, a presença de hipertemia no membro acometido pela lesão e a região periulceral hipertérmica e desidratada com o desfecho da qualidade de sono.

Descritores: Úlcera Varicosa; Insuficiência Venosa; Perfil de Saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The venous ulcer is considered an injury caused by chronic venous insufficiency which is characterized by the destruction of skin layers such as epidermis and dermis and might reach deeper tissues, usually happening in the lowest part of the legs. They are considered chronic injuries with frequent recurrence which cause discomfort for the patients who suffer from them besides presenting high costs for treatment. **OBJECTIVE**: Correlate pain and sleep to sociodemographic and clinical aspects of patients with non-healed venous ulcers in lower limbs. **METHOD**: Transversal, descriptive and exploratory study of a population basis constituted of 74 people being treated in a reference public ambulatory in São Paulo, done between April and July 2015 using two instruments with sociodemographic and clinical variables after the approval of the Ethics Commission for the Research Projects Analysis (Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAAPesq) Technical advice 502.918/14 and CAAE 21868413.5.0000.0068. The data analysis was done by the use of absolute and relative frequency, measures of central tendency and dispersion, Chi-square test (X2), models of univariate and multivariate multinomial logistic regression to verify the odds ratio and its respective 95% confidence interval. In order to input the variables in the multiple model were considered the ones with $p<0.20$ and a 5% ($p\leq0.05$) descriptive level for the statistical significance. **RESULTS**: the patients´ age range varied between 24 and 82 years old (57.2 on average and 59 median). The sociodemographic data showed that the most common profile consisted of women, coming from other states, living in the southeast region of Brazil, single, with low educational level, retired, with a minimum wage income, catholic, never having smoked or drunk alcohol, with a few leisure activities, without a caretaker, with fortnight visits to health services as well as being the ones responsible for their bandages, changing them twice a day and using the resources provided by the public organs. The clinical data allowed to notice that most of the studied patients were overweight, have lived with the injuries for more than 20 years, had poor sleep quality, complained about pain, had at least one active lesion located on the right lower limb, on the distal part, with exudate and presenting hyperemia, hyperthermia and light swelling as well as healed injuries, frequent relapses and the use of continuous medication. The lesions presented a Push larger than 24 cm width X length, great exudate presence and granulation tissue. By using association it was identified that the pain is

directly linked to how long the lesion has existed, the presence of scarring and relapses while the sleep quality is linked to age, the presence of hyperthermia on the limb which has the lesion and the hyperthermic and dehydrated peri-ulcer region. **CONCLUSION**: It was possible to observe in this study the correlation between how long the lesion exists, the presence of scarring and relapses with the outcome of pain and the correlation between age, hyperthermia on the limb which has the lesion and the hyperthermic and dehydrated peri-ulcer region affecting the sleep quality.

Key words: Varicose Ulcer; Venous Insufficiency; Health Profile; Epidemiology.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La úlcera venosa se considera una lesión, como resultado de la insuficiencia venosa crónica, que se caracteriza por la destrucción de las capas de la piel tales como la epidermis y la dermis, llegando a tejidos más profundos y generalmente afecta el tercio inferior de las extremidades inferiores. Las lesiones crónicas se consideran, con recurrencia frecuente, que causan molestias a los gastos afectados y altos individuales para el tratamiento. **OBJETIVO**: Correlacionar el dolor y dormir a los aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con úlceras venosas no cicatrizadas en las extremidades inferiores. **MÉTODO**: Estudio transversal, descriptivo y estudio exploratorio se llevó a cabo consiste en 74 individuos siendo monitoreados en una clínica pública de referencia en São Paulo, realizado a partir de 04 hasta 07, 2015 utilizando dos instrumentos con variables sociodemográficas y clínicas después de la aprobación por el Comité de Ética para Análisis de Proyectos de Investigación - CAPPesq Dictamen nº 502 918/14 y CAAE en 21868413.5.0000.0068. El análisis de datos fue a través de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión, prueba de asociación de chi-cuadrado (X2), modelos de regresión logística multinomial univariados y múltiples para comprobar odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. A la entrada de las variables en las variables del modelo multivariante fueron considerados con $p < 0{,}20$ y asumió un nivel descriptivo de 5% ($p \leq 0{,}05$) para la significación estadística. **RESULTADOS**: La edad de los pacientes osciló entre 24 a 82 años (media 57,2 años y la mediana de 59 años). Datos sociodemográficos revelaron que las mujeres, naturales de otros estados, los residentes en el, solo bajo nivel Sureste, de la educación, se retiraron, con ingresos de hasta un salario mínimo, católica, nunca fumadores y bebedores, con escasos momentos de ocio, sin presencia del cuidador, con idas y venidas quincenales a los servicios de salud, además de ser responsable de su propia conducta de su curación en un promedio de dos turnos al día y teniendo como fuente de recursos materiales puestos a disposición por las agencias del gobierno era el perfil más frecuente. Dado que los datos clínicos han permitido darse cuenta de que, en la mayoría de los casos, los pacientes encuestados tenían sobrepeso, vivieron durante más de 20 años con lesiones, con la calidad de la falta de sueño, las quejas de dolor, con al menos una lesión activa situada en la extremidad inferior derecha en la pierna distal, gran presencia de exudado, el miembro afectado con hiperemia, edema hipertermia y pequeña, con la

presencia de lesiones curadas, recaídas frecuentes, así como tener otro uso crónico y hacer de uso continuo de medicamentos. Las lesiones se presentaron con empuje superior a 24 cm de longitud x anchura, gran presencia de exudado y tejido de granulación. Por medio de la combinación se encontró que el dolor está estrechamente asociado con el momento de la lesión, la presencia de la curación, y la presencia de recaídas, mientras que la calidad del sueño en este estudio se asoció con la edad, la presencia de la hipertermia en la extremidad afectada por y el daño hipertermia y la región periulceral deshidratado. **CONCLUSIÓN**: Se puede observar en esta correlación estudio entre el momento de la lesión, la presencia de la curación y la presencia de recaídas con el resultado del dolor y la correlación entre la edad, la presencia de la hipertermia en el miembro afectado por la lesión y la región periulceral hipertérmica deshidratado con el resultado de la calidad del sueño.

Palabras clave: Úlcera varicosa; La insuficiencia venosa; Perfil de la salud; Epidemiología.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sistema Venoso dos membros inferiores 23

Figura 2 - Sistema propulsor dos membros inferiores 24

Figura 3 - Esquema do retorno venoso 25

Figura 4 - Escala Numérica da Dor 41

Figura 5 - Características das lesões de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 6 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 7 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 8 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 9 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 10 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 50

Figura 11 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

Figura 12 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

Figura 13 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

Figura 14 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

Figura 15 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

Figura 16 - Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015 51

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Classificação de Insuficiência Venosa Crônica – CEAP 28

Quadro 2 - Procedimentos a serem realizados com os participantes 36

Tabela 1 - Número e percentual de pacientes, segundo características demográficas e socioeconômicas 45

Tabela 2 - Número e percentual de pacientes, segundo hábitos de vida e cuidados com a lesão 46

Tabela 3 - Número e percentual de pacientes, segundo características clínicas 48

Tabela 4 - Número e percentual de pacientes, segundo característica da lesão no membro afetado 49

Tabela 5 - Número e percentual de pacientes, segundo aquisição da lesão .. 52

Tabela 6 - Número e percentual de pacientes, segundo características da dor, tratamento e tamanho da ferida 53

Tabela 7 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas 55

Tabela 8 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo característica de estilo de vida 56

Tabela 9 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 1 57

Tabela 10 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 2 58

Tabela 11 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 3 59

Tabela 12 - Análise de regressão logística multinomial múltipla para o desfecho dor 60

Tabela 13 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas 62

Tabela 14 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo característica de estilo de vida 63

Tabela 15 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 1 64

Tabela 16 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 2 65

Tabela 17 - Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 3 66

Tabela 18 - Análise de regressão logística multinomial múltipla para o desfecho qualidade do sono 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
CAPPEesq	Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa
CEAP	Classification of Chronic Venous Insufficiency
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ITB	Indíce Tornozelo-braquial
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
MMP´s	Metaloproteinases
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PUSH	Pressure Ulcer Scale for Healing
TVP	Trombose venosa profunda
UV	Ulcera Venosa
USP	Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 18 …….....

2. OBJETIVO 22 ……

3. REVISÃO DA LITERATURA 23 .....

3.1 Anatomo-fisiopatologia do Sistema Venoso 23 .....

3.2 Insuficiência Venosa Crônica – IVC 26 .....

3.3 Úlcera Venosa – UV 31 .....

4. MÉTODO 33 .....

4.1 Desenho do Estudo 33 .....

4.2 Local e Período do Estudo 33 .....

4.3 Amostra 33 .....

4.4 Recrutamento e Seleção 33 .....

4.5 Critérios de Inclusão, Exclusão e Descontinuidade 34 .....
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados 34 .....
4.7 Instrumentos de Coleta de Dados..... 37
4.7.1 Instrumento de Avaliação das Características Sociodemográficas 37 .....
4.7.2 Instrumento de Avaliação dos Dados Clínicos 37 .....
4.7.2.1*Pressure Ulcer Scale for Healing*(PUSH – Perna) 38
4.7.2.2*Índice Pittsburg Sleep Quality Index*(PSQI) 40
4.7.2.3 Escala Numérica de Dor 40 ……..
4.7.2.4 Índice de Manejo da Dor 41 …….
4.7.2.5Inventário Breve da Dor (BPI) 42 .....
4.8 Tratamento dos Dados 42 .....
4.9 Aspectos Éticos 43 .....

5. RESULTADOS..... 44

6. DISCUSSÃO..... 68

7. CONCLUSÃO 86 .....

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 87
.....

9. REFERÊNCIAS 88
.....

10. 103
APÊNDICES.....
Apêndice A – Carta de Solicitação para Instituição de Coleta de Dados 103
Apêndice B – Carta de Aceite para Coleta de Dados de Pesquisa 104
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 105
.....
Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados – Variáveis Sociodemográficas 107
....
Apêndice E - Instrumento de Coleta de Dados – Variáveis Clínicas 110

11. ANEXOS 119
.....
Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa 119
.....

1. INTRODUÇÃO

As feridas cutâneas acompanham a história da humanidade e se transformaram em um problema de saúde pública mundial. Muito mais que um problema físico e psicológico, as feridas trazem consequências socioeconômicas, pois prejudicam a realização de atividades da vida diária e profissional, além do afastamento do convívio familiar e comprometimento da qualidade de vida[1].

Estudo revela que os custos com o tratamento de feridas de perna, de etiologia venosa são elevados, nos Estados Unidos da América, onde 1.335 bilhões de dólares são gastos anualmente[2]. No Brasil, embora escassos os estudos e os dados quanto aos custos, sabe-se que no ano de 2009 ocorreram 84.000 internações em hospitais públicos e conveniados, sendo a 14ª causa de afastamento do trabalho resultando em um gasto estimado na ordem de R$ 48 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar os atendimentos ambulatoriais e curativos[3,4].

Dentre as lesões de pele mais encontradas nas redes de saúde públicas e privadas, as feridas causadas pelo diabetes *mellitus*, as ocasionadas pela pressão prolongada sobre proeminências ósseas e as decorrentes da insuficiência venosa se destacam. Consideradas como crônicas, geralmente essas lesões não apresentam evolução cicatricial por estagnarem na fase inflamatória, ocasionando anos de tratamento para se obter a cura, o que nem sempre acontece[5,6.]

A úlcera de perna é uma lesão que se caracteriza pela destruição das camadas da pele, epiderme e derme, podendo atingir tecidos mais profundos, a qual geralmente acomete o terço distal dos membros inferiores[7]. São consideradas lesões crônicas por serem de longa duração e com recorrência frequente, muitas vezes demorando meses ou até anos para cicatrizar, ocasionado assim incômodo para o indivíduo além de custos elevados com o tratamento, nas esferas individual e dos sistemas de saúde[8].

De acordo com a literatura, de 70 a 90% das úlceras de perna são de etiologia venosa e o restante (30%) dividido entre úlceras arteriais, por pressão, mista, traumática e por outras causas, como linfática e hematológica[7].

As úlceras venosas (UV) são secundárias a incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo, fator esse que ocasiona a obstrução do retorno venoso ou refluxo do sangue transportado e que resulta em hipertensão venosa. Quando esse quadro se torna irreversível, a insuficiência venosa se estabelece e com ela o há o

surgimento de edema, da lipodermatoesclerose e da dificuldade de oxigenação tecidual no membro afetado[9,10].

Os sinais e sintomas clínicos decorrentes da insuficiência venosa crônica são principalmente a dor e o edema, que pioram ao final do dia e podem ser aliviados com a elevação dos membros inferiores. Pesquisa realizada em Portugal no ano de 2013 com 66 pacientes com úlcera venosa secundária a insuficiência venosa crônica, revelou que 53% referiam dor na região da ferida e que essa dor comprometia significativamente seu estilo de vida, em especial a qualidade do sono onde 43% se queixaram de dormir mal[11]. Corrobora com esses achados o estudo desenvolvido em um hospital universitário público do Rio Grande do Norte no ano de 2011 com 60 pacientes, onde 95% também se queixavam de dor e 63% referiam dormir mal por conta deste sintoma[12].

Além disso, ao exame físico, o membro acometido se apresenta com alterações eczematosas com eritema, descamação, prurido e abundante exsudato e lesão[9]. De um modo geral a lesão apresenta características irregulares em sua forma, superficial no início, mas pode se tornar profunda, com bordas bem definidas, comumente com exsudato seroso abundante, acometendo a porção distal do membro inferior, principalmente a região do maléolo medial e região periulceral púrpura e hiperpigmentada (dermatite ocre), decorrente do extravasamento de hemácias na derme e do depósito de hemossiderina no interior dos macrófagos[9].

Investigações realizadas nos Estado de Minas Gerais e Ceará, com 95 pacientes da atenção básica, apontam que 75% das lesões são contaminadas ou infectadas, com duração variando entre um ano e doze anos, 46,15% possuem tecido de granulação, 50% apresentam exsudato purulento em pouca ou média quantidade, 50% ficam estacionadas no processo de cicatrização devido à presença de uma provável infecção, o que leva o exsudato abundante a cobrir o tecido de granulação, hiperemia e hipertemia. Mais da metade das lesões se localizam na perna direita e mais de 2/3 apresentam recidivas[13-15]. Caracteriza-se ainda esse cenário, no qual mais de 75% dos pacientes queixam-se de dor e apresentam edema resultante do refluxo venoso, mau cheiro, bordas infiltradas, fundo com esfacelo, extremidade quente e presença, sobretudo, de bactérias da família Enterobateriaceae (principalmente Escherichia coli)[16-18].

Considerando os aspectos sociodemográficos, as mulheres apresentam três vezes mais chances do que os homens de desenvolver úlceras venosas de membros inferiores[19]. Entretanto alguns cenários mostraram predomínio de homens com úlceras venosas[20]. A maioria dos portadores tem média de idade de 58,97 (±13,34) anos, residem com cônjuge

ou companheiro e são aposentados ou são beneficiários temporários[21,22]. Os estudos revelam, ainda, baixos índices de escolaridade e baixa renda familiar, não serem tabagistas ou etilistas e possuírem insuficiência venosa crônica[23, 24].

De acordo com o exposto acima, a úlcera venosa vem sendo considerada a lesão mais prevalente e com maior tempo de tratamento nos ambulatórios de feridas. Bem como vem recebendo grande atenção do ponto de vista tecnológico, de custos e estudos sobre a qualidade de vida[25, 26].

Estima-se que a prevalência dessas úlceras seja de 0,10 a 0,30% e a incidência de 3 a 5 casos/1000 pessoas ao ano[27]. Pesquisa realizada em Lisboa (Portugal), no ano de 2005, abrangendo população de 186.000 habitantes cadastrados em centros de saúde ou hospitais, encontrou 263 pessoas com úlcera venosa ativa e identificou uma prevalência global de 1,4/1000 pessoas[28].

Mesmo assim, ainda pouco se sabe sobre as características clínicas e sociodemográficas das pessoas com úlcera venosa em atendimento nos diversos cenários. As pesquisas relacionadas disponíveis na literatura apresentam-se com metodologias diversificadas, tanto com relação à faixa etária e o perfil sócio demográfico da população estudada, como em relação à abrangência do estudo e especificação ou não do período de duração das lesões como critério de inclusão e suas características. Outro fator considerado de modo distinto é a inclusão ou não de úlceras que não estão em atividade (cicatrizadas) nos estudos, em sua maioria de cunho de prevalência[28-32].

Uma pesquisa realizada em 2002 no Reino Unido detectou um índice de prevalência anual de 1,69%, faixa etária entre os portadores entre 65 e 95 anos e uma incidência de 1,42/1000 mulheres e 0,76/1000 homens[29]. Já um estudo italiano, realizado em 53 cidades italianas, com 5.187 pessoas de 18 a 89 anos de idade, em 2007, identificou ocorrência de 0,4% de úlcera venosa e que as mesmas estavam ativas ou cicatrizadas[32]. Na Eslováquia, em 2008, pesquisadores buscaram identificar cuidados primários, realizados por clínicos gerais, cardiologistas, diabetologistas ou especialistas em doenças infecciosas em 3.134 portadores da lesão e constatou que 2% estavam na fase ativa e 4% cicatrizadas[33]. De forma semelhante, um estudo multicêntrico que envolveu a Bélgica, França, Itália e Canadá com 1531 portadores de insuficiência venosa entre 18 e 75 anos, no ano de 2004, identificou que 2,3% estavam ativas e 7,3% estavam cicatrizadas[30]. Já na América do Sul, no Uruguai, em 2001, durante um período de 12 meses de estudo com 326 pacientes assistidos em quatro centros de tratamento de úlcera de perna (incluindo o

pé), o mesmo apenas resultou dados quanto à etiologia da lesão, ou seja, 58,2% eram de origem venosa[34].

No Brasil, da mesma maneira, as pesquisas têm tido conotação com a prevalência ou com abordagem clínica ou sociodemográfica, distintamente. A primeira de âmbito nacional foi realizada na cidade de Botucatu (São Paulo), no ano de 1985 e objetivou traçar a prevalência numa amostra de 1755 pessoas acima de 15 anos que buscavam o Centro Universitário para consulta de rotina ou com alguma queixa. O estudo revelou uma prevalência de 3,6% envolvendo tanto as úlceras venosas ativas como cicatrizadas[35]. Os estudos mais recentes, ainda que muito sutilmente, vêm tentando abordar as outras duas vertentes, ou seja, os aspectos sociodemográficos e clínicos. Vale destacar o pioneirismo, nesse sentido, do estudo realizado no Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre os anos de 2003 e 2004, com quarenta portadores de úlcera venosa que foram categorizados por faixa etária, sexo, cor, tamanho, número, localização duração e recorrência das lesões. Os resultados apontaram que 80% (32) dos pacientes eram do sexo feminino, 70% tinham mais que 61 anos, 65% (24) apresentavam uma lesão com tamanho variando entre 1 e 5 cm, 62% (25) tinham apenas uma lesão, 37,5% apresentavam a lesão na região distal, 25% (10) eram acometidos pela ferida há mais de 20 anos e 55% apresentavam recorrência[36].

Há de se destacar que o reconhecimento do perfil clínico e sociodemográfico da população com úlcera venosa pode gerar informações importantes para o desenvolvimento de novas diretrizes para o tratamento de úlceras venosas, assim como o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis contribuindo para a redução do tempo de tratamento e gastos institucionais. Desta forma, torna-se importante a análise do perfil da população com úlceras venosas atendidas nos centros de saúde a fim de subsidiar tais benefícios.

2. OBJETIVO

Correlacionar dor e sono aos aspectos sociodemográficos e clínicos de indivíduos com úlcera venosa não cicatrizada em membros inferiores.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Para uma melhor compreensão da temática, optou-se por realizar uma breve revisão bibliográfica da anatomia e fisiologia do sistema venoso, da fisiopatologia da insuficiência venosa e da úlcera venosa.

3.1 Anatomo-fisiopatologia do Sistema Venoso

O sistema venoso tem como função levar ao coração o sangue desoxigenado. Um sistema funcional, também chamado de bomba muscular, atua drenando o sangue venoso por meio das veias da panturrilha associado aos tecidos circundantes durante o movimento[37].

Formado por três sistemas de veias anatômicas funcionalmente diferentes, o sistema venoso nas extremidades se divide em: sistema superficial, que compreende as veias magna, safena, parva e suas tributárias, sistema profundo, composto de três grupos de veias tibiais pareadas que juntas formam a veia poplítea e o sistema comunicante, que faz a comunicação entre o superficial e o profundo[37], conforme ilustrado a seguir na figura 1:

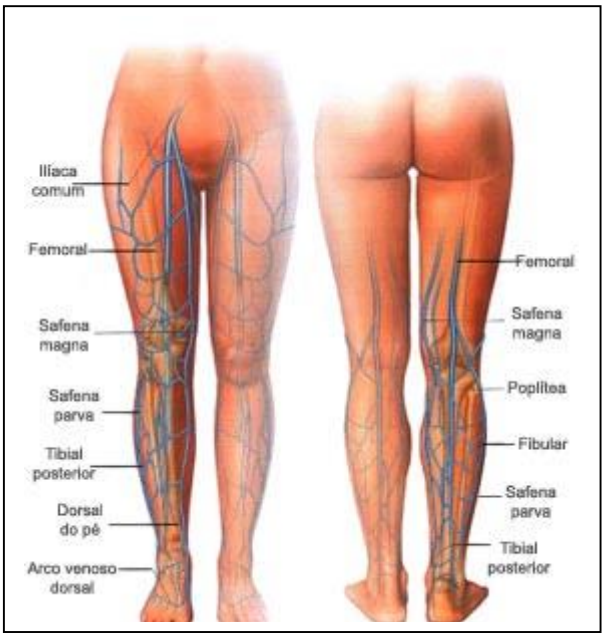

Figura 1. Sistema venoso dos membros inferiores.

Fonte: por Cristina Matos. Disponível em: http://pessaudaveis.blogspot.com.br/2009/11/veias-membros-inferiores-as-veias-dos.html

No sistema superficial, a veia safena magna direita origina-se da extremidade medial do dorso do pé, ascendendo medialmente pela perna e coxa. Em seguida, logo

abaixo do ligamento inguinal, une-se a veia femoral. Já a safena magna esquerda origina-se da extremidade lateral do arco venoso dorsal, passando posteriormente ao maléolo lateral e ascende pelo subcutâneo na porção posterior e média da panturrilha. Já no sistema profundo, a veia poplítea, formada pelas veias tibiais, ao nível do canal adutor, passa a ser chamada femoral superficial que se junta a femoral profunda, originando a femoral comum[37].

Ambos os sistemas são equipados com válvulas bicúspides que se abrem no sentido ascendente orientando, assim, em direção única o sistema impossibilitando, em condições normais, o refluxo de sangue durante o relaxamento da musculatura das pernas[37].

Junto às válvulas, a compressão plantar e a musculatura da panturrilha funcionam como uma bomba periférica que move impulsiona o sangue dos pés em direção ao coração superando a força da gravidade e diminuindo a pressão no interior das veias[37], segundo ilustração a seguir na figura:

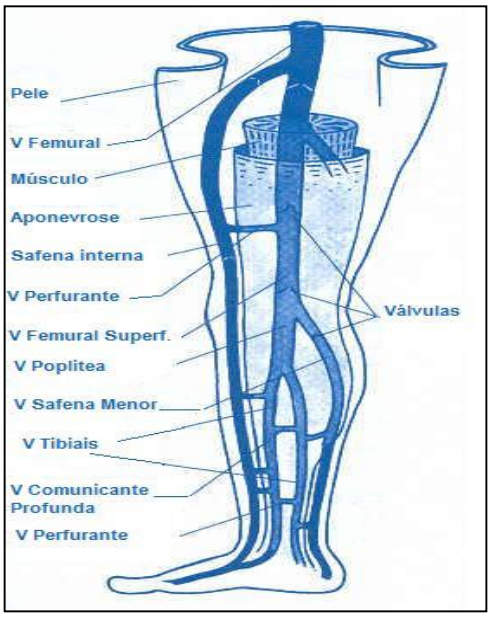

Figura 2. Sistema propulsor dos membros inferiores.

Fonte: Prof. Dr. Armando Miguel Jr. Disponível em: http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/bota-de-unna/

Quando relaxada a panturrilha as veias profundas podem atingir pressões negativas, por conta disso, há uma elevação da pressão venosa na rede superficial decorrente do fechamento da válvula proximal do eixo profundo permitindo, por meio das veias perfurantes, a aspiração do sangue em profundidade[37].

O retorno venoso está representado a seguir em forma de esquema na figura 3:

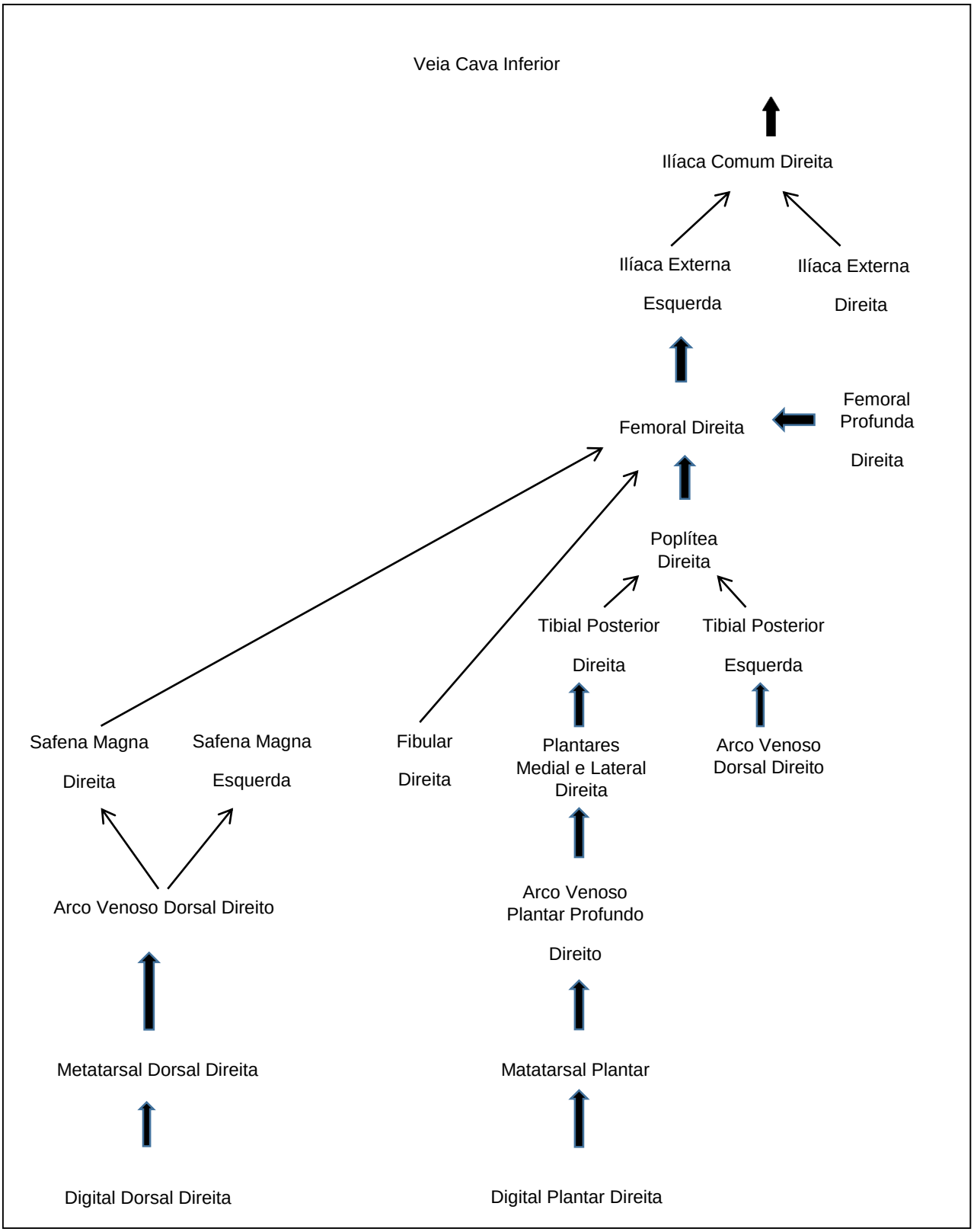

Figura 3. Esquema do retorno venoso.

Ainda em condições normais, quando em posição supina, a pressão no interior das veias profundas tem uma média de 0 mmHg sendo que quando em pé, essa pressão eleva-

se até a 90 mmHg, já ao deambular, essa pressão mede em torno de 30 mmHg e a pressão hidrostática de 100 mmHg pode até zerar[37].

Diante de uma persistente falha no mecanismo fisiológico há uma elevação das pressões no interior dos vasos, chamada hipertensão venosa, que compromete a microcirculação acarretando danos as paredes dos vasos e amentando sua permeabilidade. Caso esse quadro persista, passa-se a ser denominada de insuficiência venosa crônica (IVC) e com o constante aumento da permeabilidade permite que substâncias sejam extravasadas paras os tecidos, em especial a pele, causando alterações cutâneas[37].

A hipertensão venosa nada mais é que a disfunção da bomba muscular, associada ou não, à alteração da pressão hidrostática decorrente da anormalidade das válvulas do sistema venoso profundo e comunicante, já que em situações normais o sangue passa do sistema superficial para o profundo através do bom funcionamento das válvulas das veias comunicantes e do profundo é injetado rumo ao coração graças à contração das veias da panturrilha pela bomba muscular[36-38].

Convém ressaltar que a hipertensão venosa leva ao acúmulo excessivo de líquidos e fibrinogênio no tecido cutâneo resultando em edema, lipodermatoesclerose e posteriormente ulceração[38,39].

Dessa forma, um sistema venoso funcionalmente adequado é essencial para prevenir o refluxo de sague, assim como ondas de pressão retrógrada que afetam o sistema superficial[39].

3.2 Insuficiência Venosa Crônica - IVC

Desde os primórdios da humanidade, o homem vem sendo acometido por diversas doenças. Dentre elas, a doença venosa dos membros inferiores que é mencionada na antiguidade por Hipócrates (460 – 370 a.C) e Asclepiades de Bithynia (124 – 40 a.C)[40,41].

Mas, apesar dessa historicidade, somente na década de 1990 o Brasil reconheceu a Insuficiência Venosa Crônica como um problema da saúde pública e passou a ser objeto de interesse científico e clínico[37].

Com a inversão da pirâmide etária populacional, a expectativa de vida tem aumentado e com ela a prevalência da doença, já que sua proporção é maior em pessoas entre 60 e 80 anos[42]. Com relação à incidência e a prevalência, estudo realizado em um país industrializado apontou uma incidência de 5,9%, com norte-americanos acima dos

65 anos de idade a estimativa é de que a prevalência aumente de 12% para 22$ entre 1988 e 2030[41].

Há evidencias de que 20% da população adulta dos países ocidentais já possua algum grau de insuficiência venosa superficial ou profunda de membros inferiores. No continente europeu, dentre as pessoas com faixa etária dos 30 aos 70 anos de idade, 5% a 15% já apresentam a doença e 1% tem a doença. No Reino Unido a prevalência está estimada entre 1,5 a 1,8/1.000 habitantes, crescendo para 3/1.000 habitantes na faixa etária entre 61 e 70 anos e 20/1.000 em pessoas com idade superior a 80 anos[43].

No Brasil, um estudo epidemiológico de alterações venosas de membros inferiores da população de Botucatu/SP estimou uma prevalência de varizes de 35,5% e de formas graves de IVC com úlcera aberta ou cicatrizada de 1,5%[35].

A Insuficiência Venosa Crônica é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso, podendo afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. E mais, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou adquirida[37].

Clinicamente e fisicamente, caracteriza-se por meio de veias varicosas, eczema, edema, erisipela, hiperpigmentação, lipodermatosclerose, úlceras e dor que ocorrem no tecido subcutâneo e nas demais camadas da pele, predominantemente dos membros inferiores[44-46].

Como critério de diagnóstico padronizado, universal e sistemático há a *Classification of Chronic Venous Insufficiency* (CEAP), criada em 1995 por um comitê de especialistas de vários países. Respectivamente, “C” refere os sinais clínicos objetivos, ‘E” à etiologia, “A” a localização anatômica e “P” a fisiopatologia[47-49].

Os sinais clínicos, representados pela letra “C”, têm como graduação: C0, que representa a ausência de sinais clínicos visíveis ou palpáveis de doença venosa; C1, que indica a presença de telangectasias ou veias reticulares; C2, indicando a presença de veias varicosas; C3, edema; C4, caracterizando alterações que ocorrem na pele em função da Insuficiência Venosa Crônica, como hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e eczema; C5, que indica a presença de alterações referidas em C4 e úlcera cicatrizada; C6, que indica a presença de alterações descritas em C4 e úlcera ativa. Ou seja, os sinais clínicos iniciam-se em C3 e a doença progressão da doença está diretamente relacionada com o aumento da pontuação[48,49]. A classificação CEAP está apresentada a seguir no quadro 1:

Quadro 1. Classificação de Insuficiência Venosa Crônica – CEAP

CEAP 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
CEAP 1	Telangiectasias e/ou veias reticulares (duas formas de microvarizes)
CEAP 2	Veias varicosas (mais dilatadas)
CEAP 3	Edema
CEAP 4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)
CEAP 5	Úlcera curada
CEAP 6	Úlcera ativa

Fonte: Caffaro et al. Disponível em: http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2011/11/sindrome-da-insuficiencia-venosa.html

Já a etiologia, representada pela letra "E", pode ser: congênita, detectada no nascimento ou detectada posteriormente; primária, com causa desconhecida; ou secundária, condição adquirida e com patologia conhecida, como a Trombose Venosa Profunda (TVP)[48,49].

Enquanto a classificação anatômica, representada pela letra "A", indica a localização da doença nas veias dos sistemas: veias superficiais; veias profundas ou veias perfurantes, podendo afetar um, dois ou os três sistemas venosos[48,49].

E, por fim, a fisiopatologia, representada pela letra "P", associa a doença: ao refluxo sanguíneo; a obstrução valvular; ao refluxo e obstrução ou sem mecanismo fisiopatológico identificável[48,49].

Dessa forma, a *Classification of Chronic Venous Insufficiency*, mais que um instrumento classificador da doença, serve para programar medidas de educação em saúde, detectar precocemente a doença, acompanhar sua evolução, assim como, prevenir suas complicações[50].

Considerando os sinais clínicos, apresentados pelos pacientes portadores da doença, como outrora citado, destacam-se as veias varicosas, o edema, a celulite, a erisipela, a dermatite venosa, a hiperpigmentação, a lipodermatoesclerose e a coroa flebectásica[37].

Como indicativo de hipertensão venosa dos membros inferiores, as veias varicosas constituem um dos principais sinais. Essas resultam de danos, congênitos ou adquiridos, das válvulas venosas que culminam por expor a rede venosa a uma pressão superior a 90 mmHg, fazendo com que as veias finas tornem-se dilatadas, alongadas e tortuosas[37].

Estima-se que 10% a 20% da população adulta possuam veias varicosas e, dessas, cerca de 3% desenvolverão úlcera venosa. Ou seja, nem todo paciente com úlcera venosa (UV) têm veias varicosas o que não deixa claro se as veias são condições predisponentes ou, simplesmente, uma condição associada[51].

Como fatores predisponentes, 65% das veias varicosas são de origem hereditária, seguido das profissões que exigem permanência por longos períodos em pé e o gênero feminino[52].

O edema, sinal mais comum da IVC, usualmente na região maleolar, às vezes na perna e no pé, é resultado do extravasamento de substancias dos vasos para o espaço intersticial celular e caracterizado por um amento no volume de fluídos da pele[48].

A incompetência da bomba de músculo da panturrilha leva à distensão do leito dos vasos capilares ocasionando aumento da pressão hidrostática capilar. Precocemente observado no final da tarde, agrava-se quando a permanência em pé é longa, mas, regride após o membro ser descansado na posição dorsal com os membros elevados. Porém, nos estágios avançados da IVC tende a não regredir evoluindo para fibrose subcutânea em resposta ao extravasamento de hemácias e proteínas plasmáticas[38,52].

É de consistência mole e pode ter vários graus. Fundamentalmente, para formação do edema, a pressão venosa deve ter valores entre 11 e 15 mmHg e isso ocorre na posição ortostática e em imobilidade, já que a pressão chega a níveis de 89 a 90 mmHg[38].

O edema de longa duração, rico em proteínas, propicia o desenvolvimento da celulite e da erisipela. Devido a picadas de insetos, pequenas fissuras ou ferimentos, bactérias gram negativas penetram na pele e encontram esse ambiente adequado gerando infeção da mesma e do tecido subcutâneo ocasionado a celulite. Infeccionando a rede linfática, causa a erisipela[53]. Ambas, devido à inflamação, podem atingir grandes extensões da perna, gerar dor intensa, febre e hiperemia além de obstrução linfática[53].

Outro sinal clínico decorrente da hipertensão venosa é a hiperpigmentação. Com o extravasamento das hemácias e de grandes moléculas de proteínas para o espaço intersticial, acontece a degradação das hemácias em hemossiderina, provocando a coloração castanho azulada ou marrom-acinzentada na pele[35, 54].

Já a dermatite venosa, também conhecida como eczema ou dermatite de estase, é caracterizada por edema, eritema, descamação, prurido intenso e exsudato e comumente surge na região hiperpigmentada ou nas regiões em torno das ulceras congestionadas na parte distal da perna. Somadas, essas modificações, causam maceração e fissuras na pele comprometendo sua função de barreira[54].

Indicativo de doença venosa antiga, a lipodermatoesclerose caracteriza-se por uma pele circunjacente retraída e fibrótica ou endurecida, resultado do edema crônico com o deposito de fibrina e a presença de mediadores inflamatórios. Incialmente acomete a porção da perna acima do maléolo, com endurecimento difuso da pele, não delimitada, eritematosa, dolorosa e quente. Já em fase avançada, causa alto grau de endurecimento da pele e diminui a capacidade de cicatrização[53].

A coroa flebectásia, por sua vez, está relacionada à incompetência das veias perfurantes e é caracterizada pela distensão das veias da região interna ou externa do maléolo. Ocorre em função do esgaçamento da derme associado à diminuição do aporte sanguíneo, tornando a pele suscetível a trauma[51].

Todas essas complicações evoluem lentamente, mas, a mais grave e importante é a ulceração. Por isso, entender os aspectos etiológicos e fisiopatológicos da úlcera venosa (UV) é de suma importância a fim de diminuir a incidência e recorrência, proporcionando qualidade de vida aos portadores por meio de medidas preventivas e tratamento adequado[55]. Já que estudos de fatores de risco constataram que 50% dos pacientes tinham história prévia de trauma no membro inferior afetado, o que significa risco de 2,4% de desenvolvimento de IVC, cerca de 45% dos pacientes apresentaram histórico de tromboflebite, o que representa risco de desenvolvimento de IVC de 25,7% e um histórico familiar de IVC ou varizes também estavam associados a um amento na incidência[38,56,57].

Contrastando com um risco nulo de óbito, a Insuficiência Venosa Crônica causa uma elevada morbidade quando no estado ulcerativo, comprometendo aspectos sociais, psicológicos, econômicos, familiares entre outros, os portadores[55].

3.3 Úlcera Venosa – UV

As ulceras venosas são lesões crônicas que correspondem a 70% a 80% das ulceras de membros inferiores e que estão associadas a hipertensão venosa[58].

De origem espontânea ou traumática, pode ser secundária a episódio de erisipela e celulite, por exemplo. Localizada em qualquer parte da perna, porém mais comum na região do maléolo e do terço distal da perna medial[40,59].

De evolução lenta, única ou múltipla, possui como características as bordas com margens planas e irregulares, leito raso e avermelhado, podendo conter fibrina ou esfacelos aderentes e frouxos e raramente apresenta tecido necrótico[40,60,61].

Caracteriza-se também por ser muito exsudativa, dolorosa, porem com melhora com elevação do membro e se podendo ser purulenta, o que indica processo infeccioso[40,56,62,63].

Considerando as atividades de vida diária e a autonomia do portador, afeta diretamente sua capacidade produtiva de trabalhar, ocasionando afastamento médico temporário ou até mesmo aposentadoria, além de diminuir drasticamente as capacidades para realização de exercício físico, autocuidado e lazer, significando para o portador uma vida com dor, perda de mobilidade e queda da qualidade de vida[55,58].

Para o diagnóstico da úlcera venosa, faz-se necessário uma anamnese profunda, envolvendo histórico pessoal e da lesão, antecedentes, exame físico, tipos de tratamentos, entre outros[53,56].

Para o histórico pessoal, informações sobre idade, peso, ocupação, doenças correlacionadas são fundamentais. Já para a história clínica, presença de dor, edema, tipos de tecidos viáveis e inviáveis, dermatite são sinais e sintomas específicos[40]

Ao exame físico, a localização na região lateral do medial do maléolo, assim como veias varicosas, lipodermatoesclerose, púrpura, prurido, exsudação, odor e mudanças no pigmento tissular são constantes[64,40].

Usual e inicialmente o leito das lesões contém fibrina, mas a predominância é de tecido de granulação, com possiblidade de encontrar-se tecido desvitalizado e necrosado[40,65].

Auxiliando o diagnóstico clínico, exames complementares, como o índice tornozelo-braquial (ITB) serve para avaliar a ocorrência de comprometimento arterial, assim como a biópsia da base da úlcera e a cultura do fragmento biopsiado servem para indicar presença de microrganismos e direcionar o tratamento[40,48,49,66].

O tratamento é complexo e baseia-se no cuidar holístico. Estudos evidenciam que a terapia compressiva é imprescindível no tratamento da IVC e da UV, já que diminui a hipertensão venosa causadora e mantenedora da lesão, favorecendo a cura tecidual e reduzindo sinais e sintomas presentes[67].

Fisicamente, a terapia compressiva aumenta à pressão tissular melhorando a reabsorção do edema e a drenagem linfática. Na macrocirculação, aumenta o retorno venoso profundo e diminui o refluxo de sangue durante a deambulação. Já na

microcirculação, diminui a saída de líquidos e macromoléculas dos capilares e vênulas para o interstício, além de favorecer a atividade fibrinolítica[47].

Usualmente, como forma de tratamento compressivo, as bandagens compressivas, a bota de Unna e as meias elásticas têm sido as mais utilizadas[40,46,53, 68].

A terapia compressiva também está associada ao controle das endopeptidases, conhecidas como metaloproteinases (MMP´s) e de seus inibidores (TIMP´s)[69]. As MMP´s quando em desequilíbrio re-capta o zinco presente na matriz extracelular resultando em uma ação inflamatória desequilibrada que dificulta a cura da lesão[69].

4. MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Feridas Complexas da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras junto ao Serviço de Cirurgia Plástica (ACPL) localizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) situado na cidade de São Paulo-SP, no período de 02/abril a 23/julho de 2015, mediante solicitação e aceitação por parte da Diretoria do ambulatório (APÊNDICES A e B).

4.3 Amostra

A amostra do estudo foi composta por 74 pacientes por conveniência do tipo consecutiva por saturação. A escolha dos participantes, nesse tipo de amostragem resultou do arrolamento de todos os indivíduos acessíveis no período de tempo determinado no estudo.

4.4 Recrutamento e Seleção dos Pacientes

Os participantes da pesquisa foram recrutados no Ambulatório de Feridas Complexas da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras junto ao Serviço de Cirurgia Plástica (ACPL) localizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) por meio de convite durante as consultas de retorno ou de primeira vez. Os interessados foram então selecionados mediante os critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade adotados pela pesquisa.

4.5 Critérios de Inclusão, Exclusão e Descontinuidade

4.5.1 Critérios de Inclusão

Para a realização desse estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser paciente do Ambulatório de Feridas Complexas da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras junto ao Serviço de Cirurgia Plástica (ACPL) localizado

no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP);

- Ter idade igual ou acima de 18 anos;
- Apresentar úlcera de perna de membros inferiores decorrente de Insuficiência Venosa Crônica diagnosticada e registrada em prontuário médico previamente, com classificação CEAP 6;
- Estar orientado e em condições de ser entrevistado e avaliado clinicamente o membro acometido pela úlcera.

4.5.2 Critérios, Exclusão e Descontinuidade

Os critérios para possíveis exclusões e descontinuidade na pesquisa foram:

- Apresentar ferida oncológica, arterial ou de etiologia mista, porque tais feridas apresentam características diferenciadas das UV típicas;
- Solicitar saída do estudo e não ter concluído o preenchimento das informações dos instrumentos da coleta de dados.

4.6 Procedimentos da Coleta de Dados

A coleta de dados e avaliação clínica foi realizada semanalmente às quintas-feiras (exceto feriados e/ou emendas de feriados) no período da manhã (das 08h00min às 11h00min), dia e horário em que os pacientes eram atendidos no ambulatório.

O estudo foi conduzido pelo pesquisador (aluno do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos) que ficou com a incumbência de convidar os participantes a participarem da pesquisa, submeter os mesmo aos procedimentos éticos e prepara-los (explicando os procedimentos, esclarecendo dúvidas, acompanhando e auxiliando na retirada de curativos pré-existentes) bem como os questionando sobre seus dados sociodemográficos e clínicos que coubessem a serem apenas questionados.

Os procedimentos executados foram:

- Na sala de espera, todos os pacientes, ou familiares, ou cuidadores responsáveis, foram abordados com saudação, apresentação pessoal, explicação do tema e do objetivo da pesquisa. Os mesmos eram então convidados a participar do estudo;

- Diante da aceitação, era lido e/ou entregue para leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (APÊNDICE C) e qualquer dúvida era esclarecida sobre o objetivo, os resultados esperados, a liberdade da participação e/ou abandono, os riscos envolvidos, a legislação respeitada, a privacidade de quem optasse por participar bem como os dados seriam utilizados;
- Em seguida a assinatura do participante era colhida no TCLE e uma via entregue ao mesmo e outra recolhida;
- Posteriormente, o questionário contendo os dados sociodemográficos (APÊNDICE D) era preenchido com as respostas/informações dadas pelo paciente e/ou acompanhante e as perguntas passíveis (como idade e gênero) eram confirmadas com observação registradas no prontuário médico;
- Ao termino no questionário sociodemográfico, as perguntas que careciam de respostas referidas (como peso, altura, o padrão de sono, queixa de dor no membro acometido no momento da entrevista e o inventário da dor) eram feitas e registradas no questionário clínico (APÊNDICE E);
- Após serem convidados a adentrarem aos consultórios pelos funcionários da Instituição, antes que fosse realizada a consulta médica, os participantes eram acompanhados e/ou auxiliados na abertura (retirada) do curativo pré-existente. Nesse momento, inicialmente as lesões eram fotografadas e, outros dados do instrumento clínico, eram preenchidos (como número de lesões ativas, membro acometido, localização da lesão, presença de edema, hiperemia, hipertemia, características periulceral, tempo de lesão, lesões cicatrizadas, recidivas na lesão ativa, uso de medicações de uso contínuo, como o mesmo achava que teria adquirido a lesão, se estavam usando terapia compressiva);
- As lesões ativas eram mensuradas quanto a comprimento e largura (planimetria) com uma régua graduada em milímetros. Os dados também lançados no instrumento clínico;
- Dando continuidade a rotina da Instituição, a consulta médica era então realizada, com acompanhamento de dados que poderiam ser utilizados na pesquisa (como a cobertura em que o paciente estava utilizando no tratamento);
- Ao final da consulta, a equipe de enfermagem realizava o curativo prescrito e eram dadas as orientações médicas e de enfermagem para o ambiente domiciliar;

- Novamente na sala de espera, minutos após (média de 7 minutos) o término do curativo realizado, o paciente era questionado novamente sobre a presença de dor na lesão e dispensado;
- Finalizando os procedimentos, os últimos dados existentes sobre os aspectos clínicos (presença de patologias crônicas, prescrição de medicamentos com finalidade analgésica e prescrição de cobertura para uso domiciliar sobre a lesão e/ou membro acometido pela lesão);
- A fim de manter a inclusão no estudo, o critério de diagnóstico médico de Insuficiência Venosa Crônica diagnosticada previamente e/ou valor de Índice Tornozelo/Braquial (ITB) maior que 0,8 era consultado no prontuário.

Os procedimentos estão descritos conforme resumo apresentado a seguir no quadro 3.

Quadro 2. Procedimentos a serem realizados com os participantes.

Ordem dos Procedimentos	Descrição dos Procedimentos	Responsável
1º	Solicitação para participação.	Pesquisador
2º	Coleta da assinatura do TCLE.	Pesquisador
3º	Preenchimento do questionário de dados epidemiológicos.	Pesquisador
4º	Acompanhamento/auxilio na retirada de curativo pré-existente.	Pesquisador
5º	Coleta de dados clínicos com instrumento contendo o PUSH.	Pesquisador
6º	Pl.	Pesquisador
7º	Registro fotográfico.	Pesquisador

4.7 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi dividida e realizada por meio de dois instrumentos divididos em dados sociodemográficos (APÊNDICE D) e clínicos (APÊNDICE E).

4.7.1Instrumento de Avaliação das Características Sociodemográficas

Os dados sociodemográficos dos participantes foram coletados por meio de um instrumento pré-elaborado contendo 21 itens. As categorias foram as seguintes:

- Idade, gênero, etnia, estado civil, ocupação, local de residência, tipo de moradia, presença de cuidador, escolaridade, religião, renda, naturalidade, hábitos etilistas e tabagistas, atividades de lazer, responsável pela realização do curativo, frequência de troca diária de curativo, frequência com que vai a serviços de saúde, tipos de serviços de saúde que utiliza, responsável pelo fornecimento/aquisição do material usado no curativo.

4.7.2 Instrumento de Avaliação dos Dados Clínicos

Os dados clínicos dos participantes foram coletados por meio da utilização de planimetria (comprimento e largura da lesão), registro fotográfico e um instrumento contendo 23 categorias. As categorias clínicas formam:

- Peso, altura, padrão de sono, medicamento de uso contínuo, presença de patologias crônicas, como acha que adquiriu a ferida, numero de lesões, membro(s) acometido(s) pela(s) lesão(ões), localização da(s) lesão(ões), presença de edema, hipertemia e hiperemia no(s) membro(s) acometido(s), características da região periulceral, tipo de tratamento utilizado a domicílio, tempo de lesão(ões) ativa(s), presença de recidivas, presença de dor no(s) membro(s) com a(s) UV(s), o tamanho da(s) lesão(ões) – comprimento X largura, a quantidade de exsudato e o tipo de tecido presente no leito da ferida.

Por meio de instrumentos traduzidos, adaptados culturalmente e validados para o português do Brasil, os dados clínicos foram colhidos por meio de cinco escalas:

- *Pressure Ulcer Scale for Healing*
- *Pittsburg Sleep Quality Index*
- Escala Numérica da Dor
- Índice de Manejo da Dor
- Inventário Breve da Dor

4.7.2.1Pressure Ulcer Scale for Healing

O tamanho da (s) lesão (ões) – comprimento X largura, a quantidade de exsudato e o tipo de tecido presente no leito da ferida, foi colhido e implementado junto a um questionário clínico por meio de um instrumento traduzido e validado para o português do Brasil – *Pressure Ulcer Scale for Healing* (também conhecida como escala de PUSH) para Avaliação de Úlceras Crônicas de Perna versão 2007. O PUSH foi desenvolvido e validado em 1996 pelo PUSH Task Force do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), órgão norte-americano responsável pela definição de normas de prevenção e tratamento de UP, que fundamenta as políticas de saúde adotadas pela Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) naquele país[70,71]. Tratou-se de um instrumento composto de três parâmetros ou variáveis:

- área da ferida, relacionada ao maior comprimento (no sentido céfalo-caudal) versus a maior largura (em linha horizontal da direita para a esquerda), em centímetros quadrados. Após a multiplicação das duas medidas para obtenção da área da ferida, encontram-se valores que variam de 0 a > 24cm^2 e escores que variam de 0 a 10, conforme a área obtida.

- quantidade de exsudato presente na ferida, avaliada após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico. É classificada como ausente, pequena, moderada e grande, que correspondem a escores de 0 (ausente) a 3 (grande).

- aparência do leito da ferida, definida como o tipo de tecido prevalente nessa região, sendo especificada como: tecido necrótico (escara), de coloração preta, marrom ou castanha, que adere firmemente ao leito ou às bordas da ferida e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periférica; esfacelo, tecido de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões, ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso; tecido de granulação, de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa; tecido epitelial aparece como

novo tecido róseo ou brilhante que se desenvolve a partir das bordas, ou como “ilhas” na superfície da lesão (feridas superficiais) e ferida fechada ou recoberta, aquela completamente recoberta com epitélio. Esses tecidos correspondem aos escores 0 (ferida fechada), 1 (tecido epitelial), 2 (tecido de granulação), 3 (esfacelo) e 4 (tecido necrótico).

No Brasil, o PUSH foi adaptado e validado por Santos e colaboradores, tanto para utilização em UP[72] como em úlceras de perna[73].O processo de adaptação cultural e validação não foi desenvolvido simultaneamente para ambos tipos de feridas crônicas, embora tenham constituído parte do mesmo projeto, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). O instrumento original foi, inicialmente, traduzido e retro-traduzido distintamente por dois enfermeiros brasileiros, fluentes no idioma inglês. Tanto a versão original como as resultantes dessa etapa foram submetidas à avaliação comparativa por um comitê de juízes composto de três enfermeiros especialistas em estomaterapia, fluentes na língua inglesa e que aceitaram participar do estudo. A avaliação referiu-se às equivalências semântica, idiomática e conceitual, exigindo-se nível de concordância de, no mínimo, 80% entre os especialistas para a incorporação das sugestões apresentadas. Somente sugestões quanto à construção das sentenças foram indicadas, sendo totalmente incorporadas não só por atingirem 100% de concordância como por facilitarem a compreensão. A versão adaptada do PUSH - que demonstrou equivalências semântica, idiomática e conceitual quando comparada à versão original, ou seja, validade de conteúdo foi então submetida ao teste de outras propriedades de medida, tanto em pacientes com UP como aqueles com úlceras de perna em geral, resultando em duas publicações[70,71].

4.7.2.2 *Pittsburg Sleep Quality Index*

Considerando o padrão de sono dos pacientes avaliados foi implementado junto ao formulário o *Pittsburg Sleep Quality Index* traduzido, adaptado culturalmente e validado em português, versão 2008 (PSGI-BR)[74]. O PSQI foi elaborado em 1989 por Buysse DJ para avaliar a qualidade do sono em relação ao último mês. Este é um período intermediário entre os questionários que avaliam somente a noite anterior, não sendo capaz de detectar padrões de disfunção, e aqueles que avaliam o ultimo ano ou mais, não indicando a gravidade de um problema no presente momento. Trata-se de um importante

instrumento, pois fornece a combinação de informações qualitativas e quantitativas sobre o sono[75].

Este questionário é composto por 19 itens que são agrupados em sete componentes, cada qual pontuado em uma escala de 0 a 3. Os componentes são respectivamente: (1) a qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) as alterações do sono; (6) o uso de medicações para o sono; e (7) a disfunção diurna. Os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono[75].

4.6.2.3 Escala Numérica da Dor

Em relação à avaliação de dor nos pacientes foi adotado foi utilizada a Escala Numérica da Dor. Esse instrumento permite quantificar a intensidade da dor usando números. Geralmente possui 11 pontos, de 0 a 10. Podendo ser de 6 pontos (0 a 5), de 21 pontos (0 a 20) e de 101 pontos (0 a 100). O ponto 0 (zero) representa nenhuma dor e 10 (dez) representa a pior dor possível. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente[76].

A Escala Numérica mostra-se fidedigna quando utilizada para mensuração da intensidade de dor, embora proporção considerável de indivíduos tenha apresentado dificuldades em utilizá-la, dada a necessidade de domínio das propriedades aritméticas[76]. A Escala Numérica da Dor encontra-se representada na figura a baixo:

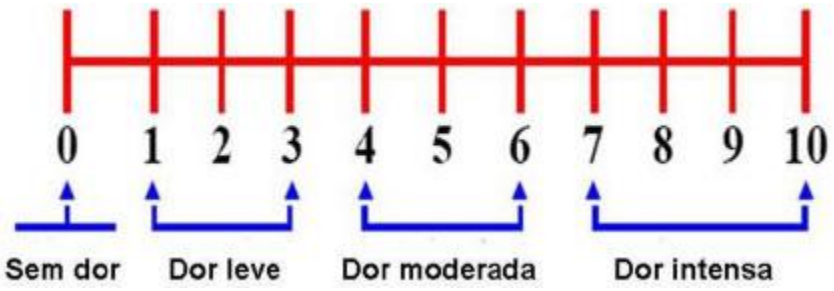

Figura 4. Escala Numérica da Dor

4.7.2.4 Índice de Manejo da Dor

Ainda para avaliação da dor, foi empregado o instrumento o Índice de Manejo da Dor (IMD). O IMD foi proposto por Cleeland em 1994 para analisar a potência analgésica frente à intensidade da dor referida pelo indivíduo[77]. Os analgésicos são classificados segundo sua potência (PA) em:

- 0 – ausência de medicamento analgésico
- 1 – analgésico anti-inflamatório não hormonal (AINH)
- 2 – opióide fraco (codeína, tramadol)
- 3 – opióide forte (morfina, meperidina)

E a intensidade da dor (ID) é classificada em:

- 0 – sem dor
- 1 – dor leve (1 – 4)
- 2 – dor moderada (5 – 7)
- 3 – dor intensa (8 – 10)

O IMD é obtido por meio de uma subtração simples. Assim, subtrai-se do valor atribuído a potência do analgésico (PA) a intensidade da dor referida pelo paciente (ID), isto é, o IMD = PA – ID. O resultado do IMD poderá variar de -3 a +3 onde, os escores negativos indicam inadequação analgésica enquanto que os escores positivos ou zero, a adequação da mesma[77].

4.6.2.5 Inventário Breve da Dor

Já o Brief Pain Inventory (BPI), também conhecido como Inventário Breve da Dor, proposto por Cleeland em 1994, outro instrumento que também foi aplicado para avaliar a dor. O mesmo é utilizado para mensurar a intensidade da dor e seu impacto em algumas áreas da vida do paciente[78]. Este instrumento inclui 15 itens, subdivididos em duas partes: a primeira que avalia a intensidade da dor (8 itens) e a segunda, que avalia a interferência da dor em aspectos da vida (7 itens): nas atividades em geral, no humor, na habilidade de caminhar, no sono, no trabalho, no relacionamentos com outras pessoas e no aproveitamento da vida. A intensidade da dor é avaliada pelo paciente nas ultimas 24 horas em uma escala numérica de o (ausência de dor) a 10 (tão forte quanto se possa imaginar). O BPI foi traduzido para o português do Brasil por clínicos e pesquisadores do

Centro Multidisciplinar da Dor do Hospital das Clínicas da FMUSP com concordância aceitável em todos os itens[79].

4.7 Tratamento dos Dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Para a análise de associação entre as variáveis independentes e os desfechos, dor e qualidade do sono, aplicou-se o teste de associação pelo Qui-Quadrado (χ^2). Modelos de regressão logística multinomial univariados e múltiplos foram utilizados para verificar a odds ratio (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Para a entrada das variáveis no modelo múltiplo foram consideradas as variáveis com valor de $p<0,20$.

Assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p\leq0,05$) para significância estatística. Os dados foram digitados em Excel e analisados pelo programa SPSS versão 22.0 para Windows.

4.8 Aspectos Éticos

Em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país, o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (ANEXO A). Como parte das exigências presente na Resolução 466/2012, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C) para obtenção do consentimento dos participantes sobre a participação no estudo.

4.8.1 Procedimentos Éticos

- **Descrição de métodos que afetariam os participantes da pesquisa**: a exposição bem como a mensuração das lesões, o tempo que convivia com a lesão, o questionamento sobre a existência de doenças crônicas e sobre a presença de dor

e a qualidade do sono, considera-se que tais questionamentos poderiam deixar o participante constrangido.

- **Descrição de riscos com avaliação de gravidade**: o risco da participação na pesquisa poderia ser considerado mínimo e se caracterizaria pelo constrangimento das perguntas e da exposição das lesões.
- **Medidas de proteção e confidencialidade**: caso o participante se sentisse constrangido poderia a qualquer momento abandonar a pesquisa e não seria/será identificado em nenhum relatório.
- **Previsão de ressarcimento de gastos**: não haveria ressarcimento de gastos para os participantes da pesquisa.
- **Análise crítica dos riscos e benefícios**: os resultados desta pesquisa não beneficiariam diretamente os participantes, entretanto os achados poderão propiciar aos profissionais de saúde que cuidam desses pacientes melhores referências quanto ao perfil clínico, álgico, de sono e sociodemográficos dos portadores de úlcera venosa crônica que culminem com ações para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação adequada às reais necessidades desta população.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram divididos em três seções, a saber: análise descritiva, análise inferencial para o desfecho dor e análise inferencial para o desfecho qualidade do sono.

5.1 Análise descritiva

A amostra desta pesquisa foi composta por 74 pacientes, sendo 67,6% do gênero feminino (Tabela 1). A média de idade foi de 57,2 anos (dp=10,9), mediana de 59, variando entre 24 e 82 anos.

Tabela 1 – Número e percentual de pacientes, segundo características demográficas e socioeconômicas.

Variável	Categoria	N	(%)
Gênero	Masculino	24	(32,4)
	Feminino	50	(67,6)
Naturalidade	Sudeste (excluídos casos de SP)	23	(31,1)
	São Paulo	15	(20,3)
	Outros	36	(48,6)
Local de residência*	Sudeste (excluídos casos de SP)	41	(55,4)
	São Paulo	23	(31,1)
	Outros	10	(13,5)
Estado Civil	Amasiado	4	(5,4)
	Casado	21	(28,4)
	Divorciado	2	(2,7)
	Solteiro	31	(41,9)
	Viúvo	16	(21,6)

Escolaridade	1° grau incompleto	34	(45,9)
	1° grau completo	21	(28,4)
	2° grau incompleto	13	(17,6)
	2° grau completo	4	(5,4)
	Superior incompleto	1	(1,4)
	Superior completo	1	(1,4)
Ocupação	Afastado	20	(27,0)
	Aposentado	37	(50,0)
	Ativo	12	(16,2)
	Desempregado	15	(6,8)
Renda (salários mínimos)	Até 1	56	(75,7)
	1 a 2	4	(5,4)
	2 a 3	14	(18,9)
Religião	Católica	43	(58,1)
	Evangélica	30	(40,5)
	Outras	1	(1,4)
Total		74	(100,0)

* 100% dos pacientes responderam como tipo de residência alvenaria.

Na Tabela 2, destaca-se que 73,0% dos pacientes nunca fumaram. Em relação ao etilismo, dos pacientes que pararam de beber (18,9%), somente um paciente, parou a 2 anos enquanto os demais, não faziam uso há mais de 10 anos.

Tabela 2 – Número e percentual de pacientes, segundo hábitos de vida e cuidados com a lesão.

Variável	Categoria	N	(%)
Tabagismo	Nunca fumou	54	(73,0)
	Parou de fumar a menos de 5 anos	2	(2,7)
	Parou de fumar entre 10 e 20 anos atrás	7	(9,5)
	Parou de fumar a mais de 30 anos	11	(14,9)
Etilismo	Nunca bebeu	32	(43,2)
	Parou de beber	14	(18,9)
	Bebe socialmente	28	(37,8)
Lazer	Não tem	25	(33,8)
	Raramente	22	(29,7)

	Compromissos religiosos	14	(18,9)
	Casa de familiares	13	(17,6)
Presença de cuidador	Não	32	(43,2)
	Sim – cônjuge	25	(33,8)
	Sim – parente	17	(23,0)
Responsável pelo curativo	Paciente	57	(77,0)
	Cônjuge	6	(8,1)
	Familiar	11	(14,9)
Frequência da troca do curativo	Uma vez ao dia	17	(23,0)
	Duas vezes ao dia	43	(58,1)
	Três vezes ao dia	14	(18,9)
Frequência de idas aos serviços de saúde	Uma a duas vezes na semana	16	(21,6)
	Três a cinco vezes na semana	3	(4,1)
	Quinzenalmente	29	(39,2)
	Mensalmente	23	(31,1)
	Outras	3	(4,1)
Fonte do material para o curativo	Estado	25	(33,8)
	Prefeitura	38	(51,4)
	Recursos próprios	11	(14,9)
Total		74	(100,0)

Observa-se na Tabela 3 que, 51,4% dos pacientes apresentam qualidade do sono ruim. Em relação ao escore PSQI a média dos pacientes foi de 7,5 pontos (dp=3,4), mediana de 7 pontos, com valor mínimo de 2 e máximo de 14 pontos. A média de peso dos pacientes da amostra foi de 76,8 kg (dp=10,2), mediana de 77 kg, mínimo de 48 e máximo de 96 kg. Quanto à altura, a média foi de 1,7 m (dp=0,09), mediana de 1,7, variando entre 1,5 a 1,9 metros de altura. O índice de massa corpórea (IMC) apresentou média de 27,5 kg/m^2 (dp=3,5), mediana de 27,3 kg/m^2, com valores entre 18,5 e 36,1 kg/m$^{2.}$

Destacam-se também as lesões, tendo 82,4% destas cicatrizadas e 13,5% dos pacientes nunca presentaram recidivas (Tabela 3).

Na Tabela 4, a característica da lesão mais frequente foi a hiperemia em 81,1% dos pacientes.

Tabela 3 – Número e percentual de pacientes, segundo características clínicas.

Variável	Categoria	n	(%)
IMC (kg/m^2)	Eutrófico (≥ 18,5 e < 25)	12	(16,2)
	Sobrepeso (≥ 25 e < 30)	42	(56,8)
	Obeso (≥ 30)	20	(27,0)
PSQI (qualidade do sono)	0 a 4 – muito boa	21	(28,4)
	5 a 10 – ruim	38	(51,4)
	> distúrbio do sono	15	(20,3)
Número de lesões ativas	Uma	52	(70,3)
	Duas	21	(28,1)
	Três	1	(1,4)
Membro acometido	MID	30	(40,5)
	MIE	32	(43,2)
	Ambos	12	(16,2)
Localização da lesão	DEP	33	(44,6)
	DIP	39	(52,7)
	DEP e DIP	1	(1,4)
	MEP	1	(1,4)

Edema no membro acometido	Não	29	(39,2)
	Sim +	33	(44,6)
	Sim ++	2	(10,8)
	Sim +++	4	(5,4)
Anos com as lesões	Um a três	13	(17,6)
	Três a cinco	4	(5,4)
	Cinco a dez	14	(18,9)
	Dez a vinte	16	(21,6)
	> 20	27	(36,5)
Lesões cicatrizadas	Não	13	(17,6)
	Sim	61	(82,4)
Recidivas	Não	10	(13,5)
	Uma vez	9	(12,2)
	Duas a três vezes	24	(32,4)
	Quatro a cinco vezes	14	(18,9)
	> 5 vezes	17	(23,0)
Presença de doença crônica	Não	6	(8,1)
	Sim	63	(85,1)
	Não sabe	5	(6,8)
Uso de medicamento contínuo	Não	14	(18,9)
	Sim	60	(81,1)
Total		74	(100,0)

Tabela 4– Número e percentual de pacientes, segundo característica da lesão no membro afetado.

Variável	Categoria	n	(%)
Hiperemia	Não	14	(18,9)
	Sim	60	(81,1)
Hipertemia	Não	52	(70,3)
	Sim	22	(29,7)
Periulcera edemaciada	Não	57	(77,0)
	Sim	17	(23,0)
Periulcera hipertérmica	Não	55	(74,3)
	Sim	19	(25,7)
Periulcera fria	Não	22	(29,7)
	Sim	52	(70,3)
Periulcera desidratada	Não	49	(66,2)
	Sim	25	(33,8)
Periulcera endurecida	Não	52	(70,3)

	Sim	22	(29,7)
Periulcera com flutuação	Não	64	(86,5)
	Sim	10	(13,5)
Periulcera descamada	Não	53	(71,6)
	Sim	21	(28,4)
Periulcera ruborizada	Não	12	(16,2)
	Sim	62	(83,8)
Total		74	(100,0)

As características das lesões podem ainda ser visualizadas nas figuras 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16.

Figura 5. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 6. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 7. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 8. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 9. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 10. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 11. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 12. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 13. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 14. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 15. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Figura 16. Características da lesão de um participante com UV – São Paulo – Abr 2015 – Jul 2015.

Destaca-se na Tabela 5 que, 32,4% do pacientes atribuem a presença da lesão devido às varizes no membro afetado.

Tabela 5 – Número e percentual de pacientes, segundo aquisição da lesão.

Variável	Categoria	n	(%)
Como acho que adquiriu a lesão?	Após acidente	2	(2,7)
	Após erisipela	1	(1,4)
	Após trauma	8	(10,8)
	Após trombose	1	(1,4)
	Arranhão	1	(1,4)
	Bolhas	6	(8,1)
	Coceira	11	(14,9)
	Ficar de pé	8	(10,8)
	Mordida de cachorro	1	(1,4)
	Pele fina	1	(1,4)
	Peso	1	(1,4)
	Picada	3	(4,1)
	Queda	1	(1,4)
	Varizes	24	(32,4)
	Não sabe	5	(6,8)
Total		74	(100,0)

Na Tabela 6, observa-se que frequência de dor nas categorias moderada e severa foi superior pós o curativo. As categorias moderada e severa antes da troca do curativo apresentaram frequências relativas de 23,0% e 17,6%, respectivamente, enquanto que pós o curativos ambas as categorias foram apresentaram frequência de 39,2%. Para comprovar tal afirmação, aplicou-se o teste dos Sinais que apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Pela análise do Inventário Breve de Dor, a média da amostra foi de 5,8 pontos (dp=2,4), mediana 6, variando entre 1 e 10, sendo a pontuação dez representante da interferência completa nas atividades dos pacientes. Quanto às medidas das feridas, a média para o comprimento foi de 7,8 cm (dp=4,9), mediana de 7,1 cm, mínimo de 1 e máximo de 28,2 cm. Para à largura, a média para o comprimento foi de 4,8 cm (dp=3,4), mediana de 4 cm, mínimo de 0,5 e máximo de 16,4 cm.

Tabela 6 – Número e percentual de pacientes, segundo características da dor, tratamento e tamanho da ferida.

Variável	Categoria	n	(%)
Queixa da dor antes do curativo	Ausência de dor	13	(17,6)
	Dor leve (1 a 4)	31	(41,9)
	Dor moderada (5 a 7)	17	(23,0)
	Dor intensa (8 a 10)	13	(17,6)
Queixa da dor após o curativo	Ausência de dor	3	(4,1)
	Dor leve (1 a 4)	13	(17,6)
	Dor moderada (5 a 7)	29	(39,2)
	Dor intensa (8 a 10)	29	(39,2)
IMD	Adequada	38	(51,4)
	Inadequada	36	(48,6)
Tratamento compressivo	Não	14	(18,9)
	Sim	60	(81,1)
Push cm^2 comprimento x largura	0,3 a 6	1	(1,4)
	0,7 a 1	3	(4,1)
	1,1 a 2	3	(4,1)
	2,1 a 3	4	(5,4)

	3,1 a 4	3	(4,1)
	4,1 a 8	6	(8,1)
	8,1 a 12	6	(8,1)
	12,1 a 24	15	(20,3)
	> 24	33	(44,6)
Push exsudato	Leve	4	(5,4)
	Moderado	27	(36,5)
	Grande	43	(58,1)
Push leito	Tecido epitelial	2	(2,7)
	Tecido granulação	43	(58,1)
	Esfacelo	27	(36,5)
	Tecido necrótico	2	(2,7)
Total		74	(100,0)

5.2 Análise inferencial para o desfecho dor

O primeiro desfecho a ser analisado foi a dor. Para esta análise as categorias da dor moderada e severa foram agrupadas a fim de viabilizar a analise de associação. Nas Tabelas 7, 8, 9 e 11, verifica-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e a presença de dor leve ou moderada/severa.

Na Tabela 10, verifica-se que o tempo de lesão apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de dor. Pacientes com lesão entre 5 a 10 anos apresentam uma probabilidade maior de terem dor moderada/severa (OR=14,00, p=0,039), bem como pacientes com lesão > 10 anos (OR=9,80; p=0,007) quando comparados aos pacientes com menor tempo de lesão, entre 1 e 5 anos. Para as lesões cicatrizadas, pacientes com lesões cicatrizadas apresentam uma chance de OR=6,07 (p=0,015) de terem dor leve em relação a pacientes com lesões não cicatrizadas. Da mesma forma, pacientes com lesões cicatrizadas apresentam uma probabilidade superior de terem dor moderada/severa (OR=33,83; p=0,002) quando comparados aos pacientes com lesões não cicatrizadas.

Verifica-se também que, pacientes com mais de três recidivas apresentam uma chance de OR=15,00 (p=0,009) para dor leve quando comparados a pacientes que não recidivaram. Para a associação com a dor moderada/severa, pacientes que tiveram entre 1 a 3 recidivas apresentam uma probabilidade superior de terem dor moderada/severa (OR=18,00; p=0,010) quando comparados aos pacientes que nunca recidivaram. O mesmo se observa para pacientes com > 3 recidivas (OR=42,00; p=0,005). Destaca-se nesta variável o efeito dose-resposta.

Tabela 7 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variável	Não	Queixa de dor leve	modera/severa	p(χ^2)	Queixa de dor leve			Queixa de dor moderada/severa		
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Faixa etária										
< 59	7 (19,4)	16 (44,4)	13 (36,1)	0,745	1.0			1.0		
≥ 59	6 (15,8)	15 (39,5)	17 (44,7)		1,09	0,30 – 4,01	0,892	1.23	0,41 – 5,64	0,527
Gênero										
Masculino	6 (25,0)	6 (25,0)	12 (50,0)	0,115	0,28	0,07 – 1,14	0,076	0,78	0,21 – 2,89	0,707
Feminino	7 (14,0)	25 (50,0)	18 (36,0)		1.0			1.0		
Estado civil										
Casado/amas.	4 (16,0)	11 (44,0)	10 (40,0)	0,956	1.0			1.0		
Solteiro/divor.	7 (21,2)	13 (39,4)	13 (39,4)		0,67	0,15 – 2,93	0,600	0,74	0,17 – 3,26	0,694
Viúvo	2 (12,5)	7 (43,8)	7 (43,8)		1,27	0,18 – 8,89	0,808	1,40	0,20 – 9,87	0,776
Escolaridade										
1° grau incomp.	8 (23,6)	13 (38,2)	13 (38,2)	0,744	0,81	0,06 – 10,48	0,874	0,54	0,05 – 6,14	0,621
1° grau com./2° incompleto	4 (11,8)	16 (47,1)	14 (41,2)		2,00	0,14 – 27,99	0,607	1.17	0,09 – 14,52	0,905
≥ 2° completo	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)		1.0			1.0		
Ocupação										
Não	12 (19,4)	25 (40,3)	25 (40,3)	0,630	1.0			1.0		
Sim	1 (8,3)	6 (50,0)	5 (41,7)		2,88	0,31 – 26,68	0,352	2,40	0,25 – 22,88	0,447
Religião										
Católica	7 (16,3)	19 (44,2)	17 (39,5)	0,934	1,13	0,29 – 4,39	0,859	0,93	0,24 – 3,62	0,921
Evangélica	5 (16,7)	12 (40,0)	13 (43,3)		1.0			1.0		
Renda										
Até 1 SM	11 (19,6)	26 (46,4)	19 (33,9)	0,124	0,94	0,16 – 5,63	0,951	0,31	0,06 – 1,68	0,177
≥ 1 SM	2 (11,1)	5 (27,8)	11 (61,1)		1.0			1.0		
Total	**13 (17,6)**	**31 (41,9)**	**25 (40,5)**							

* categoria de referência = não para queixa de dor

Tabela 8 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo característica de estilo de vida.

Variável	Queixa de dor									
	não	leve	modera/severa	p(χ^2)	Queixa de dor leve			Queixa de dor moderada/severa		
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Presença de cuidador										
Não	6 (18,8)	15 (46,9)	11 (34,4)	0,635	1.0			1.0		
Sim	7 (16,7)	16 (38,1)	19 (45,2)		0,91	0,25 – 3,35	0,892	1,48	0,40 – 5,54	0,560
Frequência que troca o curativo ao dia										
Uma vez	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)	0,524	1.0			1.0		
Duas vezes	10 (23,3)	18 (41,9)	15 (34,9)		0,26	0,03 – 2,40	0,233	0,17	0,02 – 1,53	0,113
Três vezes	2 (14,3)	6 (42,9)	6 (42,9)		0,43	0,03 – 5,98	0,529	0,33	0,02 – 4,55	0,410
Tabagista (parou em anos)										
Nunca fumou	8 (14,8)	25 (46,3)	21 (38,9)	0,087	1.0			1.0		
Parou < 5	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		--	--	--	--	--	--
Parou 10 e 20	1 (14,2)	3 (42,9)	3 (42,9)		0,96	0,09 – 10,57	0,973	1,14	0,10 – 12,66	0,913
Parou > 30	2 (18,2)	3 (27,3)	6 (54,5)		0,48	0,07 – 3,40	0,463	1,14	0,19 – 6,88	0,884
Etilista										
Não	9 (19,6)	22 (47,8)	15 (32,6)	0,203	1.0			1.0		
Sim	4 (14,3)	9 (32,1)	15 (53,6)		0,92	0,22 – 3,77	0,908	2,25	0,58 – 8,93	0,249
Lazer										
Não	4 (16,0)	10 (40,0)	11 (44,0)	0,908	1.0			1.0		
Sim	9 (18,4)	21 (42,9)	19 (38,8)		0,81	0,20 – 3,24	0,764	0,77	0,19 – 3,09	0,710
IMC (kg/m2)										
Eutrófico	2 (16,7)	6 (50,0)	4 (33,3)	0,176	1.0			1.0		
Sobrepeso	5 (11,9)	21 (50,0)	16 (38,1)		1,40	0,21 – 9,12	0,725	1,60	0,22 – 11,50	0,640
Obeso	6 (30,0)	4 (20,0)	10 (50,0)		0,22	0,03 – 1,17	0,148	0,83	0,11 – 6,01	0,857
PSQI										
0 a 4 muito boa	6 (28,5)	6 (28,5)	9 (42,9)	0,508	1.0			1.0		
5 a 10 ruim	5 (13,2)	18 (47,4)	15 (39,5)		3,60	0,80 – 16,20	0,095	2,00	0,47 – 8,49	0,348
distúrbio do sono	2 (13,3)	7 (46,7)	6 (40,0)		3,50	0,50 – 24,27	0,205	2,00	0,30 – 13,43	0,476
Total	**13 (17,6)**	**31 (41,9)**	**25 (40,5)**							

* categoria de referência = não para queixa de dor; -- valores zerados nas caselas

Tabela 9 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 1.

Variável	Queixa de dor			p(χ^2)	Queixa de dor leve			Queixa de dor moderada/severa		
	Não	Leve	modera/severa							
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Lesão ativa										
Uma	11 (21,2)	21 (40,4)	20 (38,5)	0,458	1.0			1.0		
≥ 2	2 (9,1)	10 (45,5)	10 (45,5)		2,62	0,49 – 14,11	0,263	2,75	0,51 – 14,86	0,240
Membro acometido										
Somente 1	12 (19,4)	26 (41,9)	24 (38,7)	0,603	1.0			1.0		
Ambos	1 (8,3)	5 (41,7)	6 (50,0)		2,31	0,24 – 21,97	0,467	3,00	0,32 – 27,83	0,334
Edema										
Não	4 (13,8)	13 (44,8)	12 (41,4)	0,589	1.0			1.0		
Sim +	7 (21,2)	11 (33,3)	15 (45,5)		0,48	0,11 – 2,10	0,332	0,71	0,17 – 3,03	0,648
Sim++ e Sim +++	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25,0)		1,08	0,16 – 7,42	0,940	0,50	0,06 – 4,15	0,521
Presença hiperemia										
Não	3 (21,4)	4 (28,6)	7 (50,0)	0,533	1.0			1.0		
Sim	10 (16,7)	27 (45,0)	23 (38,3)		2,02	0,38 – 10,69	0,406	0,99	0,21 – 4,61	0,985
Presença hipertemia										
Não	9 (17,3)	22 (42,3)	21 (40,4)	0,993	1.0			1.0		
Sim	4 (18,2)	9 (40,9)	9 (40,9)		0,92	0,22 – 3,77	0,908	0,96	0,23 – 3,96	0,960
Periulcera edemaciada										
Não	9 (15,8)	27 (47,4)	21 (36,8)	0,217	1.0			1.0		
Sim	4 (23,5)	4 (23,5)	9 (52,9)		0,33	0,07 – 1,61	0,172	0,96	0,23 – 3,96	0,960
Periulcerahipertermica										
Não	11 (20,0)	23 (41,8)	21 (38,2)	0,602	1.0			1.0		
Sim	2 (10,5)	8 (42,1)	9 (47,4)		1,91	0,38 – 10,56	0,457	2,36	0,43 – 12,86	0,322
Periulcera fria										
Não	4 (18,2)	8 (36,4)	10 (45,5)	0,810	1.0			1.0		
Sim	9 (17,3)	23 (44,2)	20 (38,5)		1,28	0,31 – 5,32	0,736	0,89	0,22 – 3,61	0,869
Total	**13 (17,6)**	**31 (41,9)**	**25 (40,5)**							

* categoria de referência = não para queixa de dor

Tabela 10 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 2.

Variável	Queixa de dor									
	Não	Leve	modera/severa	p(χ^2)	Queixa de dor leve			Queixa de dor moderada/severa		
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Periulcera desidratada										
Não	10 (20,4)	24 (49,0)	15 (30,6)	0,052	1.0			1.0		
Sim	3 (12,0)	7 (28,0)	15 (60,0)		0,97	0,21 – 4,54	0,971	3,33	0,76 – 14,58	0,110
Periulcera endurecida										
Não	12 (23,1)	22 (42,3)	18 (34,6)	0,103	1.0			1.0		
Sim	1 (4,5)	9 (40,9)	12 (54,5)		4,10	0,55 – 43,53	0,153	8,0	0,92 – 69,84	0,060
Periulcera com flutuação										
Não	11 (17,2)	26 (40,6)	27 (42,2)	0,764	1.0			1.0		
Sim	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)		1,06	0,18 – 6,30	0,951	0,61	0,09 – 4,17	0,615
Periulcera descamada										
Não	13 (24,5)	22 (41,5)	18 (34,0)	0,208	1.0			1.0		
Sim	0 (0,0)	9 (42,9)	12 (57,1)		--	--	--	--	--	--
Periulceraruborisada										
Não	4 (33,3)	5 (41,7)	3 (25,0)	0,237	1.0			1.0		
Sim	9 (14,5)	26 (41,9)	27 (43,5)		2,31	0,51 – 10,54	0,279	4,00	0,75 – 21,38	0,105
Tempo lesões										
1 a 5 anos	7 (41,2)	7 (41,2)	3 (17,6)	0,035	1.0			1.0		
5 a 10 anos	1 (7,1)	7 (50,0)	6 (42,9)		7,00	0,67 – 72,86	0,104	14,00	1,13 – 172,64	0,039
>10 anos	5 (11,6)	17 (39,5)	21 (48,8)		3,40	0,80 – 14,44	0,097	9,80	1,85 – 51,93	0,007
Lesões cicatrizadas										
Não	7 (53,8)	5 (38,5)	1 (7,7)	<0,001	1.0			1.0		
Sim	6 (9,8)	26 (42,6)	29 (47,5)		6,07	1,42 – 25,89	0,015	33,83	3,49 – 328,21	0,002
Recidivas										
Não	6 (60,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	0,003	1.0			1.0		
1 a 3	5 (15,2)	13 (39,4)	15 (45,5)		5,20	0,92 – 29,26	0,061	18,00	1,72 – 188,08	0,016
>3	2 (6,5)	15 (48,4)	14 (45,2)		15,00	1,98 – 113,56	0,009	42,00	3,17 – 556,48	0,005
Total	**13 (17,6)**	**31 (41,9)**	**25 (40,5)**							

* categoria de referência = não para queixa de dor; -- valores zerados nas caselas

Tabela 11 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 3.

Variável	Queixa de dor									
	Não	Leve	modera/severa	p(χ^2)	Queixa de dor leve			Queixa de dor moderada/severa		
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Doença crônica										
Não	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	0,348	1.0			1.0		
Sim	10 (15,9)	25 (39,7)	28 (44,4)		1,67	0,24 – 11,52	0,605	5,60	0,46 – 68,68	0,178
Uso medicamento contínuo										
Não	3 (21,4)	7 (50,0)	4 (28,5)	0,598	1.0			1.0		
Sim	10 (16,7)	24 (40,0)	26 (43,3)		1,03	0,22 – 4,80	0,971	1,95	0,37 – 10,31	0,432
Tratamento compressivo										
Não	2 (14,3)	6 (42,9)	6 (42,9)	0,936	1,32	0,23 – 7,60	0,756	1,38	0,24 – 7,93	0,722
Sim	11 (18,3)	25 (41,7)	24 (40,0)		1.0			1.0		
Push comprimento x largura										
Ate 12 cm^2	5 (19,2)	11 (42,3)	10 (38,5)	0,983	1.0			1.0		
12,1 a 24 cm^2	2 (13,3)	7 (46,7)	6 (40,0)		1,59	0,24 – 10,57	0,631	1,50	0,22 – 10,30	0,680
>24 cm^2	6 (18,2)	13 (39,4)	14 (42,4)		0,98	0,23 – 4,13	0,983	1,17	0,28 – 4,91	0,834
Push exsudato										
Leve	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	0,593	1.0			1.0		
Moderado	7 (25,9)	10 (37,0)	10 (37,0)		0,71	0,05 – 9,50	0,799	1,50	0,20 – 72,00	0,812
Grande	5 (11,6)	19 (44,2)	19 (44,2)		1,90	0,14 – 25,45	0,628	3,80	0,08 – 26,89	0,374
Push leito										
Tecido epitelial	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0,385	1.0			1.0		
Tecido granulação	8 (18,6)	20 (46,5)	15 (34,9)		--	--	--	1,87	0,10 – 34,13	0,671
Esfacelo	3 (11,1)	10 (37,0)	14 (51,9)		--	--	--	4,67	0,22 – 97,50	0,321
Tecido necrótico	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)		--	--	--	--	--	--
Total	**13 (17,6)**	**31 (41,9)**	**25 (40,5)**							

* categoria de referência = não para queixa de dor; -- valores zerados nas caselas

Na análise de regressão logística multinomial múltipla, observa-se que o fator independente para dor foi à presença de recidivas. Para dor leve, pacientes com > 3 recidivas apresentaram uma chance de OR=11,59 (p=0,022) de terem dor leve em relação a pacientes sem recidiva. Quanto à dor moderada e severa, verifica-se que pacientes com a presença de 1 a 3 recidivas (OR=13,44; p=0,032) ou > 3 recidivas (OR=26,79; p=0,015) apresentam chances para dor moderada/severa, sendo esta maior, quanto maior o número deste evento (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise de regressão logística multinomial múltipla para o desfecho dor.

Variável	Queixa de dor leve			Queixa de moderada/severa		
	OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	P
Recidiva						
Não	1.0			1.0		
1 a 3	4,42	0,76 – 25,75	0,98	13,44	1,25 – 145,00	0,032
>3	11,59	1,43 – 93,86	0,022	26,79	2,00 – 378,18	0,015

* categoria de referencia = não para queixa de dor; modelo ajustado pela variável periulcera endurecida; goodnessoffit do modelo = 0,65.

5.3 Análise inferencial para o desfecho qualidade do sono

Observa-se na Tabela 13 que a idade (ponto de corte pela mediana) apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade do sono ruim. Evidencia-se que os pacientes na faixa etária com 59 anos ou mais apresentam uma probabilidade inferior de terem qualidade de sono ruim, isto é, OR=0,21 (p=0,008), quando comparados a pacientes mais jovens. Na Tabela 14 nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa.

Na Tabela 15, a presença de hipertemia e periulcera hipertérmica apresentaram-se como fatores associados à presença do distúrbio do sono. Pacientes com hipertemia apresentam uma chance de OR=8,50 (p=0,006) de terem distúrbio do sono quando comparados aos pacientes sem a presença de hipertemia. Em relação aos pacientes com perieulcera hipertérmica, a chance de apresentar o distúrbio do sono foi de OR=9,00 (p=0,007) quando comparados aos pacientes que não apresentam periulcera hipertérmica.

Por outro lado, a periulcera fria mostrou-se como fator protetor para o distúrbio do sono. Pacientes com a presença de periulcera fria apresentam uma OR=0,16 (p=0,017)

para o distúrbio do sono quando comparados a pacientes com a ausência de periulcera fria (Tabela 15).

Na Tabela 16, pacientes com periulcera desitradata apresentam uma chance de OR=4,8 (p=0,033) de terem distúrbio do sono quando comparados aos pacientes sem a presença de periulcera desidratada. Na Tabela 17 não foram observada associações estaticamente significativas.

Tabela 13 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variável	Qualidade do sono			p(χ^2)	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	Muito boa	Ruim	Distúrbio							
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Faixa etária										
< 59	6 (16,7)	25 (69,4)	5 (13,9)	0,010	1.0			1.0		
≥ 59	15 (39,5)	13 (34,2)	10 (26,3)		0,21	0,06 – 0,66	0,008	0,80	0,19 – 3,35	0,760
Gênero										
Masculino	8 (33,3)	10 (41,7)	6 (25,0)	0,510	0,58	0,19 – 1,81	0,349	1,08	0,28 – 4,21	0,908
Feminino	13 (26,0)	28 (56,0)	9 (18,0)		1.0			1.0		
Estado civil										
Casado/amas.	7 (28,0)	14 (56,0)	4 (16,0)	0,344	1.0			1.0		
Solteiro/divor.	8 (24,2)	15 (45,5)	10 (30,3)		0,94	0,27 – 3,27	0,919	2,19	0,47 – 10,21	0,319
Viúvo	6 (37,5)	9 (56,3)	1 (6,3)		0,75	0,19 – 2,97	0,682	0,29	0,02 – 3,37	0,324
Escolaridade										
1° grau incomp.	7 (20,6)	19 (55,9)	8 (23,5)	0,477	1,36	0,20 – 9,13	0,753	--	--	--
1° grau com./2° incompleto	12 (35,3)	15 (44,1)	7 (20,6)		0,63	0,10 – 4,01	0,620	--	--	--
≥ 2° completo	2 (33,3)	4 (66,7)	0 (0,0)		1.0			1.0		
Ocupação										
Não	19 (30,6)	29 (46,8)	14 (22,6)	0,196	1.0			1.0		
Sim	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,3)		2,95	0,57 – 15,16	0,196	0,68	0,06 – 8,25	0,761
Religião										
Católica	12 (27,9)	24 (55,8)	7 (16,3)	0,473	1,38	0,46 – 4,14	0,561	0,66	0,17 – 2,49	0,536
Evangélica	9 (30,0)	13 (43,3)	8 (26,7)		1.0			1.0		
Renda										
Até 1 SM	15 (26,8)	28 (50,0)	13 (23,2)	0,529	1,12	0,34 – 3,68	0,852	2,60	0,44 – 15,18	0,288
≥ 1 SM	6 (33,3)	10 (55,6)	2 (11,1)		1.0			1.0		
Total	**21 (28,4)**	**38 (51,4)**	**15 (20,2)**							

* categoria de referência = qualidade do sono muito boa; -- -- valores zerados nas caselas

Tabela 14 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo característica de estilo de vida.

Variável	Qualidade do sono									
	Muito boa	Ruim	Distúrbio	p(χ^2)	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Presença de cuidador										
Não	8 (25,0)	16 (50,0)	8 (25,0)	0,648	1.0			1.0		
Sim	13 (31,0)	22 (52,4)	7 (16,7)		0,85	0,28 – 2,52	0,764	0,54	0,14 – 2,06	0,366
Frequência que troca o curativo ao dia										
Uma vez	2 (11,8)	12 (70,6)	3 (17,6)	0,313	1.0			1.0		
Duas vezes	13 (30,2)	21 (48,9)	9 (20,9)		0,27	0,05 – 1,40	0,119	0,46	0,06 – 3,34	0,444
Três vezes	6 (42,9)	5 (35,7)	3 (21,4)		0,14	0,02 – 0,94	0,043	0,33	0,03 – 3,20	0,341
Tabagista (parou em anos)										
Nunca fumou	16 (29,6)	27 (50,0)	11 (20,4)	0,745	1.0			1.0		
Parou < 5	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)		--	--	--	1,45	0,08 – 25,81	0,798
Parou 10 e 20	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)		2,96	0,32 – 27,67	0,341	1,45	0,08 – 25,81	0,798
Parou > 30	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)		1,18	0,26 – 5,41	0,826	0,97	0,14 – 6,79	0,975
Etilista										
Não	11 (39,3)	11 (39,3)	6 (21,4)	0,202	1.0			1.0		
Sim	10 (21,7)	27 (58,7)	9 (19,6)		0,37	0,12 – 1,12	0,079	0,61	0,16 – 2,32	0,464
Lazer										
Não	4 (16,0)	15 (60,0)	6 (24,0)	0,241	1.0			1.0		
Sim	17 (34,7)	23 (46,9)	9 (18,4)		0,48	0,14 – 1,58	0,228	0,47	0,11 – 1,98	0,303
IMC (kg/m2)										
Eutrófico	4 (33,3)	7 (58,3)	1 (8,3)	0,609	1.0			1.0		
Sobrepeso	10 (23,8)	21 (50,0)	11(26,2)		1,20	0,28 – 5,07	0,804	4,40	0,13 – 22,51	0,217
Obeso	7 (35,0)	10 (50,0)	3 (15,0)		0,82	0,17 – 3,89	0,799	1,71	0,42 – 46,26	0,682
Total	**21 (28,4)**	**38 (51,4)**	**15 (20,2)**							

* categoria de referência = qualidade do sono muito boa; -- valores zerados nas caselas

Tabela 15 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 1.

Variável	Qualidade do sono			p(χ^2)	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	Muito boa	Ruim	Distúrbio							
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Lesão ativa										
Uma	15 (28,8)	29 (55,8)	8 (15,4)	0,254	1.0			1.0		
≥ 2	6 (27,3)	9 (40,9)	7 (31,8)		0,78	0,23 – 2,59	0,680	2,19	0,55 – 8,76	0,269
Membro acometido										
Somente 1	17 (27,4)	34 (54,8)	11 (17,7)	0,327	1.0			1.0		
Ambos	4 (33,3)	4 (33,3)	4 (33,3)		0,50	0,11 – 2,25	0,366	1,54	0,32 – 7,50	0,589
Edema										
Não	9 (31,0)	17 (58,6)	3 (10,3)	0,558	1.0			1.0		
Sim +	9 (27,3)	15 (45,5)	9 (27,3)		0,88	0,28 – 2,80	0,832	3,00	0,61 – 14,86	0,178
Sim++ e Sim +++	3 (25,0)	6 (50,0)	3 (25,0)		1,06	0,21 – 5,27	0,944	3,00	0,38 – 23,68	0,297
Presença hiperemia										
Não	7 (50,0)	6 (42,9)	1 (7,1)	0,103	1.0			1.0		
Sim	14 (23,3)	32 (53,3)	14 (23,3)		2,67	0,76 – 9,39	0,127	7,0	0,76 – 64,61	0,087
Presença hipertemia										
Não	17 (32,7)	30 (57,7)	5 (9,6)	0,002	1.0			1.0		
Sim	4 (18,2)	8 (36,40	10 (45,5)		1,13	0,30 – 4,33	0,855	8,50	1,84 – 39,23	0,006
Periulcera edemaciada										
Não	17 (29,8)	28 949,1)	12 (21,1)	0,780	1.0			1.0		
Sim	4 (23,5)	10 (58,8)	3 (17,6)		1.52	0,41 – 5,61	0,531	1,06	0,20 – 5,64	0,943
Periulcerahipertermica										
Não	18 (32,7)	31 (56,4)	6 (10,9)	0,003	1.0			1.0		
Sim	3 (15,8)	7 (36,8)	9 (47,4)		1,35	0,31 – 5,90	0,686	9,00	1,82 – 44,59	0,007
Periulcera fria										
Não	5 (22,7)	7 (31,8)	10 (45,5)	0,002	1.0			1.0		
Sim	16 (30,8)	31 (59,6)	5 (9,6)		1,38	0,38 – 5,06	0,623	0,16	0,04 – 0,68	0,013
Total	**21 (28,4)**	**38 (51,4)**	**15 (20,2)**							

* categoria de referência = qualidade do sono muito boa; -- valores zerados nas caselas

Tabela 16 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 2.

Variável	Qualidade do sono			p(χ^2)	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	Muito boa	Ruim	Distúrbio							
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Periulcera desidratada										
Não	16 (32,7)	27 (55,1)	6 (12,2)	0,051	1.0			1.0		
Sim	5 (20,0)	11 (44,0)	9 (36,0)		1,30	0,38 – 4,44	0,671	4,80	1,14 – 20,27	0,033
Periulcera endurecida										
Não	14 (26,9)	27 (51,9)	11 (21,2)	0,901	1.0			1.0		
Sim	7(31,8)	11 (50,0)	4 (18,2)		0,81	0,26 – 2,56	0,726	0,77	0,17 – 3,13	0,669
Periulcera com flutuação										
Não	18 (28,1)	32 (50,0)	14 (21,9)	0,677	1.0			1.0		
Sim	3 (30,0)	6 (60,0)	1 (10,0)		1,12	0,25 – 5,05	0,878	0,43	0,04 – 4,58	0,483
Periulcera descamada										
Não	18 (34,0)	26 (49,1)	9 (17,0)	0,198	1.0			1.0		
Sim	3 (14,3)	12 (57,1)	21 (100,0)		2,77	0,68 – 11,24	0,154	4,00	0,81 – 18,82	0,090
Periulcera ruborizada										
Não	2 (16,7)	7 (58,3)	3 (25,0)	0,198	1.0			1.0		
Sim	19 (30,6)	31 (50,0)	12 (19,4)		0,47	0,09 – 2,48	0,371	0,42	0,06 – 2,90	0,380
Tempo lesões										
1 a 5 anos	7 (41,2)	7 (41,2)	3 (17,6)	0,575	1.0			1.0		
5 a 10 anos	4 (28,6)	6 (42,9)	4 (28,6)		1,50	0,29 – 7,75	0,629	2,33	0,34 – 16,18	0,391
>10 anos	10 (23,3)	25 (58,1)	8 (18,6)		2,50	0,70 – 8,98	0,160	1,87	0,36 – 9,63	0,456
Lesões cicatrizadas										
Não	5 (38,5)	5 (38,5)	3 (23,1)	0,567	1.0			1.0		
Sim	16 (26,2)	33 (54,1)	12 (19,7)		2,06	0,52 – 8,16	0,302	1,25	0,25 – 6,29	0,787
Recidivas										
Não	5 (50,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	0,524	1.0			1.0		
1 a 3	9 (27,3)	18 (54,5)	6 (18,2)		3,33	0,65 – 17,18	0,150	1,67	0,24 – 11,57	0,605
>3	7 (22,6)	17 (54,8)	7 (22,6)		4,05	0,75 – 21,72	0,103	2,50	0,36 – 17,50	0,356
Total	**21 (28,4)**	**38 (51,4)**	**15 (20,2)**							

* categoria de referência = qualidade do sono muito boa; -- valores zerados nas caselas

Tabela 17 – Análise de associação pelo Qui-quadrado e regressão logística multinomial, segundo características clínicas 3.

Variável	Qualidade do sono			p(χ^2)	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	Muito boa	Ruim	Distúrbio							
	n (%)	n (%)	n (%)		OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Doença crônica										
Não	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	0,699	1.0			1.0		
Sim	19 (30,2)	31 (49,2)	13 (20,6)		0,41	0,04 – 3,93	0,438	0,68	0,04 – 1,95	0,795
Uso medicamento contínuo										
Não	2 (14,3)	10 (71,4)	2 (14,3)	0,328	1.0			1.0		
Sim	19 (31,7)	28 (46,7)	13 (21,7)		0,29	0,06 – 1,50	0,141	0,68	0,08 – 5,49	0,721
IMD										
Adequada	10 (26,3)	21 (55,3)	7 (18,4)	0,786	1.0			1.0		
Inadequada	11 (30,6)	17 (47,2)	8 (22,2)		0,74	0,25 – 2,14	0,574	1,04	0,27 – 3,92	0,955
Tratamento compressivo										
Não	4 (28,6)	7 (50,0)	3 (21,4)	0,991	0,96	0,24 – 3,75	0,953	1,06	0,20 – 5,64	0,943
Sim	17 (28,3)	31 (51,7)	12 (20,0)		1.0			1.0		
Push comprimento x largura										
Ate 12 cm^2	5 (19,2)	16 (61,5)	5 (19,2)	0,281	1.0			1.0		
12,1 a 24 cm^2	3 (20,0)	7 (46,7)	5 (33,3)		0,73	0,13 – 3,93	0,713	1,67	0,25 – 11,07	0,597
>24 cm^2	13 (39,4)	15 (45,5)	5 (15,2)		0,36	0,10 – 1,26	0,109	0,38	0,08 – 1,93	0,245
Push exsudato										
Leve	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0,845	1.0			1.0		
Moderado	8 (29,6)	13 (48,1)	6 (22,2)		0,54	0,05 – 6,14	0,621	--	--	--
Grande	12 (27,9)	22 (51,20	9 (20,9)		0,61	0,06 – 6,54	0,684	--	--	--
Push leito										
Tecido epitelial	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0,695	1.0			1.0		
Tecido granulação	10 (23,3)	24 (55,8)	9 (20,9)		2,40	0,14 – 42,26	0,550	--	--	--
Esfacelo	9 (33,3)	13 (48,1)	5 (18,5)		1,44	0,08 – 26,23	0,804	--	--	--
Tecido necrótico	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)		--	--	--	--	--	--
Total	**21 (28,4)**	**38 (51,4)**	**15 (20,2)**							

* categoria de referência = qualidade do sono muito boa; -- valores zerados nas caselas

Na análise de regressão logística multinomial múltipla, observa-se que os fatores independentes para a qualidade do sono foram à idade e a presença de hipertemia Nos pacientes na faixa etária com 59 anos ou mais observa-se a idade como fator protetor para a qualidade de sono ruim (OR=0,21; p=0,022) quando comparados aos pacientes mais jovens. Quanto à presença de hipertemia, pacientes com este agravo apresentam uma chance de OR=8,94 (p=0,006) de terem distúrbio do sono em relação aos pacientes sem a presença de hipertemia (Tabela 18).

Tabela 18 – Análise de regressão logística multinomial múltipla para o desfecho qualidade do sono.

Variável	Sono ruim			Distúrbio do sono		
	OR*	$IC_{95\%}$	p	OR*	$IC_{95\%}$	p
Faixa Etária						
< 59	1.0			1.0		
≥ 59	0,21	0,06 – 0,80	0,022	0,58	0,10 – 3,24	0,538
Presença hipertemia						
Não	1.0			1.0		
Sim	1,45	0,31 – 6,01	0,607	8,94	1,87 – 42,66	0,006

* categoria de referencia = qualidade do sono muito boa; modelo ajustado pela variável ocupação; goodnessoffit do modelo = 0,31

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo referentes aos dados sociodemográficos revelaram que o gênero feminino, na faixa dos 57,6 anos e solteiro é o mais acometido pelas UV´s em membros inferiores. Diversas pesquisas corroboram a predominância do gênero feminino para desenvolver as lesões em decorrência de desenvolverem com maior facilidade veias varicosas devido a fatores hormonais (maior taxa de estrogênio), do aumento de peso durante a gestação, da menstruação e da menopausa, assim como o uso de terapias de reposição hormonal e o uso de anticoncepcional aumentar o seu risco[12,18,22,80].

Com relação à idade foi acedido um grupo heterogêneo a nível etário uma vez que a amostra englobou adultos relativamente jovens e idosos, concentrando a média de idade em 57,6 anos. Grande parte dos estudos evidenciam os mesmos achados já que a faixa etária dos 60 anos ou mais é onde ocorre maior número de casos[14,26,36,81,]. Esse fato é mais comum com o envelhecimento da população, pois os processos metabólicos fisiológicos diminuem e a pele torna-se menos elástica devido à redução de colágeno, e a vascularização mais conturbada, resultando em uma cicatrização mais lenta[59,82.].

O estado civil, conforme declaração dos pesquisados, chama a atenção. A grande maioria se declarou solteira, divorciada ou viúva. O perfil de pessoas com úlcera venosa sem companheiros também é descrito em outra pesquisa, chegando à casa dos 87,5% em um estudo realizado no interior de Minas Gerais no ano de 2007[14].

Colaboram com essa situação as diversas alterações que a IVC e as UV´s causam na vida das pessoas no que tange ao bem-estar físico, psicológico, social, dor, dificuldade de locomoção, nível de otimismo e vida futura, somado às condições com que se apresentam as lesões, exsudativas e com odor considerado fétido, culminam com significativas mudanças no contexto do humor, da autoestima, nas relações familiares, afetivas e no convívio social[55,83].

Quanto à naturalidade e local de residência, faz-se necessária uma reflexão a cerca da dificuldade dessas pessoas com úlcera venosa em chegar a um serviço especializado e de referencia, já que grande parcela da amostra é natural de outras cidades/estados e, sobretudo, a grande maioria tem que se deslocar inclusive de outros estados até a capital paulista para ser atendida/acompanhada periodicamente.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil se constitui um tema multifacetado e multidimensional que envolve diversos aspectos nos âmbitos político, econômico, social,

organizativo, técnico e simbólico, no estabelecimento de caminhos para a universalidade e facilidade aos serviços de atenção à saúde. Isso é observado por dificuldades de acessibilidade, fragmentação, centralização e regionalização das redes de assistência especializada e de referencia nos grandes centros, com inadequação no processo de acolhimento e de atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais[84,85].

No tocante ao grau de escolaridade, conforme encontrado em outros estudos, predominou a baixa escolaridade. Esse contexto pode interferir diretamente no processo de educação em saúde, na compreensão e assimilação frente aos cuidados relevantes a sua saúde, em especial quanto as lesões, bem como na mudança de condutas e atitudes no ambiente domiciliar[23,86,87].

Dentre as ocupações dos pacientes identificou-se, com destaque: empregada doméstica, costureira, operário, vendedor e auxiliar de serviços gerais. Essas atividades têm em comum a característica de exigir do profissional longas horas na posição ortostática o que contribui de forma expressiva para o desenvolvimento e manutenção da Insuficiência Venosa Crônica e da úlcera venosa.

Além disso, o significativo número de afastados do trabalho e aposentados revela, e é corroborado por outros estudos, o quanto esses indivíduos necessitam se afastar do trabalho inúmeras vezes e o quanto são aposentados precocemente, pelo fato de exigirem tratamentos prolongados causando um importante ônus ao sistema de saúde e previdenciário, assim como aumento do custo de vida, diminuição e/ou perdas nas jornadas de trabalho ou do emprego[14,19,22,88].

Verificou-se que predominaram as pessoas que vivem com até um salário mínimo. Levando em consideração que a presença das lesões é considerada uma fonte adicional de gastos, essencialmente no que se concerne a necessidade de tratamento farmacológico (analgésicos, sobretudo), os materiais para curativos, os deslocamentos para as consultas médicas, que nem sempre são fornecidas pelo governo, esses pacientes e suas famílias são colocados em uma situação econômica deficitária, constituindo-se como um fator desestabilizador no equilíbrio financeiro. Esses achados corroboram outros estudos dificultando muitas vezes até mesmo o planejamento das ações, prolongando o tratamento e causando a cronicidade das lesões[15,86,89].

Durante as entrevistas, a religião católica de forma praticante foi a mais respondida entre os participantes, esse resultado vai de encontro aos resultados do Censo 2010 que mostra a incidência de 64,6% de católicos no Brasil[90].

As pessoas procuram na fé religiosa um apoio para enfrentar o desconforto que sentem por ter que conviver com a úlcera venosa, assim como por meio da fé buscam o alívio de seus sofrimentos e a cura. Dessa forma, as práticas de benzer, de rezar/orar é intensificado, bem como a aproximação de uma denominação religiosa é expressiva também em outros estudos[91-93].

Em relação aos hábitos de tabagismo e etilismo, boa parte dos pacientes relatou já terem sido fumante em um dado momento de suas vidas, chegando a fumar mais de 40 anos enquanto a maioria nunca bebeu e/ou não bebe mais. Dos que apresentaram etilismo e tabagismo, a maior frequência esteve ligada ao gênero feminino uma vez que a amostra foi constituída principalmente pelas mulheres. Outros estudos corroboram os dados encontrados assim como concordam que os hábitos saudáveis, como não fumar e não ingerir bebida alcoólica, contribuem positivamente no processo de cura das úlceras venosas[1,21,31,37,53].

O tabagismo interfere diretamente e de forma desfavorável na cicatrização por diversas razões. O monóxido de carbono, produzido durante a combustão do tabaco, apresenta afinidade pela hemoglobina numa proporção de duzentas vezes mais quando comparada com o oxigênio, reduzindo, desta forma, a liberação deste elemento nos tecidos periféricos. A nicotina, constituinte da fumaça do cigarro, por sua vez, aumenta a pressão arterial, causa vasoconstrição e mobiliza ácidos graxos livres, além de diminuir a proliferação de eritrócitos, macrófagos e fibroblastos, células fundamentais no processo cicatricial[94].

O etilismo também prejudica a integridade da pele, além atuar na bainha de mielina, causando neuropatias. O álcool etílico possui propriedades que diminuem a ingestão de nutrientes por diminuir o apetite, acarretando maior fragilidade cutânea, diminuindo a sensibilidade tátil, superficial e profunda, acelerando a taxa de descamação além de diminuir a oxigenação tecidual[95].

Além disso, sabe-se que o álcool etílico consome, para sua metabolização, grandes e importantes vitaminas que agem no processo de cicatrização. Esse fato, aliado a diminuição da oxigenação tecidual, culmina com o prolongamento da fase inflamatória na lesão, ocasionando maior produção de exsudato[95].

Um estudo realizado no Nordeste do Brasil demonstrou que a associação dessas duas substâncias é um importante fator de risco para a ocorrência de eventos tromboembólicos. O álcool foi associado à ocorrência de trombose, aumentado em cinco vezes a chance de acontece-la[96].

Significativa parte dos entrevistados relatou ter raros ou nenhum momento de lazer. A vaidade encontra-se atingida pelas questões estéticas assim como a sensação de repúdio popular, o relato de dor, a produção de exsudato, a consequente necessidade de realização/troca de curativo e o odor são os motivos mais apontados para a falta de lazer.

Tornou-se perceptível o quanto uma ferida aberta pode provocar várias mudanças na vida do indivíduo de forma a alterar seus padrões e estilo de vida fazendo com que passe a viver em função de seu problema, abrindo mão das coisas que mais gostava e das atividades que desempenhava[97].

Quanto à presença de um cuidador, faz-se necessário entender o cotidiano desses pacientes. De todos os que se declaram solteiros, viúvos ou divorciados, quase metade vive sozinha e são quase que os únicos responsáveis por realizar seus curativos no ambiente domiciliar. Corroboram esse achado outros estudos que descrevem, além desse cenário, o fato de ser uma doença crônica e perdurar vários anos, fazer com que os indivíduos desenvolvam habilidades práticas e assumam seus próprios cuidados. No entanto, isto se mostra como um problema de ordem psíquica, pois gera ansiedade, cansaço, angústias e rotina podendo comprometer a saúde mental e contribuir ainda mais para a piora da saúde geral do indivíduo[14,22,23,58,97].

A presença de um cuidador, formal ou informal, ainda que não permanentemente junto ao doente crônico, tem importância impar nas condições de saúde por auxiliar nas situações de enfrentamento, dar apoio, incentivo, carinho e amor, assim como na manutenção de padrões de educação em saúde, higiene e conforto[98].

Os estudos apresentam conformidade com o resultado encontrado nesse estudo sobre o numero de troca de curativos ao longo do dia, onde essa é representada principalmente por duas trocas, podendo chegar, em menor proporção de pacientes até quatro trocas/dia[31,66,81,86,88].

O sucessivo número de trocas de curativo ao longo do dia se dá principalmente em decorrência da produção abundante de exsudação o que causa desconforto pessoal, estético e social ao paciente. Convém destacar que a presença de um curativo limpo, seco e oclusivo é

imprescindível a fim de evitar infecção local ou sistêmica, auxiliar no processo de cicatrização, melhorar a autoestima do cliente e dar conforto[99].

Ainda que não pesquisado neste estudo, outras pesquisas apontam que as inúmeras trocas de curativo no transcorrer do dia fazem com que vários pacientes reutilizem as mesmas coberturas e/ou reduzam a troca por curativos novos em virtude de estas trocas tornarem o tratamento mais oneroso ou por não ter acesso aos serviços de saúde em quantidades suficientes[20,26,53,66,100]. Um estudo realizado em Minas Gerais com uma paciente acometida por duas lesões resultantes de insuficiência venosa no membro inferior direito, apresentando tecido necrótico tipo esfacelo, drenando quantidade moderada de exsudato, medindo 2,0 cm^2 de área e a outra 2,3 cm2 de área, revelou um gasto com sulfadiazina de prata e colagenase, em média, de R$320,88 mensalmente[100].

O gasto com a troca de curativos pode variar dependendo da região de residência/atendimento, as coberturas utilizadas, o numero de trocas e as marcas dos fabricantes.

As fontes de material dos pacientes estudados revelou que quase todos os pacientes utilizam os materiais fornecidos pelo governo, sobretudo na esfera municipal. Conforme relatos, esses materiais são, basicamente, gaze, soro fisiológico, atadura crepe e fita adesiva tipo micropore. Também chamou a atenção o fato de ainda que pequeno, o número de pacientes (14%) referirem que os curativos são adquiridos quase que em sua totalidade de uso por meio de recursos próprios por falta de recursos na rede pública. Conforme discutido anteriormente, com uma renda significativamente baixa, torna-se um cenário reflexivo sobre as dificuldades financeiras e econômicas enfrentadas e vivenciadas por esses pacientes.

Outro fator importante de discussão é a frequência de idas dos pacientes aos serviços de saúde públicos. Os pesquisados referiram irem entre uma a cinco vezes por semana para consultas médicas, realização de curativos ou pegar material para utilização em domicílio. No Brasil, conforme outrora citado, embora escassos os estudos e os dados quanto aos custos, sabe-se que no ano de 2009 ocorreram 84.000 internações em hospitais públicos e conveniados relacionadas à IVC, como foi a 14ª causa de afastamento do trabalho resultando em um gasto estimado na ordem de R$ 48 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar os atendimentos ambulatoriais e curativos[3,4].

No que diz respeito aos dados clínicos obtidos nessa pesquisa, os resultados encontrados pelo cálculo do IMC revelou que significativo número dos pacientes, está acima do peso recomendando pela OMS e desses, expressivo numero estão obesos.

A obesidade tem sido considerada um problema de saúde pública, estando associada a muitas doenças dermatológicas, não só em relação à prevalência, como também a intensidade de sintomas[101].

A obesidade é reconhecidamente um fator de risco para a IVC uma vez que o aumento da pressão intra-abdominal causa maior resistência ao retorno venoso[47]. Agrava-se esse fator por diminuir a mobilidade e a deambulação, o que pode provocar transtornos de pressão venosa, interferindo na cicatrização de feridas. A obesidade também tem sido considerada como uma doença imunossupressora o que pode interferir na resposta inflamatória e consequentemente prejudicar o processo de cicatrização[95].

Quanto ao numero de lesões houve predomínio dos pacientes que apresentaram uma lesão quando comparado aos que apresentavam duas ou mais lesões. Essas lesões se apresentavam principalmente no membro inferior esquerdo, na parte distal interna da perna. O membro acometido pela lesão nos pacientes se apresentou, estatisticamente, edemasiados, numa proporção maior com pequeno edema, seguido por mediana e grande presença de edema. Os dados encontrados são semelhantes aos encontrados em outros estudos[15,17,19,26,86,89].

O predomínio de lesões únicas pode representar um fenômeno decorrente de longos períodos de curso da lesão, que possibilitou a confluência de lesões múltiplas, ou ainda menor gravidade da alteração vasculogênica[8].Quanto à predisposição do surgimento da lesão no membro esquerdo se deve ao fato da maioria da população ser destra e, por sua vez, fazer mais força com os músculos desse membro[10].

A localização na parte distal do membro inferior está relacionada à anatomia dos vasos. A veia safena magna direita origina-se da extremidade medial do dorso do pé, em decorrência de longos períodos na posição ortostática, a gravidade faz com que o sangue desça e, associado ao uso de calçados, o sangue venoso se aloja nessa região ocasionando falhas nas válvulas, alterações celulares, metabólicas e hidrostáticas[10]. Consequentemente ocorrem alterações que culminam com presença de edema no membro bem como o favorecimento de um ambiente favorável ao surgimento de lesões, recidivas e dificuldade no processo de cicatrização

epitelial[13]. Raramente as lesões situam-se na porção superior da panturrilha ou do pé. Quando presentes nesses locais há necessidade de outras patologias serem pesquisadas.

Colabora com o processo e manutenção de um membro edemasiado, a longa permanência na posição de pé ou sentado, o uso incorreto de meias de algodão e a ausência de atividades que favoreçam o retorno venoso. Em contrapartida, o uso de meias elásticas assim como uma correta realização das técnicas de compressão por meio de terapias compressivas e o elevar periódico do membro ao longo do dia reduz significativamente o edema e facilita a cura da lesão[39,47,49].

Os estudos corroboram o tempo em que os pacientes convivem com a presença de lesões, com lesões cicatrizadas e recidivas encontrados nesse estudo[19,53,58,81,87]. Os que apresentam lesões há mais de vinte anos, foram superiores (36,5%) quando comparados com os que convivem com intervalos de tempo menores. Já os que apresentavam lesões cicatrizadas, estatisticamente foram muito superiores quando comparados ao que não. Quanto às recidivas, os que apresentaram acima de duas vezes, receberam atenção, principalmente os que já recidiram mais de cinco vezes.

As úlceras venosas são lesões que apresentam células em baixa atividade mitótica, diminuição dos fatores de crescimento e baixa resposta celular que predispõe a dificuldade de cicatrização em curto prazo[102]. Destaca-se, embora não seja objeto de pesquisa desse estudo, que o processo de cura tecidual é complexo por envolver fatores fisiológicos, nutricionais, emocionais, comportamentais, terapêuticos, dentre outros.

É de se esperar uma permanência maior da lesão devido a condições pré-existentes como idade avançada, presença de doenças crônicas, má circulação, estado nutricional deficitário, imunodeficiência, além de fatores locais como infecção e presença de tecido necrótico[103].

Outros fatores importantes que prejudicam a cicatrização e torna-se fator de risco para recidivas está relacionado ao uso inadequado de produtos no curativo, o tempo transcorrido desde o surgimento da ferida até sua total cicatrização e, sobretudo a mudança de hábitos e o uso permanente da terapia compressiva[104].

Quanto à presença de doenças crônicas, os clientes com úlcera venosa geralmente apresentam outras patologias associadas, além da insuficiência venosa crônica, que podem interferir no reparo tecidual bem como agravar o estado de saúde[26]. Grande parte dos pacientes atendidos no serviço onde se deu a pesquisa apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica

(HAS) e *Diabetes Mellitus* do tipo II (DM-II) sendo as mais referidas e/ou verificadas nos prontuários dos pacientes.

A prevalência de HAS na amostra corrobora os dados de uma pesquisa realizada em um ambulatório do Rio de Janeiro no de 2011[26]. A HAS gera complicações vasculares tanto na macro como na microcirculação ocasionando a má circulação nos membros inferiores, colaborando com um ambiente propício ao surgimento das lesões e interferindo no processo de cicatrização da lesão já existente[105].

O diabetes apresenta alta prevalência e assim como o HAS gera complicações vasculares. Recebe atenção o fato de essa doença causar a neuropatia periférica, a qual ocasiona além da perda da sensibilidade protetora dos pés, alterações biomecânicas e perda da sudorese que protege a pele contra o ressecamento. Evidencia-se ainda, que a perda da sensibilidade dos pacientes diabéticos influencia no aparecimento e na evolução de lesões como fissuras, úlceras e infecções[95].

Associadas, essas duas afecções acarretam a progressão para o desenvolvimento de cegueira, insuficiência renal, amputação de membros inferiores e doença cardiovascular[106].

Outro fator importante foi que dentre os pacientes pesquisados uma proporção merece atenção por referirem não saber se possuem alguma patologia crônica. Este fator pode agravar o quadro da IVC, agravar afecções já existentes, diminuir a adesão ao tratamento, desencadear quadros irreversíveis assim como risco de morte.

Quanto ao uso de medicações para controle, prevenção e tratamento dessas doenças referidas e/ou constatadas no prontuário médicos dos pacientes, numa ordem de maior proporção: os anti-hipertensivos (principalmente inibidores da enzima conversora de angiotensina, metil dopa, furosemida), os diuréticos (hidroclorotiazida), os hipoglicemiantes (glibenclamida), os psicotrópicos (analgésicos centrais e sedativos), os protetores gástricos (*Omeprazol*), os antibióticos, os anticoagulantes (enoxaparina) e antiagregantes plaquetários (AAS) foram os mais citados como medicações de uso contínuo, o que é corroborado por outros estudos[11,12,14,19].

Pesquisas sugerem que os medicamentos podem influenciar no processo de cicatrização de feridas. Os corticosteróides, os quimioterápicos e os radioterápicos, embora menos e/ou não citados ou encontrados nas listas de prescrições, recebem maior atenção nesse sentido por reduzir a cicatrização das feridas interferindo na resposta imunológica normal à lesão. Eles

interferem na síntese protéica ou divisão celular agindo diretamente na produção de colágeno. Além do mais, aumentam a atividade da colagenase tornando a cicatriz mais frágil[107].

Outros, a exemplo da insulina, dos hipoglicemiantes orais e dos antibióticos, ocasionam profundas mudanças no organismo do usuário, alterando especialmente a pele e diminuindo sua função imunológica. A maior parte dos antibióticos provoca reações como *rash* maculopapular e eritematoso, urticária, edema, flebite no local da injeção, febre, dispneia e outras reações sistêmicas que comprometem o transporte de oxigênio, nutrientes e células de defesa, que atuam diretamente na imunidade de funcionamento do organismo, levando à fragilidade da pele e órgãos nobres[108].

Além destes, os psicotrópicos podem desencadear alterações como erupção cutânea, necrose e inflamação do local da injeção, *rash* cutâneo, fotossensibilidade e hipotensão, considerados fatores predisponentes ao surgimento e complicações das lesões. Ademais, os medicamentos administrados de uso prolongado podem concorrer para o desenvolvimento de lesões, como os sedativos que interferem na mobilização do idoso, e os hipotensores que diminuem o fluxo sanguíneo e perfusão tecidual aumentando a suscetibilidade do individuo às úlceras[108].

Comprovadamente, os medicamentos podem ter influência direta na ocorrência de lesões, pelas modificações sistêmicas que provocam reações graves no organismo humano. Por conseguinte, o profissional de saúde deve estar cônscio das alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas que os medicamentos podem provocar. Diante deste, requerem-se cuidados efetivos, sobretudo quando se trata da pele, em face do risco de levar à imobilidade e consequente perda da capacidade funcional[109].

No tocante às características encontradas nas lesões, semelhante aos achados de outras pesquisas, uma significativa proporção dos pacientes apresentava membro com região adjacente cianótica e/ou hiperemiada, região periculceral edemaciada, fria e ruborizada (83,8%)[21,23,54,110,111]. Em menor proporção, mas que também chamou a atenção foi parte dos pacientes apresentarem região periulceral desidratada e endurecida.

A cor azul-amarronzada está relacionada ao escurecimento pigmentar, ou hiperpigmentação da pele e acontece devido ao acúmulo de hemosiderina, o qual é

consequência da degradação da hemoglobina liberada após o rompimento dos glóbulos vermelhos extravasando para o interstício, conferindo a cor aos tecidos[112].

A vermelhidão contatada pode ser indicativa do aumento da quantidade de sangue na rede vascular cutânea decorrente da reação inflamatória e congestão de capilares superficiais, característica de um dos sinais flogísticos (dor, rubor, edema e calor)[112].

Já o endurecimento apresenta relação direta com o edema, o qual é um dos sinais mais comuns da IVC, caracterizando o aumento perceptível de fluído da pele e do tecido subcutâneo, que acontece devido ao fato que durante o relaxamento muscular a hipertensão venosa aumenta em consequência do fluxo venoso, o que faz com que a pressão hidrostática do interior das veias, vênulas e capilares venosos atinjam um valor elevado, fenômeno que ocasiona a saída de liquido para o espaço intersticial. O sinal de edema, conferido por meio do sinal de Cacifo, pode ser resultado da não utilização de técnicas compressivas do curativo[10].

O indicador hidratação pode ser definido, quando no estado esperado, como o teor de água adequado para manter a pele com a aparência saudável. A desidratação e descamação como variável pesquisada e constatada podem estar relacionadas à idade dos pacientes e a dermatopatia crônica (IVC)[112].

Quanto ao tamanho e características da lesão propriamente dita, a escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) evidenciou, em consonância com outros resultados encontrados na literatura, uma preponderância superior no escore área da ferida (tamanho) < 10, ou seja, acima de 24 cm quando comparada a outras variáveis, de menor tamanho, assim como as variáveis quantidade de exsudato, grande presença, e aspecto do leito da ferida (tipo de tecido), tecido de granulação[86,89,113].

Na cicatrização das feridas, na fase proliferativa, há surgimento e multiplicação do tecido de granulação, para posterior epitelização e fechamento da ferida. Na prática, há uma sobreposição. Contudo, foi percebida a presença e permanência, em conjunto, de tecidos relacionados a diferentes fases do processo de cicatrização que pode dificultar o processo de cura da lesão[114].

Não há consenso sobre o que seria uma úlcera pequena, média e grande divergindo, por exemplo, no que seria uma lesão grande[21,31]. Na literatura nacional, a divergência é tão notória que varia entre 60 e 150 cm^2. Por outro lado, os autores internacionais já consideram lesões grandes a parti de 10 cm^2, divergindo significativamente[115].

A área da lesão é determinante na cicatrização e essa, por sua vez está intrinsecamente ligada ao tempo de duração da lesão, sendo que úlceras grandes e de longa duração que não cicatrizam com tratamento adequado até a terceira semana, possuem pouca probabilidade de curar rapidamente[39].

A área das lesões traz implicações para o sistema de saúde, necessitando de mais recursos materiais e humanos em função da sua dimensão. Grandes lesões representam também custos adicionais[116].

Nas úlceras venosas, a produção de exsudato pode persistir e tornar-se excessiva devido à existência contínua de processo inflamatório. E neste sentido, mesmo considerando que um ambiente úmido é necessário para promover a cicatrização da lesão, se a umidade for extrema, afetará de forma negativa a cicatrização da lesão O aumento da quantidade de exsudato pode ocorrer na presença de inflamação/infecção da ferida, períodos prolongados com as pernas para baixo e pouca cooperação ou capacidade diminuída por parte da pessoa para realizar a terapia compressiva[118].

O tecido de granulação, diferente do que sem vem padronizando, não deve ser encarado como um tecido de características homogêneas e universais. Embora o tecido de granulação vermelho brilhante é o mais esperado na cicatrização normal, representando um bom marcador do progresso da lesão. Contudo, alguns eventos podem levar à apresentação diferenciada desse tecido. Tecido de granulação com cor pálido e vermelho escuro pode relacionar-se a processos infecciosos. A hipergranulação é em geral causada por condições que interferem na epitelização em decorrência de epibolia (borda enrolada sobre si mesma), presença de maceração ou pressão excessiva na pele ao redor da lesão[119].

Quanto ao curativo, foi visto que no serviço onde se deu a pesquisa os pacientes faziam utilização de papaína a 5% ou 10%, gaze de algodão, solução fisiológica e faziam e/ou eram recomendados a utilizarem atadura crepe. Sendo que significativo numero dos pacientes referiram fazer o uso da atadura crepe em domicílio para o controle do edema no membro acometido e meias compressivas, corroborando outros achados[103,111,120].

Para o Ministério da Saúde do Brasil, um curativo para ser eficaz, dentre outras características, deve ser de fácil aplicação e remoção, sem causar traumas; promover um ambiente úmido; promover o desbridamento; remover o exsudato; além de auxiliar na hemostasia[95].

Segundo o Royal College of Nursing, o curativo deve ser aceitável pelo paciente, de baixo custo, simples e de baixa aderência para evitar qualquer dano ao leito da ferida. Não há evidências de que um curativo seja superior a outro, se os mesmos promovem cicatrização em ambiente úmido. Compartilha essa ideia a Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior (Espanha) que cita que se deve promover cicatrização em ambiente úmido, porém não existem evidências que um produto seja superior a outro, se respeitada a característica de manutenção do ambiente úmido[121].

As evidências sugerem que as vantagens de coberturas não aderentes ou de baixa aderência são mais adequadas para as úlceras venosas. Este documento refere que considerando que o excesso de exsudato (quantidade e composição) nas úlceras de extremidade inferior é prejudicial à cicatrização, se for observado tal característica na lesão, a recomendação é para o uso de uma cobertura que controle este excesso no leito da úlcera, possuindo tais vantagens, a cobertura de alginato, hidrofibra de hidrocolóide e espumas de poliuretano. E para a pele perilesional, a proteção deve ser feita com película não irritante que forma uma barreira ou pomadas de óxido de zinco[122].

Também, no Guidelines for the Treatment of Venous Úlcers, a indicação é de um curativo que promova ambiente úmido para a cicatrização. Além disso, utilizar-se do julgamento clínico para fazer a melhor escolha tendo em vista as características do leito da lesão e a capacidade do curativo manter o leito úmido continuamente; selecionar um curativo que irá controlar o excesso de exsudato da ferida e proteger a pele perilesional; e selecionar o curativo que promova o mínimo de cisalhamento e fricção, evitando dano adicional ao tecido; além de observar as características quanto ao custo-efetividade, que também indica o uso de curativos não aderentes[123].

Quanto às recomendações de terapia compressiva, a bota de Unna é considerada a medida mais importante do tratamento da pessoa com úlcera venosa considerando o custo-benefício. Já a compressão externa de alta compressão (multi-camada ou bota de Unna) contribui para o retorno venoso, melhorando a estase e o edema, o que se traduz em melhores condições clínicas na lesão, sendo considerada o padrão ouro[124].

Além disso, no cenário internacional, preconiza-se assegurar a existência de profissional treinado para a aplicação da terapia compressiva, e o acompanhamento sistemático e regular das pessoas, sem que necessariamente se restrinja a sua indicação pelo profissional médico. Entretanto, deve ser realizada a avaliação especializada de um vascular quando tratar-se de

pessoas com índice tornozelo-braço menor que 0,8; em pessoas com diabetes; e em casos de não ocorrer qualquer redução do tamanho da lesão em um mês de terapia compressiva[119,124].

Quando questionados sobre a opinião dos mesmos sobre como achavam que teriam adquirido a lesão, às respostas seguiram-se numa ordem de proporção das mais citadas para as menos citadas, decorrente e/ou após: varizes, coceira, trauma (queda, arranhão, mordida de animais), ficar muito tempo de pé, bolhas, picadas de insetos, erisipela, trombose, pele fina e peso.

Deve receber atenção as respostas que apresentam verdadeiras relações com os fatores que desencadeiam o surgimento da lesão, pois pode facilitar a adesão ao tratamento, aceitação do processo saúde-doença e mudança de comportamentos.

Já as crenças populares, o meio ambiente em que vivem e a pouca orientação que recebem por parte de profissionais de saúde corroboram a mistificação de algumas respostas assim como, baixa escolaridade, baixa renda e falta de apoio familiar corroborar, ainda que estatisticamente pequena proporção das respostas dos pacientes, não saber[125].

Conhecer o que os pacientes aprendem de sua realidade, sua aceitação e como organizam seu cotidiano pode fornecer diretrizes para estabelecer estratégias de intervenção, além de oferecer alguns subsídios para ampliar a compreensão dos fatores associados à adesão ao tratamento[126]. Torna-se necessário entender como a pessoa percebe a si própria, dentro da sua própria perspectiva de mundo.

Cabe ressaltar ainda, que o diagnóstico da doença acarreta muitas vezes um choque emocional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Assim, a vivência com uma afecção crônica quebra a harmonia orgânica e muitas vezes transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações[127].

Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolva frequentes visitas a uma unidade de saúde, planejamento alimentar, da incorporação, ou incremento de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos impõe a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro[127].

Quanto ao perfil álgico dos pacientes que convivem com a úlcera venosa relevante número de pacientes da amostra se queixavam de dor no membro acometido e na lesão, sendo que antes da realização do curativo, a dor mais queixada foi a leve, seguida da moderada e da intensa que obteve a mesma proporção dos que não se queixavam de dor. Após a realização do curativo, percebeu-se uma inversão nas queixas, onde a queixa de dor intensa e moderada sobrepôs as queixas de dor leve, inclusive daqueles que não se queixavam de dor antes da realização do curativo. Esses achados são corroborados por outros estudos que avaliaram a dor em pacientes com UV[1,7,15,21,31,47,93,120,128,129].

A dor é causada pela modificação das condições normais de um organismo vivo, representando a necessidade que esse organismo tem de responder, por meio de reações de adaptação, às transformações que ocorrem no ambiente às quais ele encontra-se constantemente submetido. Trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada e/ou descrita em termos de lesões teciduais, que atinge o sistema nervoso central por meio de vias específicas. Todavia em alguns casos, a dor manifesta-se mesmo na ausência de agressões teciduais vigentes como, por exemplo, as que ocorrem em doentes com neuropatia periférica ou central e em certas afecções psicopatológicas[130].

Já a reação à dor vem a ser a manifestação do indivíduo de sua percepção de uma experiência desagradável. Esta fase do processo da dor envolve fatores neuroanatômicos e fisiopsicológicos extremamente complexos e que diferem de um ser para o outro, e que determina exatamente a conduta individual a respeito de sua experiência. Assim, é importantíssimo analisar como um estímulo pode gerar um impulso similar em todas as pessoas saudáveis, como podem ser diferentes as reações de cada paciente e como podem variar as reações no mesmo paciente observado em diferentes dias[128,129].

O paciente acometido pela IVC e UV apresenta muitas modificações decorrentes de alterações endógenas e ambientais que favorecem a queixa dor. A sobrecarga venosa, a exposição das terminações nervosas, a diminuição da oxigenação tecidual, o extenso processo inflamatório, assim como o contato com baixa temperatura ambiental, substancias e fontes lesivas justificam tamanha queixa desse sintoma[128,129].

Dessa forma, acredita-se que a queixa de dor entre os pacientes se deu, entre outros fatores, pelos procedimentos realizados durante a retirada do curativo pré-existente, da limpeza, da realização de um novo curativo e, sobretudo, da aplicação da papaína (uma substancia

enzimática com capacidade desbridante, anti-inflamatória e de contração e junção de bordos de feridas de cicatrização por segunda intenção).

A mediana no que se refere ao impacto da dor em algumas áreas de vida dos pacientes, como atividades gerais, humor, caminhar, sono, trabalhar, relacionar-se com os outros e aproveitamento da vida mostrou-se considerável nesse estudo reforçando a relação e interferência que a dor pode e provoca nos pacientes com lesões crônica de pele[128].

Já o Índice de Manejo da Dor pesquisado demostrou-se praticamente nivelado entre a adequada e não adequada analgesia. Há de se destacar que muitos dos pacientes referiram e conforme foi constatado pela prescrição médica faziam uso de opiódes, fracos e fortes.

A dor sem duvidas é um parâmetro que deve ser descrito, registrado e avaliado sempre que o portador procurar os serviços de saúde haja vista que ¾ dos pacientes com UV reportam dor, o que influencia diretamente em sua qualidade de vida[38].

No entanto, os estudos alertam sobre o uso contínuo de analgésicos e recomenda como tratamento coadjuvante a elevação do membro afetado durante o repouso, o uso de terapia compressiva e o desenvolvimento de medidas fisioterápicas para o tratamento da dor[53,82,99].

Ainda considerando o desfecho da dor pode-se verificar que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes e a presença de dor leve ou moderada/severa. Porem verificou-se que o tempo de lesão apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de dor onde pacientes com lesão entre 5 a 10 anos apresentam uma probabilidade maior de terem dor moderada/severa, bem como pacientes com lesão > 10 anos quando comparados aos pacientes com menor tempo de lesão, entre 1 e 5 anos. Acredita-se que a maior queixa de dor entre os pacientes dessa pesquisa ocorra devido ao fato que os pacientes com menor tempo de lesão relatarem fazer com maior frequência o uso de meias compressivas bem como utilizarem mais medicamentos analgésicos e por seu limiar de dor ser mais acentuado.

Conforme discorrido outrora, o uso das terapias compressivas corrobora a diminuição do edema, uma vez que melhora o retorno venoso descomprimindo a inervação presente no membro acometido e, consequentemente, diminui o sintoma da dor. Da mesma forma, o uso dos analgésicos, por agir nas terminações nervosas dos nervos nocicpetores, resulta em diminuição desse sintoma.

Para as lesões cicatrizadas, pacientes com lesões cicatrizadas apresentam uma chance significativamente maior de terem dor leve em relação a pacientes com lesões não cicatrizadas. Da mesma forma, pacientes com lesões cicatrizadas apresentam uma probabilidade superior de terem dor moderada/severa quando comparados aos pacientes com lesões não cicatrizadas. Nesse caso, pode-se conceber esse achado decorrente de os pacientes com maior número de lesões cicatrizadas apresentarem maior presença de edema no membro acometido quando comparados aos que apresentavam menor presença de lesões cicatrizadas. Provavelmente os paciente com lesões cicatrizadas podem/devem, supostamente, parar e/ou diminuir os uso de meias compressivas, favorecendo o edema e a dor.

Verificou-se ainda que, pacientes com mais de 3 recidivas apresentam uma chance estatisticamente maior para dor leve quando comparados a pacientes que não recidivaram. Para a associação com a dor moderada/severa, pacientes que tiveram entre 1 a 3 recidivas apresentam uma probabilidade superior de terem dor moderada/severa quando comparados aos pacientes que nunca recidivaram. O mesmo se observa para pacientes com > 3 recidivas.

Merece destaque também quanto ao perfil de dor desses pacientes, que o fator independente para dor foi à presença de recidivas. Para dor leve, pacientes com > 3 recidivas apresentaram uma chance significativamente relevante de terem dor leve em relação a pacientes sem recidiva. Quanto à dor moderada e severa, verifica-se que pacientes com a presença de 1 a 3 recidivas ou > 3 recidivas apresentam chances para dor moderada/severa, sendo esta maior, quanto maior o número deste evento.

Quanto às associações não foram encontrados estudos que pudessem corroborar os achados e/ou explicar essas relações, porem pode-se conceber que a queixa de dor mais acentuada, relacionada ao número de recidivas, pode estar diretamente ligada aos suscetíveis traumas que são ocasionados aos tecidos todas as vezes que as lesões se abrem novamente.

No que tange ao perfil de sono dos pacientes com úlcera venosa crônica pesquisados nesse estudo, observou-se que a mediana de idade apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade do sono ruim. Evidenciou-se que os pacientes na faixa etária com 59 anos ou mais apresentam uma probabilidade inferior de terem qualidade de sono ruim, quando comparados a pacientes mais jovens. Corroboram os achados desse estudo, os resultados encontrados em outros estudos[1,11,19,23,88,128,131].

O sono é um estado fisiológico cíclico caracterizado no ser humano por cinco estágios fundamentais que se diferenciam de acordo com o padrão do eletroencefalograma e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos, além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tônus muscular e o padrão cardiorespiratório[132].

Trata-se de um efeito além de fisiológico, mas também comportamental essencial para o funcionamento adequado do organismo. Assim, o sono referido pelo próprio indivíduo e seu impacto na vida diária de pessoas saudáveis ou doentes tornou-se um dos principais focos de atenção dos pesquisadores[133].

O conhecimento da qualidade do sono passou a ser considerado um artifício clínico importante para a identificação de problemas de saúde, inclusive dos distúrbios do sono. No caso dos pacientes com úlcera venosa, o sono está intrinsecamente ligado às necessidades de repousar o membro, diminuir o edema e consequentemente melhorar o processo de cicatrização da lesão[134].

No que se refere aos idosos terem uma qualidade do sono melhor no estudo acredita-se que isso se deve, entre outros, pelo maior uso de medicações sedativas e psicotrópicas, terem maior tolerância à dor e projetar menos sua lesão nos fatores estéticos.

Quanto às associações não foram encontrados estudos que pudessem corroborar os achados e/ou explicar as relações pesquisadas nesse estudo porem notou-se que a presença de hipertemia e periúlcera hipertérmica apresentou-se como fatores associados à presença do distúrbio do sono. Pacientes com hipertemia apresentam uma chance significativamente maior de terem distúrbio do sono quando comparados aos pacientes sem a presença de hipertemia. Em relação aos pacientes com perieúlcera hipertérmica, a chance de apresentar o distúrbio do sono também foi maior quando comparados aos pacientes que não apresentam periúlcera hipertérmica.

Por outro lado, a periúlcera fria mostrou-se como fator protetor para o distúrbio do sono. Pacientes com a presença de periúlcera fria não tendem a apresentar riscos/relações com o distúrbio do sono quando comparados a pacientes com a ausência de periulcera fria. Esses achados provavelmente se dão em virtude do processo inflamatório local, mais precisamente do calor incomodar e afetar a qualidade do sono desses pacientes.

Quanto aos pacientes com periúlcera desidratada apresentarem uma chance de terem distúrbio do sono quando comparados aos pacientes sem a presença de periúlcera desidratada

encontrado no estudo, pode estar relacionado à diminuição do aporte e renovação sanguínea, resultando pelo edema ocasionado pela IVC.

Já os dados sociodemográficos assim como as características da lesão, a presença de outras doenças crônicas e o uso não de tratamento compressivo, estatisticamente não apresentaram nenhuma associação significativa com o sono. Porém, em virtude da limitação desse estudo, assim como dos objetivos e dos instrumentos utilizados, carece a necessidade de novos estudos que possam avaliar mais intrinsecamente essas associações.

7. CONCLUSÃO

Pode-se perceber neste estudo a correlação estatisticamente significativa entre o tempo de lesão, onde pacientes com mais de cinco anos com lesões, tende a ter mais dor moderada e severa, assim como os pacientes que apresentaram presença de cicatrização e pelo menos uma recidiva quando comparados aos que tinham menos de cinco anos de lesão, não apresentavam cicatrização e nem recidivas, consecutivamente. Já o desfecho da qualidade do sono, mostrou associação estatisticamente significativa com a idade do paciente, uma vez que os pacientes mais jovens apresentaram com maior frequência qualidade do sono ruim quando comparados aos que tinham idade superior a 59 anos bem como aqueles que apresentavam presença de hipertemia no membro acometido, região periulceral hipertérmica e desidratada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa possibilitou uma aproximação da realidade vivenciada pelos pacientes acometidos pelas úlceras venosas, assim como pelos profissionais envolvidos nessa assistência bem como, das nuances que permeiam o contexto bio-psiquico-sócio-espirutual.

Pode-se perceber que os pacientes acometidos com UV apresentam situações que comprometem muito mais que o físico, apresentam condições socioeconômicas precárias, situações de saúde preocupantes e (com) vivem com sua qualidade de vida prejudicada decorrente da dor e do padrão de sono prejudicado, apontando para necessidades de abordagens que considere as pessoas na sua integralidade, que envolva ações interdisciplinares de impacto sistêmico e local.

Todo processo de planejamento e desenvolvimento dessa pesquisa contribui para o aprendizado sobre medidas de promoção, prevenção e tratamento de UV, pois a cada contato com os sujeitos da pesquisa, representou-se um caso único e singular. A relação com o conhecimento teórico foi fundamental para atenção, percepção e compreensão de cada sinal, sintoma, queixa ou referencia feita pelos pacientes.

Como fator limitante desse estudo, aponta-se o fato de ter sido realizado apenas com pacientes portadores de lesões de origem venosa nos aspectos sociodemográficos clínicos, álgicos e de sono já que o objetivo e os instrumentos se direcionavam a esta clientela e a esses dados. Dessa forma sugere-se a realização de novas pesquisas que contemplem lesões de outras origens tendo, bem como de pesquisas nas áreas políticas, de formação e educação em saúde tendo em vista a realização de intervenções específicas e o alcance de resultados objetivando melhor qualidade de vida para os pacientes acometidos de qualquer tipo de lesão.

9. REFERÊNCIAS

1. Yamada BFA, Santos VLCG. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. Wounds, v.17, n. 7, p. 178-179, 2005. [acesso em 2014 abr2]. Disponível em: <http://www.woundsresearch.com/article/4420>.

2. Beebe-Dimmer JL. et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. Ann Epidemiol. 2005;15:175-84. PMid:15723761

3. Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do custo com procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, V.14, n.6, nov/dez. 2006. [acesso em 2014 mai 01]. Disponível em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>.

4. Dados do DATASUS relativos aos anos de 2000 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS (DATASUS); 2008-2010. [acesso em 2015 jun 11]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

5. Howell-Jones RS. et al. Antibiotic prescribing for chronic skin wounds in primary care. Wound Repair and Regeneration, V.14, n.4, p. 387-393, jul/aug. 2006.

6. Atiinger CE. et al. Clinical approach to wounds: debridement and wound bed preparation including the use of dressing and wound-healing adjuvants. Plastic an Plastic an econstutive Surgery; v.117, n. 7S, June 2006. Supplement 7S.

7. Carmo SS. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev. Eletr. Enf, 9(2):506-17, 2007 [acesso em 2015 fev 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>.

8. Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia [Dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2008.

9. Scemons D, Elston D. Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem. 1ed. Porto Alegre: AMGH; 2011.

10. Maffei FHA. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênia e fisiopatologia. Doenças vasculares periféricas. 4 ed. v. 2. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

11. Saraiva DMRF. et al. Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crónica. Revista de Enfermagem Referência - III, n. 10, 2013 [acesso em 2015 jul 20]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn10/serIIIn10a13.pdf>.

12. Costa IKF. Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão. [Dissertação]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011 [acesso em 2015 jul 12]. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14714/1/IsabelleKFC_DISSERT.pdf>.

13. França LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. J Vasc Bras. 2003; 2(4):318–28.

14. Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde publica. Cogitare Enferm 2007 Jul/Set; 12(3):353-7.

15. Silva FAA, Moreira TMM. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera de perna. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):468-72.

16. Silva FAA. et al. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. Ver Bras Enferm. 2009; 62(6):889-93.

17. Santos SLV. et al. Avaliação clínica e microbiológica de úlceras venosas de pacientes internados em sala de curativos de unidades básicas de saúde de Goiânia (GO). Rev. Eletr. Enf. 2014 abr/jun;16(2):370-7.

18. Medeiros ABA. et al. Perfil socioeconômico das pessoas com úlcera venosa: aspectos relevantes para a enfermagem. Ver enferm UFPE online., Recife, 7(8):5220-4, ago., 2013.

19. Faria MMP. Prevalência, perfil clínico e sociodemográfico de portadores de feridas, usuários do Sistema Único de Saúde, internados em um hospital geral no Tocantins [dissertação]. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde [Internet]. 2010. [acesso em 2015 jun11]. Disponível em:<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8497/3/2010_MorganaMiridanFaria.pdf>.

20. Santana SMSC. Úlceras Venosas: ocorrência, caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goânia/GO. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2010.

21. Deodato OON, Torres GV. Venous ulcers in users assisted on onofre lopes university hospital, at Natal/RN: sociodemographic and health characterization. The FIEP Bulletin, 78:471-4. 2008.

22. Macêdo EAB. et al. Characterization socio-demographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. Rev Enferm UFPE on line, 4(4):1863-7, 2010. [acessoemfev 8]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1475/pdf_125>.

23. Malaquias SG. et al. Pessoas com úlceras vasculogênicas em atendimento ambulatorial de enfermagem: estudo das variáveis clínicas e sociodemográficas. Ver Esc Enferm USP, 6(2):302-10, 2012 [acesso em fev 16]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf>.

24. Costa IKF. et al. Characterization of diabetics and hypertensive people monitored by the computerized system of registration and monitoring of hypertensive and diabetics. J Nurs UFPE on line, 6(11):2719-28, 2012.[acesso em fev 12]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3281/pdf_1633>.

25. Silva FAA, Moreira TMM. Retrato epidemiológico do serviço de estomaterapia localizado em Maracanaú –CE. Nursing (São Paulo); 9:728-33. 2006.

26. Oliveira BGRB. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de reparo de feridas. Rev. Eletr. Enf. 2012 jan/mar;14(1):156-63. [acesso em 2015 fev 18]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a18.htm>.

27. Briggs M, Closs SJ. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. EWMA Journal. 2003;3(2):14-20.

28. Pina E. et al. Leg Ulceration in Portugal: Prevalence and Clinical History. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;29(5):549-53.

29. Margolis DJ. et al. Venous leg ulcer: Incidence and prevalence in the elderly. J Am Acad Dermatol. 2002;46:381-6.

30. Kahn SR. et al. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. J Vasc Surg. 2004;39(4):823-8.

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

32. Chiesa R. et al. Effect of Chronic Venous Insufficiency on Activities of Daily Living and Quality of Life: Correlation of Demographic Factors With Duplex Ultrasonography Findings. Angiology. 2007;58(4):440-9.

33. Stvrtinova V. Chronic venous disease in general practice in the Slovak Republic: the TRIANGLE survey. Phlebolymphology. 2008;15(3):98-102.

34. Ramos S.et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. Ver Med Uruguay. 2001;17(1):33-41.

35. Maffei FHA. et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. Int J Epidemiol 1986; 15: 210–217.

36. Bergose FN, Rivitti EA. Avaliação da circunferência arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. An Bras Dermatol., v.81, n.2, 131-135, 2006. [acesso em 2015 fev 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pfd/abd/v8n2/v81n02a03.pdf>.

37. Maffei FHA. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopagênia e fisiopatologia. In: Maffei FHA. et al. Doenças vasculares periféricas. 3 ed. V.2. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 1581-150.

38. Valencia JC. Falabella RS,Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency ulceration. J. Am. Acad Dermatol, v.44, n.3, p. 401-402, 2001.

39. Phillips TJ. Current approaches to venous ulcers and compression. Dermatol. Surg., v.27, n. 7, p. 611-621, 2001.

40. Bernardes CHA. Úlcera de perna na hipertensão venosa. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr/jun. 2003. [acesso em 2014 abr 20]. Disponível em:<http://www.sbacvrj.com.br/paginas/revistas/pdf/2003/02/Ulcera-Perna.pdf>.

41. Schwarke CHA. et al. Atualizações em geriatria e gerontologia V. Porto Alegre: ediPUCRS, 2014.

42. Guarnieri AP. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.33, n. 3, p. 139-40. 2010.

43. O'Donnell Jr TF, Lau J. A systematic review of randomized controlled trials of wound dressings for chronic venous ulcer. Journal of Vascular Surgery. 2006;44(5):1118-1125.

44. Carpentier PH. et al. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France. J Vasc Surg. 2004;40:650-9.

45. Kalra M. Gloviczki P. Surgical treatment of venous: role of subfascial endoscopic perforator vein ligation. SurgClin North Am, v. 83, n.3, p. 671-705, 2003.

46. Casey G. Causes and management of leg and foot ulcers. Nursing standart, London, v.18, n. 45, jul. 2004.

47. Abbade LPF,Lastoria S. Abordagem de pacientes com ulcera de perna de etiologia venosa. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-522, nov/dez. 2006. [acesso em 2014 abr 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>.

48. Eklof B. et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J. Vasc. Surg., v. 40, n.6, p. 1248-1252, 2004.

49. Castro e Silva M. Normas de orientação clínica para o diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBCV), 2001.

50. Castro e Silva M. et al. Projeto diretrizes. Insuficiência venosa Crônica. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. 2002.

51. Morison MJ. et al. Nursing management og chronic wounds. 2. ed. Barcelona: Mosby, 1997.

52. Silva MC. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento clínico. In: Maffei FHA. et al. Doenças vasculares periféricas. 3. ed. V. 2. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 1591-1602.

53. Borges El. Tratamento tópico de ulceras venosas: proposta de uma diretriz baseada em evidencias. Tese (Doutorado em Enfermagem) – escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. [acesso em 2014 abr 10] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12122005-110012/pt-br.php>.

54. Bersusa AAS, Lages JS. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera artéria uma venosa. Ciência Cuidado e Saúde. Maringá, v. 3, n. 1, p. 81-92, jan/abr. 2004. [acesso em 2014 abr 05]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5521/3511>.

55. Salomé GM, Ferreira LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. Rev. Bras. Cir. Plást. vol.27 no.3 São Paulo July/Sept. 2012.

56. Yamada FBA. Úlceras venosas: In: Jorge AS. Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 247-259

57. Scott TE. et al. Rish factors of chronic venous insufficiency: a dual case-control study. Journalof Vascular Surgery, n. 22. P. 622-628, 1995. [acesso em 2014 abr 02]. Disponível em <http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(95)70050-1/abstract>.

58. Nunes JP. et al. Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos portadores de ulcera venosa atendidos nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. Revista Olho Mágico, v. 13, n. 2, p. 689, abr/jul, 2006.

59. Pieper B. Mechanical forces: pressure, shear, and friction. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. St Louis: Mobsby, 2000.

60. Caffaro RA, Santos VP. Porciúncula MM. Como diagnosticar e tratar insuficiência venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, v. 61, n. 12, p. 49-55, dez. 2004.

61. Pieper B, Caliri MHR. Cardoso LJ. Úlceras venosas e doenças venosas. 2002. [acesso em 2014 abr 10]. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?newwindow=1&q=http//:www:eerp.usp.br/projetos/feridas/venosa.htm&spell=1&sa=X&ei=J2VdVK-4IsmYgwSwhoHgBg&ved=0CBsQBSgA>.

62. Carmo SS. et al. Atualidade na assistência de enfermagem a portadores de ulcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 506-517, 2007.

63. Dantas DV. et al. Pains in venous ulcers: caracterization of scientific production from 2000 to jul 2008. The FIEP Bulletin, v. 79, p. 299-302, 2009.

64. London NJM, Donnely R. ABC of arterial and venous disease: ulcerated lower limb. BMJ, v. 320, n., p. 1589-1591, 2000.

65. Figueiredo M. Úlcera varicosa. In: Pitta GBB. Castro AA. Burihan E. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNISAL/ECMAL &LAVA, 2003.

66. Furtado KAX. Úlceras de perna: tratamento baseado em evidencias. Revista Nursing Portuguesa, jul. 2003.

67. Cindy L. et al. Compression therapy for chronic venous insufficiency. SeminVasc Surg 18:36-40.2005.

68. Gomes FSL, Borges EL. Coberturas. In: Borges EL. Feridas como tratar. Belo Horizonte: Coopmet, 2001, p. 97-121.

69. Stephanie K. et al. Multiplexed analysis of matrix metalloproteinases in leg ulcer tissue of patients with chronic venous insufficiency before and after compression therapy. Wound Rep Reg, 2008; 16: 642–648.

70. The PUSH Task Force Pressure Ulcer Scale for Healing: derivation and validation of the PUSH Tool. Adv Wound Care. 1997; 10(5):96-101.

71. PUSH Tool reality check: audience response. Adv Wound Care. 1997; 10(5):102-6.

72. Santos VLCG. et al. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(3): 305-13.

73. Santos VLCG, Sellmer D, Massulo MME. Confiabilidade interobservadores do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), em pacientes com úlceras crônicas de perna. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(3): 391-6.

74. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas [Internet]. 2008 [Acesso em 2015 Mar 30]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdff>.

75. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. Gastroenterology 2004; 126 (1): S124 – S128.

76. Herr KA. et al. Evaluation of the faces pain scale for use with elderly. Clin J Pain 1998 jan; 14:29-38.

77. Chaves L, Pimenta CM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. Rev. Lat-am Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 214-219, mar-abr 2003.

78. Cleeland CS, Ryan K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singopore. 1994; 23(2): 129-38.

79. Lin T. et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. Rev Med. 2001; 80 (Edição Especial): 443-73.

80. Junior BN. et al. Gestação e varizes de membros inferiores: prevalência e fatores de risco. J Vasc Bras, Vol. 9, Nº 2, 2010.[acesso em 2015 out 19]. Disponível em <http://www.jvascbr.com.br/10-09-02/v9n2a04.pdf>.

81. Frade MAC. Úlcera de perna: caracterização clínica e perfil imunohistológico da cicatrização na presença da biomembrana de látex natural da seringueira [tese]. Universidade de São Paulo. Programa Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto [Internet]. 2003[Acesso em 2015 out 18]. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/TESEMarcoAndrey.pdf>.

82. Borges EL. Feridas: como tratar. Belo Horizonte: Coopemed, 2001.

83. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. Ver Col Bras Cir, 38(5):327-33, 2011.

84. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Cien Saude Colet,15(1):161-170, 2010.

85. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012. [acesso em 2015 out 09]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>.

86. Costa LM. et al. Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). J Vasc Bras,11(2):108-113, 2012.

87. Souza AJG. Autoestima e qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Curso de Mestrado Acadêmico [Internet]. 2014. [acesso em 2015 nov 02]. Disponível em <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/AmandaJGS_DISSERT.pdf>.

88. Torres GV. et al. Caracterização das pessoas com úlcera venosa no Brasil e Portugal: estudo comparativo. Enfermaria Global, n. 32: 75-87, 2013.

89. Brito CKD. et al. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. Rev Rene, 14(3):470-80, 2013.

90. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [acesso em 2015 out 20]. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso?view=noticia&id=1&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumentaevangelicos-espiritas-sem-religiao>.

91. Alcoforado CLGC, Santo FHE. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul, Acre. Rev. Min. Enferm. 2012 Jan-Mar; 16(1): 11-17.

92. Vasconcellos EM. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. Saúde em debate. Dez 1995- Mar 1996; (49-50):101-106.

93. Rizatti SJS. Práticas de cuidado popular de pessoas com úlcera venosa: implicações para a enfermagem [dissertação]. Universidade federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem [Internet], 2014. [acesso em

2015 nov 03]. Disponível em <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Salete%20Rizzatti.pdf>.

94. Broughton G, Janis JE, Attinger CE. A brief history of wound care. Plast Reconstr Surg. 2006;117(7 Suppl):6S-11S.

95. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para o tratamento de úlceras em hanseníase de diabetes. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

96. Moreira AM. et al. Fatores de risco associados a trombose em pacientes do estado do Ceará. Ver Bras Hematol Hemoter, 31(3): 132-36, 2013. [acesso em 2015 nov 03]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842009000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>.

97. Waidman MAP. et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. Texto Contexto Enferm, 20(4): 691-9, Out-Dez, 2011. [acesso em 2015 out 31]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf>.

98. Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de feridas em membros inferiores – úlcera de perna. Cienc. Enferm, 14(1):43-52, 2008.

99. Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino NS. Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. Jornal Vascular Brasileiro. 2005 jul; 4 (2): 195-200.

100. Carmo SS. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev. Eletr. Enf. 2007; 9(2): 506-17. [acesso em 2015 nov 01]. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/v9n2a17.htm>.

101. Boza JC. et al. Manifestações dermatológicas da obesidade. Rev HCPA, 30(1): 55-62, 2010.

102. Malagutti W, Kakihara CT. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.

103. Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. Rev. Pesq. Cuid. Fundam.3(1):1628-37, 2011.[acesso em 2015 out 12]. Disponível em<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1209/pdf_359>.

104. Oliveira BGRB, Lima FFS, Araújo JO. Ambulatório de Reparo de Feridas – perfil da clientela com feridas crônicas- Um estudo prospectivo. Online Braz. J Nurs. 7(2), 2009. [acesso em 2015 out 22]. Disponível em <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1508/369>.

105. Dearley C. cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

106. Moraes GFC. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. Ver Enf UERJ. 2009; 17(2): 240-5. [acesso em 2015 nov 01]. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17nea18.pdf>.

107. Tazima MFGS, Vicente YHMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. Medicina (Ribeirão Preto), 2008; 41 (3): 259-64. [acesso em 2015 out 16]. Disponível em < http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/271/272 >.

108. Caetano N. Guia de remédios. São Paulo: Escala; 2003.

109. Bomfim E, Bomfim G. Guia de medicamentos em enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006.

110. Medeiros ABA. Integridade tissular de pacientes com úlcera venosa: um estudo baseado na Classificação dos Resultados de Enfermagem [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Mestrado de Enfermagem [Internet], 2013. [acesso em 2015 out 31]. Disponível em < http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14778/1/AnaBAM_DISSERT.pdf >.

111. Sant´ana SMSC. et a. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jul-ago; 65(4): 637-44. [acesso em 2015 nov 01]. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf >.

112. Porto CC. Exame clínico: bases para a prática médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

113. Santo PFE. et al. Uso da ferramenta Pressure Ulcer Scale for Healing para avaliar a cicatrização de úlcera crônica de perna. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(1):133-41. [acesso em 2015 out 14]. Disponível em < http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14778/1/AnaBAM_DISSERT.pdf >.

114. Hess CT. Tratamento de úlceras e feridas. 4st ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Ed.; 2002.

115. Tennvall GR, Hjelmgren J. Annual cost of treatment for venous leg ulcer in Sweden an the United Kingdom. Wound Repair Regen. 2005;13(1):13-8.

116. Purwins S, Herberger K, Debus ES, Rustenbach SJ, Pelzer P, Rabe E, et al. Cost-ofillness of chronic leg ulcers in Germany. International Wound Journal. 2010;7(2):97-102.

117. Fornells MG, González RFC. Cuidados de la piel perilesional. Espanha: Fundación 3M y Drug Farma, S. L. 2006.

118. World Union of Wound Healing Societies. Pincipios de las Mejores Práticas. Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Documento de Consenso. Reino Unido: Medical Education Partnership (MEP) Ltd; 2007.

119. European Wound Management Association; EWMA document. Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. J Wound Care. 2010;19(6):239-268.

120. Sant´ana SMAS. Úlceras venosas: caracterização e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goânia – GO [dissertação]. Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem [Internet], 2011. [acesso em 2015 out 31]. Disponível em < https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/S%C3%ADlvia_Maria_Soares_Carvalho_Sant%E2%80%99ana.pdf?1391017956 >.

121. Royal College of Nursing. Clinical practice guideline. The nursing management of patient with venous leg ulcers. Recommendations. London; 2006.

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

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

124. 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.

125. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. RBCEH, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 267-279, maio/ago. 2010. [acesso em 2015 out 16]. Disponível em < http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/865/pdf >.

126. Cade NV. O processo psicossocial faz a diferença na compreensão e na educação para a saúde de pessoas com doenças crônicas. Cogitare Enfermagem 1998 janeiro-junho; 3(1):57-60.

127. Péres DS. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6). [acesso em 2015 out 28]. Disponível em < file:///C:/Users/Acer/Downloads/16184-19303-1-PB.pdf >.

128. Silva LDS, Pazos ALA. A influencia da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. Rev. Enferm. UERJ, v. 13, n. 3, setembro, 2005.

129. Vieira D. et al. Pains in venous ulcers: caracterization of scientific production from 2000 to july 2008. The FIEP Bulletin, v 79, p. 299-302, 2009.

130. Guyton, Arthur C.; HALL, John E: Tratado de fisiologia médica. 11ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.

131. Nobrega WG. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário [dissertação]. Universidade federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Mestrado em Enfermagem [Internet], 2009. [acesso em 2015 nov 01]. Disponível em < http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14679/1/WalquiriaGN_DISSERT.pdf >.

132. Fernandes RMF. O sono normal. In: Simpósio distúrbios respiratórios do sono. Ribeirão Preto, SP. 39 (2): 157-168, abr./jun, 2006. [acesso em 2015 nov 06]. Disponível em < http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf >.

133. Costa RHS. Aspectos desencadeantes dos transtornos do sono em mulheres: revisão de literatura. Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(4):1234-40, abr., 2013. [acesso em 2015 out 26]. Disponível em < file:///C:/Users/Acer/Downloads/3441-39030-1-PB.pdf >.

134. Buysse DJ. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatr Res Rep. 28(2):193-213, 1989. [acesso em 2015 nov 05]. Disponível em < http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296 >.

10. APÊNDICES

Apêndice A – Carta de solicitação para a Instituição de coleta de dados

Carta de solicitação para a instituição de coleta de dados

Guarulhos, 02 de março de 2015.

S O L I C I T A Ç Ã O D E A U T O R I Z A Ç Ã O

Venho por meio desta, solicitar a autorização da realização da pesquisa intitulada "ESTUDO TRANSVERSAL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, ÁLGICO E SONO DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA" no Ambulatório de Feridas Complexas da Divisão de Cirurgia e Queimadura junto ao Serviço de Cirurgia Plástica (ACPL) localizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) pelo mestrando, Rulio Glécias Marçal da Silva, sob minha orientação.

_____

Profa. Dra. Viviane Fernandes de Carvalho

Docente do Mestrado em Enfermagem

Universidade Guarulhos

Apêndice B – Carta de Aceite para Coleta de Dados de Pesquisa

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "ESTUDO TRANSVERSAL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, ÁLGICO E SONO DE PACIENTES COM ÚLCERA VENOSA", sobre orientação da Profa. Dra. Viviane Fernandes de Carvalho. O presente estudo foi avaliado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq, do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Cerqueira César - 05403-010 - São Paulo - SP – Brasil, fone (11) 3069-6431.

O objetivo do estudo é: Correlacionar dor e sono aos aspectos sóciodemográficos e clínicos de indivíduos com úlcera venosa não cicatrizada em membros inferiores.

Para a validação teórica deste estudo necessito de sua valorosa contribuição disponibilizando seus dados para preenchendo de formulários referente à caracterização epidemiológica e clínica, por meio da avaliação da ferida.

Você tem total liberdade participar ou não da pesquisa. Informo que você não terá despesas, nem prejuízo e compensações; e que seu nome não será citado no trabalho garantindo sua privacidade profissional e pessoal dentro da organização de ensino.

Os riscos da pesquisa envolvem: desconforto pelo tempo exigido e/ou um constrangimento pelo teor dos questionamentos, assim como pela exposição da lesão.

Em consonância com a Resolução da CONEP n. 466/12, caso ocorra algum constrangimento saiba que a qualquer momento poderá abandonar o questionário e não será identificado em nenhum relatório, tendo os dados excluídos do estudo. Para atender a questão da confidencialidade, você será identificado por um número e as informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada nenhuma análise individual.

Nesta pesquisa será respeitada a privacidade dos dados e os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Caso seja de sua vontade, você poderá

abandonar a pesquisa, pois não ocorrerá nenhum tipo de repressão. Ressalto que a sua participação é muito importante, pois esta pesquisa poderá trazer resultados que se aplicados resultarão em melhorias na qualidade do trabalho dos profissionais de saúde.

Eu ....., portador do R.G....., declaro ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre este estudo. Autorizo publicação dos dados. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de ressarcimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e estou ciente que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O mestrando Rulio Glécias Marçal da Silva certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Guarulhos, _____ de _____ de 2015.

_____ _____

Rulio Glécias Marçal da Silva Assinatura do Participante

Mestrando em Enfermagem

Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados – Variáveis Sociodemográficas

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Sociodemográficos

1. Data da Pesquisa: _____/_____/_____		
2. Idade:		
3. Gênero:	( ) Masculino ( ) Feminino	
4. Etnia:	( ) Branco ( ) Pardo	( ) Mulato ( ) Negro
5. Naturalidade:	( ) Estado São Paulo ( ) Sudeste ( ) Sul	( ) Centro-Oeste ( ) Nordeste ( ) Norte
6. Estado Civil:	( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Amasiado	( ) Divorciado ( ) Viúvo
7. Local de Residência:	( ) São Paulo ( ) Grande São Paulo	( ) Interior de São Paulo ( ) Outro estado do país
8. Tipo de Residência:	( ) Alvenaria ( ) Outras	( ) Madeira
9. Presença de Cuidador:	( ) Sim, cônjuge ( ) Sim, parente	

	( ) Sim, profissional de saúde ( ) Eventualmente ( ) Não
10.Escolaridade:	( ) Analfabeto ( ) 2º Grau Completo ( ) 1º Grau Incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) Ensino Superior Completo ( ) 2º Grau Incompleto ( ) Não soube informar
11. Ocupação:	( ) Ativo ( ) Aposentado ( ) Afastado ( ) Desempregado
12. Religião:	( ) Católico ( ) Outras ( ) Evangélico
13. Renda: **(em salários R$)**	( ) Até 1 ( ) Entre 3 e 5 ( ) Entre 1 e 2 ( ) acima de 5
14. Tabagista:	( ) Nunca fumou ( ) Sim. Há _____anos ( ) Não, mas foi tabagista por _____ anos
15. Hábitos Etilistas:	( ) Nunca bebeu ( ) Bebe socialmente ( ) É etilista há _____ anos ( ) Não, mas já fui etilista por _____ anos
16. Laser:	( ) Não têm ( ) Compromissos religiosos ( ) Raramente ( ) Sempre ( ) Passeia em casa de familiares
17. Responsável **pela Realização do** **Curativo em**	( ) Próprio responsável ( ) Cônjuge ( ) Familiar ( ) Não há responsável ( ) Profissional dos serviços de saúde local

Domicílio:	( ) Profissional de saúde particular
18. Frequência Diária de Troca de Curativo	( ) 1x/dia ( ) 3x/dia ( ) 2x/dia ( ) > 3x/dia
19. Frequência com que vai a Serviços de Saúde	( ) Diariamente ( ) Quinzenalmente ( ) Entre 1 e 2x/semana ( ) Mensalmente ( ) Entre 3 e 5x/semana ( ) Outros
20. Tipos de Serviços de Saúde que Utiliza:	( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal
21. Quem Fornece Material para Curativo:	( ) Recursos próprios ( ) Doação ( ) Prefeitura ( ) Estado ( ) Federação

_____

Responsável

Apêndice E – Instrumento de Coleta de Dados – Variáveis Clínicas

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados Clínicos

1. Data da Pesquisa: _____/_____/_____	
2. Peso:	_____Kg e _____ grs.
3. Altura:	_____m e _____ cm.
4. Padrão de Sono: **(segundo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh –** **PSQI – BR):**	1) **Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?** Horário habitual de dormir:_____ **2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite:** Número de minutos_____ **3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou?** Horário habitual de despertar:_____ **4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite?** Horas de sono por noite:_____ **5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...** **a. não conseguia dormir em 30 minutos** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana

	( )três ou mais vezes por semana **b. Despertou no meio da noite ou de madrugada** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **d) Não conseguia respirar de forma satisfatória** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **e) Tossia ou roncava alto** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **f) Sentia muito frio** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana

	( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **g) Sentia muito calor** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **h) Tinha sonhos ruins** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **i) Tinha dor** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **j) outra razão _____** **k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

	6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono? ( ) muito bom ( ) bom ( ) ruim ( ) muito ruim **7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana **9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?** ( )nunca no mês passado ( )uma ou duas vezes por semana ( )menos de uma vez por semana ( )três ou mais vezes por semana

	Score: _____ pontos Legenda: **0 - 4 = Qualidade muito boa** **5 – 10 = Qualidade ruim** **> 10 = Distúrbio do sono**
5. Número de Lesões Ativas:	( ) Uma ( ) Três ( ) Duas ( ) > Três
6. Membro Acometido:	( ) MID ( ) MIE
7. Localização da Lesão:	( ) DIP ( ) MIP ( ) DEP ( ) MEP ( ) DAP ( ) MAP ( ) DPP ( ) MPP DIP = distal interna da perna; DEP = distal externa da perna; DAP + distal anterior da perna; DPP = distal posterior da pera; MIP = medial interna da perna; MEP = medial externa da perna; MAP = medial anterior da perna; MPP = medial posterior da perna.
8. Edema no Membro:	( ) Sim +/+++ ( ) Não ( ) Sim ++/+++ ( ) Sim +++/+++
9.Presença de Hiperemia Membro:	( ) Sim ( ) Não
10.Presença de Hipertemia Membro:	( ) Sim ( ) Não

11.Características periulceral:	( ) Edemasiada ( ) endurecida ( ) Hipertermica ( ) Flutuação ( ) Fria ( ) Descamada ( ) Desidratada ( ) Ruborisada
12.Tempo de Lesão:	( ) < 1 ano ( ) 5 – 10 anos ( ) 1 – 3 anos ( ) 10 – 20 anos ( ) 3 – 5 anos ( ) > 20 anos
13. Lesões Cicatrizadas:	( ) Sim ( ) Não
14. Recindivas na Úlcera Ativa:	( ) Não ( ) Sim, 3 – 5 vezes ( ) Sim, 1 vez ( ) Sim, > 5 vezes ( ) Sim, 2 – 3 vezes ( ) Não sabe dizer
15. Queixa de Dor No Membro Antes da Troca do Curativo:	( ) Ausência de dor ( ) Sim, 1 – 4 EAD (dor leve) ( ) Sim, 5 – 7 EAD (dor moderada) ( ) Sim, 8 – 10 EAD (dor intensa)
16. Queixa de Dor No Membro Após a Troca do Curativo:	( ) Ausência de dor ( ) Sim, 1 – 4 EAD (dor leve) ( ) Sim, 5 – 7 EAD (dor moderada) ( ) Sim, 8 – 10 EAD (dor intensa)
17. Índice de Manejo da Dor (IMD):	( ) Não toma medicamento analgésico - 0 ( ) Analgésico anti-inflamatório não hormonal (AINE) - 1 ( ) Opióide fraco – 2 ( ) Opióide forte - 3

	Escore: _____ O IMD será calculado pós realização do curativo, por meio da subtração: PA – ID (onde PA potencia do analgésico e ID intensidade da dor. O IMD varia de -3 a +3. Os escores negativos indicam inadequação analgésica e os escores positivos ou zero, a adequação da mesma.
18. Inventário Breve da Dor:	**1- Teve dor hoje (que não cefaleia, dor de dente):** ( ) Sim ( ) Não **2- Qual local mais sente dor** _____ **3- Número que melhor descreve a pior sensação de dor nas últimas 24h**: _____ **4- Número que melhor descreve a menor sensação de dor nas últimas 24h**: _____ **5- Número que melhor representa a média da dor**: _____ **6- Número que representa a dor no momento**: _____ **7- Tratamento que recebe para a dor**: _____ **8- Percentagem que representa a melhora proporcionada pelo tratamento**: _____ **9- Número que descreve o quanto a dor interferiu nas atividades gerais nas últimas 24h**: _____ **10- Número que descreve o quanto a dor interferiu no humor nas últimas 24h**: _____ **11- Número que descreve o quanto a dor interferiu na capacidade de caminhar nas últimas 24h: _____** **12- Número que descreve o quanto a dor interferiu no trabalho nas últimas 24h: _____** **13- Número que descreve o quanto a dor interferiu no relacionamento nas últimas 24h**: _____

	14- Número que descreve o quanto a dor interferiu no sono nas últimas 24h: _____ **15- Número que descreve o quanto a dor interferiu na apreciação da vida nas últimas 24h**: _____ Onde: Não interferiu - **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** - Interferiu Completamente
19. Presença de Patologias Crônicas:	( ) Não sabe dizer ( ) Refere que não ( ) IVC ( ) DM tipo I ( ) DM tipo II ( ) HAS ( ) Outras _____
20. Medicamento de uso contínuo:	( ) Não ( ) Não sabe dizer ( )Sim _____
21. Como acha que Adquiriu a Ferida:	
22. Tratamento Compressivo:	( ) Faixa Crepe ( ) Meia elástica ( ) Bota de Unna ( ) Monocamada ( ) Multicamada

	Comprimento X	0 0	1 < 0.3	2	3	4	5	Escore

23. Escala de PUSH:	**Largura** (em $cm^{2)}$			0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0			
		6 3.1-4.0	7 4.1-8.0	8 8.1-12.0	9 12.1-24.0	10 >24				
	Exsudato	0 Não		1 Leve		2 Moderado		3 Grande		Escore _____
	Leito	0 Fechado	1 Tecido Epitelial	2 Tecido Granulação		3 Esfacelo		4 Tecido Necrótico		Escore

10. ANEXOS

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA