



Perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pelo “Programa Melhor em Casa”

Epidemiological profile of patients with chronic wounds treated by the “Better at Home Program”

Perfil epidemiológico de pacientes con heridas crônicas tratados por el “Programa Mejor en Casa”

Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett^{1,2}, Christielle da Silva Montenegro¹

ORCID IDs

Sachett JAG  <https://orcid.org/0000-0001-5723-9977>
Montenegro CS  <https://orcid.org/0000-0003-3474-8992>

COMO CITAR

Sachett JAG, Montenegro CS. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 17: e2019. https://doi.org/10.30886/estima.v17.737_PT

RESUMO

Objetivo: definir o perfil epidemiológico dos pacientes com feridas crônicas atendidos pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) de Rio Branco, estado do Acre. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, de campo, no qual foram acompanhados usuários contemplados pelo programa Melhor em Casa de janeiro a maio de 2018. A amostra deste estudo foi composta por todos os pacientes ativos na lista de atendidos pela EMAD no período que compreendeu desde a primeira visita dos pesquisadores até o momento de esgotamento dos pacientes para a coleta de dados. Incluíram-se todos os pacientes da EMAD com feridas, totalizando a amostra de 100 pacientes. **Resultados:** Cem pacientes responderam a um questionário autoaplicado. Mostrou-se que 54% dos participantes eram do sexo masculino, com faixa etária maior que 51 anos e média de idade de 50 anos [desvio-padrão (DP) = 19,81]. Sessenta por cento eram pardos, 36% solteiros, 52% tinham renda entre um e dois salários mínimos, 34% apresentaram ensino fundamental incompleto e 35% eram aposentados. Dentre os selecionados, 80% vivem em imóveis próprios, sendo esses 70% de alvenaria, a água é encanada em 74% dos locais e 100% têm energia elétrica. Sobre sua saúde, 38% tinham hipertensão arterial e 31% eram diabéticos, sendo essas as doenças mais prevalentes. As famílias foram as maiores responsáveis pelo acesso dos pacientes à atenção domiciliar (45%). As lesões de membros inferiores foram as mais prevalentes (38%). Foi possível observar perfil de baixa escolaridade e renda nesses pacientes, além da presença majoritária de doenças crônicas não transmissíveis, bem como a importância das famílias na busca de tratamento especializado. **Conclusão:** Para a reabilitação mais rápida dos pacientes, é necessária uma visão holística, relacionando todas as áreas da saúde e utilizando o conhecimento interdisciplinar para que ocorra maior efetividade do tratamento.

DESCRITORES: Cicatrização de feridas. Equipe multiprofissional. Perfil epidemiológico. Estomaterapia.

1. Universidade do Estado do Amazonas – Escola Superior de Ciências da Saúde – Programa de Pós-Graduação – Manaus/AM – Brasil.
2. Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta” – Diretoria de Ensino e Pesquisa – Departamento de Ensino e Pesquisa – Manaus/AM – Brasil.

Autor correspondente: jac.sachett@gmail.com

Recebido: Mar. 26 2019 | **Aceito:** Jun.14 2019



ABSTRACT

Objective: To define the epidemiological profile of patients with chronic wounds treated by the Multidisciplinary Home Care Team (EMAD) of Rio Branco, state of Acre. **Methods:** This is an exploratory, field study, in which users were enrolled in the Better at Home Program from January to May 2018. The sample of this study was composed of all active patients in the list attended by EMAD in the period comprised from the first visit of the researchers until the moment of exhaustion of the patients for the data collection. All patients of EMAD with wounds were included, totaling the sample of 100 patients. **Results:** One hundred patients answered a self-administered questionnaire. It was shown that 54% of the participants were men, with age greater than 51 years and mean age of 50 years [standard deviation (SD) = 19.81]. Sixty percent were brown, 36% singles, 52% had income between one and two minimum wages, 34% had incomplete elementary education, and 35% were retired. Of those selected, 80% live in their properties, 70% of which is masonry, water is piped in 74% of the places, and 100% has electricity. About 38% had hypertension, and 31% were diabetic, being the most prevalent diseases. Families were the main responsible for patients' access to home care (45%). Lower limb injuries were the most prevalent (38%). It was possible to observe a low level of schooling and income in these patients, besides the majority presence of chronic noncommunicable diseases, as well as the importance of families in the search for specialized treatment. **Conclusion:** For the quicker rehabilitation of the patients, a holistic view is necessary, relating all areas of health and using the interdisciplinary knowledge so that greater treatment effectiveness occurs.

DESCRIPTORS: Wound healing. Multidisciplinary team. Epidemiological profile. Stomatherapy.

RESUMEN

Objetivo: Definir el perfil epidemiológico de los pacientes con heridas crónicas tratados por el Equipo multidisciplinario de Atención Domiciliaria (EMAD) de Rio Branco, estado de Acre. **Métodos:** Este es un estudio de campo exploratorio, en el que los usuarios contemplados por el "Programa Mejor en Casa" fueron seguidos de enero a mayo de 2018. La muestra de este estudio estaba compuesta por todos los pacientes activos en la lista de ayudados por EMAD en el período que varió desde la primera visita de los investigadores hasta el momento del agotamiento de los pacientes para la recolección de datos. Se incluyeron todos los pacientes de EMAD con herida, un total de 100 pacientes. **Resultados:** Cien pacientes respondieron un cuestionario autoadministrado. Se demostró que el 54% de los participantes eran hombres, mayores de 51 años y una edad promedio de 50 años [desviación estándar (DE) = 19.81]. Sesenta por ciento eran marrones, 36% solteros, 52% tenían ingresos entre uno y dos salarios mínimos, 34% tenían educación primaria incompleta y el 35% estaban jubilados. Entre los seleccionados, 80% vive en sus propias propiedades, siendo 70% de albañilería, el agua se canaliza en el 74% de los lugares y el 100% tiene electricidad. Sobre su salud, 38% tenía hipertensión y el 31% eran diabéticos, siendo estas las enfermedades más prevalentes. Las familias fueron las más responsables del acceso de los pacientes a la atención domiciliaria (45%). Las lesiones de las extremidades inferiores fueron las más frecuentes (38%). Fue posible observar un bajo perfil de educación e ingresos en estos pacientes, además de la presencia mayoritaria de enfermedades crónicas no transmisibles, así como la importancia de las familias en la búsqueda de tratamiento especializado. **Conclusión:** Para una rehabilitación más rápida de los pacientes, se necesita una visión holística, relacionando todas las áreas de la salud y utilizando el conocimiento interdisciplinario para una mayor efectividad del tratamiento.

DESCRIPTORES: Cicatrización de heridas. Equipo multiprofesional. Perfil epidemiológico. Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

Há tendência recente na saúde brasileira pela descentralização dos serviços de saúde. A atenção que previamente vinha sendo hospitalocêntrica, uniaxial, baseada no olhar biológico e curativo, acabava por resultar em uma saúde onerosa para a população¹ pela falta do olhar para o indivíduo como um todo, concentrando esforços na doença em si. Essa descentralização evidencia, também, os aspectos psicológicos, além dos financeiros, nos quais o ser doente vai além do seu agravo físico, mas se insere em um contexto social e familiar².

Essa visão holística do indivíduo traz a família como fonte principal das crenças e tipos de comportamentos relacionados com a saúde e interfere diretamente em como o indivíduo manifesta seus sintomas. Assim, o seio familiar torna-se um recurso de apoio e suporte ao paciente, e o profissional inserido nesse contexto familiar e interferindo diretamente na vida destas pessoas pode obter melhores

resultados do ponto de vista clínico¹. Considera-se, ainda, nessa conjuntura, o território, estilo de vida, a promoção à saúde e seus fundamentos¹. Segundo Dias e Nunes², a experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos e que os cuidados de saúde primários podem contribuir para a melhoria da saúde, quer da família, quer do elemento doente.

E é nesse contexto familiar e de descentralização da saúde que surge a Atenção Domiciliar (AD). Esse tipo de atenção vem crescendo no Brasil desde 1990, seguindo uma tendência mundial decorrente de seu potencial para alívio da carga excessiva do sistema de saúde pública, principalmente hospitalar, proporcionando, portanto, maior eficiência e eficácia do atendimento à saúde³. Assim, muitos indivíduos recebem alta hospitalar e retornam às suas casas para se reestabelecerem com suas famílias, para que, além de satisfazerem suas necessidades psíquicas, possam reduzir os gastos públicos com a hospitalização,

reservando esse local especificamente para eventos agudos, deixando que os acometimentos crônicos sejam atendidos de forma extra-hospitalar¹.

Na tentativa de ampliação do atenção domiciliar, destaca-se a criação do programa Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar, de iniciativa do Governo Federal Brasileiro³. Segundo o Ministério da Saúde⁴, esse é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair de suas casas para chegar a uma unidade de saúde ou, ainda, para pessoas que estejam em situações nas quais a esse tipo de atendimento seja mais indicado para seu tratamento. Esse programa é resguardado pelas portarias nº 2527/2011 e nº 2959/2011, as quais conceituam a AD no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e habilitam estabelecimentos de saúde contemplados pelo serviço de AD³.

A assistência pelo Melhor em Casa é feita por equipes multiprofissional compostas, principalmente, por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas ou assistentes sociais, mas outros profissionais, como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, também estão habilitados para compor as equipes de apoio. Os pacientes contemplados nesse programa são aqueles que necessitam de visitas semanais ou mais frequentes, e que cada equipe poderá ser composta por até 60 pacientes simultâneos⁴.

O governo brasileiro aponta diversos benefícios para execução desse programa, no qual inclui o atendimento humanizado, junto ao seio familiar, melhor recuperação de doenças, diminuição dos riscos de contaminação e infecção, além de desocupar leitos hospitalares, proporcionando melhor atendimento e regularização dos serviços de urgência dos hospitais⁴. Além disso, os profissionais podem defrontar-se com universos culturais e sociais complexos e polêmicos, e é nessa particularidade da AD que surge a possibilidade de “interação, superação de preconceitos, invenção de soluções e resgate de redes de solidariedade”³.

Como parte do programa Melhor em Casa, em Rio Branco, estado do Acre, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) atende pacientes que têm feridas de maior debilidade física. Essas feridas assistidas são definidas como a perda da cobertura cutânea, não apenas da pele, mas também dos tecidos subcutâneos, músculos e ossos e, quanto à etiologia, podem ser ocasionadas por traumas, complicações cirúrgicas, diabetes, necrose, isquemia

ou insuficiência venosa, como as úlceras venosas e lesões por pressão e pós-irradiação⁵. Essas trazem desafio constante para a EMAD, não só para a área de enfermagem, mas para o cuidado oferecido por todos os profissionais, por colocarem à prova a interdisciplinaridade das áreas, a relação e conhecimentos da equipe na escolha da conduta mais adequada a cada paciente, ou seja, por promover a busca constante das mais novas técnicas, equipamentos e materiais para tratamento de lesões. Além disso, destaca-se o fator humano, pois a AD insere os profissionais no ambiente familiar, fazendo com que esses vivenciem e depositem esperança no decorrer de sua evolução até sua reabilitação e cura.

Além do cuidado assistencial do corpo, ressalta-se a importância do estabelecimento de vínculo com paciente, cuidadores e familiares, entendido pela equipe como necessários para que as ações sejam exitosas. Para isso, a EMAD utiliza a musicoterapia, comemorações de aniversários, atividades recreativas com crianças com deficiência, dentre outras atividades⁶.

Nesse sentido, considerando a importância do atendimento domiciliar e os desafios gerados no tratamento de feridas, surge o enfoque do presente trabalho, o qual objetiva definir o perfil epidemiológico dos pacientes ativos com lesões de pele atendidos pela EMAD, visando servir como embasamento aos profissionais da área, principalmente no que tange aos materiais usados no processo de recuperação e cicatrização dessas lesões.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de campo, no qual foram acompanhados usuários contemplados pelo programa Melhor em Casa, por meio dos serviços prestados pela EMAD.

A EMAD foi criada em 2015, regulamentada pela portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, e redefinida pela portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016, com objetivo de levar o cuidado do SUS para os pacientes que necessitam de AD⁶. Em 2018, a equipe foi composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e motoristas, além de sua extensão na unidade básica de saúde Gentil Perdome, a qual trabalha apenas com curativos. A EMAD atende pacientes com

lesões cutâneas, residentes em Rio Branco, que não podem se locomover até uma unidade de saúde, totalizando 214 contemplados de janeiro a novembro de 2018⁶.

A amostra deste estudo foi composta por todos os pacientes ativos na lista de atendidos pela EMAD de janeiro a maio de 2018. Esse período compreendeu desde a primeira visita dos pesquisadores até o momento de esgotamento dos pacientes para a coleta de dados. Incluíram-se todos os pacientes da EMAD com feridas, totalizando a amostra de 100 pacientes. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário aplicado pelo próprio pesquisador, o qual continha questões relacionadas a aspectos sociodemográficos (sexo, idade, profissão, endereço) e questões voltadas para o tema, como classificação das feridas quanto a etiologia, evolução, complexidade, comprometimento tecidual, espessura, presença ou ausência de infecção, as quais foram avaliadas no momento da entrevista. Esse questionário foi aplicado em horários pré-agendados após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após aprovação no Conselho de Ética da Universidade Estadual do Amazonas, com parecer nº 3.149.001, os participantes receberam informações detalhadas sobre objetivos, métodos, benefícios, riscos e importância da pesquisa, sendo também esclarecido que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de constrangimento ou coerção.

Quanto aos dados, foram registrados e armazenados em uma planilha de dados e digitadas no programa Excel 2013. A análise estatística descritiva foi realizada a partir das variáveis quantitativas contínuas e categóricas da população envolvida, utilizando o programa EPI INFO 7 com apresentação das frequências, médias e desvio padrão (DP).

RESULTADOS

Entre os participantes, 54% eram do sexo masculino, 44% do sexo feminino e 2% relatou pertencer a outros grupos sexuais. Quanto à faixa etária, houve predominância de pacientes com 51 anos ou mais, sendo esses 52% dos participantes, seguidos por 41% dos indivíduos com faixa etária entre 21 e 50 anos e 7% entre zero e 20 anos. A média de idade dos participantes foi de 50 anos (DP = 19,81) (Tabela 1).

Tabela 1. Número e proporção dos usuários com feridas atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, segundo variáveis sociodemográficas, em Rio Branco, estado do Acre, 2018.

Dados sociodemográficos	n (100)	%
Faixa etária		
0-20	7	7
21-50	41	41
51 ou mais	52	52
Sexo		
Masculino	54	54
Feminino	44	44
Outros	2	2
Estado civil		
Casado	34	34
Divorciado	5	5
Solteiro	36	36
Viúvo	10	10
União estável	15	15
Escolaridade		
Analfabeto	13	13
Fundamental	40	40
Médio	38	38
Superior	9	9
Raça/cor		
Branco	31	31
Pardo	60	60
Preto	9	9
Trabalho		
Aposentado	35	35
Carteira assinada	16	16
Sem carteira assinada	15	15
Estudante	10	10
Desempregado	8	8
Dona de casa	6	6
Afastado	6	6
Pensionista	3	3
Outros	1	1
Renda familiar em SMS		
< 1	22	22
1 a 2	52	52
2 a 3	12	12
3 a 4	4	4
> 4	4	4
> 5	1	1
Sem renda fixa	5	5

...continua

Tabela 1. Continuação...

Condições de moradia		
Própria	80	80
Alugada	9	9
Outras	11	11
Tipo de residência		
Alvenaria	70	70
Madeira	17	17
Mista	13	13
Água		
Encanada	74	74
Poço	26	26
Energia		
Elétrica	100	100

SM = salário mínimo.

Relataram-se pardos 60% dos pacientes, 31% se consideram brancos e 9% se autodeclararam negros. Com relação ao estado civil, 36% eram solteiros, 34% casados, 15% com união estável, 10% viúvos e 5% eram divorciados. Quando questionados sobre sua renda, 52% relataram ganhar entre um e dois salários mínimos (SMs), 22% ganhavam menos que um SM e 12% recebiam de dois a três SMs. A prevalência de pessoas com renda menor que dois SMs pode ser justificada devido à vinculação do programa com o SUS e com o hospital público de Rio Branco, assim, o propósito da assistência gratuita e acessibilidade estão sendo atendidos.

Quanto à escolaridade, 34% apresentavam ensino fundamental incompleto, 24% tinham ensino médio completo, 14% ensino médio incompleto, 13% eram analfabetos, 6% tinham ensino fundamental completo. Sobre sua situação de trabalho atual, 35% dos participantes relataram ser aposentados, 16% trabalham com carteira assinada e 15% trabalham, mas não possuem carteira assinada.

No tocante às condições de moradia, 80% vivem em locais próprios, 9% dos imóveis são alugados e 11% estão em outras situações. Essas residências são 70% de alvenaria, 17% de madeira e 13% mistas. A água é encanada em 74% dos locais e em 26% é proveniente de poços. Por fim, 100% dos participantes têm energia elétrica em suas casas. As moradias dos participantes condizem com sua localização urbana, tendo, em sua maioria, acesso aos recursos básicos para uma habitação decente.

Sobre seu estado de saúde atual, o diabetes estava presente em 31% dos pacientes. Outra doença que obteve

destaque nesse público foi a hipertensão arterial, presente em 38% dos pacientes, o que também é fator de risco para complicações no tratamento de feridas crônicas.

Tabela 2. Número e proporção dos usuários com feridas atendidas pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, segundo comorbidades e hábitos de vida, em Rio Branco, estado do Acre, 2018.

Características	n (100)	%
Patologias*		
Hipertensão arterial sistêmica	38	38
Diabetes	31	31
Cardiopatia	10	10
Nefropatia	2	2
Outras	19	19
Hábitos*		
Etilismo	16	16
Tabagismo	10	10

*Considerou-se mais de uma opção para o paciente com resposta afirmativa para diferentes comorbidades e/ou hábitos de vida.

Os hábitos de tabagismo foram relatados em 10% e o etilismo em 16% dos participantes (Tabela 2).

A respeito das condições de acesso à AD, 45% dos participantes foram provenientes de procura espontânea do paciente ou da família, o que reforça o ponto de que a família pode ser uma aliada fundamental dos profissionais de saúde para a recuperação adequada de um paciente². A EMAD atendeu 100% dos pacientes com necessidade de serviços em psicologia e serviço social, 91% com visitas da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem, sendo 9% das visitas realizadas somente por técnicos de enfermagem), 89% tiveram atenção médica e 75% receberam visitas e assistência de um nutricionista (Tabela 3).

Na análise de dados sobre a localização das feridas, 19% estavam presentes na região do pé, 19% abaixo do joelho, 18% na região sacrococcígea, 7% no ísquio, 6% no calcanhar, 6% na região trocântica, 2% no tornozelo e 43% se apresentavam em outras regiões do corpo (Tabela 4).

Com relação ao tempo da ferida, 41% dos participantes as tinham durante menos de um ano e 39% há menos de um mês, com presença de secreção em 82% dos pacientes. É esperado que a cicatrização ocorra de forma lenta, devido às condições preexistentes como pressão, diabetes, má circulação, estado nutricional precário, imunodeficiência e fatores como infecção e presença de tecido necrótico⁷.

Tabela 3. Número e proporção dos usuários com feridas atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), segundo tipo de acesso aos serviços de atenção domiciliar (AD) em Rio Branco, estado do Acre, 2018.

Características do acesso	n (100)	%
Primeiro acesso à AD		
Demanda espontânea do paciente/família	45	45
Serviços da rede de atenção à saúde	40	40
Outros	10	10
Não respondeu	5	5
De quais profissionais da EMAD recebeu/recebe assistência		
Psicólogo	100	100
Assistente social	100	100
Enfermeiro	91	91
Médico	89	89
Nutricionista	75	75
Técnico de enfermagem	9	9

Tabela 4. Número e proporção dos usuários com feridas atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, segundo as características das feridas, em Rio Branco, estado do Acre, 2018.

Características das feridas	n (100)	%
Localização		
Abaixo do joelho	19	19
Pé	19	19
Região sacrococcígea	18	18
Região do ísquio	7	7
Calcanhar	6	6
Região trocantérica	6	6
Tornozelo	2	2
Outras	43	43
Tempo da ferida		
<1 mês	39	39
<1 ano	41	41
Entre 1 e 5 anos	4	4
>5 anos	16	16
Secreção		
Sim	82	82
Não	18	18
Uso de tratamento alternativo para tratar ferida		
Sim	30	30
Não	63	63
Não respondeu	7	7

DISCUSSÃO

O maior número de homens com lesões pode ser consequência de maior exposição ao risco no tipo de atividade

que desenvolve, o que pode ser justificado com a maior ocorrência de acidentes automobilísticos no sexo masculino, o que muitas vezes resulta em feridas crônicas. Segundo dados da Seguradora Líder⁸, responsável pelo pagamento do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), os homens representaram 75% do total de envolvidos em acidentes de janeiro a outubro de 2018, enquanto somente 25% eram mulheres.

Segundo Chibante et al.⁹, a idade mais avançada está relacionada com a maior suscetibilidade a lesões, devido a alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas que afetam a função e o aspecto da pele, sendo essas: redução da espessura da epiderme; redução da elasticidade dérmica pela diminuição do número de fibroblastos, o que modifica as fibras de colágeno e elastina; e redução dos vasos sanguíneos e fibras nervosas¹⁰. A velocidade e a intensidade em quase todas as fases de cicatrização são diminuídas em idosos acometidos por lesões, resultando em menores respostas inflamatórias, redução da circulação, aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização⁹.

A baixa escolaridade e renda foi predominante neste estudo, o que condiz com a realidade dos pacientes encontrados no SUS, por ser um serviço público. Segundo Vicava¹⁰, em sua análise sobre desigualdades regionais e sociais em saúde, há maior taxa de internações entre indivíduos com menor escolaridade quando comparados a indivíduos com maior grau de instrução. Com relação à renda, destaca que pessoas com maiores ganhos aderem em maior número a planos ou seguros de saúde, geralmente relacionados ao vínculo empregatício, moldando, assim, o perfil de menor amparo socioeconômico dos pacientes do SUS¹⁰.

A informação sobre a atividade laboral torna-se preocupante ao observar que apenas 51% desses pacientes têm renda fixa, como trabalho formal ou algum benefício; assim, os demais são dependentes e no momento não estão habilitados para procurar alguma ocupação, recaindo para as famílias os sustentar até sua reabilitação, o que pode não ocorrer de forma precoce como desejado.

O nível de escolaridade tem estreita relação com o nível de saúde das pessoas, com a renda e a categoria profissional, variáveis econômicas que têm reflexos positivos sobre a saúde¹¹. Além disso, o grau de escolaridade é de fundamental importância para a AD, pois interfere diretamente no autocuidado, refletindo na capacidade de compreensão das instruções da equipe. Os pacientes e seus familiares precisam

aprender a controlar os fatores que podem interferir no seu processo de cicatrização, como a dieta e a pressão arterial, principalmente para os indivíduos com hipertensão, a glicemia para os com diabetes, além dos mecanismos que provocam agressão ao tecido lesado, sendo necessária, sempre, a adaptação da linguagem utilizada com o paciente e sua família, de acordo com a realidade daquele lar, para obtenção de resultados mais eficazes^{12,13}.

O diabetes melito (DM) foi expressivo como comorbidade nos pacientes e tem diversas complicações crônicas, dentre as quais se destacam o aparecimento de nefropatias, retinopatias, neuropatias e vasculopatias, sendo as duas últimas as principais responsáveis pelo aparecimento de feridas em membros inferiores e nos pés¹². O excesso de glicose na corrente sanguínea do paciente com diabetes provoca a redução da concentração de óxido nítrico sérico, promovendo a disfunção endotelial, o que ocasiona um microambiente isquêmico-periférico que reduz a taxa de angiogênese, além de promover a diminuição da resposta dos fatores de crescimento¹². Portanto, era esperado que o DM se fizesse presente entre as principais patologias dessa amostra.

Além do DM, a hipertensão arterial também foi relatada. Essa provoca alterações microvasculares, pois os vasos sanguíneos tendem a aumentar a espessura de sua parede, o que reduz seu lúmen. Assim, diminui o fluxo sanguíneo periférico, reduzindo o suprimento de oxigênio e nutrientes para a ferida, além de diminuir a deposição de colágeno e inibir a ação fagocitária, consequentemente provocando retardo na cicatrização¹². Outros acometimentos citados foram: cardiopatias, nefropatias, doença de Alzheimer, artrite, artrose, acidente vascular encefálico, câncer, doença arterial obstrutiva periférica, depressão, desnutrição e doenças autoimunes.

Outros fatores comportamentais, como tabagismo, foram encontrados nos participantes. O tabagismo é significativamente prejudicial em pacientes com feridas, por promover a vasoconstrição periférica, o que também reduz a espessura dos vasos sanguíneos e prejudica o aporte de nutrientes e oxigênio local. A nicotina, principal componente do cigarro, dificulta o transporte de oxigênio nas hemácias, o que, além de prejudicar a neoangiogênese e a multiplicação de fibroblastos nas feridas, propicia um microambiente favorável para o crescimento de bactérias, aumentando o risco de infecção¹².

Com relação ao atendimento domiciliar, a EMAD atendeu todos os pacientes com necessidade de serviços

em psicologia e serviço social. A presença de profissionais psicólogos na equipe multiprofissional, por exemplo, é de suma importância para que se possa suprir as demandas emocionais e psicossociais destes pacientes¹⁴. A nutrição, além de promover substrato energético e proteico para a cicatrização, ainda oferta as vitaminas utilizadas como cofatores por diversas enzimas no processo de cicatrização. Pacientes gravemente enfermos podem ter uma perda maior de vitaminas, o que pode levar à deficiência dessas e retardo no processo de cura¹⁵.

A maioria das lesões encontradas nesses pacientes estava localizada nos membros inferiores. Chavaglia¹³, em seu estudo sobre o perfil de pacientes com feridas crônicas, também detectou que a maior parte das lesões se encontrava em membros inferiores. Quanto às causas das feridas crônicas em membros inferiores, podem ser decorrentes de insuficiência venosa, insuficiência arterial, neuropatia, linfedema, artrite reumatoide, traumas, osteomielite, anemia falciforme, vasculites, tumores cutâneos (carcinoma basocelulares e espinocelulares) e doenças infecciosas crônicas.

Segundo a Sociedade Americana de Diabetes¹⁶, pelo menos metade de todas as amputações ocorre em pessoas com diabetes e ocasionada por úlcera no pé diabético infectado. Assim, o conhecimento e o manejo correto da ferida são primordiais para diminuir esse risco.

A prevenção de complicações, como amputações, principalmente em casos de neuropatia, deve ser atendida em todos os níveis de atenção à saúde. Na atenção primária, a triagem adequada e a classificação da ferida podem ser preditores para referenciar o paciente ao atendimento especializado, a educação direcionada ou ao uso de calçados terapêuticos adaptados. Infecção associada à doença arterial periférica contribui para o risco de amputação; desse modo, o profissional de enfermagem necessita de maior atenção no caso de secreção das lesões, pois propicia um ambiente úmido que facilita a instalação de um processo infeccioso¹⁶.

Além disso, a terapêutica adotada para o tratamento de feridas crônicas é um fator que influencia diretamente no tempo de cicatrização¹³, principalmente quando observamos que 30% dos pacientes relataram fazer uso de métodos alternativos para tratar suas feridas que, por muitas vezes, podem ser baseados em cuidados empíricos, recomendações de amigos ou familiares, ocasionam abordagens terapêuticas inadequadas, insegurança e desgaste, prolongando o tempo de cicatrização¹³; possivelmente esse fato pode colaborar para a piora e retardo na cicatrização da ferida. As feridas

nos pés de pacientes do sexo masculino tendem a piores complicações que nos de mulheres, portanto, o profissional de saúde necessita de atenção no cuidado aos pés de homens, visto que esses são mais desleixados e podem comprometer mais essas lesões¹⁷.

Como limitação deste estudo, houve, principalmente, a de transporte até o domicílio do paciente, assim, o acesso à residência dos pacientes era dificultado. Havia também dificuldade de fornecimento de informações por parte da equipe de saúde e dos pacientes e cuidadores. Diante disso, os pesquisadores utilizaram recursos próprios para realizar as visitas domiciliares e também uma linguagem diferenciada com os pacientes e cuidadores, a fim de conseguir coletar o maior número de informações possível.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo proporcionou a visão do perfil epidemiológico das pessoas com feridas atendidas pelo programa Melhor em Casa por meio da EMAD. Desses, mostrou-se o perfil de pacientes com mais de 51 anos de idade, solteiros, com renda entre um e dois SMs. Sobre seu aspecto educacional, a maior parte apresentou ensino fundamental incompleto, era aposentada e vivia em imóvel próprio com saneamento básico. A respeito de seu estado de saúde atual, destacou-se a presença de hipertensão arterial e diabetes, sendo essas as doenças mais prevalentes.

As famílias foram as maiores responsáveis pelo acesso dos pacientes à AD. As lesões de membros inferiores foram as mais prevalentes, sendo mais comuns na região do pé e abaixo do joelho.

Conclui-se que, para a reabilitação mais rápida dos pacientes, é necessária uma visão holística, na qual se considere mais que a ferida em si, mas a situação familiar, socioeconômica, hábitos e doenças-base, relacionando todas as áreas da saúde e utilizando o conhecimento interdisciplinar para que ocorra maior efetividade do tratamento.

Este tipo de estudo é de fundamental importância para proporcionar aos profissionais da saúde material científico de referência às suas práticas e condutas. Ações direcionadas ao perfil específico dessa população podem levar à diminuição do tempo de cicatrização e recuperação dos pacientes. É interessante salientar, também, a necessidade de mais estudos do tipo, e com amostras maiores, para servirem de embasamento para políticas públicas de promoção à saúde adequada à realidade e necessidade dos pacientes.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Sachett JAG e Montenegro CS; Metodologia, Sachett JAG; Investigação, Montenegro CS; Redação – Primeira versão Sachett JAG e Montenegro CS; Redação – Revisão & Edição, Sachett JAG; Supervisão Sachett JAG.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):166-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>
2. Dias MB, Nunes P. A política nacional de atenção domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. *J Manag Prim Heal Care*. 2015;6(1):1-7.
3. Andrade A, Brito M, Silva K, Randow R, Montenegro L. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(1):3383-93. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3383>
4. Ministério da Saúde (BR). Melhor em casa. [Internet]. Brasília, DF: MS. 2019 [citado dia mês ano]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>
5. Lagos SDEF, Uratani SS, Gomes FV. Revisão bibliográfica sobre úlcera de pressão: uma proposta para intervenção de enfermagem. *Rev Uningá*. 2017;3(1):137-46.
6. Prefeitura Municipal de Rio Branco. Relatório Gerencial: EMAD Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar. 2018.
7. Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Fernandes MICD, Andriola IC, Lopes MVO, Lira ALBC. Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):1-9. <https://doi.org/1590/1983-1447.2016.01.54105>
8. Seguradora Líder. Boletim estatístico. Seguradora Líder-DPVAT. Rio de Janeiro: Seguradora Líder; 2018.
9. Chibante C. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. *Rev Cub Enferm*. 2015;31(4):1-13.
10. Vicava F. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Cien Saude Colet*. 2018;23:1-6.

11. Oliveira MF, Viana BJF, Matozinhos FP, Silva MMS, Pinto DM, Moreira AD, et al. Feridas em membros inferiores em diabéticos e não diabéticos: estudo de sobrevida. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180016. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180016>
12. Braz RM, Squizzato RH, Rafaldini BP, Poletti NAA, Lopes ADO,
13. Almeida DB de. Perfil dos usuários atendidos em ambulatório de cuidado com feridas. *Cogitare Enferm.* 2017;22(1):1-9. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.48472>
14. Chavaglia SRR, Ohl RIB, Ferreira LA, Santiago VR, Abdanur AF, Soares AS. Caracterização de pacientes com lesão cutânea em unidades de internação médica e cirúrgica. *Rev enferm UFPE.* 2015;9(1):183-92. <https://doi.org/10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201526>
15. Coutinho ALS, Pena LAS, Rodrigues SP, Severino ALRL, Viana ESM. A atuação do psicólogo na estratégia de saúde da família. *Rev Científica Univiçosa.* 2015;7(1):13-9.
16. Mendes DC, Santos BCO, Oliveira LB, Sabino LF. A importância da nutrição no processo de cicatrização de feridas. *Revista Científica Univiçosa.* 2017;9(1):68-75.
17. Boulton AJM, Armstrong DG, Kirsner RS, Attinger EC, Lavery LA, Lipsky BA, et al. Diagnosis and management of diabetic foot complications [Internet]. American Diabetes Association. 2018 [citado 3 Jun 2019]. <https://doi.org/10.2337/db20182-1>
18. Jarl G, Alnemo J, Tranberg R, Lundqvist LO. Gender differences in attitudes and attributes of people using therapeutic shoes for diabetic foot complications. *J Foot Ankle Res.* 2019;12(21):1-7. <https://doi.org/10.1186/s13047-019-0327-0>