

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE
ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO EM NATAL/RN**

ONIELE OLIVEIRA DAS NEVES DEODATO

**NATAL/RN
2007**

ONIELE OLIVEIRA DAS NEVES DEODATO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE
ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO EM NATAL/RN**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, do
Centro de Ciências da Saúde, da
Universidade Federal do Rio Grande do
Norte, como requisito parcial para
obtenção do título de mestre.**

**Orientador:
Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres**

**NATAL/RN
2007**

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial de Enfermagem

Deodato, Oniele Oliveira das Neves.

Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN / Oniele Oliveira das Neves Deodato. - Natal, [RN], 2007.
104 f.

Orientador: Gilson de Vasconcelos Torres.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

1. Avaliação – Dissertação. 2. Qualidade – Dissertação. 3. Assistência – Dissertação. I. Torres, Gilson de Vasconcelos. II. Título.

RN/UF/BSE

CDU 616-083:519.873

ONIELE OLIVEIRA DAS NEVES DEODATO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM NATAL/RN

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Aprovada em: _____ de _____ 2007, pela banca examinadora.

Professor Dr. Gilson de Vasconcelos Torres - Orientador
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Professora Dra. Eline Lima Borges - Titular
(Escola de Enfermagem/UFMG)

Professora Dra. Glauceia Maciel de Farias - Titular
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

Professor Dra. Raimunda Medeiros Germano - Suplente
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

DEDICATÓRIA

A Deus, por me conceber a graça de ter trilhado mais esse caminho na longa estrada da vida.

Aos meus pais, José Ortiz e Onezita, pelo amor a mim dedicado e pelos ensinamentos transmitidos que me fizeram ser a pessoa que hoje sou.

Ao meu marido Deodato, pelo incondicional apoio e atenção durante toda essa jornada.

A minha filha Mariana, que me faz ver a vida com outros olhos a cada travessura que apronta.

HOMENAGENS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, por me guiar neste novo rumo do conhecimento e pelas constantes orientações não só técnico-científicas, mas de otimismo e perseverança.

A Enfermeira Jussara de Paiva Nunes, por ser um exemplo de profissional dedicada e comprometida. Um dia gostaria de ser igual a você...

A Daniele Vieira, que tanto me ajudou durante as trilhas espinhosas. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Enfermeira Maria do Ó de Oliveira, por me permitir ingressar e conhecer o seu mundo profissional.

Ao Técnico de Enfermagem Gilberto de Oliveira Fernandes, pela acolhida e apoio durante a coleta de dados.

A Enfermeira Glauce, por ter compartilhado comigo a realidade da assistência aos portadores de úlcera venosa.

A Direção do Hospital Universitário Onofre Lopes, por autorizar o desenvolvimento deste trabalho.

A todos meus amigos e amigas, que, apesar da distância, estiveram sempre presentes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das variáveis de caracterização sócio-demográfica, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal-RN, 2007.	46
Tabela 2.	Distribuição das variáveis de caracterização de saúde, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal-RN, 2007.....	50
Tabela 3.	Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	53
Tabela 4.	Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	57
Tabela 5.	Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	59
Tabela 6.	Distribuição dos produtos/materiais usados na realização do curativo no ambulatório do HUOL, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.	63
Tabela 7.	Distribuição dos produtos/materiais usados na realização do curativo fora do ambulatório do HUOL, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.....	67
Tabela 8.	Distribuição das variáveis de caracterização da assistência, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.	73
Tabela 9.	Distribuição dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao portador de UV, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	75
Tabela 10.	Distribuição das orientações realizadas por profissionais de saúde, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Variáveis de caracterização sócio-demográfica dos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007..	39
Quadro 2.	Variáveis de caracterização de saúde dos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007..	40
Quadro 3.	Variáveis de caracterização da úlcera venosa dos usuários atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.	41
Quadro 4.	Variáveis de caracterização da assistência prestada aos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.	42
Quadro 5.	Variáveis de caracterização da avaliação da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo critério de verificação. Natal-RN, 2007.	43
Quadro 6.	Distribuição das variáveis de caracterização de saúde, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal-RN, 2007.	49
Quadro 7.	Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.	56
Quadro 8.	Distribuição dos produtos usados na realização do curativo nos últimos 30 dias, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007	70
Quadro 9.	Distribuição dos exames laboratoriais e específicos realizados no último ano pelos portadores de UV, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007	77
Quadro 10.	Distribuição das variáveis de avaliação da assistência prestada ao portador de UV, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.	79

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
Apêndice B	Instrumento de coleta de dados	99
Apêndice C	Termo de Consentimento da Direção do HUOL	103
Anexo A	Parecer consubstanciado do Projeto de Pesquisa nº 169/06.....	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição das localizações das UVs, segundo zonas. Natal-RN, 2007.....	55
Gráfico 2.	Distribuição dos profissionais envolvidos na realização do curativo no ambulatório do HUOL. Natal-RN, 2007.....	60
Gráfico 3.	Distribuição dos responsáveis envolvidos na realização do curativo no ambulatório do HUOL. Natal-RN, 2007.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Ácidos Graxos Essenciais	AGE
Acidente Vascular Cerebral	AVC
Angiologistas e cirurgiões vasculares	a/cv
Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica	ABESO
Auxiliar de serviços gerais	ASG
Doença Venosa Crônica	DVC
Hipertensão arterial sistêmica	HAS
Hospital Universitário Onofre Lopes	HUOL
Índice de massa corporal	IMC
Índice Tornozelo-Braquial	ITB
Insuficiência Venosa Crônica	IVC
Ministério da Saúde	MS
Organização Mundial da Saúde	OMS
Pressão Arterial	PA
Polivinilpirrolidona-iodo	PVPI
Salário (s) mínimo(s)	SM(s)
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Sistema Único de Saúde	SUS
Soro Fisiológico 0,9%	SF 0,9%
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Trombose Venosa Profunda	TVP
Úlcera Venosa (s)	UV(s)

RESUMO

DEODATO, O.O.N. **Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN.** Natal, 2007. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

Estudo descritivo que objetivou avaliar a qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas (UVs) atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. A população alvo do estudo foi composta por 40 usuários portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de angiologia de um hospital universitário de ensino no nível terciário. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo nº 169/06). A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário com roteiro de entrevista e coleta de medidas biofisiológicas, por uma equipe composta pelos pesquisadores e uma acadêmica de enfermagem, no período de três meses. Os dados foram analisados no SPSS 14,0, por meio de estatística descritiva e apresentados na forma de tabelas, quadros e gráficos. Identificamos uma clientela de portadores de UVs predominantemente feminina, casada, faixa etária de até 59 anos, baixo nível de escolaridade e renda familiar, procedentes de Natal, aposentados ou que exerciam profissões e ocupações que exigem longos períodos em pé ou sentado. Em relação às características de saúde, os pesquisados apresentaram fatores de risco de doença venosa e apresentavam UVs crônicas, localizadas na zona 2, perda tecidual em grau II e exsudato seroso em média quantidade. A assistência aos portadores de UVs foi caracterizada pela falta de profissionais enfermeiros e indisponibilidade de produtos para a realização correta do curativo no ambulatório e fora dele; pela inadequação de produtos utilizados nas UVs; por longos períodos de tratamento sem resolutividade, onde a terapia compressiva não é prioritária; pela ausência de integralidade entre os níveis de assistência; pelo acompanhamento do portador de UVs apenas pelo médico e pela enfermagem, mesmo tendo os outros profissionais da equipe de saúde presentes no serviço; pela realização de orientações pelos profissionais de saúde e pela falta de padronização na realização de exames laboratoriais e específicos. A assistência foi avaliada como inadequada nos aspectos: referência e contra-referência (75,0%), número de consultas com angiologista no último ano (87,5%), documentação dos achados clínicos (85,0%), uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias (77,5%), participação da equipe interdisciplinar (97,5%), realização de exames laboratoriais e específicos no último ano (100%), disponibilidade de produtos usados na realização dos curativos no ambulatório (80,0%), e indicação de produtos usados na realização dos curativos fora do ambulatório (70,0%); e adequada nas orientações realizadas quanto ao uso de meias, elevação dos membros e prescrição de exercícios regulares (82,5%) e indicação de produtos usados na realização dos curativos no ambulatório (97,5%). Concluímos que a assistência prestada aos portadores de UV foi inadequada em 80% dos casos entrevistados, tornando-se não-resolutiva e assistemática.

Descritores: Avaliação. Qualidade. Assistência. Úlceras Venosas.

ABSTRACT

DEODATO, OON. **Assessment of the quality of care for people with venous ulcers attended by ambulatory a university hospital in Natal / RN.** Natal, 2007. 109 f. Dissertation (Master of Nursing) - Nursing Department, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

Study descriptive that was designed to assess the quality of care for people with venous ulcers (VUs) tended at the ambulatory of a university hospital in Natal / RN. The target population of the study was composed by 40 users bearers of venous ulcers served in the ambulatory of angiology of a university hospital in the level of tertiary education. The study received assent of the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte (Protocol No. 169/06). The collect of data was performed using a form of interview and tour with collection of measures biophysiologic, for a team comprised by the researchers and an academic of nursing, in the period of three months. The data were analyzed in SPSS 14.0, using descriptive statistics and presented in the form of charts, tables and graphs. Identified a clientele of holders of VUs predominantly female, married, aged up to 59 years, low level of education and household income, from Natal, retirees or those exercising professions and occupations that require long periods standing or sitting. In relation to the characteristics of health, those surveyed had risk factors for venous disease and had UVs chronic, located in Zone 2, lost tissue in grade II and serous exudates on average quantity. The assistance to holders of UVs has been characterized by a lack of professional nurses and unavailability of products for the realization of the right curative in ambulatory and outside it; by the inadequacy of products used in VUs, for long periods of treatment without resolution, where the compressive therapy is not priority, by the lack of completeness in the levels of assistance; by monitoring the bearer of UVs only by doctors and the nurses, even with the other team of professionals in the health service; by the completion of guidelines by health professionals and the lack the standardization of conducting laboratory and specifics tests. The assistance was assessed as inadequate in aspects: reference and counter-reference (75.0%), number of consultations with angiologists last year (87.5%), documentation of the clinical findings (85.0%), use of compressive therapy in the past 30 days (77.5%), part of the team interdisciplinary (97.5%), completion of laboratory and specifics tests in the last year (100%), availability of products used in achieving the curative in ambulatory (80, 0%), and indication of products used in the conduct of dressing outside the clinic (70.0%) and appropriate in the guidelines made on the use of socks, lifting of the members and prescription of exercises regular (82.5%) and indication products used in achieving the curative in ambulatory (97.5%). We conclude that the assistance provided to holders of UV was inadequate in 80% of cases interviewed, becoming non-resolutive and assistematic.

Keywords: Assessment. Quality. Care. Ulcers Venous.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	21
3.2	INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA (IVC)	24
3.3	ÚLCERAS VENOSAS (UVs)	27
3.4	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE UVs.....	30
3.5	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	32
4	METODOLOGIA	36
4.1	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	36
4.2	LOCAL DE ESTUDO	36
4.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	37
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	38
4.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO	38
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	44
4.7	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	44
4.8	PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	44
5	RESULTADOS, DISCUSSÕES E ANÁLISES	45
5.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS PESQUISADOS.....	45
5.2	CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS DOS PESQUISADOS.....	52
5.3	CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES DE UV ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HUOL.....	60
5.4	CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES DE UV ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HUOL	79
6	CONCLUSÃO	85
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
8	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	98
	ANEXOS	104

1 INTRODUÇÃO

As úlceras vasculares vêm se constituindo um grande problema de saúde pública em todo o mundo, sendo responsáveis por considerável impacto econômico devido às elevadas incidências e às prevalências dessas lesões crônicas (NUNES, 2006).

A úlcera vascular é síndrome caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme ou epiderme), podendo atingir subcutâneo e tecidos subjacentes, a qual acomete as extremidades dos membros inferiores e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular arterial e/ou venoso (ARNOLD; WEST, 1991).

Apesar de poucos estudos epidemiológicos sobre úlceras de perna, elas são muito freqüentes na prática médica e absorvem grandes verbas da área da saúde destinadas a seu manejo. Sua freqüência vem aumentando de acordo com o aumento da expectativa de vida da população mundial (NUNES et al., 2006; BRYANT, 2000; PHILLIPS, 1994; PHILLIPS; DOVER, 1991).

No Brasil, as úlceras vasculares constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de doentes, embora sejam escassos os registros desses atendimentos, contribuindo para onerar o gasto público no Sistema Único de Saúde (SUS), além de interferir na qualidade de vida dos portadores dessas úlceras e familiares.

A etiologia dessas úlceras advém da insuficiência venosa crônica (IVC), em percentual que varia de 80 a 85%, e de doença arterial, variando de 5 a 10% dos casos (PHILLIPS, 1994; ARNOLD; WEST, 1991; PHILLIPS; DOVER, 1991).

Dentre as úlceras vasculares, destacamos aqui, as úlceras venosas (UVs), que vêm se constituindo um grande problema em todo o mundo, sendo responsável por considerável impacto econômico devido ao grande número de doentes. Além de interferir no cotidiano dos portadores e familiares, produzindo profundas alterações nos aspectos biopsicossocial e econômicos destes, contribuem, significativamente, para a deterioração da qualidade de vida dos mesmos (FRANÇA; TAVARES, 2003; RAMOS et al., 2001; YAMADA, 2001; SEIDEL; MORESCHI JUNIOR, 1999).

As UVs são feridas crônicas, que resultam da IVC, acometem pessoas de diferentes faixas etárias, são recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma severa para a deambulação dos portadores. Apresentam tratamento duradouro e

complexo, são causa de hospitalização prolongada, sendo responsáveis por morbidade significativa (CASTILLO et al., 2004; FRANÇA; TAVARES, 2003; CASTAÑEDA VÁSQUEZ et al., 2001; PIQUERO et al., 2001; LONGO JÚNIOR et al., 2001; RAMOS et al., 2001; OLLIN et al., 1999; FALANGA et al., 1998).

Os cuidados com as UVs exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência e também participação ativa das pessoas portadoras dessas lesões e seus familiares, dentro de uma perspectiva holística.

Dessa forma, consideramos, como aspecto fundamental na abordagem à pessoa portadora de UVs, a assistência sistematizada, baseada na avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento adequado, implementação dos cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além de trabalho educativo permanente.

A adoção de sistematização da assistência pela equipe interdisciplinar de saúde facilita a identificação dos fatores que interferem na evolução da úlcera e as intervenções a serem realizadas nestas, permite acompanhar a evolução das etapas do processo cicatricial das úlceras e fazer a opção pelo melhor tratamento, condutas e curativos/coberturas a serem utilizados durante o tratamento.

Esta abordagem é corroborada por autores como Nunes (2006), Nunes et al. (2006ab), Borges (2005), Torres et al. (2005, 2004), Brasil (2002), Ramos et al. (2001), Melo et al. (1999), Ollin et al. (1999) e Arnold e West (1991), quando afirmam que os pacientes portadores de lesões de qualquer etiologia requerem uma assistência de qualidade com visão integral do ser humano, dentro do seu contexto sócio-econômico e cultural e com atuação de equipe interdisciplinar, considerando a complexidade e dinamicidade que envolve o processo de cicatrização dessas lesões.

De acordo com Torres et al. (2007) e Figueiredo (2003), quando a assistência ao portador de UV é mal conduzida, a lesão pode permanecer anos sem cicatrizar, acarretando um alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições sócio-econômicas já precárias.

Nesse sentido, as dificuldades enfrentadas diariamente pelas pessoas com UVs, seus familiares e também pelos profissionais de saúde que cuidam das mesmas, configuram um enorme problema em todos os níveis de complexidade do SUS e do qual o usuário espera respostas para suas necessidades.

A nossa prática profissional, enquanto docente e enfermeiro assistencial em saúde coletiva e hospitais gerais e especializados, proporcionou-nos assistir pacientes portadores de feridas de diversas etiologias, principalmente as UVs, atendidos nos diversos níveis de assistência do SUS do Estado do Rio Grande do Norte. Temos observado que a assistência não vem contribuindo para o tratamento efetivo e prevenção de novas úlceras, acarretando o aumento da demanda de portadores de lesões crônicas, cada vez mais difíceis de serem tratadas, e muitas vezes, com complicações avançadas e irreversíveis, com agravamento do estado geral e de doenças crônicas pré-existentes, levando a comprometimento de membros.

Esse contexto foi evidenciado no estudo de Nunes (2006), que avaliou a assistência prestada aos pacientes portadores de UVs pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Natal. Nesse estudo, a assistência foi considerada inadequada e com pouca resolutividade, sendo influenciada pela falta de diagnóstico das UVs, não realização de exames laboratoriais, acesso restrito ao angiologista, terapia tópica incorreta que se resumia à troca de curativos, ausência de terapia compressiva, queixa de dor pelos pacientes, realização de curativos por técnicos de enfermagem e cuidadores, falta de materiais para curativos e ausência de treinamentos para cuidadores.

Ressaltamos que a prestação de assistência inadequada, além de contribuir para a manutenção da cronicidade da UVs, repercute, diretamente, nas complicações decorrentes da IVC, produzindo profundas alterações nos aspectos sócio-econômico-psicossocial dos portadores e familiares que convivem com esse problema de saúde, contribuindo, significativamente, para deterioração da qualidade de vida deles.

A baixa qualidade de assistência prestada aos portadores de UVs no nível primário de assistência, identificada no estudo de Nunes (2006), tem contribuído para um aumento progressivo do número de pacientes com UVs crônicas. Este aumento ocorre, muitas vezes, devido à dificuldade de se referenciar esses pacientes para o serviço de angiologia do ambulatório de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), do complexo de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Temos vivenciado, todavia, que a assistência desenvolvida no ambulatório do HUOL tem se caracterizado por dificuldade de acesso; por número insuficiente

de angiologistas; por falta de garantia de retorno e acompanhamento com o mesmo especialista da primeira consulta; por assistência precária devido à falta de estruturação do serviço, no qual os recursos materiais são insuficientes e é deficiente o acompanhamento do tratamento e evolução dos pacientes lesionados; por dificuldade de implementação da referência e contra-referência entre os níveis de complexidade; por falta de sistematização de condutas terapêuticas, inexistência de protocolos e uso inadequado de produtos (TORRES et al., 2007).

A dificuldade de acesso dos usuários que necessitam de avaliação pelos angiologistas é percebida pelo tempo de espera entre a marcação da consulta e a sua realização, que dura em torno de três (03) a quatro (04) meses, devido ao número insuficiente de médicos especialistas, que não conseguem suprir a demanda dos pacientes com UVs (TORRES et al., 2007).

Esse tempo de espera para se ter um atendimento adequado nesse nível de complexidade assistencial influencia diretamente na assistência ao portador de UV, pois dificulta a avaliação e a implementação especializado. Isso torna o processo cicatricial mais demorado e complexo, contribuindo, significativamente, para a cronicidade da úlcera, prolongando o tratamento, aumentando os custos, impactando na qualidade de vida dos pacientes e familiares e, conseqüentemente, gerando descrédito em relação à qualidade e resolutividade da assistência prestada.

A precariedade de acesso aos exames diagnósticos de imagem é um problema sério dentro do serviço, pois contribui sobremaneira para uma visão simplista do tratamento das UVs, muitas vezes com condutas ineficazes ou paliativas.

Dentro desta perspectiva, percebemos que o tratamento das UVs é principalmente focado na lesão, desconsiderando os aspectos sócio-econômico-culturais do portador e a participação da família no processo de recuperação. A participação familiar no tratamento do paciente com UV é necessária, pois, comumente, o portador não tem condições de se autocuidar, assim como, de colocar em prática as orientações recebidas, o que, a nosso ver, pode contribuir também para a cronicidade das úlceras.

A troca de curativo tem se constituído na principal forma de assistência disponível. A realização dessa atividade, na maioria das vezes, é delegada ao técnico/auxiliar de enfermagem, o que denota ausência de interdisciplinaridade e falta de avaliação integral do paciente.

Temos observado também que a técnica de curativo é executada de forma inadequada pela falta de recursos materiais e/ou produtos utilizados como cobertura no tratamento dessas lesões.

Existe a dificuldade de implementação da referência e contra-referência entre os níveis de complexidade, pois esse instrumento tem sido utilizado regularmente apenas para garantir o acesso ao atendimento especializado (consulta), não atingindo seu objetivo principal de promover a comunicação terapêutica entre os níveis de assistência do SUS.

Em decorrência dos problemas percebidos nesse nível terciário, a partir da nossa vivência profissional e dos estudos já referidos, temos percebido que a ocorrência de UVs e suas complicações vêm produzindo profundas alterações nos aspectos sócio-econômicos e psicológicos dos portadores e familiares que convivem com esse problema de saúde, contribuindo, significativamente, para deterioração da qualidade de vida deles.

Além disso, como conseqüência da assistência prestada, temos observado um aumento progressivo e importante da cronicidade dessas lesões, afastamentos do trabalho, aposentadoria precoce, complicações do estado geral e agravamento de doenças crônicas degenerativas, resultando em intervenções terapêuticas cada vez mais especializadas, difíceis e onerosas para os portadores e familiares e para os serviços de saúde, o que denota um grande problema de saúde pública a ser pesquisado e enfrentado.

Nesse sentido, temos, como objeto de estudo, a avaliação da qualidade da assistência aos portadores de UVs atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, buscando respostas para as seguintes questões de pesquisa:

- Quais as características sócio-demográficas e de saúde dos portadores de UVs atendidos no ambulatório?
- Quais as características clínicas das UVs dos pacientes atendidos no ambulatório?
- Como são assistidos os portadores de UVs no ambulatório de angiologia do HUOL?

Diante desses questionamentos, este estudo constitui uma avaliação, a nível terciário, de um grande problema de saúde pública com repercussões e impacto nas áreas econômica e social, que, além disso, causa transtorno de ordem emocional para os portadores, como também, para seus familiares, denotando, assim, a

necessidade de intervenção nessa problemática.

Por outro lado, a falta de estudos no Estado do Rio Grande do Norte, especialmente no nível terciário, que evidenciem a real situação de como são assistidos no âmbito do SUS os portadores de UVs, é uma grande lacuna de conhecimento que necessita de investigação e intervenção, visto que, não se têm informações precisas hoje sobre essa assistência prestada nesse nível de complexidade.

Portanto, por considerar a assistência aos portadores de UVs um processo complexo e de alta relevância, este estudo poderá contribuir caracterizando tal assistência e detectando problemas com vistas a intervir nestes, buscando uma melhoria da atenção à saúde nesse nível de assistência.

Ao detectar problemas relacionados ao processo da assistência prestada, esperamos subsidiar a discussão e elaboração da sistematização de assistência e de novas práticas de intervenções nessa área, objetivando a melhoria da qualidade da assistência e de vida dos portadores e familiares, bem como, possibilitar uma ampliação da produção científica e, conseqüentemente, renovação dos conhecimentos nesta área, visto que, poderá refletir na formação acadêmica nos níveis de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Ao partir dessas considerações sobre a problemática de saúde pública das UVs e embasado nos pressupostos do SUS (universalização e equidade do acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração dos serviços; descentralização das ações de saúde e desenvolvimento de uma política de recursos humanos), este estudo reveste-se de importância para o enfrentamento dos problemas assistenciais nesse nível de complexidade, com vistas a possibilitar uma reorganização e replanejamento do serviço de angiologia do ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL, que permita aos portadores de UVs e seus familiares uma melhor qualidade do cuidados prestados.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade da assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório de angiologia em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os portadores de UVs atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo variáveis sócio-demográficas e de saúde;

- Caracterizar as úlceras venosas dos pesquisados atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo aspectos clínicos do membro e da ferida;

- Identificar como são assistidos os portadores de UVs atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, pretendemos discorrer, brevemente, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a relação dos seus princípios doutrinários com a avaliação em saúde; insuficiência venosa crônica (IVC) e úlceras venosas (UVs), sendo apresentadas em seus aspectos epidemiológicos e clínicos; sistematização da assistência ao paciente portador de UV, contemplando as suas etapas de avaliação, diagnóstico das necessidades, planejamento e implementação das ações, e (re)avaliação; e, por último, avaliação da qualidade da assistência à saúde, pautada na abordagem de análise de sistemas (estrutura, processo e resultado), proposta por Donabedian (1992, 1980, 1978), a qual é largamente utilizada na avaliação em saúde, enfocando principalmente o processo.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS, instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, começou a ser desenhado em 1986, na ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília (CARVALHO, 1999).

Faz parte de um processo de descentralização das ações e serviços de saúde iniciado na década de 70, que propunha a construção de uma rede única de atendimento unificado, universalizado e descentralizado do sistema público de saúde, contemplando a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas (MELO et al., 1999).

Foi construído sob um novo desenho político-institucional e sob um novo modelo técnico-assistencial, com o objetivo de superar do modelo anterior a fragmentação institucional, o centralismo gerencial e o padrão burocrático, baseando-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença (CARVALHO, 1999).

Assim, o SUS surge como uma nova proposta de “fazer” saúde, promovendo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, sendo guiado por diretrizes constitucionais (regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, controle social, complementaridade do Setor Privado) e princípios doutrinários (universalidade, integralidade, equidade)

(BRASIL, 1988).

O sistema de saúde divide-se em três níveis de complexidade – primário, secundário e terciário – formando uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência (BRASIL, 1990).

O nível primário é composto por postos de saúde, com a função de detectar e prevenir doenças. O nível secundário do sistema caracteriza-se não apenas pelo atendimento ambulatorial dos postos de saúde do nível primário, mas também pelo exercício de especialidades clínicas e cirúrgicas e pelo oferecimento de internação. Nesse nível, estão reunidos os hospitais distritais (casas de saúde, clínicas ou centros médicos), as maternidades e pronto-socorros (KANASHIRO, 2004).

O nível terciário abriga, além dos serviços anteriores, a pesquisa ou estudo de determinadas doenças e o oferecimento de tratamentos especializados. Nesse nível, estão os hospitais universitários, centros e institutos. Os serviços mais complexos desse nível são denominados terciário-quaternário (KANASHIRO, 2004).

Referindo-se aos princípios doutrinários do SUS, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é o direito de atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda (SCAFF, 1998).

O acesso aos serviços de saúde, segundo Acurcio e Guimarães (1996), acontece quando a população, em situação de risco, apresenta predisposição (propensão do indivíduo a usar os serviços), capacidade (meios com que o indivíduo conta para utilizar os serviços) e necessidade (quando o indivíduo é acometido por uma enfermidade, sendo a causa mais imediata da utilização dos serviços de saúde).

Acesso, também denominado de acessibilidade, avança para além da entrada nos serviços, não se restringindo apenas ao uso ou não dos serviços de saúde; a acessibilidade indica o grau de ajuste (ou desajuste) entre as necessidades dos usuários e os serviços e recursos utilizados, e inclui a adequação dos recursos tecnológicos e dos profissionais para atender as necessidades de saúde dos usuários (DONABEDIAN, 1978).

Para Somers, Vouri e Donabedian apud Acurcio e Guimarães (1996), o acesso aos serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes

principais da qualidade da atenção.

Normalmente, o usuário deve entrar no sistema pelo nível primário, na rede de atenção básica à saúde, e, se necessário, ser encaminhado aos outros níveis de assistência (secundário e/ou terciário). Os serviços devem acolher o usuário através da referência e contra-referência, vislumbrando a perspectiva da integralidade da assistência à saúde.

A integralidade, um dos princípios legais do SUS, visa oferecer, de maneira organizada, serviços de saúde aos usuários para atender à demanda espontânea e também à programação de ações para problemas prioritários.

Nessa perspectiva, as ações de saúde – promoção, prevenção e recuperação - devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura, direcionando o atendimento para a saúde e não somente para as doenças, ou seja, erradicando as causas e diminuindo os riscos, além de tratar os danos (CARVALHO, 1999). A integralidade é um atributo relevante a ser considerado na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde (CONILL, 2004).

Um outro princípio doutrinário do SUS é a equidade, de acordo com a qual todo cidadão é igual perante o sistema público de saúde e será atendido conforme as suas necessidades.

Os serviços de saúde devem considerar que, em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida (SCAFF, 1998).

Segundo Viacava et al. (2004), a equidade é o eixo que corta, transversalmente, todas as dimensões da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde. Ele relata que, para fins de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, pode-se recorrer a alguns consensos que permitem a operacionalização do conceito de equidade, tais como:

[...] considerar diferenças em saúde como aquelas decorrentes de processos biológicos ou de situações que independem do livre arbítrio dos sujeitos; considerar iniquidades (diferenças evitáveis e injustas) em saúde como associadas às políticas de saúde ou sociais que determinam o surgimento de desigualdades na morbi-mortalidade e no acesso aos serviços de saúde; e considerar desigualdades em saúde como a expressão empírica das iniquidades (VIACAVA, 2004, p.716).

Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes (SCAFF, 1998).

As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Sobre isso, Carvalho (1999) comenta:

[...] entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção, mas também as de assistência a doentes; entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contra referência; em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta (CARVALHO, 1999).

Após a apresentação dos princípios doutrinários do SUS e sua relação com a avaliação em saúde, abordaremos o tópico da insuficiência venosa crônica.

3.2 INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA (IVC)

Para Yamada e Santos (2005) e Bernardes (2003), desde os primórdios da humanidade, o homem é acometido por várias enfermidades. Na Antigüidade, Hipócrates (460 – 370 a.C.) e Asclepiades de Bithynia (124 – 40 a.C.) mencionavam sobre enfermidades da época e uma dessas enfermidades era a doença venosa crônica dos membros inferiores, comumente denominada de insuficiência venosa crônica (IVC).

O sistema venoso dos membros inferiores é constituído por veias profundas e por veias superficiais, que se comunicam entre si através de veias perfurantes. O músculo gemelar (da panturrilha) atua como uma bomba, facilitando o retorno venoso contra a força gravitacional e as válvulas unidirecionais que impedem o refluxo venoso (FURTADO, 2003).

O fluxo sanguíneo, normalmente, segue uma única direção: do sistema superficial para o sistema profundo, guiado por válvulas no interior das veias desses sistemas e propulsionado pelo músculo da panturrilha. Em posição ortostática, a pressão venosa nos membros inferiores é em torno de 80 mmHg. Durante a

deambulação, o sistema venoso e a panturrilha faz com a pressão venosa reduza para aproximadamente 30 mmHg, permitindo um fluxo sanguíneo livre (YAMADA; SANTOS, 2005).

Para Vasquez apud Borges (2005), a insuficiência venosa dos membros inferiores é definida como a inversão do fluxo sanguíneo desde o sistema profundo ao superficial, o que implica a insuficiência valvular das veias comunicantes. A incompetência na bomba do músculo da panturrilha também ocorre na doença venosa, ocasionando aumento de pressão durante a deambulação, dificultando o retorno venoso.

A IVC é uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso, refluxo ou combinação de ambos. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos. Além disso, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou adquirida (SILVA et al., 2005; FRANÇA; TAVARES, 2003).

Essa insuficiência crônica caracteriza-se por alterações físicas (veias varicosas, edema, hiperpigmentação, eczema, erisipela, lipodermatosclerose e dor) que ocorrem no subcutâneo e na pele, mais comumente nos membros inferiores, conseqüência da hipertensão venosa de longa duração e/ou obstrução venosa, culminando com formação de úlcera. A causa mais comum da ulceração de membros inferiores é a hipertensão venosa (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; CASEY, 2004; FURTADO, 2003; MAFFEI, 2002; VALENCIA et al., 2001; LONDON; DONNELLY, 2000; HOFFMAN, 2000).

A IVC é diagnosticada, iminentemente, com a realização da anamnese e exame físico. Na anamnese, busca-se dados referentes à história pregressa da moléstia atual; queixa e duração dos sintomas; hábitos de vida; profissão; características de doenças anteriores, especialmente trombose venosa profunda; traumatismos prévios e existência de doença varicosa. Durante o exame físico, que deve ser sempre realizado em local com boa iluminação e com o paciente em pé, faz-se necessário estar atento para as alterações físicas apresentadas nos membros inferiores: veias varicosas, hiperpigmentação, eczema, atrofia branca, lipodermatoesclerose e coroa flebectásica (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; SILVA et al., 2005; CASEY, 2004; MAFFEI, 2002; LONDON; DONNELLY, 2000).

Existem exames complementares ao diagnóstico clínico da IVC: Doppler de

ondas contínuas, duplex scan, plestimografia e flebografia (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al, 2005; SILVA et al., 2005; FIGUEIREDO, 2003; MAFFEI, 2002).

O Doppler de ondas contínuas é o primeiro método de avaliação após o exame clínico. É um exame simples e de baixo custo, que deve ser feito de rotina, já que avalia se existe presença de refluxo em óstio de veias safenas magna e parva e refluxo significativo no sistema venoso profundo (SILVA et al., 2005; FIGUEIREDO, 2003).

O duplex scan é o exame não invasivo de escolha para avaliar o sistema venoso superficial, profundo e perfurantes. Essa modalidade de exame utiliza-se da ultra-sonografia para analisar a anatomia vascular e do estudo com Doppler para avaliar a hemodinâmica vascular (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; FIGUEIREDO, 2003).

A plestimografia a ar tem um valor importante para a IVC, pois mede a hemodinâmica venosa, mostrando o tempo de enchimento venoso, fração de ejeção e de volume residual: quanto maior o tempo de enchimento venoso e menor fração de ejeção, maior a possibilidade de desenvolver ulceração. É um exame não invasivo que avalia a hemodinâmica venosa e o efeito da terapia empregada (AGUIAR et al., 2005; FIGUEIREDO, 2003).

A flebografia deve ser realizada quando há suspeita de lesões venosas pélvicas ou das veias ilíacas ou cava. É indicada quando os métodos não invasivos forem insuficientes para esclarecimento diagnóstico e/ou orientação de tratamento (AGUIAR et al., 2005; SILVA et al., 2005).

As complicações da IVC evoluem lentamente. A mais importante e agravante é o surgimento da ulceração. Entender os aspectos etiológicos e fisiopatológicos é importante para efetuar um tratamento adequado e implementar medidas preventivas, tentando diminuir sua incidência e recorrência, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os portadores de UVs (YAMADA, 2003; MAFFEI, 2002).

A IVC tem sua prevalência aumentada diretamente proporcional com a idade. A prevalência maior ocorre entre os 60 e 80 anos. Entretanto, 72% das pessoas têm sua primeira úlcera com 60 anos; 22% com 40 anos e 13% antes dos 30 anos de idade (FRANÇA; TAVARES, 2003; MAFFEI, 2002).

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 cicatriz de úlcera de 1,5% (MAFFEI,

2002).

Ao estudarem os fatores de risco, Scott et al. (1995) constataram que 50% dos pacientes tinham história prévia de trauma no membro inferior afetado (risco de 2,4% de desenvolvimento de IVC), e cerca de 45% dos pacientes apresentavam história de tromboflebite (risco de desenvolvimento de IVC de 25,7%). Uma história familiar de varizes ou IVC (sugerindo um componente genético) também estava associada a um aumento na incidência.

A IVC possui mortalidade praticamente nula, porém apresenta morbidade importante quando já em estado ulcerativo, alterando a vida de seus portadores em vários aspectos sociais, laborais, psicológicos, etc (NUNES et al., 2006; MAFFEI, 2002).

O próximo assunto abordado será o resultado de uma IVC não tratada: as úlceras venosas crônicas.

3.3 ÚLCERAS VENOSAS (UVs)

Entidade conhecida desde a Antigüidade, a primeira descrição de úlceras venosas possivelmente foi no papiro de Ebers (1500a.C.). Hipócrates (460-377 a.C.), em sua obra *De ulceribus*, descreveu a relação entre as doenças venosas e as úlceras de perna (YAMADA; SANTOS, 2005).

As UVs são lesões crônicas associadas com hipertensão venosa dos membros inferiores e correspondem a aproximadamente de 80 a 90% das úlceras encontradas nessa região. Caracterizam-se como a complicação mais séria da IVC, de alta prevalência, recidivantes e que não só trazem sofrimento aos seus portadores, como também aos seus familiares, permanecendo, muitas vezes, não curadas por longos períodos, gerando dependência dos familiares e serviços de saúde, e se constituindo um importante problema de saúde pública com considerável impacto econômico (NUNES et al., 2006a; ABDALLA; DADALTI, 2003).

Apresenta, conforme estatísticas nacionais e internacionais, prevalência aumentada na população idosa, de sexo feminino, variando de 0,06% a 1,5% (YAMADA; SANTOS, 2005).

A ulceração afeta a produtividade no trabalho, gerando aposentadorias por invalidez, além de restringir as atividades da vida diária e de lazer. Para muitos pacientes, a doença venosa significa dor, perda de mobilidade funcional e piora da

qualidade de vida (NUNES et al., 2006ab; FRANÇA; TAVARES, 2003).

O diagnóstico da UV é, predominantemente, clínico, sendo recomendado realizar a avaliação clínica por meio da história, antecedentes e exame físico. É necessário obter do portador de UV informações relativas à úlcera, tais como ano de ocorrência da primeira úlcera, local de úlceras anteriores, número de recorrências, tempo livre de úlcera, tipos de tratamento (BORGES, 2005; AGUIAR et al., 2005).

A história clínica do paciente com ulceração venosa é caracterizada por um leque de sintomas específicos. Habitualmente, os portadores de UVs queixam-se de dor e edema nas pernas, e apresentam dermatite, ferida com tecido de granulação e fibrina (VALENCIA et al., 2001).

As UVs aparecem mais comumente na região medial ou lateral do maléolo. Ao exame físico, constatam-se veias varicosas, atrofia branca, dermatites, lipodermatoesclerose, púrpura, mudanças no pigmento tissular, prurido, exsudato com odor e abundante (BERUSA; LAGES, 2004; VALENCIA et al., 2001; LONDON; DONNELLY, 2000).

As bordas da lesão são regulares e bem definidas, com fundo raso, rico em tecido de granulação, havendo ou não a existência de tecidos necróticos e desvitalizados (FIGUEIREDO, 2003). Para Valencia et al. (2001), as UVs apresentam bordas irregulares e que seus leitos podem ter, inicialmente, fibrina, mas depois desenvolvem tecido de granulação.

Exames complementares podem ser utilizados para diagnóstico e terapêutica das UVs. Além dos citados na revisão da IVC, podemos citar o índice tornozelo-braquial (ITB), que serve para avaliar a ocorrência concomitante de doença arterial obstrutiva periférica, e deve ser verificado periodicamente (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; VALENCIA et al., 2001).

Quando há sinais de infecção, os swabs não são mais indicados como exame bacteriológico, pois identificam apenas as bactérias contaminantes e colonizantes. Para se identificar a bactéria e direcionar o tratamento, são indicadas a biópsia da base da úlcera e a cultura do fragmento biopsiado. A Biópsia de pele é um exame auxiliar, que deve ser sugerido quando a úlcera existir há mais de quatro meses ou apresentar hipertrofia tecidual (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; SILVA et al., 2005; FURTADO, 2003; BORGES; SAAR; LIMA, 2001).

Terapia de compressão (meias elásticas, bandagens compressivas, bota de Unna), terapia medicamentosa, uso de curativos e intervenção cirúrgica são tratamentos que podem ser utilizados na abordagem ao portador de UV (AGUIAR et al, 2005; BORGES, 2005; CASEY, 2004; ARAUJO et al., 2003; FURTADO, 2003; VALENCIA et al., 2001).

Na realização de curativos, os profissionais envolvidos nessa atividade devem atentar às etapas de limpeza da ferida e de avaliação do leito para indicação correta de produtos.

A limpeza das feridas crônicas tem por finalidade a remoção total de resíduos da cobertura anterior, bactérias, exsudato, tecidos desvitalizados soltos, corpos estranhos e deve ser feita sem produzir traumatismos no tecido saudável.

No Brasil, preconiza-se a limpeza através de irrigação de SF 0,9% com seringa de 20 ml mais agulha de 25x8mm ou 40x12mm ou com frasco de soro perfurado com uma dessas agulhas. O SF 0,9% deve, preferencialmente, estar aquecido a uma temperatura de 37°C. Caso não exista a condição de aquecê-lo, deve-se usá-lo à temperatura ambiente, porém nunca frio ou gelado (SILVA et al., 2007; BELO HORIZONTE, 2006; BORGES, 2005; RIBEIRÃO PRETO, 2004; ABÉJON-ARROYO, 2003; YAMADA, 2003; BRASIL, 2002; CANDIDO, 2001).

Para auxiliar o processo de cicatrização, alguns produtos epitelizantes são usados na realização dos curativos. Os Ácidos Graxos Essenciais (AGE) são largamente utilizados nos serviços de saúde, fazendo parte do protocolo de assistência de alguns serviços (BELO HORIZONTE, 2006; RIBEIRÃO PRETO, 2004).

Quanto ao desbridamento de tecidos inviáveis, vários agentes desbridantes vêm sendo recomendados para promover a remoção do tecido necrosado e a formação de tecido de granulação. A aplicação de enzimas proteolíticas específicas em UVs pode acelerar a remoção de fibrina (VALENCIA et al., 2001).

Abéjon-Arroyo (2003) e Valencia et al. (2001) referem que o uso de anti-sépticos vem se mostrando tóxico para as células e prejudicial ao tecido de epitelização.

Para a prevenção de ulcerações em membros inferiores e até mesmo de recorrência, os indivíduos devem adotar novo estilo de vida: evitar permanecer muito

tempo sentado ou em pé; diariamente, elevar os membros inferiores para melhorar o retorno venoso e diminuir ou evitar a formação de edema e utilizar meias de compressão, de acordo com o grau da doença venosa crônica (DVC); e praticar exercícios regularmente (BORGES, 2005; SILVA et al., 2005; AGUIAR et al., 2005).

Feita a abordagem das UVs, dissertaremos agora sobre a sistematização da assistência aos portadores de UVs.

3.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE UVs

A sistematização da assistência ao portadores de UVs abrange 05 etapas: avaliação do usuário, diagnóstico de necessidades, planejamento e implementação de ações e avaliação da assistência.

A primeira etapa da sistematização da assistência consiste na avaliação do usuário, considerando dois aspectos básicos: aspectos clínicos individuais (anamnese e exame físico) e os aspectos sociais, culturais e econômicos dentro do contexto familiar, pois é nele que se insere o indivíduo (NUNES et al., 2006ab; YAMADA, 2003; PIEPER, 2000; MELO et al., 1999; POSSO, 1999; PORTO, 1996).

A avaliação do cliente e das condições da úlcera é a primeira e mais importante etapa da assistência, pois é nela onde se captura informações que subsidiarão a formulação de um diagnóstico correto e a implementação de ações coerentes com a realidade do serviço de saúde e do usuário.

Para Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003), a avaliação deve contemplar aspectos importantes do cliente e da úlcera, tais como: história e exame do cliente (condições gerais, exames laboratoriais, doenças associadas), avaliação e classificação adequada da lesão (localização, tempo de evolução, medida do tamanho, diâmetro, profundidade, vitalidade do leito e dos tecidos circunvizinhos, dor, presença de exsudato, de necrose e de infecção, coloração do leito da ferida, sensibilidade cutânea) e expectativas do cliente e da família quanto à adesão do tratamento proposto e em sua continuidade, às possibilidades econômico-financeiras de manutenção, à disponibilidade de realização de curativos por ele próprio e por familiares.

Durante a anamnese rigorosa e exame físico detalhado, devemos ficar atentos ao não visível. Nesse sentido, a investigação laboratorial pode nos auxiliar através dos seguintes exames: hemograma, hemoglobina, leucócitos, plaquetas,

bioquímica (triglicérides e colesterol), glicemia de jejum, dosagens de proteínas (total e frações); níveis de albumina e transferrina (DALDATI-GRANJA et al., 2005; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; BORGES; SAAR; LIMA, 2001).

A anamnese e o exame físico, quando realizados de forma adequada, permitem estabelecer o diagnóstico diferencial entre úlcera venosa, arterial e diabética (BERUSA; LAGES, 2004).

A segunda etapa envolve o diagnóstico de necessidades. Conseguimos diagnosticar as necessidades do paciente através da identificação das condições de vida, das doenças crônicas, estado nutricional, diagnóstico de alterações de pele.

A realização do diagnóstico de necessidades leva ao planejamento das ações, que deve ser interdisciplinar, levando-se em consideração que o processo de cicatrização é dinâmico e complexo (POLETTI, 2000; POSSO, 1999; SEIDEL; MORESCHI JÚNIOR, 1999).

O planejamento de ações engloba o uso de protocolos de técnicas, produtos, critérios de avaliação e evolução do paciente e de sua lesão, e a instrumentalização do acesso para os níveis de assistência à saúde por meio a referência e contra-referência (NUNES, 2006).

A próxima etapa consiste na implementação das ações: evolução clínica contínua com avaliação das características da lesão (localização anatômica, evolução, área, tipo de cicatrização, fase do processo cicatricial, tipo do exsudato, característica do leito, característica perilesional e presença de sinais de infecção); prescrição de terapia tópica e sistêmica; tratamento contínuo; documentação (registro no prontuário e registros fotográficos); mensuração da ferida; estímulo ao autocuidado através de orientações e treinamentos (DALDATI-GRANJA et al., 2005; BORGES; SAAR; LIMA, 2001; POLETTI, 2000).

Uma vez implementada a assistência com base em protocolos, a etapa seguinte será a avaliação da assistência, que é o processo de determinar quais os objetivos foram conseguidos.

A avaliação da assistência deve ser realizada com intervalos regulares conforme a necessidade de cada caso, levando em consideração a efetividade das intervenções, condutas e tratamento; identificação dos fatores locais, sistêmicos, familiares, sociais e estruturais do serviço/domicílio que possam estar intervindo no tratamento; reavaliação dos produtos, coberturas e tipo de técnicas de curativo, além

da reavaliação e replanejamento da assistência de acordo com a necessidade (TORRES et al., 2005, 2004; TENORIO; BRAZ, 2002; BRASIL, 2002; MAFFEI, 2002; PHILLIPS; DOVER, 2001; DECLAIR; PINHEIRO, 1998).

E, para finalizar a revisão de literatura, abordaremos a avaliação da qualidade da assistência à saúde.

3.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os resultados de levantamentos bibliográficos demonstram que sempre existiu a avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde. Com os crescentes custos da atenção médica e o aumento da complexidade da atenção, surge um impulso objetivo para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica (FRANCO; CAMPOS, 1998; AZEVEDO, 1991; REIS et al., 1990).

Para Conill (2004), avaliar significa a realização de um julgamento de valor, o que implica o reconhecimento da existência de diferentes olhares sobre uma mesma realidade. Avaliar varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social até a chamada pesquisa avaliativa, na qual se recorre a métodos e técnicas possuidores de maior subjetividade. As práticas de saúde, que são sociais, abrangem níveis de complexidade diversos, variando do cuidado individual (relação usuário/profissional) aos sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde.

A avaliação em saúde pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde. Pode-se avaliar em saúde com o enfoque direcionado ao indivíduo ou direcionado ao sistema de saúde, em que se devem concentrar esforços nos aspectos de acessibilidade, cobertura e equidade (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No Brasil, avaliações em saúde não é atividade rotineira e, quando realizada, encontra dificuldades metodológicas e operacionais. Apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se

constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2004).

Esta prática, todavia, deve ser estimulada, uma vez que a avaliação “contribui para a compreensão dos impactos porventura existentes, em decorrência das atividades desenvolvidas, permitindo corrigir distorções e alterar o rumo da programação, visando o alcance dos objetivos” (FEKETE, 2006).

O Ministério da Saúde, em seu Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde descreve:

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos” (BRASIL, 2004, p. 3).

Avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, pois demanda conhecimentos, por vezes, ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos (RATTNER, 1996). Trata-se de “exame sistemático para determinar até que ponto uma entidade é capaz de atender aos requisitos especificados” (BRASIL, 2002a, p.16).

Para a avaliação de qualidade em saúde, o autor mais importante é Avedis Donabedian, cujos trabalhos datam dos anos 60, ganhando importância mundial no final dos anos 80. Desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas (NOVAES, 2000; FRANCO; CAMPOS, 1998; AZEVEDO, 1991).

Segundo Donabedian (1992; 1980), a estrutura relacionar-se-ia com as características estáveis de seus provedores, com os instrumentos e recursos e com as condições físicas e organizacionais, sendo importante para o desenvolvimento dos processos e seus conseqüentes resultados; o processo corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que

pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio, bem como a satisfação.

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e existência (DONABEDIAN apud REIS et al., 1990).

Estrutura corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde: recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Influencia e contribui na qualidade final da assistência, porém numa forma de difícil quantificação. Pode-se falar em termos de tendências: quando a estrutura está mais adequada, a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade aumenta (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Pereira apud Kluthcovsky (2005) refere-se à estrutura como todos os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis aos espaços que se proporciona à atenção à saúde. Determina, em parte, o potencial do sistema.

A avaliação do processo, a qual pode ser dividida na observação da prática e nos estudos baseados nos registros médicos, descreve as atividades do serviço de atenção médica, analisando a competência médica no tratamento dos problemas de saúde e comparando os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1978).

O processo abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, bem como a habilidade que realizam as tarefas. Ou seja, tudo que se relaciona diretamente com o tratamento e no momento em que ele está ocorrendo pode ser considerado como processo (MALIK; SCHIESARI, 1998; DONABEDIAN, 1980).

A avaliação dos resultados descreve a satisfação do usuário e o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 1978).

Corroborando com a idéia, Pereira (1995) salienta a identificação da satisfação do usuário e dos níveis de saúde e doença das pessoas da coletividade como as duas principais formas de mensuração de resultados.

Donabedian apud Silva e Formigli (1994) considera ser o processo o caminho

mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Já os resultados refletiriam os efeitos de todos os insumos do cuidado, servindo como indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo. E a importância da estrutura estaria no desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados.

Assim, Donabedian (1992) relata que a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens e reconhece que a relação causal entre estrutura, processo e resultados é de probabilidade e não de certeza.

Avaliar, portanto, é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Os serviços de saúde devem estar voltados para o usuário, os sistemas devem ser re-orientados nessa perspectiva. Assim, a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora (VIACAVA et al., 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, que visa avaliar a qualidade da assistência prestada aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário em Natal/RN.

A pesquisa descritiva objetiva escrever as características de um objeto de estudo, de uma população ou de um fenômeno, descrever e explorar aspectos de uma situação. Fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A trajetória de investigação é elaborada para descobrir quão bem está funcionando um programa, tratamento, prática ou política. Sua valorização reside em sua capacidade de encontrar respostas a questões práticas, colocadas pelas pessoas que precisam tomar decisões (RODRIGUES, 2007; GONSALVES, 2003).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), os dados coletados na pesquisa não respondem, em si e por si, às indagações da pesquisa, sendo necessário que sejam processados e analisados de alguma forma estatística.

Assim, na pesquisa quantitativa, o pesquisador, parte de parâmetros (características mensuráveis), traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas e busca estabelecer a relação entre causa e efeito entre as variáveis (RODRIGUES, 2007).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), especificamente no ambulatório da Clínica Cirúrgica, com atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular. O referido hospital está localizado no Distrito Sanitário Leste do município do Natal-RN, possui 188 leitos de internação, serviços ambulatoriais de alta complexidade, sendo integrado à rede do SUS através da Lei Orgânica nº 8.080/88 (BRASIL, 1990), como referência terciária. Pertence ao Complexo de Saúde da UFRN e é caracterizado como instituição de ensino universitário.

A sua federalização assegura a manutenção, através do Ministério da Educação, das funções de Ensino, Pesquisa e Extensão, nas áreas de cirurgia experimental, medicina nuclear, medicina familiar e comunitária, clínica médica, clínica cirúrgica, psicofarmacologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social (UFRN, 2006).

O ambulatório da Clínica Cirúrgica, situado no 1º andar, possui uma demanda referenciada do SUS, onde, além das consultas e exames, os pacientes realizam os curativos em duas salas existentes no próprio setor.

As salas de curativos estão estruturadas para a realização de curativos de lesões de diversas etiologias, conforme a demanda das consultas ambulatoriais. É durante a troca de curativos que são realizados o acompanhamento, a evolução e a avaliação das úlceras dos usuários deste ambulatório.

4.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foi composta por portadores de UVs, que foram atendidos por angiologistas, no ambulatório de Clínica Cirúrgica do HUOL, durante o período da coleta de dados (março a maio/2007).

Para seleção dos portadores de UVs, foi constituída uma amostra casual simples, com base nos critérios a seguir:

1. Ser portador de úlcera venosa;
2. Ter mais de 18 anos;
3. Ser atendido no ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL;
4. Consentir em participar da pesquisa ou ter sua participação autorizada pelo responsável, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A.

A amostra deste estudo foi composta por 40 portadores de UVs, que estavam no ambulatório para realizar sua 1ª consulta ou retorno para reavaliação ou trocar o curativo.

O número da amostra foi determinado pela demanda dos pacientes com UVs que procuravam atendimento neste ambulatório durante o período de 03 meses (março a maio/2007). Como o ambulatório de angiologia do HUOL atende pacientes com diversas patologias vasculares, não só especificamente portadores de UVs,

tivemos que nos adequar a demanda do atendimento. Ao longo da coleta, constatamos que se fôssemos aguardar para obtermos um número maior de pacientes para nosso estudo, íamos adentrar em um longo período.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta desta pesquisa – formulário com roteiro de entrevista e coleta de medidas biofisiológicas (Apêndice B) - foi elaborado baseando-se nas Diretrizes Clínicas propostas por Aguiar et al. (2005) e Borges (2005), e em um estudo de Nunes (2006).

Antes do início da coleta de dados, foram realizados três pré-testes do instrumento pela pesquisadora e pela acadêmica de enfermagem, a qual já havia participado de um curso de extensão em sistematização da assistência aos portadores de úlceras vasculares e neuropáticas, de 30 horas, oferecido pelo Orientador deste estudo e por outra mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

Com a realização dos pré-testes e acatando algumas sugestões da banca de qualificação do projeto, verificamos que se faziam necessárias algumas alterações na estrutura do formulário. Foram acrescentados alguns tópicos (referência e contra-referência) e retirados outros (dados demográficos: religião, habitação, condições de saneamento; e satisfação do usuário).

Após a reestruturação, o instrumento de coleta utilizado nesta pesquisa, que objetivou colher dados referentes à assistência oferecida ao portador de UV no ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL, apresentou-se composto por cinco tópicos: dados demográficos, anamnese e exame físico, avaliação clínica da úlcera, acessibilidade e referência/contra-referência.

Os prontuários dos pacientes portadores de UVs foram usados como fonte para coleta de dados.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Segundo Rodrigues (2007), a variável refere-se ao fenômeno a ser pesquisado e pode ser denominada como o campo de variação de cada tipo de dado a ser pesquisado.

Neste estudo, utilizamos variáveis para caracterizar e avaliar a assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL.

Estas variáveis englobaram a caracterização dos pesquisados, das úlceras venosas, da assistência prestada ao portador de UV e a avaliação da assistência.

Os pesquisados foram caracterizados através de variáveis sócio-demográficas, conforme mostrado no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis de caracterização sócio-demográfica dos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PORTADORES DE UV	CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Sexo	Feminino; masculino
Faixa Etária	Até 59 anos; a partir de 60 anos
Estado civil	Solteiro; casado/união estável; viúvo; divorciado/desquitado
Escolaridade	Não alfabetizado; alfabetizado; ensino fundamental, médio e superior
Renda Familiar	< 1 SM; de 1 a 2 SM; de 2 a 4 SM; > 4 SM
Profissão	Ausente; presente (qual?)
Ocupação/Atividade atual	Ausente (por quê?); presente (qual?)
Procedência	Capital; interior

Fonte: próprio pesquisador.

O Quadro 2, também com variáveis caracterizadoras dos pesquisados, englobou as variáveis de saúde.

Para calcularmos os IMC dos pesquisados, utilizamos a fórmula padrão: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$, na qual as unidades de peso e altura são o quilograma (Kg) e o metro (m), respectivamente. A classificação dos valores de IMC foi a adotada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2007).

Durante a coleta das medidas biofisiológicas, medíamos a altura do entrevistado com uma fita métrica e o peso era conferido através do uso de uma balança de uso doméstico.

Quadro 2. Variáveis de caracterização de saúde dos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE UV	CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Fatores de risco/ Antecedentes pessoais	História familiar de doença venosa; história (comprovada ou suspeita) de TVP; cirurgia venosa prévia; cirurgias prévias; atividades desenvolvidas por longos períodos em pé ou sentado; gravidez; diabetes; cardiopatia; insuficiência venosa crônica; HAS; AVC
Sinais de doença venosa	Edema; veias varicosas; eczema; coroa flebectásica; hiperpigmentação; lipodermatoesclerose
Índice de massa corporal (IMC)	Abaixo do peso (< 18,5 Kg/m ²); peso normal (18,5 a 24,9 Kg/m ²); sobrepeso (25,0 a 29,9 Kg/m ²); obeso grau I (30,0 a 34,9 Kg/m ²); obeso grau II (35,0 a 39,9 Kg/m ²); obeso grau III (> 40,0 Kg/m ²)
Pressão arterial (PA)	Normotensão (<140/90 mmHg); hipertensão (140/90 mmHg)

Fonte: próprio pesquisador.

Quanto à aferição da pressão arterial, verificamos esse sinal vital ao término da entrevista e utilizamos o mesmo tensiômetro durante toda a coleta de dados. O aparelho era novo e estava calibrado.

Os padrões estabelecidos de níveis pressóricos usados foram os padronizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, em suas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006): normotensão (< 140/90 mmHg) e hipertensão (140/90 mmHg).

As UVs foram caracterizadas através das variáveis contidas no Quadro 3.

Para a medição das áreas das UVs em estudo, utilizamos a técnica bidimensional, na qual, com uma fita métrica, medíamos a maior linha horizontal (em centímetros) e a maior linha vertical (em centímetros), ambas fazendo um ângulo de 90°. Com os valores das medições horizontal e vertical, multiplicamo-los entre si e obtivemos a área total da ferida. A unidade de tamanho utilizada foi centímetro quadrado (cm²).

Quadro 3. Variáveis de caracterização da úlcera venosa dos usuários atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS UVs	CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Primeira UV	< 3 meses; 3 a 6 meses; 7 meses a 1 ano; > 1 a 5 anos; > 5 a 10 anos; > 10 anos
Recidivas de UV	Nenhuma; 1 vez; 2 vezes; 3 vezes, 5 vezes ou mais
Tempo de UV atual	< 3 meses; 3 a 6 meses; 7 meses a 1 ano; > 1 a 5 anos; > 5 a 10 anos; > 10 anos
Localização da UV	Zona 1 (área correspondente ao pé); zona 2 (área compreendida pela metade distal da perna e tornozelo); zona 3 (metade proximal da perna).
Área da UV	Pequena (< 50cm ²); média (50 – 150cm ²); grande (>150cm ²)
Condições de pele perilesional da UV	Íntegra; edema; ressecada; macerada; prurido; lipodermatoesclerose; hiperpigmentação; eczema; hiperemiada
Condições das bordas da UV	Delimitada; fina; elevada; regular; com crostas; macerada; hiperemiada; necrose liquefativa
Condições do leito da UV	Granulação; epitelização; fibrina/necrose liquefativa
Tipo de exsudato na UV	Seroso; serosanguinolento; purulento
Quantidade de exsudato na UV	Pequena (até 3 gazes); média (>3 a 10 gazes); grande (>10 gazes)
Odor do exsudato na UV	Ausente; discreto; acentuado
Perda tecidual na UV	Grau I(epiderme); grau II (derme); grau III (subcutâneo)
Dor na UV/membro inferior	Ausente; leve; moderada; intensa
Sinais de infecção	Ausente; presente (qual?)
Coleta de swab quando UV infectada	Ausente; presente

Fonte: próprio pesquisador.

Quanto à coleta do swab, esta foi feita com swab estéril, após limpeza da ferida com irrigação de SF 0,9%, pelo profissional de enfermagem responsável pela realização do curativo.

Os dados relacionados com a questão da dor relatada nas UVs e nos membros afetados com as feridas foram obtidos durante a entrevista, em que perguntávamos aos portadores qual era a intensidade da dor que eles sentiam na ferida e na perna.

Apresentávamos os diferentes níveis de dor (ausente, leve, moderada e intensa) e pedíamos que ele relatasse qual o melhor nível que se enquadrava a sua dor.

O Quadro 4 abrangeu as variáveis de caracterização da assistência prestada aos portadores de UVs entrevistados durante o estudo.

Quadro 4. Variáveis de caracterização da assistência prestada aos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo categorias de verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS CARACTERIZADORAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES DE UVs	CATEGORIAS DE VERIFICAÇÃO
Profissional responsável pelo curativo no ambulatório	Técnico de Enfermagem; Enfermeiro
Produtos/materiais usados no curativo realizado no ambulatório	SF 0,9% e agulha 40x12; AGE; colagenase; papaína; gaze; atadura de crepon; luva de procedimento; luva cirúrgica
Responsável pelo curativo fora do ambulatório	Auxiliar/Técnico de Enfermagem; Enfermeiro; Familiar/Portador
Produtos/materiais usados no curativo realizado fora do ambulatório	SF 0,9%; AGE; PVPI; papaína; gaze; atadura de crepon; luva de procedimento; luva cirúrgica; esparadrapo; agulha 40x12
Produtos utilizados no curativo nos últimos 30 dias	Antisséptico, antibiótico tópico, fitoterápico, antifúngico, etc.
Terapia compressiva nos últimos 30 dias	Ausente; presente (qual?)
Tempo de tratamento da UV	< 1 mês; > 1 a 3 meses; > 3 a 6 meses; > 6 meses a 1 ano; > 1 a 5 anos; > 5 anos (quantos)
Local de tratamento nos últimos 30 dias	Domicílio; UBS/USF; HUOL; Hospital Municipal
Profissional envolvido na assistência ao portador de UV	Médico; Enfermeiro; Auxiliar/Técnico de Enfermagem; Psicólogo; Assistente Social; Fisioterapeuta; Nutricionista
Orientação para o uso de meias elásticas	Ausente; presente (quem orientou?)
Orientação para elevação dos MMII	Ausente; presente (quem orientou?)
Prescrição de exercícios regulares	Ausente; presente (quem orientou?)
Exames laboratoriais e específicos	Hemoglobina; hematócrito; leucócitos; glicose em jejum; albumina sérica; plaquetas; cultura com antibiograma; proteínas (total e frações); urina tipo I; ITB; biópsia; ecodoppler colorido; flebografia, plestimografia, outros (qual?)

Fonte: próprio pesquisador.

A qualidade da assistência, que é a identificação do processo, foi avaliada através de dez variáveis de caracterização, as quais foram elaboradas baseando-se na assistência ambulatorial prestada, num estudo de Nunes (2006) e nas Diretrizes Clínicas propostas por Aguiar et al. (2005) e Borges (2005). As variáveis, contidas no Quadro 5, foram analisadas e enquadradas no critério de qualidade adequada ou inadequada.

Quadro 5. Variáveis de avaliação da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de angiologia do HUOL, segundo critério de verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS CARACTERIZADORAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE UVs	CRITÉRIO DE VERIFICAÇÃO (Inadequada; Adequada)
Número de consultas com o Angiologista no último ano	Inadequada (< de 4 consultas/ano); adequada (04 consultas/ano)
Participação da Equipe Interdisciplinar	Inadequada (Médico + Técnico de Enfermagem); adequada (Médico + Enfermeiro + Técnico de Enfermagem + algum outro profissional de saúde)
Referência e Contra-referência	Inadequada (ausente), adequada (presente)
Realização de exames laboratoriais e específicos no último ano	Inadequada (exames laboratoriais de sangue e/ou urina); adequada (exames laboratoriais de sangue e/ou urina + Doppler)
Documentação dos achados clínicos	Inadequada (sem registro no prontuário); adequada (com registro no prontuário)
Uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias	Inadequada (ausente); adequada (presente)
Disponibilidade de produtos usados nos curativos realizados no ambulatório	Inadequada (indisponibilidade de produtos para limpeza, epitelizante e desbridante); adequada (disponibilidade de produtos para limpeza, epitelizante e desbridante)
Indicação de produtos usados nos curativos realizados no ambulatório	Inadequada (produto para limpeza, epitelizante e desbridante inadequado à evolução cicatricial); adequada (produto para limpeza, epitelizante e desbridante adequado à evolução cicatricial)
Indicação de produtos usados nos curativos realizados fora do ambulatório	Inadequada (produto para limpeza, cicatrizante e desbridante inadequado à evolução cicatricial); adequada (produto para limpeza, cicatrizante e desbridante adequado à evolução cicatricial)
Orientações realizadas para o uso de meias, elevação de membros e prescrição de exercícios regulares	Inadequada (não foi dada nenhuma orientação); adequada (foi dada, pelo menos, uma orientação)

Fonte: próprio pesquisador.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1997), projetos de pesquisa envolvendo seres humanos devem ser apreciados, em seus aspectos éticos, por Comissões de Ética em Pesquisa. Sendo assim, o projeto desta pesquisa foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN e obteve parecer favorável através do protocolo nº169/2006 (Anexo A).

Quanto ao consentimento do HUOL, foi deferida pela Diretoria do hospital a solicitação para a realização do estudo (Apêndice C). Para os usuários (ou responsáveis), foram esclarecidos os objetivos e importância deste estudo e os que concordaram em participar da pesquisa foi requisitada a assinatura do TCLE.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta pelos pesquisadores e por uma acadêmica de graduação em enfermagem, durante um período de 03 meses (março a maio/2007). Com a assinatura do TCLE por parte dos participantes deste estudo, a equipe realizou a avaliação dos portadores de UVs, através da leitura dos prontuários, da observação não participante, entrevista e exame físico.

Durante o período de coleta de dados, os usuários eram escolhidos de maneira aleatória, sendo necessário ser portador de úlcera venosa em membro inferior e concordar em participar da pesquisa através da assinatura do TCLE.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel, que após correção e verificação de erros de digitação por processo de validação por dupla digitação, foram exportados e analisados no programa SPSS14.0.

Nesse processo, foram codificados, tabulados e apresentados na forma de tabelas, quadros ou gráficos com suas respectivas distribuições percentuais. A análise foi feita por meio de estatística descritiva (cálculo de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão).

5 RESULTADOS, DISCUSSÕES E ANÁLISES

Os resultados, as discussões e as análises dos dados deste estudo serão apresentados em quatro momentos de caracterização: pesquisados, úlceras venosas, assistência e avaliação da qualidade da assistência.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS PESQUISADOS

A Tabela 1 nos mostra as características sócio-demográficas dos pesquisados neste estudo.

Contatamos que o sexo predominante entre os pesquisados foi o feminino (75%), tanto na faixa etária de até 59 anos (52,5%) quanto na a partir de 60 anos (22,5%), numa relação de homem:mulher de 3:1. Tal predominância esteve presente em estudos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Natal (NUNES, 2006; NUNES et al., 2006).

Rodríguez-Piñero (2003) e Yamada (2003) comentam sobre a relação de 3:1 entre mulheres e homens e Hess (2002) faz referência a essa predominância afirmando que as mulheres têm três vezes mais chance do que os homens de desenvolverem UVs nos membros inferiores.

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (BERGONSE; RIVITTI, 2006), a predominância demonstrou-se um pouco mais elevada (4:1). Em outro estudo, mostrou-se abaixo: 1,6:1 (VALENCIA et al., 2001). Comumente aos estudos citados, temos a característica de que as mulheres tendem a desenvolver mais UV do que os homens.

Quanto à faixa etária, observamos que os dados revelados em nosso estudo diferenciam-se relativamente dos dados da maioria de outros estudos. Enquanto os estudos relatam que a maioria de casos de UV acontece na faixa etária acima de 60 anos (BERGONSE; RIVITTI, 2006; FRADE et al., 2005; ARAUJO et al., 2003; VALENCIA et al., 2001), o nosso demonstrou que a maioria dos portadores de UV encontrava-se na faixa etária de até 59 anos (62,5%), com a idade média geral de homens e mulheres de 57,6 ($\pm 14,9$ anos). Essa diferença relativa pode ser devido aos diversos locais onde os estudos foram desenvolvidos, com realidades sociais e de saúde diversificadas.

Tabela 1. Distribuição das variáveis de caracterização sócio-demográfica, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		SEXO				TOTAL	
		MASCULINO		FEMININO		N	%
		N	%	N	%		
Faixa Etária	Até 59 anos	4	10,0	21	52,5	25	62,5
	A partir de 60 anos	6	15,0	9	22,5	15	37,5
Estado civil	Solteiro	2	5,0	5	12,5	7	17,5
	Casado	6	15,0	16	40,0	22	55,0
	Viúvo	2	5,0	6	15,0	8	20,0
	Divorciado	0	0,0	3	7,5	3	7,5
Escolaridade	Não alfabetizado	2	5,0	3	7,5	5	12,5
	Alfabetizado	5	12,5	15	37,5	20	50,0
	Ensino Fundamental	1	2,5	11	27,5	12	30,0
	Ensino Médio	2	5,0	1	2,5	3	7,5
Renda Familiar	< 1 SM	1	2,5	5	12,5	6	15,0
	1 a 2 SM	8	20,0	19	47,5	27	67,5
	> 2 a 4 SM	0	0,0	4	10,0	4	10,0
	> 4 SM	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Profissão	Ausente	0	0,0	8	20,0	8	20,0
	Agricultor	1	2,5	4	10,0	5	12,5
	ASG	4	10,0	7	17,5	11	27,5
	Autônomo	1	2,5	1	2,5	2	5,0
	Auxiliar de Enf.	1	2,5	1	2,5	2	5,0
	Comerciante	1	2,5	3	7,5	4	10,0
	Costureira	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	Cozinheiro	1	2,5	1	2,5	2	5,0
	Lavadeira	0	0,0	3	7,5	3	7,5
	Motorista	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Ocupação	Aposentados	7	17,5	12	30,0	19	47,5
	Desempregados	2	5,0	2	5,0	4	10,0
	Afastamento trabalho	1	2,5	3	7,5	4	10,0
	Do lar	0	0,0	8	20,0	8	20,0
	Cozinheira	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	Lavadeira	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	Comerciante	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	Agricultora	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Procedência	Norte 1	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	Norte 2	1	2,5	7	17,5	8	20,0
	Leste	3	7,5	4	10,0	7	17,5
	Oeste	5	12,5	6	15,0	11	27,5
	Interior	1	2,5	11	27,5	12	30,0
TOTAL		10	25,0	30	75,0	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

Em um estudo desenvolvido por Palomino-Medina (2004), na Espanha, foram encontradas médias de idades de 41,20 ($\pm 15,28$) anos em homens e 53,31 ($\pm 19,11$) anos em mulheres.

Assim, não se pode descartar a possibilidade de surgimento de UVs na

terceira, quarta ou quinta década de vida (RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2003).

No que diz respeito ao estado civil dos pesquisados, 22 (55%) deles se declararam casados, 08 (20%) viúvos, 07 (17,5%) solteiros e 03 (7,5%) divorciados.

Em relação à escolaridade, os dados demonstraram 05 (12,5%) pesquisados não-alfabetizados e 20 (50%) pesquisados alfabetizados (ou seja, sabiam assinar o nome), sendo 15 (37,5%) mulheres e 05 (12,5%) homens.

Tivemos 11 (27,5%) mulheres e 01 (2,5%) homem com o ensino fundamental. Apresentando o ensino médio, 02 (5,0%) entrevistados do sexo masculino e 01 (2,5%) do sexo feminino. Não foi observado nenhum entrevistado com nível superior.

Quanto à renda familiar, observamos que 27 (67,5%) pesquisados ganhavam de 1 a 2 salários mínimos (SM), o que corresponde respectivamente a 19 (47,5%) do sexo feminino e 08 (20%) do sexo masculino. Com menos de 01 SM, viviam 06 (15%) pesquisados. Na faixa de 02 a 04 SM de renda familiar, encontravam-se 04 (10%) portadores e ganhando mais de 04 SM, apenas 03 (7,5%) portadores se enquadravam nessa faixa.

Os pesquisados apresentaram nível econômico bastante precário e baixo índice de escolaridade.

Frade et al. (2005) detectou que 59,7% de sua população estudada enquadravam-se na renda familiar de 01 a 03 SM. No estudo desenvolvido por Nunes (2006), 68,9% da população estudada ganhavam até 02 SM como renda familiar.

Quanto ao nível de escolaridade, Nunes (2006) encontrou 74,3% dos seus entrevistados com ensino fundamental e 25,7% não eram alfabetizados.

A importância do diagnóstico financeiro e educacional do portador da lesão focaliza-se no fato de que quando o profissional de saúde planeja uma proposta de intervenção, não deve considerar apenas a lesão a ser tratada, mas o portador com suas características e necessidades. Logo, identificar as condições econômico-financeiras e educacionais do portador de UV é essencial na adesão e continuidade do tratamento proposto (MANDELBAUM; DI SANTIS; MALDEBAUM, 2003).

Declararam ter algum tipo de profissão, 32 (80%) pesquisados. Desses, 22 (55%) eram mulheres e 10 (25%), homens. Percebemos 08 (20%) mulheres sem nenhuma profissão.

As profissões relatadas - auxiliar de serviços gerais (27,5%), agricultor

(12,5%), comerciante (10,0%), lavadeira (7,5%), autônomo (5,0%), auxiliar de enfermagem (5,0%), costureira (5,0%), cozinheiro (5,0%), motorista (2,5%) - têm em comum a característica de exigir dos profissionais longos períodos em pé ou sentado, o que pode contribuir no desenvolvimento da IVC.

Frente aos dados de ocupação, observamos que 19 (47,5%) entrevistados estavam aposentados, 04 (10%) desempregados e 04 (10%) afastados do trabalho por causa da doença e pela perícia médica.

Ainda nessa variável, detectamos 13 (32,5%) portadoras de UV apresentando alguma ocupação. Igualmente às profissões, todas as ocupações referidas – do lar (20,0%), cozinheira (2,5%), lavadeira (5,0%), comerciante (2,5%), agricultora (2,5%) – exigem que seus executantes permaneçam bastante tempo em posição ortostática ou sentados.

O surgimento de UVs traz, em si, grandes implicações sócio-econômicas para o portador e para a sociedade devido à diminuição da qualidade de vida, ao grande número de afastamentos no trabalho, às internações hospitalares e ao alto custo do tratamento (PALOMINO-MEDINA et al., 2004; GONZÁLEZ-GÓMEZ, 2003; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2003).

As profissões e as ocupações exercidas pelos entrevistados (com reduzida mobilidade e longos períodos em pé ou sentados) e os índices de massa corporal apresentados por eles (graus I, II e III de obesidade) são fatores de risco para o desencadeamento da hipertensão venosa nos membros inferiores, surgimento e cronicidade de UVs.

Os dados da variável procedência nos mostram 28 (70%) pesquisados vieram da capital e 12 (30%) do interior do estado.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (NATAL, 2007), a capital do estado - Natal - está dividida em 05 Distritos Sanitários (DNs): Norte 1, Norte 2, Sul, Leste e Oeste.

Constatamos que os 28 portadores de UVs procedentes do município do Natal vieram de quatro DNs: Norte 1 (02), Norte 2 (08), Leste (07) e Oeste (11). Não teve portador de UV entrevistado neste estudo procedente da zona Sul da capital.

Apresentadas as características sócio-demográficas dos pesquisados, passaremos a apresentar as características de saúde de tal público.

O Quadro 6 mostra-nos os fatores de risco/antecedentes pessoais e os sinais de doença venosa coletados durante a entrevista feita com os portadores de UV.

Quadro 6. Distribuição das variáveis de caracterização de saúde, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE SAÚDE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
Fatores de risco/antecedentes pessoais						
História familiar de doença venosa	3	7,5	13	32,5	16	40,0
História (comprovada ou suspeita) de TVP	1	2,5	3	7,5	4	10,0
Cirurgia venosa prévia	2	5,0	4	10,0	6	15,0
Cirurgias prévias	2	5,0	12	30,0	14	35,0
Insuficiência venosa	10	25,0	30	75,0	40	100,0
Gravidez	0	0,0	28	70,0	28	70,0
Atividades em pé ou sentado	10	25,0	23	57,5	33	82,5
HAS	5	12,5	13	32,5	18	45,0
Diabetes	2	5,0	4	10,0	6	15,0
Cardiopatía	1	2,5	2	5,0	3	7,5
AVC	2	5,0	0	0,0	2	5,0
Sinais de doença venosa						
Edema	7	17,5	18	45,0	25	62,5
Varizes/veias varicosas	5	12,5	27	67,5	32	80,0
Eczema	3	7,5	9	22,5	12	30,0
Coroa flebectásica	4	10,0	4	10,0	8	20,0
Hiperpigmentação	5	12,5	12	30,0	17	42,5
Lipodermatoesclerose	1	2,5	10	25,0	11	27,5

Fonte: próprio pesquisador.

Comentaremos, primeiramente, os fatores de risco e antecedentes pessoais: 16 (40%) entrevistados relataram história familiar de doença venosa e 04 (10%), história de trombose venosa profunda (TVP); 14 (35%) pesquisados afirmaram já terem sido submetidos a algum tipo de cirurgia (obstétrica, ginecológica, ortopédica, etc.) e 06 (15%), submetidos a cirurgias venosas.

Quanto às atividades desenvolvidas por longos períodos sentados ou em pé, identificamos que em 23 (57,5%) mulheres e em 10 (25%) homens esse fator de risco estava presente.

A insuficiência venosa estava presente nos 40 (100%) entrevistados, realidade encontrada na mesma porcentagem em Nunes (2006). Das 30 mulheres entrevistadas, 28 (70%) já haviam engravidado.

Podemos observar também que 18 (45%) portadores de UV pesquisados eram acometidos por hipertensão arterial sistêmica (HAS), 03 (7,5%) por algum tipo de cardiopatía e 02 (5%) tiveram algum episódio de acidente vascular cerebral (AVC).

O diabetes apareceu em 15% dos nossos pesquisados, tendo o valor de 16,1% no estudo de Frade et al. (2005) e 25,7% em Nunes (2006).

Quanto aos sinais clínicos de doença venosa observados nos membros inferiores afetados dos pesquisados, o edema (62,5%) e as varizes/veias varicosas (80,0%) foram predominantes.

A hiperpigmentação estava presente em 12 (30,0%) mulheres e em 05 (12,5%) homens. O eczema foi detectado em 12 (30,0%) portadores de UVs: 09 (22,5%) do sexo feminino e 03 (7,5%) do sexo masculino.

A lipodermatoesclerose (27,5%) e a coroa flebectásica (20,0%) foram os sinais menos presentes nos entrevistados.

Ainda dentro da caracterização de saúde dos pesquisados, teceremos comentários sobre as variáveis referentes ao índice de massa corporal (IMC) e à pressão arterial (PA), demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de caracterização de saúde, segundo o sexo dos portadores de UV. Natal/RN, 2007.

VARIÁVEIS DE SAÚDE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
IMC						
Abaixo do peso (< 18,5 Kg/m ²)	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Normal (18,5 a 24,9 Kg/m ²)	5	12,5	9	22,5	14	35,0
Sobrepeso (25,0 a 29,9 Kg/m ²)	4	10,0	8	20,0	12	30,0
Obeso grau I (30,0 a 34,9 Kg/m ²)	1	2,5	7	17,5	8	20,0
Obeso grau II (35,0 a 39,9 Kg/m ²)	0	0,0	3	7,5	3	7,5
Obeso grau III (> 40,0 Kg/m ²)	0	0,0	2	5,0	2	5,0
PA						
Normotensão (< 140/90 mmHg)	3	7,5	17	42,5	20	50,0
Hipertensão (≥ 140/90 mmHg)	7	17,5	13	32,5	20	50,0
TOTAL	10	25	30	75	40	100

Fonte: próprio pesquisador.

Analisando a Tabela 2, observamos que 01 (2,5%) entrevistado enquadrava-se como baixo peso e 14 (35,0%) encontravam-se dentro dos padrões normais de IMC. Na situação de sobrepeso, detectamos 04 (10,0%) homens e 08 (20,0%) mulheres.

Apresentando algum grau de obesidade, captamos 13 (32,5%) portadores de UV nesta situação: 07 (17,5%) mulheres e 01 (2,5%) homem no grau I; 03 (7,5%)

mulheres no grau II; e 02 (5,0%) mulheres no grau III.

No momento da aferição da pressão arterial, metade (50,0%) dos portadores de UV apresentou-se normotensa e metade (50,0%) hipertensa. Entre os hipertensos, obtivemos uma PA média de 146 x 88 mmHg.

A relação entre IVC e obesidade é relatada na literatura (CASEY, 2004; SIMON; DIX; McCOLLUM, 2004; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2003; VALENCIA et al., 2001). O estudo desenvolvido por Palomino-Medina (2004), porém, não evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre a incidência de IVC e as profissões de risco e a obesidade.

Os valores pressóricos médios encontrados em nosso estudo (146 x 88 mmHg) aproximaram-se dos valores achados (151 x 89,4 mmHg) no estudo de Frade et al. (2005) e se diferenciaram dos valores achados no estudo de Palomino-Medina (2004), no qual os valores pressóricos médios foram mais baixos (128,6 x 75,89 mmHg). Frade et al. (2005) encontrou, em seu estudo, uma importante associação entre a IVC e a hipertensão arterial sistêmica.

Diante das caracterizações sócio-demográficas apresentadas, identificamos uma clientela de portadores de UVs, predominantemente, feminina, em sua maioria, casados, numa faixa etária de até 59 anos, com baixo nível de escolaridade e de renda familiar, procedentes da capital do estado e que, quando não estavam aposentados, desempregados ou afastados do trabalho por causa da doença, exerciam profissões e ocupações que exigem longos períodos em pé ou sentado.

E em relação às características de saúde, os pesquisados apresentaram fatores de risco, antecedentes pessoais e sinais de doença venosa encontrados comumente em portadores de úlcera venosa. Foram classificados, conforme o IMC, entre normais e obesos, e, frente às aferições de PA, em normotensos e hipertensos proporcionalmente iguais.

Vários autores (SILVA et al., 2007; ABBADE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; SILVA et al., 2005; PALOMINO-MEDINA et al., 2004; ARAÚJO et al., 2003; GAMBA; YAMADA, 2003; LLANEZA-COTO, 2003; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2003; YAMADA, 2003; BRASIL, 2002; BRYANT, 2001; HOFFMAN, 2001; VALENCIA et al., 2001) relatam a necessidade de se fazer uma avaliação clínica completa do paciente portador de UV, na qual não só o exame físico deve ser realizado, mas também a história clínica completa, colhendo dados sócio-demográficos, antecedentes pessoais e fatores de risco.

Simon, Dix e McCollum (2004) defendem que a avaliação em pacientes com UV deve ser direcionada para se obter uma história e exame físico completos, quando deverão ser colhidos informações referentes à idade, sexo, distúrbios cardiovasculares, índice de massa corporal, mobilidade, diabetes e história de trombose venosa profunda.

Assim, as caracterizações sócio-demográficas e de saúde encontradas na nossa população estudada reforçam a relação existente entre história clínica do paciente - predisposição para o desenvolvimento de IVC -, surgimento e cronicidade de UVs.

Abordaremos a partir de agora, como mostra a Tabela 3, as características das UVs dos portadores entrevistados, segundo a classificação da úlcera em aguda ou crônica, englobando as seguintes variáveis: tempo da primeira UV; número de recidivas; tempo de UV atual; localização da UV; área da UV; condições de pele perilesional, bordas e leito da úlcera; tipo, quantidade e odor do exsudato; dor na UV/membro inferior; sinais de infecção e coleta de swab.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS DOS PESQUISADOS

A Tabela 3 nos faz perceber que, dentre os 40 entrevistados, 18 (45%) apresentaram sua primeira UV há mais de 10 anos; 16 (40%), entre 01 e 10 anos atrás e 06 (15%), há até 01 ano.

Quando olhamos a variável recidiva, podemos observar que 14 (35%) pacientes apresentaram a lesão pela primeira vez. Do número de recidivas, detectamos que 12 (30%) pacientes tiveram 01 recidiva, 06 (15%) apresentaram 02 recidivas, 03 (7,5%) UVs cicatrizaram e voltaram a abrir três vezes e 05 (12,5%) lesões recidivaram mais de cinco vezes.

Em relação ao tempo de úlcera atual, descobrimos que 07 (17,5%) feridas eram agudas, ou seja, tinham menos de três meses de existência. As 33 (82,5%) feridas restantes foram consideradas crônicas, uma vez que o tempo de existência foi superior a três meses: 03 (7,5%) entre três e seis meses; 02 (5%) entre sete meses e um ano; 09 (22,5%) com mais de um ano e até cinco anos; 06 (15%) com mais de cinco anos e até 10 anos; e 13 (32,5%) com mais de dez anos.

Tabela 3. Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS	CLASSIFICAÇÃO DA UV						
	AGUDA		CRÔNICA		TOTAL		
	< 3 MESES		> 3 MESES		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Primeira UV	< 3 meses	3	7,5	0	0,0	3	7,5
	3 a 6 meses	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	7 meses a 1 ano	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	> 1 a 5 anos	0	0,0	8	20,0	8	20,0
	> 5 a 10 anos	1	2,5	7	17,5	8	20,0
	> 10 anos	3	7,5	15	37,5	18	45,0
	Recidiva	Nenhuma	3	7,5	11	27,5	14
1 vez		0	0,0	12	30,0	12	30,0
2 vezes		1	2,5	5	12,5	6	15,0
3 vezes		2	5,0	1	2,5	3	7,5
5 vezes ou mais		1	2,5	4	10,0	5	12,5
Tempo de UV atual	< 3 meses	7	17,5	0	0,0	7	17,5
	3 a 6 meses	0	0,0	3	7,5	3	7,5
	7 meses a 1 ano	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	> 1 a 5 anos	0	0,0	9	22,5	9	22,5
	> 5 a 10 anos	0	0,0	6	15,0	6	15,0
	> 10 anos	0	0,0	13	32,5	13	32,5
Área da úlcera	Pequena (<50 cm ²)	7	17,5	13	30,0	20	50,0
	Média (50-150 cm ²)	0	0,0	15	35,0	15	37,5
	Grande (> 150 cm ²)	0	0,0	5	17,5	5	12,5
TOTAL	7	17,5	33	82,5	40	100,0	

Fonte: próprio pesquisador.

Entre as 13 UVs que existiam há mais de 10 anos, obtivemos um tempo médio de existência de 22 anos, com o tempo variando entre 12 e 50 anos.

Ao observarmos os dados de área da Tabela 3, percebemos que 20 (50,0%) UVs eram classificadas em pequenas, 15 (37,5%) em medianas e 05 (12,5%) em grandes. Entre as UVs consideradas grandes, encontramos uma área média de 442,2 cm², variando entre 216 cm² e 875 cm². Todas as UVs agudas (07) eram pequenas.

Ao analisarmos, conjuntamente, essas variáveis de área, de tempo e de recidivas, constatamos que a maioria dos usuários, os quais procuraram o serviço de angiologia do ambulatório do HUOL para realizar uma consulta, apresentavam predominantemente úlceras venosas crônicas, dividindo-se entre os tamanhos

pequeno e médio, com longo período de existência, baixo índice de cicatrização e alta taxa de recidivas. Essa caracterização reflete, de maneira generalizada, uma evidente cronicidade das feridas e falta de resolutividade dos serviços de saúde.

London e Donnelly (2000) relatam a importância de se determinar o tempo de duração da úlcera e se é o primeiro episódio ou recorrente.

Nunes (2006) encontrou que 54,1% dos pesquisados apresentaram recidiva 02 vezes ou mais. No estudo de Frade et al. (2005), a metade dos pesquisados apresentou recidiva e a outra metade não apresentou, ou seja, sempre conviveu com a úlcera venosa.

Abbade, Lastória (2006) e Furtado (2003) fazem referência ao grande desafio de evitar a recidiva e Aguiar et al. (2005) recomendam o tratamento cirúrgico associado à terapia compressiva para diminuir a taxa de recidivas.

Borges (2005) e Silva et al. (2005), além de recomendarem tratamento clínico, recomendam o uso de estratégias educativas, tais como desencorajar o auto-tratamento, estimular a mobilidade e a realização de exercícios e elevação do membro afetado para repouso.

Quanto ao tempo de existência da UV, Nunes (2006), Frade et al. (2005) e Furtado (2003) referem-se a úlceras venosas existentes por períodos bastante longos.

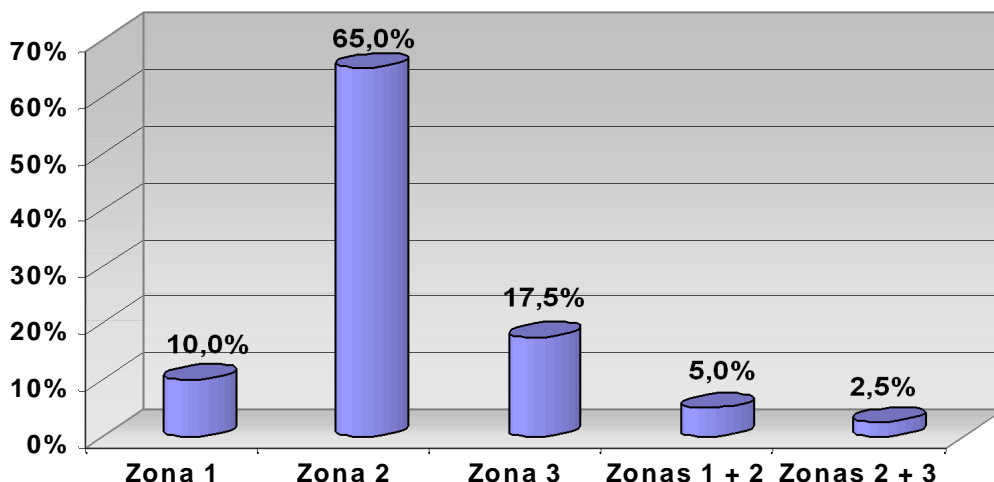
Em relação às áreas das UVs estudadas, Valencia et al. (2001) comentam que as UVs são extensas e freqüentemente maiores do que as úlceras não venosas.

Nunes (2006) encontrou dados semelhantes aos nossos: 44,6% das UVs foram classificadas como pequenas, 36,5% medianas e 20,3% como grandes. Já Frade et al. (2005) encontraram resultados em que, aproximadamente, 80% das UVs encaixaram-se nas categorias médias e grandes.

É importante identificarmos a área das feridas para podermos avaliá-las durante o decorrer do tratamento. Os Protocolos das Prefeituras de Belo Horizonte (2006) e de Ribeirão Preto (2004) preconizam a mensuração e o acompanhamento das áreas das feridas pelos profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Borges (2005) e Aguiar et al. (2005) também recomendam a medição da área da úlcera e reforçam a importância do seu registro para servir como parâmetro avaliativo.

No ambulatório de angiologia do HUOL, ainda não é rotina a mensuração das feridas ali acompanhadas, o que dificulta o acompanhamento e evolução dessas lesões.

Apresentaremos as localizações das úlceras estudadas, conforme demonstradas no Gráfico 1.



Fonte: próprio pesquisador.

Gráfico 1. Distribuição das localizações das UVs, segundo zonas. Natal- RN, 2007.

Percebemos uma apresentação maior de UVs - 26 (65%) - na zona 2 (área compreendida pela metade distal da perna e tornozelo), seguida de 07 (17,5%) na zona 3 (metade proximal da perna) e de 04 (10%) na zona 1 (área correspondente ao pé). Houve úlceras que se localizaram em duas áreas concomitantes: 02 (5%) UVs nas zonas 1 + 2 e 01 (2,5%) UV nas zonas 2 + 3.

Nunes (2006), com estudo desenvolvido em trinta e uma unidades de saúde da família no município de Natal, encontrou os seguintes dados: 70,3% das úlceras estudadas encontravam-se na zona 2; 16,2% nas zonas 1 e 2; e 13,5% na zona 1. Não foi encontrada úlcera na zona 3.

Dados do nosso estudo e do anteriormente citado confirmam a localização de maior evidência na literatura científica: a zona 2, a qual compreende a região maleolar (IPONEMA; COSTA, 2007; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2003; SIMON; DIX; McCOLLUM, 2004; GAMBA; YAMADA, 2003; CANDIDO, 2001; VALENCIA et al., 2001; LONDON; DONNELLY, 2000).

Depois de comentarmos as zonas de localização das UVs, apresentaremos, como mostra o Quadro 7, as condições da pele perilesional, das bordas e dos leitos das úlceras abordadas neste estudo.

Quadro 7. Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS		CLASSIFICAÇÃO DA UV				TOTAL	
		AGUDA		CRÔNICA			
		< 3 MESES	> 3 MESES	N	%	N	%
Condições da pele perilesional	Íntegra	0	0,0	3	7,5	3	7,5
	Edema	2	5,0	17	42,5	19	47,5
	Ressecada	2	5,0	19	47,5	21	52,5
	Macerada	2	5,0	6	15,0	8	20,0
	Prurido	5	12,5	7	17,5	12	30,0
	Lipodermoesclerose	1	2,5	10	25,0	11	27,5
	Hiperpigmentação	3	7,5	14	35,0	17	42,5
	Eczema	0	0,0	8	20,0	8	20,0
	Hiperemiada	6	15,0	6	15,0	12	30,0
Condições das bordas	Delimitada	5	12,5	22	55,0	27	67,5
	Fina	2	5,0	18	45,0	20	50,0
	Elevada	3	7,5	8	20,0	11	27,5
	Regular	2	5,0	6	15,0	8	20,0
	Com crostas	1	2,5	4	10,0	5	12,5
	Macerada	0	0,0	4	10,0	4	10,0
	Hiperemiada	4	10,0	7	17,5	11	27,5
	Necrose liquefativa	0	0,0	3	7,5	3	7,5
Condições do leito	Granulação	7	17,5	33	82,5	40	100,0
	Epitelização	0	0,0	14	35,0	14	35,0
	Fibrina/necrose liquef.	7	17,5	31	77,5	38	95,0

Fonte: próprio pesquisador.

Segundo os dados mostrados no Quadro 7, podemos afirmar que a pele perilesional das UVs agudas estudadas apresentou-se com as seguintes características: edemaciada (5,0%), ressecada (5,0%), macerada (5,0%), escoriada (2,5%), hiperemiada (15,0%), com prurido (12,5%), lipodermatose (2,5%) e hiperpigmentação (7,5%).

As UVs crônicas continham características semelhantes às apresentadas pelas feridas agudas – edemaciada (42,5%), ressecada (47,5%), macerada (15,0%), prurido (17,5%), lipodermatoesclerose (25,0%), hiperpigmentação (35%), hiperemiada (15,0%) - acrescidas de integridade (7,5%) e eczema (20,0%).

As bordas das UVs estudadas mostraram-se delimitadas (67,5%), finas (50,0%), hiperemiadas (27,5%), elevadas (27,5%), regulares (20,0%), com crostas (12,5%), macerada (10,0%) e com necrose liquefativa (7,5%).

Com relação às condições do leito, detectamos tecido de granulação presente em todas (100%) as úlceras estudadas, tecido de epitelização em 14 (35,0%) UVs crônicas e presença de fibrina/necrose liquefativa em 38 (95%) lesões. Os leitos das

UVs agudas (07) apresentaram-se com granulação e fibrina/necrose liquefativa.

As variáveis envolvendo o exsudato (tipo, quantidade e odor), a perda tecidual e a dor relatada na UV/membro inferior serão discutidas a seguir, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS		CLASSIFICAÇÃO DA UV				TOTAL	
		AGUDA < 3 MESES		CRÔNICA > 3 MESES		N	%
		N	%	N	%		
Tipo de exsudato	Seroso	4	10,0	18	45,0	22	55,0
	Serosanguinolento	2	5,0	14	35,0	16	40,0
	Purulento	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Quantidade de exsudato	Pequena (até 3 gazes)	3	7,5	7	17,5	10	25,0
	Média (> 3 a 10 gazes)	3	7,5	17	42,5	20	50,0
	Grande (> 10 gazes)	1	2,5	9	22,5	10	25,0
Odor	Ausente	3	7,5	25	62,5	28	70,0
	Discreto	4	10,0	5	12,5	9	22,5
	Acentuado (fétido)	0	0,0	3	7,5	3	7,5
Perda tecidual	Grau I (Epiderme)	3	7,5	6	15,0	9	22,5
	Grau II (Derme)	4	10,0	22	55,0	26	65,0
	Grau III (Subcutâneo)	0	0,0	5	12,5	5	12,5
Dor na úlcera / membro inferior	Ausente	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	Leve	0	0,0	5	12,5	5	12,5
	Moderada	3	7,5	4	10,0	7	17,5
	Intensa	4	10,0	23	57,5	27	67,5
TOTAL		7	17,5	33	82,5	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

A maioria das UVs observadas durante nosso estudo apresentou exsudato seroso (55,0%), em média quantidade (50,0%) e sem odor (70,0%).

O tipo de exsudato serosanguinolento (40,0%) estava presente em 14 (35,0%) úlceras crônicas e em 02 (5,0%) úlceras agudas. Apresentando exsudato purulento (5,0%), observamos 01 (2,5%) UV aguda e 01 (2,5%) crônica.

No que diz respeito à quantidade de exsudato, 10 (25,0%) UVs apresentaram pequena quantidade de exsudato (03 UVs agudas e 07 UVs crônicas) e 10 (25,0%) apresentaram grande quantidade de exsudato (01 UV aguda e 09 UVs crônicas).

Quanto ao odor do exsudato, 09 (22,5%) feridas tinham odor discreto e 03 (7,5) UVs crônicas possuíam odor fétido.

A maioria das UVs (65%) apresentou perda tecidual em grau II. A perda

tecidual em grau I estava em 03 (7,5%) UVs agudas e em 06 (15,0%) crônicas. Já a perda tecidual em grau III estava presente somente em 05 (12,5%) das UVs crônicas.

Pela tabela 4, percebemos que a dor relatada pelos pacientes como intensa (67,5%) esteve em destaque em 23 (57,5%) UVs crônicas e em 04 (10,0%) agudas.

De intensidade moderada, tivemos 07 (17,5%) usuários que relataram esse nível de dor na úlcera/membro inferior afetado: 04 (10,0%) eram portadores de UVs crônicas e 03 (7,5%) portadores de UVs agudas.

Dentre os 05 (12,5%) entrevistados que classificaram a dor sentida como leve, todos possuíam UV crônica. Sem relato de dor na ferida e na perna afetada, o estudo captou apenas 01 portador de UV crônica.

As 07 (17,5%) UVs agudas deste estudo causavam dor de intensidade moderada a intensa aos seus portadores.

Diante dos dados expostos no Quadro 7 e na Tabela 4, constatamos que as UVs estudadas eram dolorosas, apresentaram pele perilesional ressecada (52,5%), edemaciada (47,5%) e com hiperpigmentação (42,5%); leito com tecido de granulação (100%) e fibrina/necrose liquefativa (95,0%) presentes, e com pouca epitelização (35,0%); com perda tecidual em grau II (65,0%); exsudato seroso (55,0%), em média quantidade (50,0%) e sem odor (70,0%): sinais clínicos típicos, os quais são amplamente citados na literatura científica.

A literatura relata que as bordas são normalmente planas, aderidas ao leito e irregulares, mas, que devido à presença de edema, podem se apresentar espessas (IPONEMA; COSTA, 2007; GAMBA; YAMADA, 2003).

Araújo et al. (2003) relatam as características clínicas das UVs: ferida rasa e dolorosa, com tecido de granulação e fibrina, presença de varicosites, edema e dermatite.

Já Abbade e Lastória (2006) caracterizam as UVs como feridas de forma irregular, dolorosas em intensidades variáveis, com bordas bem definidas, leito onde, dificilmente, apresenta tecido necrótico e apresentam, comumente, exsudato amarelado.

A dor é um parâmetro que deve ser descrito, registrado e avaliado sempre que o portador procurar os serviços de saúde, pois, como citam Valencia et al. (2001), três quartos (75%) dos portadores de UVs reportam dor, o que influencia diretamente em sua qualidade de vida.

Os estudos alertam sobre o uso contínuo de analgésicos e recomendam a elevação do membro afetado durante o repouso, o uso de terapia compressiva e o desenvolvimento de medidas fisioterápicas para o tratamento da dor (AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005).

No nosso estudo, constatamos a prescrição verbal de analgésicos pelos angiologistas para os portadores que relataram a presença de dor na UV e/ou no membro. Não há registro no prontuário dessa prescrição, nem da descrição da dor, impossibilitando uma posterior avaliação.

A Tabela 5 apresenta os dados referentes aos sinais de infecção observados e à coleta de material para cultura.

Tabela 5. Distribuição das variáveis de caracterização das UVs, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS	CLASSIFICAÇÃO DA UV				TOTAL		
	AGUDA < 3 MESES		CRÔNICA > 3 MESES		N	%	
	N	%	N	%			
Sinais de infecção	Ausente	3	7,5	26	65,0	29	72,5
	Febre	1	2,5	0	0,0	1	2,5
	Odor, secreção e dor	1	2,5	2	5,0	3	7,5
	Dor e hiperemia	2	5,0	5	10,0	7	17,5
Cultura (swab)	Ausente	4	12,5	28	70,0	32	82,5
	Presente	3	5,0	5	12,5	8	17,5
TOTAL		7	17,5	33	82,5	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

Percebemos que, em 29 (72,5%) UVs, não foram observados sinais de infecção. Nas 11 (27,5%) UVs restantes (04 agudas e 07 crônicas), observamos a presença dos seguintes sinais de infecção: febre em 01 (2,5%) UV aguda; odor, secreção e dor em 03 (7,5%) UVs, sendo 01 aguda e 02 crônicas; e dor mais hiperemia em 02 (5,0%) UVs agudas e 05 (12,5%) crônicas.

Das 11 UVs com sinais de infecção, 08 (17,5%) realizaram coleta de material para cultura. Não foi feita coleta de swab em 03 úlceras pelos seguintes motivos: 01 entrevistado já havia colhido swab e estava aguardando o resultado e 02 já haviam começado antibioticoterapia. Não foi observada a realização de biópsia.

No estudo de Nunes (2006), a ausência de sinais de infecção nas UVs foi de 67,6% e encontrou em 32,4% das UVs sinais de odor + secreção purulenta + hiperemia.

Durante a avaliação clínica da UV, faz-se necessário atentar para os sinais clínicos de infecção e proceder a coleta de material para o exame bacteriológico.

Aguiar et al. (2005) e Borges (2005) não recomendam o exame bacteriológico de rotina. Indicam quando existem sinais de infecção e deteriorização rápida da úlcera.

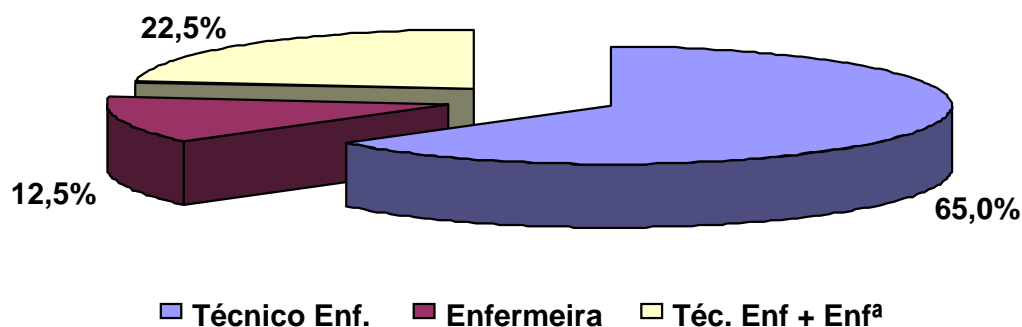
Para Coelho Júnior e Nascimento (2007), a técnica de swab é questionável porque é um método que fornece informações sobre a colonização da superfície da ferida, apresentando pouco valor na escolha de um tratamento. Eles defendem a biópsia de tecido profundo como o método mais indicado.

Em úlceras crônicas, a biópsia do tecido da lesão é indicada também para excluir carcinomas de células basais ou escamosas (VALENCIA et al., 2001).

Neste momento, discorreremos sobre as variáveis que auxiliaram a caracterizar a assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório de clínica-cirúrgica do HUOL.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES DE UVS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HUOL

Iniciaremos este tópico abordando o profissional responsável pelo curativo no ambulatório.



Fonte: próprio pesquisador.

Gráfico 2. Distribuição dos profissionais envolvidos na realização do curativo no ambulatório do HUOL. Natal-RN, 2007.

O Gráfico 2 mostra-nos que 26 (65,0%) curativos de UVs foram realizados pelos Técnicos de Enfermagem daquele ambulatório. Observamos também que 05

(12,5%) curativos foram realizados pela enfermeira e 09 (22,5%) foram feitos em conjunto, com a participação da enfermeira e dos técnicos de enfermagem.

Na realização dos curativos realizados durante as consultas no turno matutino, a enfermeira estava sempre presente na supervisão dessa atividade. Quando as consultas com os angiologistas eram realizadas no período vespertino, o curativo era feito somente por técnicos de enfermagem, sem a supervisão da enfermeira.

A ausência do Enfermeiro na sala de curativos, durante a realização dos curativos, dava-se porque não existia um enfermeiro específico para o ambulatório, naquele período. Havia sim, um enfermeiro fazendo a supervisão geral dos ambulatórios.

Nunes (2006) avaliou a assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no PSF no município de Natal-RN e constatou que 33,8% dos curativos eram realizados por Técnicos de Enfermagem e que apenas 1,4% por Enfermeiros.

Diante de uma equipe interdisciplinar atuante junto ao portador de UV, é a equipe de enfermagem que está diretamente envolvida na realização do curativo. Essa atividade atribuída à Enfermagem é determinada nos estudos nacionais (MEIRELES et al., 2007; BELO HORIZONTE, 2006; RIBEIRÃO PRETO, 2004; CANDIDO, 2001).

No Brasil, no estado de Minas Gerais, o Conselho Regional de Enfermagem publicou a Deliberação COREN-MG 65/00, documento que determina os procedimentos técnicos referentes à avaliação, classificação e tratamento do portador de lesão cutânea, incluindo os métodos de desbridamento do tecido necrótico e tem por objetivo estabelecer a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

Nessa deliberação, cabe ao enfermeiro, entre outras atribuições, avaliar o paciente portador de lesão, indicar o tratamento tópico, realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura) e o desbridamento, quando necessário. Para o auxiliar ou técnico de enfermagem cabe a realização do procedimento de curativo (limpeza e cobertura) e do desbridamento autolítico e químico, ambos prescritos pelo enfermeiro.

No Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas, da Prefeitura de Belo Horizonte (2006), as atribuições da equipe de saúde também estão definidas. No que se refere à realização de curativos, a enfermeira fica com a atribuição de

prescrever as coberturas, soluções e cremes para curativo, bem como terapia compressiva e creme hidratante, conforme protocolo, e executar o curativo; e o auxiliar de enfermagem, dentre outras tarefas, com a atribuição de explicar a técnica do soro em jato para o paciente no primeiro atendimento e executar o curativo, conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro.

Verificamos que a Enfermagem vem, paulatinamente, construindo seu espaço dentro da equipe interdisciplinar de saúde no cuidado ao portador de lesões de pele, evoluindo bastante principalmente no que tange a curativos e coberturas. É imprescindível uma equipe de enfermagem completa (enfermeiros, técnicos e auxiliares), quantificada e qualificada adequadamente, cada um com sua atribuição definida, durante todo o período de assistência.

A falta de Enfermeiro no ambulatório de angiologia do HUOL, durante a tarde, é um problema estrutural, que deverá ser sanado, pois influencia nos aspectos processuais e de resultado da assistência prestada. Sem enfermeiro para avaliar a ferida e indicar produtos e coberturas, o técnico de enfermagem realiza o curativo apenas com a orientação do médico.

A Tabela 6 contém os produtos e materiais utilizados durante a realização de curativo no ambulatório de clínica cirúrgica, no HUOL.

Tabela 6. Distribuição dos produtos/materiais usados na realização do curativo no ambulatório do HUOL, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.

PRODUTOS / MATERIAIS NO AMBULATÓRIO	CARACTERIZAÇÃO DO LEITO							
	GRANULAÇÃO E EPITEL.		GRANULAÇÃO/EPITEL. E FIBRINA/NECROSE		GRANULAÇÃO E FIBRINA/NECROSE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SF 0,9% + agulha 40 x 12								
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUS	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
AGE								
Ausente	1	2,5	5	12,5	15	37,5	21	52,5
SUS	1	2,5	4	10,0	8	20,0	13	32,5
Usuário	0	0,0	3	7,5	3	7,5	6	15,0
Colagenase								
Ausente	1	2,5	9	22,5	24	60,0	34	85,0
SUS	1	2,5	3	7,5	2	5,0	6	15,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Papaína								
Ausente	2	5,0	8	20,0	21	52,5	31	77,5
SUS	0	0,0	1	2,5	5	12,5	6	15,0
Usuário	0	0,0	3	7,5	0	0,0	3	7,5
Gaze								
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUS	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atadura crepom								
Ausente	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
SUS	2	5,0	12	30,0	25	62,5	39	97,5
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Luva cirúrgica								
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUS	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Luva procedimento								
Ausente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUS	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

Observamos, através da Tabela 6, que a equipe de enfermagem do ambulatório do HUOL, na execução do curativo, durante a consulta com o angiologista, independentemente da fase em que o leito da UV se encontrava, utilizou, nas 40 (100%) UVs estudadas, irrigação de Soro Fisiológico a 0,9% (SF 0,9% + agulha 40 x 12) para limpeza do leito da úlcera, luva de procedimento para retirada do curativo antigo, luva cirúrgica para a realização do curativo em si e gaze

estéril úmida com SF 0,9% como cobertura primária.

A atadura foi aplicada como cobertura secundária (e não como uma forma de compressão do membro afetado) em 97,5% dos casos.

No ambulatório do HUOL, durante a coleta de dados, a limpeza da UV foi feita com SF 0,9% não aquecido, à temperatura ambiente, e a técnica de curativo padronizada foi a estéril.

A equipe de enfermagem do HUOL, após retirar o curativo que o paciente trazia ao chegar no ambulatório, mostrava a ferida para a enfermeira ou para o angiologista, onde um deles (ou ambos) avaliava a ferida e, dependendo de sua fase, prescrevia algum produto, quando disponível, que auxiliasse o processo cicatricial.

Os produtos disponíveis e utilizados nas feridas estudadas foram ácidos graxos essenciais (óleo de girassol manipulado), papaína manipulada a 10% em creme e colagenase mono.

Quanto aos ácidos graxos essenciais (AGE), pudemos detectar que o óleo de girassol manipulado foi usado em 19 (47,5%) UVs pesquisadas. Interessante relatar que destes 47,5% de uso do óleo no leito das UVs, 15,0% foi trazido ao ambulatório pelos usuários e 32,5% foi fornecido pelo SUS e pelo projeto de extensão e pesquisa do curso de graduação de Enfermagem da UFRN.

O AGE é um epitelizante que pode ser utilizado em qualquer lesão de pele, infectada ou não, indiferentemente da fase em que se encontra no processo de cicatrização. É contra-indicado em feridas com cicatrização por primeira intenção (UGGERI et al., 2007; BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003; MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

A Colagenase mono, fornecida pelo ambulatório, foi usada em 06 (15,0%) UVs. Seu maior uso aconteceu nas 03 (7,5%) UVs que estavam na fase de granulação/epitelização e fibrina/necrose liquefativa. Foi utilizada também nas fases de granulação e fibrina/necrose liquefativa (5,0%), granulação e epitelização (2,5%).

O uso se mostrou inadequado em 01 (2,5%) UV, já que o produto é um desbridante químico e o leito da ferida estava na fase de granulação/epitelização, não apresentando tecido fibrótico ou necrótico a ser desbridado.

A colagenase é um desbridante enzimático, de fácil aplicação, que age de forma suave e seletiva sobre os tecidos desvitalizados (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Já a papaína, outro desbridante enzimático, indicada para todas as fases do processo de cicatrização, foi utilizada em 09 (22,5%) UVs. Em 03 (7,5%) casos o produto foi trazido pelo portador.

O desbridante foi utilizado em 04 (10,0%) UVs na fase de granulação/epitelização e fibrina/necrose liquefativa e em 05 (12,5%) UVs na fase de granulação e fibrina/necrose liquefativa.

A utilização da papaína nos 09 casos foi adequada, pois em todas essas feridas havia fibrina e/ou necrose liquefativa, sendo necessário desbridamento enzimático no leito daquelas UVs para uma possível cicatrização.

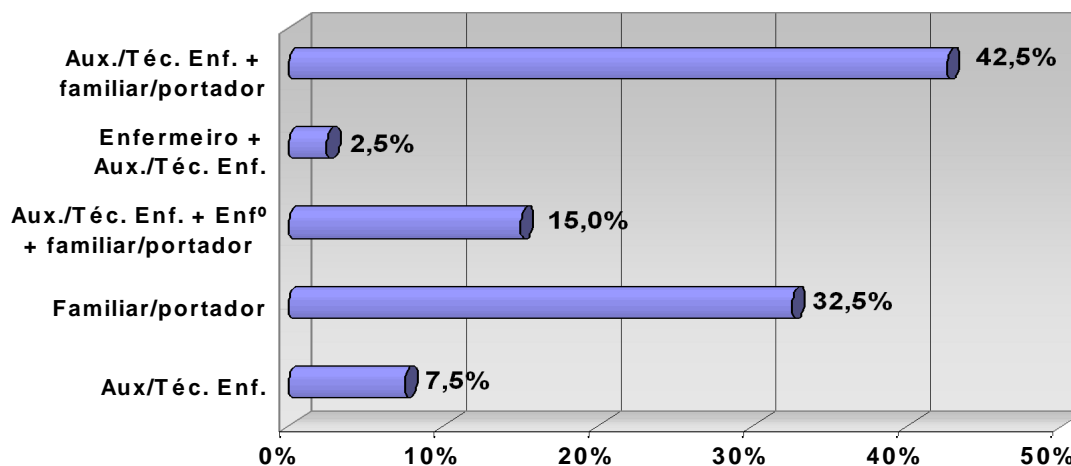
Esses desbridantes enzimáticos – a papaína e a colagenase – aceleram a fase defensiva da cicatrização, estimulam a força tênsil da cicatriz, têm baixo custo e são fáceis de manipulação (UGGERI et al., 2007; YAMADA, 2003; CANDIDO, 2001). Não existem, todavia, estudos controlados e randomizados comprovando sua efetividade (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Borges (2005) e Aguiar et al. (2005), em suas diretrizes clínicas, recomendam a remoção do tecido necrótico e desvitalizado, através do desbridamento autolítico, mecânico, químico ou enzimático.

Abbate e Lastória (2006) também corroboram com a recomendação citada acima e afirmam que a presença de tecidos inviáveis favorecerem infecções e não permitem a granulação e epitelização.

Analisado os profissionais responsáveis pela realização do curativo no ambulatório e os produtos e materiais usados, passaremos a discutir sobre os responsáveis pela realização do curativo fora do ambulatório e os produtos e materiais utilizados.

Observando o Gráfico 3, visualizamos que os maiores responsáveis pela realização dos curativos dos portadores de UVs fora do ambulatório foram os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem junto aos portadores e seus familiares (42,5%).



Fonte: próprio pesquisador.

Gráfico 3. Distribuição dos responsáveis envolvidos na realização do curativo fora do ambulatório do HUOL. Natal-RN, 2007.

Os familiares e os portadores foram responsáveis em 32,5% dos casos estudados; a equipe de enfermagem (enfermeiros + técnicos e/ou auxiliares de enfermagem) e os portadores e familiares, em 15,0%; a equipe de enfermagem, 2,5%; e os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem foram responsáveis em 7,5% dos casos estudados.

No que se refere aos curativos realizados somente pelos portadores e familiares, temos que atentar para a questão do treinamento dessas pessoas. O nosso estudo não abrangeu este aspecto. Todavia, o estudo desenvolvido por Nunes (2006) mostrou que em 52,7% dos casos estudados eram os próprios portadores, familiares e cuidadores que realizavam a troca do curativo e que 67,5% dos envolvidos nessa ação não eram treinados.

Outro dado que podemos abstrair do Gráfico 3 é que, em 67,5% dos curativos realizados fora do ambulatório, sempre existiu um profissional de enfermagem presente. Entretanto, dentro destes 67,5%, em apenas 17,5%, o profissional de nível superior estava presente. Ou seja, 50% dos curativos foram feitos sem a avaliação do enfermeiro. Como já discutido anteriormente, é de suma importância a presença do enfermeiro na avaliação e acompanhamento de lesões. Acreditamos que a participação desse profissional na realização dos curativos pode tornar a assistência ao portador de UV mais efetiva.

Conforme a Tabela 7, o SF 0,9% foi usado para limpeza das úlceras em

97,5% dos casos. Esse produto foi fornecido pelo SUS em 75,0% dos casos e em 22,5%, o próprio usuário comprou devido à indisponibilidade para fornecimento.

Tabela 7. Distribuição dos produtos/materiais usados na realização do curativo fora do ambulatório, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.

PRODUTOS FORA DO AMBULATÓRIO	CARACTERIZAÇÃO DO LEITO						TOTAL	
	GRANULAÇÃO E EPITEL.		GRANULAÇÃO/EPITEL. E FIBRINA/NECROSE		GRANULAÇÃO E FIBRINA/NECROSE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
SF 0,9%								
Ausente	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
SUS	1	2,5	9	22,5	20	50,0	30	75,0
Usuário	1	2,5	3	7,5	5	12,5	9	22,5
Povidine								
Ausente	2	5,0	11	27,5	23	57,5	36	90,0
SUS	0	0,0	1	2,5	3	7,5	4	10,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
AGE								
Ausente	2	5,0	7	17,5	16	40,0	25	62,5
SUS	0	0,0	0	0,0	3	7,5	3	7,5
Usuário	0	0,0	5	12,5	7	17,5	12	30,0
Papaína								
Ausente	2	5,0	8	20,0	21	52,5	31	77,5
SUS	0	0,0	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Usuário	0	0,0	3	7,5	4	10,0	7	17,5
Gaze								
Ausente	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
SUS	1	2,5	9	22,5	20	50,0	30	75,0
Usuário	1	2,5	3	7,5	5	12,5	9	22,5
Atadura crepon								
Ausente	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
SUS	1	2,5	9	22,5	19	47,5	29	72,5
Usuário	1	2,5	3	7,5	6	15,0	10	25,0
Esparadrapo								
Ausente	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
SUS	1	2,5	9	22,5	20	50,0	30	75,0
Usuário	1	2,5	3	7,5	5	12,5	9	22,5
Luva cirúrgica								
Ausente	2	5,0	12	30,0	24	60,0	38	95,0
SUS	0	0,0	0	0,0	2	5,0	2	5,0
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Luva procedimento								
Ausente	0	0,0	0	0,0	3	7,5	3	7,5
SUS	1	2,5	9	22,5	20	50,0	30	75,0
Usuário	1	2,5	3	7,5	3	7,5	7	17,5
Agulha 40 x 12								
Ausente	2	5,0	12	30,0	21	52,5	35	87,5
SUS	0	0,0	0	0,0	5	12,5	5	12,5
Usuário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	2	5,0	12	30,0	26	65,0	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

A única UV (2,5%) que não foi irrigada com SF 0,9% foi limpa com água e sabão. A portadora dessa ferida relatou-nos que só utilizava água e sabão em sua ferida.

A agulha 40x12, material usado para irrigar a ferida com SF 0,9%, só estava presente em 12,5% dos curativos realizados fora do ambulatório e foi fornecida pelo SUS.

Ao cruzarmos a variável do SF 0,9% com a variável da agulha 40x12, percebemos que, mesmo com o SF 0,9% presente em quase 100% dos curativos, em apenas 12,5% esse produto foi usado de maneira correta, ou seja, através da irrigação.

A luva de procedimento, da qual 17,5% foi adquirida pelo usuário e 75,0% fornecida pelo SUS, foi usada em 92,5% dos curativos. Já a luva cirúrgica foi utilizada em apenas 5,0% dos curativos.

Ao interligarmos esses dados referentes ao uso de luvas, percebemos que, na maioria dos curativos (87,5%), tanto para a retirada do curativo anterior quanto para a realização do curativo em si, foi a luva de procedimento a utilizada para os dois procedimentos.

Assim, detectamos que a técnica limpa foi a predominante na realização dos curativos fora do ambulatório.

Alguns autores brasileiros (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; AGUIAR et al., 2005; YAMADA, 2003) recomendam que a limpeza de feridas crônicas seja feita com água potável, sendo desnecessário fazê-la com SF 0,9% e que a técnica do curativo seja limpa, não estéril. Defendem que por serem feridas crônicas, são consideradas contaminadas ou colonizadas e não estéreis, não exigindo, portanto, solução e materiais estéreis na realização de seu curativo.

A gaze úmida com SF 0,9% foi usada como cobertura primária, a atadura de crepom como cobertura secundária e o esparadrapo como fixador da cobertura secundária em 39 curativos.

A gaze e o esparadrapo foram fornecidos pelo SUS para 30 (75,0%) usuários e adquiridos por 09 (22,5%).

A atadura de crepom foi comprada por 10 (25,0%) portadores e fornecida pelo SUS a 29 (72,5%) portadores. Salientamos que, igualmente à realização dos curativos no ambulatório, a atadura foi utilizada somente como cobertura secundária. O produto não era aplicado com força compressiva e restringia-se ao local da lesão,

não sendo aplicado na área estendida do pé ao joelho.

O epitelizante (AGE) usado nos curativos foi, predominantemente (30%), adquirido pelos usuários. Ele foi utilizado em 15 (37,5%) UVs, sendo 05 (12,5%) feridas situadas na fase de granulação/epitelização e fibrina/necrose liquefativa e 10 (25,0%) na fase de granulação e fibrina/necrose liquefativa.

A inadequação do uso do AGE ocorreu pela importante ausência da aplicação (62,5%) desse produto em todas as 40 UVs estudadas, uma vez que ele pode ser aplicado em qualquer fase de cicatrização das feridas. O ponto mais evidente dessa inadequação está focalizado na falta de uso do produto nas 02 (5,0%) úlceras que estavam granuladas e epitelizadas, sem tecido necrótico ou fibrina.

Quanto ao produto usado para desbridamento, a papaína foi usada somente em 09 (22,5%) UVs, quando deveria ter sido aplicada em 38 feridas que apresentaram algum tipo de tecido (necrose e/fibrina) necessitando ser desbridado, o que demonstra inadequação no uso do produto. Entre os 09 curativos realizados com papaína, em 07 esse desbridante foi comprado pelo usuário.

Em relação ao povidine, detectamos que esse anti-séptico foi usado em 04 (10,0%) UVs e fornecido pelo SUS. As 04 úlceras em questão apresentavam tecido de granulação, o que torna o uso do produto inadequado.

Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003) não recomendam o uso do PVPI, pois afirmam que os danos aos tecidos costumam ser maiores que os benefícios. E Bajay, Jorge e Dantas (2003) contra-indicam o PVPI em feridas abertas de qualquer etiologia.

As recomendações feitas por Aguiar et al. (2005) e Borges (2005) também contra-indicam o uso do PVPI por lesar as células das UVs.

Para finalizar a discussão sobre os produtos utilizados nos curativos feitos fora do ambulatório, gostaríamos de ressaltar que tanto o epitelizante quanto o desbridante, em sua maioria, foram adquiridos com recursos dos portadores, já que estes produtos não estavam disponíveis na rede pública para distribuição. A compra desses produtos pode gerar um ônus considerável na renda familiar dos usuários, pois, como já vimos anteriormente, a maioria dos entrevistados deste estudo vive com uma renda familiar de 01 a 02 salários mínimos.

Assim, faltando o produto no SUS e o usuário não podendo adquiri-lo, o curativo realizado fora do ambulatório se restringe à limpeza com SF 0,9% e à cobertura com gaze umedecida. Em consequência disso, há uma tendência para

que as UVs agudas se cronifiquem e as UVs crônicas não cicatrizem.

Discutiremos, a partir de agora, os produtos usados na realização do curativo nos últimos 30 dias, como mostra o Quadro 8.

Quadro 8. Distribuição dos produtos usados na realização do curativo nos últimos 30 dias, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.

PRODUTOS USADOS NO CURATIVO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS	CARACTERIZAÇÃO DO LEITO				TOTAL	
	GRANULAÇÃO/EPITEL. E FIBRINA/NECROSE		GRANULAÇÃO E FIBRINA / NECROSE LIQUEF.			
	N	%	N	%	N	%
Água+sabão	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Chá de camomila	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Clorexidina + Acquacell®	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Diprogenta®	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Permanganato + dexametasona + gentamicina	0	0,0	2	5,0	2	5,0
Nistatina e Água Oxigenada	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Pomada ginecológica (Nistatina)	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Sulfadiazina de prata	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Sulfadiazina de prata e Nistatina	1	2,5	0	0,0	1	2,5
Sulfadiazina de prata e Neomicina	0	0,0	1	2,5	1	2,5

Fonte: próprio pesquisador.

O Quadro 8 mostra-nos a diversidade de produtos usados nas UVs dos pesquisados: sabão, chá de camomila, clorexidina (anti-séptico), Acquacell® (cobertura), Diprogenta® (corticóide + antibiótico), permanganato de potássio (oxidante), dexametasona (corticóide), gentamicina (antibiótico), água oxigenada, nistatina (antimicótico), sulfadiazina de prata (agente antimicrobiano), neomicina (antibiótico). Todos foram aplicados em úlceras que apresentavam tecido necrótico e/ou fibrina.

Observamos que em 01 (2,5%) UV foi usada água e sabão, quando seria necessária a ação de um desbridante para a retirada do tecido inviável à cicatrização.

Foi utilizado chá de camomila em 01 (2,5%) UV, fitoterápico com ação anti-

inflamatória. No ambulatório do HUOL, é feita a orientação do uso de compressa de chá de camomila para diminuição de prurido na pele perilesional.

Houve o uso do anti-séptico clorexidina e da cobertura Aquacel® em 01 (2,5%) UV. Tal UV apresentou média quantidade de exsudato e sinais de infecção (dor, secreção e odor). A portadora dessa lesão era assistida por um programa assistencial, no qual conseguia essa cobertura.

Como já comentado anteriormente, o uso de anti-sépticos no leito das feridas não são indicados, o que inviabiliza o uso desse produto. Quanto ao uso do Acquacell®, que é um curativo industrializado, podemos dizer que foi usado de maneira correta, pois, segundo Uggeri et al. (2007), é um produto indicado em lesões superficiais ou cavitárias, exsudativas, infectadas ou não. Requer cobertura secundária e possui alto custo.

Detectamos que 02 (5,0%) entrevistados usaram Diprogenta® em suas UVs. Como essa pomada é composta por corticosteróide (betametasona) e antibiótico (gentamicina) tópicos, não deveria ter sido aplicada nas lesões.

Segundo Abejón-Arroyo (2003) e França e Tavares (2003), o uso de antibióticos tópicos está contra-indicado em úlceras venosas. Para Valencia et al. (2001), o uso tópico de antibióticos é controverso devido à potencialidade de desenvolver resistência aos microorganismos. Figueiredo (2003) não recomenda o uso tópico de antibióticos por não haver comprovação segura de sua eficácia em planos profundos. Abbade e Lastória (2006), Aguiar et al. (2005) e Borges (2005) recomendam o uso de antibiótico sistêmico quando houver evidência de infecção.

O Quadro 8 também demonstra que em 02 (5,0%) UVs foi usado permanganato de potássio, dexametasona e gentamicina. Ou seja, em menos de 30 dias, foi utilizado um sal inorgânico, um corticóide e um antibiótico nas duas úlceras.

O permanganato de sódio, por ser um sal inorgânico e um forte agente oxidante, é citotóxico para os fibroblastos e dificulta a granulação, não devendo ser aplicado em úlceras (FIGUEIREDO, 2003).

A dexametasona é um corticóide que atua no controle da velocidade de síntese de proteínas. É indicada quando o portador da UV desenvolve dermatite eritematosa ou eczema (ABBADÉ; LASTÓRIA, 2006). No caso específico desse portador que relatou ter usado dexametasona em sua ferida, o uso foi considerado incorreto já que não há indicação do uso de corticóide no leito de UVs.

Quanto ao uso do antibiótico tópico, já comentamos, anteriormente, a sua

contra-indicação por diversos autores.

Em 03 (7,5%) UVs houve o uso de nistatina. Os portadores, todavia, não souberam responder o motivo da indicação desse antifúngico. A indicação foi incorreta, pois o tratamento de infecções fúngicas deve ser sistêmico.

O Peróxido de hidrogênio, comumente conhecido como água oxigenada, foi aplicado em 01 (2,5%) UV. Essa solução, por ser um poderoso oxidante e citotóxico para os fibroblastos, não deve ser aplicada em feridas (BORGES, 2005; FIGUEIREDO, 2003).

A sulfadiazina de prata, que é um agente antimicrobiano, foi usada em 03 (7,5%) feridas. É uma indicação imprecisa, uma vez que a antibiotecoterapia tópica é contra-indicada.

Bajay, Jorge e Dantas (2003) fazem referência ao uso de sulfadiazina de prata para auxiliar na prevenção de colonização e no tratamento de queimaduras. Abdalla e Dadalti (2003) relatam dois casos de UVs que foram tratadas com sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério e que tiveram resultados positivos. Ressaltam, entretanto, a necessidade de mais estudos comparativos entre a sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério com outros tratamentos tópicos.

Tivemos um panorama dos produtos usados nas UVs dos entrevistados nos últimos 30 dias. Percebemos que as indicações desses produtos foram, majoritariamente, inadequadas. Frente a essa diversidade de produtos, na qual os profissionais não são guiados por um protocolo de assistência, um óbice é proporcionado no tratamento prestado ao portador de UV, auxiliando na cronificação dessas feridas.

A terapia compressiva, o tempo de tratamento e o local de tratamento das UVs nos últimos 30 dias serão abordados a seguir, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição das variáveis de caracterização da assistência, segundo as condições do leito das úlceras. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		CLASSIFICAÇÃO DAS UVs					
		AGUDA		CRÔNICA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Terapia compressiva nos últimos 30 dias	Ausente	6	15,0	25	62,5	31	77,5
	Presente	1	2,5	8	20,0	9	22,5
	Meias	1	2,5	1	2,5	2	5,0
	Ataduras	0	0,0	3	7,5	3	7,5
	Bota de Unna	0	0,0	3	7,5	3	7,5
	Meias e ataduras	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Tempo de tratamento da UV	> 1 mês	3	7,5	0	0,0	3	7,5
	1 a 3 meses	2	5,0	3	7,5	5	12,5
	> 3 meses a 6	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	> 6 meses a 1 ano	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	1 ano a 5 anos	1	2,5	13	32,5	14	35,0
	> 5 anos	1	2,5	14	35,0	15	37,5
Tempo de tratamento da UV > 5 anos	5 - 10 anos	1	2,5	3	7,5	4	10,0
	11- 20 anos	0	0	7	17,5	7	17,5
	> 20 anos	0	0	4	10	4	10,0
Local de tratamento nos últimos 30 dias	Domicílio	2	5,0	1	2,5	3	7,5
	UBS/USF	1	2,5	8	20,0	9	22,5
	Hospital municipal	0	0,0	4	10,0	4	10,0
	HUOL	2	5,0	8	20,0	10	25,0
	Domicílio +HUOL	0	0,0	4	10,0	4	10,0
	Domicílio +	0	0,0	2	5,0	2	5,0
	HUOL + USB/USF	2	5,0	5	12,5	7	17,5
TOTAL		7	17,5	33	82,5	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

A Tabela 8 apresenta os locais onde os portadores de UVs procuraram tratamento nos últimos 30 dias.

O local para tratamento mais procurado entre os entrevistados nos últimos 30 dias foi o HUOL (25,0%). Os entrevistados (08 portadores de UVs crônicas e 02 de UVs agudas) tiveram o hospital universitário como o único serviço para tratamento de suas úlceras no mês que antecedeu a entrevista realizada. Esse é um dado interessante a se comentar, porque não deveria acontecer já que se tratava de pacientes, em sua maioria, com úlceras crônicas, os quais necessitariam também ter assistência no nível primário durante esse período.

Com tratamento sendo realizado somente nas UBS/USF, entrevistamos 09 (22,5%) portadores, dos quais 08 (20,0%) tinham UVs crônicas e 01 (2,5%) tinha UV

aguda. Com tratamento apenas em hospital municipal, entrevistamos 04 (10,0%) portados de UVs crônicas.

Captamos 03 portadores (7,5%) que se tratavam, até então, só no domicílio. Dentre eles 01 (2,5%) possuía UV crônica e 02 (5,0%), UVs agudas. Analisando esse dado, podemos perceber duas informações: a primeira é que os portadores ficaram, em média, 03 meses sem nenhum tipo de assistência à saúde, já que esses entrevistados portavam úlceras agudas (com até 03 meses de existência) e crônicas (com mais de 03 meses); e a segunda é que visualizamos que os portadores chegaram ao nível terciário sem passar pelos outros níveis de assistência.

A Tabela 8 nos mostra também que houve 04 (10,0%) portadores crônicos os quais relataram se tratar em domicílio e no HUOL, 04 (10,0%) portadores de UV crônica se tratavam em hospitais municipais e 02 (5,0%) nas UBS/USF e em domicílio, 01 (2,5%) no HUOL e no hospital de seu município, e 07 (17,5%), sendo 02 portadores de UV aguda e 05 de UV crônica, no HUOL e nas UBS/USF.

Quanto ao tempo de tratamento da UV, a tabela 8 mostra-nos que 15 (37,5%) entrevistados fazem tratamento há mais de 05 anos; 14 (35,0%) entre 01 e 05 anos; 05 (12,5%) entre 30 dias e 03 meses; 03 (7,5%) a menos de 30 dias; 02 (5,0%) entre 06 meses e 01 ano; e 01 (2,5%) portador trata-se entre 03 a 06 meses.

Dos 07 portadores de UV agudas, 05 (12,5%) conseguiram se tratar desde o surgimento da lesão.

Visualizamos um longo período de tratamento para a maioria dos entrevistados: 72,5% se tratam há mais de 01 ano. O tempo após 05 anos variou entre 06 e 50 anos, com um tempo médio de tratamento de 39,4 anos.

Em relação à terapia compressiva, a maioria dos entrevistados (77,5%) não usou nenhum tipo de terapia nos últimos 30 dias. As terapias compressivas usadas pelos 09 (22,5%) portadores foram as seguintes: bota de unha (7,5%), ataduras elásticas (7,5%), meias elásticas (5,0%), ataduras e meias elásticas (2,5%).

Essa variável, associada com a variável tempo de tratamento, demonstra o quanto a assistência prestada aos nossos portadores não é resolutiva. Não podemos falar em assistência ao portador de UV sem priorizarmos a terapia compressiva.

Os autores que dissertam sobre essa patologia são unânimes neste ponto: sem terapia compressiva, a úlcera não cicatriza e, se chegar a cicatrizar, vai recidivar.

Teceremos comentários sobre os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao portador. A Tabela 9 nos mostra quais foram esses profissionais.

Tabela 9. Distribuição dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao portador de UV, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE UV		CLASSIFICAÇÃO DAS UVs					
		AGUDA		CRÔNICA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Médico	Presente	7	17,5	33	82,5	40	100,0
Enfermeiro	Ausente	2	5,0	13	32,5	15	37,5
	Presente	5	12,5	20	50,0	25	62,5
Aux./ Téc de enfermagem	Ausente	2	5,0	2	5,0	4	10,0
	Presente	5	12,5	31	77,5	36	90,0
Psicólogo	Ausente	7	17,5	32	80,0	39	97,5
	Presente	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Assistente Social	Ausente	7	17,5	32	80,0	39	97,5
	Presente	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Fisioterapeuta	Ausente	7	17,5	33	82,5	40	100,0
	Presente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Assistente Social	Ausente	7	17,5	32	80,0	39	97,5
	Presente	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Nutricionista	Ausente	7	17,5	32	80,0	39	97,5
	Presente	0	0,0	1	2,5	1	2,5
TOTAL		7	17,5	33	82,5	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

Diante dos dados mostrados na Tabela 9, vimos que os profissionais mais diretamente envolvidos na assistência dos portadores do nosso estudo foram: médico (100,0%), auxiliar/técnico de enfermagem (90,0%) e enfermeiro (62,5%).

Os profissionais da Nutrição, do Serviço Social e da Psicologia estiveram presentes no tratamento de apenas 01 (2,5%) portador de úlcera crônica. Não foi relatada a participação do profissional fisioterapeuta.

O tratamento da úlcera venosa necessita da intervenção de diversas especialidades médicas (cirurgia vascular, cirurgia plástica, dermatologista, infectologista, etc.) e da atuação da equipe interdisciplinar de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, dentistas, nutricionistas e técnico de óstese e prótese) para se conseguir resultado terapêutico efetivo (BERNARDES, 2003).

Abbate e Lastória (2006) corroboram com o argumento anteriormente citado e reforçam a idéia de uma assistência conjunta e integrada para melhorar a

abordagem junto ao portador e seus familiares e favorecer a relação custo/efetividade.

A assistência ao portador de UV deve ser contemplada por uma equipe interdisciplinar, pois a existência da úlcera influencia a vida do portador não só nos aspectos físicos, mas também nos aspectos psicossociais e econômicos.

Identificamos uma assistência centrada no profissional médico e na equipe de enfermagem, o que é inadequado. Mesmo o portador sendo assistido no nível terciário, em um hospital universitário, onde as várias especialidades médicas e profissões de saúde estão presentes, não observamos o encaminhamento desse usuário para outros profissionais da equipe interdisciplinar.

Seguiremos com os resultados e as discussões abordando agora as orientações realizadas pelos profissionais de saúde, conforme a Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição das orientações realizadas por profissionais de saúde, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

ORIENTAÇÕES		CLASSIFICAÇÃO DAS UVs					
		AGUDA		CRÔNICA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Uso de meia elástica	Ausente	4	10,0	9	22,5	13	32,5
	Médico	3	7,5	22	52,5	25	62,5
	Enfermeiro	0	0,0	1	2,5	1	2,5
	Farmacêutico	0	0,0	1	2,5	1	2,5
Elevação dos MMII	Ausente	4	10,0	5	12,5	9	22,5
	Médico	3	7,5	28	70,0	31	77,5
Prescrição de exercícios regulares	Ausente	5	12,5	24	60,0	29	72,5
	Médico	2	5,0	9	22,5	11	27,5
TOTAL		7	17,5	33	82,5	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

O uso de meias elásticas foi divulgada para 25 (67,5%) portadores de UVs. Os profissionais de saúde envolvidos nessa orientação: médico (62,5%), enfermeiro (2,5%) e farmacêutico (2,5%).

Nas orientações para elevação dos membros inferiores (77,5%) e realização de exercícios regulares (27,5%), somente o profissional médico estava envolvido.

Se fizermos uma média entre as porcentagens das orientações realizadas pelos profissionais, obtemos uma média de 57,5%. Esse dado representa que mais da metade dos portadores foram orientados por algum profissional de saúde.

Tais orientações são ações de saúde simples, as quais todos os profissionais de saúde devem divulgar, pois, em conjunto com a terapia compressiva e com a realização correta do curativo, auxiliam na prevenção e tratamento das úlceras venosas.

Abbate e Lastória (2006), Aguiar et al. (2005), Borges (2005) e Valencia et al. (2001) são alguns dos autores que reforçam a importância dessas orientações na assistência ao portador de UV.

Mostraremos, no Quadro 9, os exames laboratoriais e específicos realizados pelos portadores de UVs no último ano.

Quadro 9. Distribuição dos exames laboratoriais e específicos realizados no último ano pelos portadores de UV, segundo a classificação das úlceras. Natal-RN, 2007.

EXAMES LABORATORIAIS E ESPECÍFICOS REALIZADOS NO ÚLTIMO ANO	CLASSIFICAÇÃO DAS UVs				Total	
	AGUDA		CRÔNICA		N	%
	N	%	N	%	N	%
Hemoglobina	2	5,0	16	40,0	18	45,0
Hematócrito	2	5,0	17	42,5	19	47,5
Leucócitos	1	2,5	12	30,0	13	32,5
Glicose em jejum	1	2,5	19	47,5	20	50,0
Plaquetas	1	2,5	6	15,0	7	17,5
Urina tipo I	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Bioquímica (triglicérides + colesterol)	0	0,0	5	12,5	5	12,5
Doppler	0	0,0	1	2,5	1	2,5

Fonte: próprio pesquisador.

O Quadro 9 mostra-nos que a metade dos entrevistados (50,0%) realizou exame de glicose sanguínea. Os demais exames de sangue realizados pelos entrevistados no último ano foram hematócrito (47,5%), hemoglobina (45,0%), leucócitos (32,5%), plaquetas (17,5%) e dosagens bioquímicas de triglicérides e colesterol (12,5%).

O exame de urina tipo I foi realizado por 03 (7,5%) portadores: 01 de UV

aguda e 02 de UVs crônicas. Apenas 01 (2,5%) portador de UV crônica fez um Doppler.

A realização do índice de pressão tornozelo-braquial com o uso do aparelho manual, plestimografia e flebografia não foi relatada por nenhum entrevistado do nosso estudo.

Além da PA, do ITB com doppler e do IMC, é recomendado que o hemograma completo, hematócrito, contagem de leucócitos, glicemia em jejum, albumina sérica, exame de urina tipo I e a dosagem sanguínea de proteínas sejam solicitados para avaliação das condições sistêmicas do portador de UV (BELO HORIZONTE, 2006; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; FIGUEIREDO, 2003).

Após a confirmação do diagnóstico clínico de UV, é necessária a realização de exames específicos para se detectar as alterações funcionais (se a doença venosa é devida a refluxo, obstrução ou ambos) e anatômicas do sistema venoso profundo, superficial ou nas veias perforantes, isoladamente ou em conjunto (ABBADE; LASTÓRIA, 2006).

Para Silva et al. (2005), o doppler de ondas contínuas é o primeiro método de avaliação após o exame clínico.

Aguiar et al. (2005) recomendam a realização de eco-doppler colorido como o exame de escolha para o planejamento da assistência, uma vez que consegue identificar a insuficiência valvar e obstrução nos sistemas venoso superficial, profundo e perforante.

Os dados expostos no Quadro 9 nos acrescenta a informação que os portadores de UVs foram assistidos sem critérios padronizados. A totalidade dos entrevistados que possuíam UVs crônicas (82,5%) deveriam ter realizado todos os exames laboratoriais e específicos recomendados pela literatura científica.

Após expormos todos esses dados, deparamo-nos com uma assistência caracterizada pela falta de profissionais enfermeiros e indisponibilidade de produtos para a realização correta do curativo no ambulatório e fora dele; pela inadequação de produtos utilizados nas UVs; por longos períodos de tratamento sem resolutividade, nos quais a terapia compressiva não é prioritária; pela ausência de integralidade entre os níveis de assistência; pelo acompanhamento do portador de UV apenas pelo médico e pela enfermagem, mesmo tendo os outros profissionais da equipe de saúde presentes no serviço; pela realização de orientações pelos profissionais de saúde e pela falta de padronização na realização de exames

laboratoriais e específicos.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PORTADORES DE UV ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DO HUOL

O Quadro 10 contém 10 variáveis da avaliação da assistência, as quais demonstram a adequação ou inadequação dessa assistência prestada.

Quadro 10. Distribuição das variáveis de avaliação da assistência prestada ao portador de UV, segundo adequação, inadequação e não verificação. Natal-RN, 2007.

VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA						TOTAL	
	INADEQUADA		ADEQUADA		NÃO VERIFICADO		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Referência e Contra-referência	30	75,0	10	25,0	0	0,0	40	100,0
Número de consultas com o angiologista no último ano	35	87,5	5	12,5	0	0,0	40	100,0
Documentação dos achados clínicos	34	85,0	3	7,5	3	7,5	40	100,0
Uso de Terapia Compressiva nos últimos 30 dias	31	77,5	9	22,5	0	0,0	40	100,0
Participação da Equipe Interdisciplinar	39	97,5	01	2,5	0	0,0	40	100,0
Orientações realizadas para o uso de meias elásticas, elevação de membros inferiores e prescrição de exercícios regulares	7	17,5	33	82,5	0	0,0	40	100,0
Realização de exames laboratoriais e específicos no último ano	40	100,0	0	0,0	0	0,0	40	100,0
Disponibilidade de produtos usados nos curativos realizados no ambulatório	32	80,0	8	20,0	0	0,0	40	100,0
Indicação de produtos usados nos curativos realizados no ambulatório	1	2,5	39	97,5	0	0,0	40	100,0
Indicação de produtos usados nos curativos realizados fora do ambulatório	28	70,0	12	30,0	0	0,0	40	100,0

Fonte: próprio pesquisador.

Quanto ao acesso dos entrevistados, apenas 10 (25,0%) foram referenciados para a realização da consulta. Os 30 (75,0%) restantes chegaram ao

ambulatório de maneira espontânea (pois conhecem os profissionais do ambulatório) e através de encaminhamento dos próprios angiologistas para acompanhamento e realização de curativo, o que caracteriza a avaliação da assistência como inadequada.

Em relação ao número de consultas feitas aos angiologistas no último ano pelos portadores de UVs, pudemos observar que 87,5% da clientela pesquisada tiveram um número de consultas inferior ao padronizado, caracterizando a assistência prestada, nesse aspecto, inadequada. O fato de considerarmos que a maioria de nossa clientela apresentou ulcerações crônicas agrava, ainda mais, a inadequação.

Constatamos que, em 85,0% dos usuários pesquisados, não houve um registro completo em seus prontuários da assistência prestada, tanto pelos angiologistas quanto pela equipe de enfermagem, o que caracteriza inadequada a assistência na variável de documentação dos achados clínicos.

O registro, quando houve (7,5%), foi encontrado nos prontuários de 03 pacientes referenciados, porém de maneira muito sucinta. Em 03 (7,5%) casos, não foi possível avaliar essa variável porque, enquanto os pesquisadores entrevistavam alguns portadores, os prontuários ficaram indisponibilizados.

Em relação ao uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias, observamos que a assistência também foi considerada inadequada em 77,5%, já que apenas 09 (22,5%) dos pesquisados fizeram uso de meias elásticas, ataduras compressivas e/ou bota de Unna.

Quanto à participação da equipe interdisciplinar, a avaliação da assistência foi classificada como inadequada, pois 39 (97,5%) portadores relataram ser acompanhados apenas pelos profissionais médicos e de enfermagem. Somente 01 (2,5%) portador de UV relatou ter sido assistido por uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo e assistente social.

A avaliação da assistência referente às orientações realizadas quanto ao uso de meias elásticas, elevação dos membros inferiores e prescrição de exercícios regulares foi caracterizada adequada, pois 33 (82,5%) entrevistados afirmaram ter recebido pelo menos uma dessas orientações por algum profissional de saúde.

No que diz respeito aos exames laboratoriais e específicos, constatamos que 100% dos entrevistados não realizaram, no último ano, os exames necessários

para a avaliação sistêmica e planejamento de seu tratamento, caracterizando a assistência, nesse parâmetro, totalmente inadequada.

Em relação à disponibilidade dos produtos e materiais utilizados na realização dos curativos no ambulatório, a assistência foi caracterizada como inadequada, pois percebemos que, em somente 08 (20%) feridas, foram aplicados produtos para limpeza, epitelizantes e desbridantes fornecidos, exclusivamente, pelo SUS. Trinta e dois curativos (80,0%) foram realizados com produtos fornecidos pelos portadores de UVs ou pelo projeto de extensão e pesquisa do curso de graduação de Enfermagem da UFRN.

A indicação de produtos usados na realização dos curativos no ambulatório mostrou-se adequada em 39 (97,5%) casos. Houve apenas uma indicação incorreta, ou seja, em apenas um curativo os produtos de limpeza, epitelizante e debridante foram usados incorretamente, de acordo com as condições do leito da UV.

Já na indicação de produtos usados na realização dos curativos fora do ambulatório, a assistência demonstrou inadequação em 28 (70,0%) curativos. A adequação ocorreu em 12 (30,0%), quando os produtos de limpeza, epitelizante e desbridante foram usados corretamente.

Com a exposição das dez variáveis, identificamos os aspectos processuais envolvidos na avaliação da assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório do HUOL. Detectamos uma assistência inadequada em 08 variáveis e adequada em 02. Logo, podemos avaliar a assistência prestada aos portadores de UV como inadequada em 80% das variáveis escolhidas.

É esperado que um serviço público, em qualquer um de seus níveis de assistência à saúde, tenha condições e preparo para receber o usuário e lhe ofertar todos os tipos disponíveis de profissionais, produtos e materiais para realização de curativo, terapias e exames complementares e de diagnóstico.

O acesso dos portadores de UVs ao ambulatório de angiologia, serviço de nível terciário e de referência estadual, deve acontecer somente através da referência e contra-referência (instrumento de acessibilidade utilizado no SUS para viabilizar o usuário em seus níveis de assistência), pois, dessa forma, é garantido o registro e a continuidade da assistência prestada.

Segundo Araújo (1988), a questão da Referência e Contra-Referência constitui-se em aspecto essencial da proposta de um modelo de atenção à saúde

que incorpore os princípios da regionalização, hierarquização e integralização do atendimento prestado à população.

O aspecto negativo dos acessos espontâneos e dos feitos por encaminhamento focaliza-se no fato de que a assistência prestada não fica registrada, pois o prontuário não se torna disponibilizado pelo Serviço de Arquivo Médico, proporcionando a descontinuidade do tratamento.

Fazendo referência à variável “número de consultas com angiologista no último ano”, encontramos em um estudo desenvolvido por Forti et al. (2004), a relação de angiologistas e cirurgiões vasculares (a/cv) distribuídos pelas capitais e interiores dos diversos estados brasileiros. No estado do Rio Grande do Norte (RN), a relação de a/cv e a população da capital é de 1:35.466 e no interior é de 1:2.217.313. Analisando esses valores, segundo os autores, a capital do estado encontra-se numa relação de equilíbrio, mas evoluindo para a saturação, e o interior, em uma situação crítica.

Interligando os dados revelados no estudo de Forti et al. (2004) com os desta pesquisa, podemos mencionar que o número de consultas ao angiologista/ano está inferior ao padronizado devido à grande demanda (referência estadual no serviço de angiologia e cirurgia vascular) e ao pequeno número de profissionais disponíveis no serviço público (no HUOL, existem 07 a/cv).

O portador de UV, seja agudo ou crônico, necessita ingressar no serviço de saúde e ser avaliado por uma equipe interdisciplinar de saúde a intervalos constantes, conforme a necessidade de cada caso, considerando a efetividade das intervenções, condutas e tratamento. O acesso e a avaliação ocorrerão quando, no mínimo, existir o número adequado de profissionais.

A documentação dos achados clínicos é imprescindível para o acompanhamento da UV e serve de instrumento legal e de divulgação entre os vários profissionais envolvidos com a assistência ao portador da úlcera.

Para Meireles et al. (2007), o registro de dados no prontuário do cliente é parte importante no processo, pois assim se estabelece uma forma de comunicação entre os membros da equipe de saúde, cria-se um registro legal permanente dos cuidados proporcionados ao cliente, e se garante um mecanismo de avaliação desses cuidados prestados.

O registro deve ser feito tanto na primeira avaliação quanto nas subseqüentes, abrangendo vários aspectos que podemos citar: história clínica

completa e exame físico; história da úlcera (ano em que a 1ª úlcera ocorreu, local da UV, recidivas, tratamentos, etc.); presença de edema, eczema, tecido de granulação, epitelização, tecido necrótico, odor; tamanho da UV; e exames solicitados (AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005; HESS, 2002; CANDIDO, 2001).

Caso não exista a documentação ou sendo ela incompleta, a evolução clínica dos usuários acontece de maneira assistemática, o que pode tornar a assistência não resolutive.

A terapia compressiva ajuda a cicatrização e a prevenção de recidivas de UVS, pois diminui a hipertensão venosa, agindo na macrocirculação, aumentando o retorno venoso profundo, diminuindo o refluxo patológico durante a deambulação e aumentando o volume de ejeção na ativação dos músculos da panturrilha (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; CASEY, 2004; VALENCIA et al., 2001; HOFFMAN, 2000).

Os portadores de UV necessitam ser orientados por toda a equipe de saúde a realizar exercícios regularmente, elevar o membro inferior afetado, e estimulados a usar terapia de compressão. A fusão do uso de terapia compressiva com as orientações prestadas pelos profissionais de saúde torna-se uma estratégia fundamental no tratamento ao portador de UV, pois a cicatrização da úlcera só tende a acontecer com o manejo da hipertensão venosa e redução do edema (SILVA; LOPES, 2006; AGUIAR et al., 2005; BORGES, 2005).

A indisponibilidade dos produtos para a realização correta do curativo na UV fazia com que os profissionais de enfermagem realizassem um curativo em que limpar o leito da ferida com SF 0,9%, cobri-la com gaze estéril úmida com SF 0,9% e envolvê-la com atadura fosse o máximo possível.

Percebemos que, apesar da pouca oferta, quando os produtos estavam disponíveis, eram usados de maneira correta. A indicação adequada estava presente devido ao constante treinamento em serviço que acontece no ambulatório de clínica cirúrgica, campo de estágio universitário.

A falta de produtos, coberturas e materiais de compressão no ambulatório de um hospital terciário de assistência e referência estadual de angiologia, não só denota um problema estrutural, mas também processual, influenciadores no resultado da assistência.

A inadequação das indicações dos produtos usados na realização dos curativos das UVs fora do ambulatório reflete, de certa forma, a falta de capacitação profissional nos outros níveis de assistência. Daí, a importância do portador de UV

ser atendido, em qualquer nível de assistência, por profissionais capacitados.

Diante dessa inadequação da assistência prestada ao portador de UV e considerando que o portador de UV só deve usufruir da assistência terciária quando os níveis primário e secundário não conseguem resolver seu problema, o nível terciário tem que estar preparado com uma estrutura de saúde equipada e organizada, possível de contribuir no processo de restabelecimento da saúde do usuário do SUS.

Os portadores de lesões de qualquer etiologia requerem uma assistência de qualidade, sistematizada, que contemple a atuação de equipe interdisciplinar, considerando a complexidade e a dinamicidade que envolve o processo de cicatrização, sem desconsiderar a visão holística do ser humano (TORRES et al., 2007, 2004, 2003; TORRES; NUNES, 2005; BRASIL, 2002; RAMOS et al., 2001; MELO et al., 1999; OLLIN et al., 1999; ARNOLD; WEST, 1991).

Neste estudo, após caracterizarmos os portadores de UV e a assistência a eles prestada, constatamos que esse serviço especializado apresenta estrutura e processo deficitários, não conseguindo reproduzir resultados eficientes, ou seja, não reproduz uma assistência acessível, integral, resolutiva e de qualidade (parte integrante dos direitos sociais dessa clientela).

Um serviço de saúde para obter resultados eficientes tem que apresentar estrutura e processo organizados. A estrutura dos serviços de saúde deve ser acessível, contar com profissionais capacitados, em número adequado à demanda, com uma infra-estrutura física operativa. O processo deve estar sistematizado.

A sistematização da assistência tornar-se viável com a implementação de diretrizes clínicas nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. As diretrizes clínicas direcionam os profissionais de saúde a desenvolverem ações padronizadas de diagnóstico, prevenção e tratamento.

Assim, a assistência à saúde inserida em um serviço possuidor de aspectos estruturais adequados e com o seu processo ancorado em diretrizes clínicas, tende a apresentar resultados eficientes.

6 CONCLUSÃO

Quanto às características sócio-demográficas e de saúde dos portadores de UV.

Diante das caracterizações sócio-demográficas apresentadas, identificamos uma clientela de portadores de UVs predominantemente feminina, em sua maioria, casada, numa faixa etária de até 59 anos, com baixo nível de escolaridade e de renda familiar, procedentes da capital do estado e que, quando não estava aposentada, desempregada ou afastada do trabalho por causa da doença, exercia profissões e ocupações que exigem longos períodos em pé ou sentado.

Em relação às características de saúde, os pesquisados apresentaram fatores de risco, antecedentes pessoais e sinais clínicos de doença venosa encontrados, comumente, em portadores de úlcera venosa. Foram classificados, diante dos IMC calculados, entre normais e obesos, e, frente às aferições de PA, normotensos e hipertensos proporcionalmente iguais.

Quanto às características das UVs dos pesquisados.

Constatamos que a maioria dos usuários, os quais procuraram o serviço de angiologia do ambulatório do HUOL para realizar uma consulta, apresentaram, predominantemente, úlceras venosas crônicas, dolorosas, localizadas na zona 2, dividindo-se entre os tamanhos pequeno e médio; com longo período de existência, baixo índice de cicatrização e infecção; alta taxa de recidivas; pele perilesional ressecada, edemaciada e com hiperpigmentação; bordas delimitadas, finas e hiperemiadas; leito com tecido de granulação e fibrina/necrose liquefativa; perda tecidual em grau II; e exsudato seroso, em média quantidade e sem odor.

Quanto às características da assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL.

Deparamo-nos com uma assistência caracterizada pela falta de profissionais enfermeiros e indisponibilidade de produtos para a realização correta do curativo no ambulatório e fora dele; pela inadequação de produtos utilizados nas UVs; por

longos períodos de tratamento sem resolutividade, nos quais a terapia compressiva não é prioritária; pela ausência de integralidade entre os níveis de assistência; pelo acompanhamento do portador de UV apenas pelo médico e pela enfermagem, mesmo tendo os outros profissionais da equipe de saúde presentes no serviço; pela realização de orientações pelos profissionais de saúde e pela falta de padronização na realização de exames laboratoriais e específicos.

Quanto à avaliação da assistência prestada aos portadores de UV atendidos no ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL.

Identificamos um processo de assistência à saúde deficitário, refletido na avaliação de uma assistência inadequada em 80% das variáveis escolhidas como parâmetros avaliativos.

A assistência foi avaliada como inadequada nas variáveis de referência e contra-referência, número de consultas com angiologista no último ano, documentação dos achados clínicos, uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias, participação da equipe interdisciplinar, realização de exames laboratoriais e específicos no último ano, disponibilidade de produtos usados na realização dos curativos no ambulatório e indicação de produtos usados na realização dos curativos fora do ambulatório.

A avaliação mostrou uma assistência adequada nas variáveis de orientações realizadas quanto ao uso de meias elásticas, elevação dos membros inferiores e prescrição de exercícios regulares e indicação de produtos usados na realização dos curativos no ambulatório.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando fomos desafiados a avaliar a assistência prestada aos portadores de UV atendidos no ambulatório de angiologia, já sabíamos, empiricamente, o que encontraríamos. A fotografia tirada, entretanto, mostrou mais detalhes e o impacto pessoal foi bem maior do que esperávamos.

A literatura científica nos mostra que a úlcera venosa torna-se mais freqüente com o avançar da idade, possui, muitas vezes, um tratamento prolongado e que a recidiva é recorrente. É bastante difícil, todavia, olharmos para um indivíduo que passou 50 anos de sua vida com uma ferida em sua perna e não nos enchermos de indagações: será que no auge dos seus 33 anos, esse portador pensou que ficaria por mais de 50 anos com uma ferida incomodando, drenando exsudato e doendo? E como ficou sua vida pessoal, social e econômica durante todo esse tempo? O que houve para que essa ferida não cicatrizasse?

Vimos que o usuário quando chega ao nível terciário de assistência, seja referenciado ou não, após aproximadamente cinco meses de espera, vem com a expectativa de ali conseguir resolver seu problema, já que não foi possível em outros níveis. Entretanto, no nível terciário, também existem muitas dificuldades em seus aspectos estruturais e processuais (poucos profissionais especializados, precariedade de materiais específicos, falta de sistematização na assistência), as quais afetam, diretamente, os resultados da assistência prestada.

Na maioria das vezes, o usuário, da forma como chegou, sai. O acréscimo dessa investida fica registrado, em poucas palavras, muitas vezes ininteligíveis, na contra-referência (se houver), já que no prontuário quase nada é registrado.

Esse caso específico do portador de UV há 50 anos, que nos chamou tanta atenção e nos incomodou, reflete um aspecto macroscópico da assistência prestada ao portador de úlcera venosa no estado do Rio Grande Norte: os níveis de assistência da saúde pública potiguar – primário, secundário e terciário - não estão conseguindo tratar os seus doentes vasculares.

O nosso estudo teve como objetivo geral avaliar a assistência prestada aos portadores de UVs atendidos no ambulatório do HUOL. Pretendíamos avaliar apenas o processo do nível terciário da assistência a esses usuários. Entretanto, quando começamos a diagnosticar a realidade desse serviço, percebemos que ele está totalmente interligado com as estruturas e com os processos dos níveis

primário e secundário de assistência.

Temos que transformar essa realidade, contribuindo para a construção de uma assistência de qualidade. Um passo foi dado: a avaliação serviu para conhecermos o processo... identificarmos as falhas. Não queremos, todavia, apenas “tocar a ferida”. Desejamos que este estudo seja divulgado e discutido entre os gestores e profissionais envolvidos, objetivando a reorganização do serviço de angiologia do ambulatório de clínica cirúrgica do HUOL, a construção e a implantação de um protocolo de assistência aos portadores de úlceras no nível terciário de assistência.

Pretendemos, em um próximo estudo, tirarmos outra fotografia do serviço e enxergarmos aspectos positivos. Quem sabe não sentiremos o mesmo impacto benéfico de quando vislumbramos um pôr-do-sol ou uma lua cheia? Quem sabe!...

8 REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.81, n.6, p. 509-522, 2006.

ABDALLA, S.; DADALTI, P. Uso de sulfadiazina de prata associada ao nitrato de cério em úlceras venosas: relato de dois casos. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.78, n.2, p.227-233, mar. /abr. 2003.

ABEJÓN-ARROYO, A. Tratamiento local de las úlceras vasculares. **Angiología**, v. 55, n. 3, p. 272-279, 2003. Disponível em: <<http://www.revangiologia.com/pdf/web/5502/bi020272.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 233-242, abr. / jun. 1996.

AGUIAR, E.T. (Coord.). Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica: diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento. **J. Vasc. Bras.**, Porto Alegre, v. 4, n.3, supl.2, 2005.

ARAUJO, T. et al. Managing the patient with venous ulcers. **Ann Intern Med.**, v.138, n.4, p.326-334, 2003.

ARAUJO, E. C. **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços:** da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. 1988. 210f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

ARNOLD, F.; WEST, D. Angiogenesis in wound healing. **Pharmacology & Therapeutics**, Oxford, v.52, n.3, p.407-422, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Calcule o seu IMC.** Disponível em: <http://www.abeso.org.br/calc_imc.htm>. Acesso em: 12 out. 2007.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 25, n.1, 1991.

BAJAY, H. M.; JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Curativos e coberturas para tratamento de feridas. In: JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2003. p.81-99.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Políticas Sociais. Secretaria

Municipal da Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de assistência aos portadores de ferida**: revisão 2006. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/curativos.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2007.

BERGONSE, F. N.; RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.131-135, 2006.

BERNARDES, C. H. A. Úlcera de perna na hipertensão venosa. **Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul.** Rio de Janeiro, v.12, n.2, abr./jun. 2003.

BERUSA, A. A. S.; LAGES, J. S. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v.3, n.1, p. 81-92, jan. / abr. 2004.

BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C.; LIMA, V. L. A. N. Subsídios para a construção de protocolos. In: BORGES, E. L. et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte (MG): Coopmed, 2001. p.121-127.

BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. 2005. 307f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS**. Brasília (DF), 2004.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Vocabulário da saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão**. Brasília (DF), 2002a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas. Resolução n.º196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa**, 1988. Título VIII,

Capítulo II, Seção II, Artigos 196 e 198. Brasília, 1988.

BRYANT, R. A. **Acute and chronic wounds: nursing management**. 2. ed. Missouri: Mosby, 2000.

CANDIDO, L.C. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: SENAC, 2001.

CARVALHO, A. I. **Política de Saúde e Organização Setorial do País**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.

CASTAÑEDA VÁSQUEZ, M. A. et al. Cicatrización de úlceras venosas con difenilhidantoinato de sódio. **Rev bioméd.**, México, v.12, n.3, p.148-156, 2001.

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

CASTILLO, P. D. et al. Colgajo sural en úlceras venosas crónicas de piernas. **Rev chil cir**, Chile, v. 56, n. 5, p. 475-480, 2004.

COELHO JÚNIOR, W. M.; NASCIMENTO, W. G. Aspectos microbiológicos e importância do controle das infecções. In: SILVA, R. C. L; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Orgs.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007. p.81-122.

CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-1423, set. / out. 2004.

DALDATI-GRANJA, P. et al. Como diagnosticar e tratar úlceras de estase venosa. **Revista Brasileira de Medicina**, v.62, n.7, jul. 2005.

DECLAIR, V.; PINHEIRO, S. Novas considerações no tratamento de feridas. **Rev Paul Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.1, p.25-38, 1998.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality review Bulletin**, n.18, p.356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, Michigan, v.1, p.3-31, 1980.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, 1978.

FALANGA, V. et al. Rapid healing of venous ulcers and lack of clinical rejection with an allogeneic cultured skin equivalent. **Arch Dermatol.**, n.34, p.293-230, 1998.

FEKETE, M. C. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde.** Texto de Apoio da Unidade Didática I. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_2.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2006.

FIGUEIREDO, M. Úlceras varicosas. In: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado.** Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 14 mar. 2006.

FORTI, J. K. et al. Distribuição dos angiologistas e cirurgiões vasculares no Brasil. **J. Vasc. Bras.**, Porto Alegre, v.3, n.4, 2004.

FRADE, M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, n.80, v.1, p. 41-46, 2005.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **J. Vasc. Bras.**, Porto Alegre, v.2, n.4, p.318-28, 2003.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 1998.

FURTADO, K. A. X. Úlceras de perna – tratamento baseado na evidência. **Revista Nursing Portuguesa**, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.gaif.net/ulceraperna.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2006.

GAMBA, M. A.; YAMADA, B. F. A. Úlceras Vasculogênicas. In: JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2003. p. 239-259.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à Pesquisa Científica.** 3. ed. Campinas (SP): Alínea, 2003.

GONZÁLEZ-GÓMEZ, A. Prevención y calidad de vida en pacientes con úlceras vasculares. **Angiología**, v.55, n.3, 2003, p.280-284. Disponível em: <<http://www.angiologia.es/pdf/Web/5503/bi030280.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2006.

HESS, C. T. Úlceras venosas e arteriais. In _____. **Tratamento de feridas e úlceras.** 4. ed. São Paulo: Reichmann& Affonso editores, 2002. p.109-139.

HOFFMAN, D. Management of leg ulcers. **Nursing standart**, London, v.14, n.29, 2000.

IPONEMA, E. C.; COSTA, M. M. Úlceras vasculogênicas. In: SILVA, R. C. L; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Orgs.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007. p.337-350.

KANASHIRO, M. Crise nos hospitais universitários. **Revista Eletrônica de Jornalismo Científico Com Ciência**, n.58, set. 2004. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/universidades/uni06.shtml>>. Acesso em: 03 jul. 2006.

KLUTHCOVSKY, F. A. **Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da família em um município do Sul do Brasil**. 2005. 186f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LLANEZA-COTO, J. M. Diagnóstico diferencial y tratamiento general de las úlceras vasculares. **Angiología**, v. 55, n. 3, p. 268-271, 2003. Disponível em: <<http://www.revangiologia.com/pdf/Web/5503/bi030268.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

LONDON, N. J. M.; DONNELLY, R. ABC of arterial and venous disease: Ulcerated lower limb. **BMJ**, n. 320, p.1589-1591, 2000.

LONGO JUNIOR, O. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na insuficiência venosa de membros inferiores. **Cir vasc angio.**, v.17, n.1, p.21-26, 2001.

MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças Vasculares Periféricas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/Volume03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2006.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.78, n.4, p.393-410, jul. / ago. 2003.

MEIRELES, I. B. et al. Interdisciplinaridade no tratamento de feridas. In: SILVA, R. C. L; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I.B. (Org.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007. p.33-54.

MELO, M. R. A. C. et al. O Sistema Único de Saúde e as ações do enfermeiro em uma instituição hospitalar brasileira. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 6, n. 6, p. 408-414, 1999.

NATAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a rede de saúde da cidade do Natal**. Natal, 2007.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

NUNES, J. P. **Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN**. 2006. 136f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

NUNES, J. P. et al. Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, v. 13, n. 2, p. 689, abr. / jul. 2006.

NUNES, J. P. et al. Assistência aos portadores de úlceras venosas nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, v.13, n.2, p.700, abr./jul. 2006a.

NUNES, J. P. et al. Aspectos da sistematização da assistência aos portadores de úlceras venosas no PSF em Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, v.13, n.2, p.687, abr./jul. 2006b.

OLLIN, J. W. et al. Medical costs of treating venous stasis ulcers: evidence from a retrospective cohort study. **Vasc Med.**, n.1, p.1-7, 1999.

PALOMINO-MEDINA, M. A. et al. Factores epidemiológicos de la insuficiencia venosa crônica em uma zona básica de salud. **Angiología**, v.56, n.5, p.445-457, 2004. Disponível em: <<http://www.revangiologia.com/pdf/Web/5605/bj050445.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos Serviços de Saúde. In:____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 538-560.

PHILLIPS, T. J. Chronic Cutaneous Ulcers: etiology and epidemiology. **Journal of Investigative Dermatology**, n.102, p.38-41, 1994.

PHILLIPS, T. J.; DOVER, J. S. Leg Ulcers. **J Am Acad Dermatol.**, n. 25, p. 965-87, 1991.

PIEPER, B. Mechanical forces: pressure, shear, and friction. In: BRYANT, R. A. **Acute and chronic wounds: nursing management**. St. Louis: Mosby, 2000.

PIQUERO, J. M. et al. Esquema terapéutico en las úlceras de miembros inferiores: experiencia con la bota de Unna modificada. **Rev Chil Dermatol.**, Chile, v.17, n.2, p. 98-103, 2001.

POLETTI, M. A. A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. 2000. 269f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C. C. **Exame clínico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999.

RAMOS, E. M. et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. **Rev méd Urug.**, n. 17, p. 33-41, 2001.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, 1996.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.50-61, jan. / mar. 1990.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Programa de Educação Continuada da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Manual de assistência integral as pessoas com feridas crônicas**. 2004. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/saudepessoal/Enferm/FeridasCronicas.pdf>> . Acesso em: 11 jul. 2006.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2007.

RODRÍGUEZ-PIÑERO, M. Epidemiologia, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. **Angiología**, v.55, n.3, 2003, p.260-267. Disponível em: <<http://www.revangiologia.com/pdf/Web/5503/bi030260.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

SCAFF, A. **SUS**: Sistema Único de Saúde. 1998. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2006.

SCOTT, T. E. et al. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study. **Journal of Vascular Surgery**, n. 22, p. 622-628, 1995.

SEIDEL, A. C.; MORESCHI JUNIOR, D. Diagnóstico diferencial das úlceras arteriais e venosas. v.126, n.4, p.130-134, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2007.

SILVA, J. L. A.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.240-250, jun. 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan. / mar. 1994.

SILVA, M. C. et al. Diagnóstico e tratamento da Doença Venosa Crônica. **J. Vasc. Bras.**, Porto Alegre, v.4, n.3, Supl. 2, p.185-194, 2005.

SILVA, R. C. L. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Org.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007. p.135-158.

SIMON, D. A.; DIX, F. P.; McCOLLUM, C. N. Management of venous leg ulcers. **BMJ**, v.328, n.7452, p.1358-1362, jun. 2004.

TENORIO, E. B.; BRAZ, M. **A intervenção do enfermeiro como diferencial de qualidade no tratamento de feridas**. Rio de Janeiro: PRONEP, 2002. Disponível em: <www.pronep.com.br/cipe/feridas.tdf>. Acesso em: 15 ago. 2006.

TORRES, G. V. et al. **Avaliação clínica da assistência aos portadores de úlceras vasculares de membros inferiores no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN**. 34f. 2007. Relatório Técnico. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

TORRES, G. V. et al. Caracterização dos pacientes acompanhados no HUOL portadores de úlceras vasculares. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES

PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9., 2005, Natal. **Anais...** Natal: ABEn/RN, 2005. p.1-1.

TORRES, G. V. et al. Avaliação do tratamento de lesões vasculares de membros inferiores em mulheres: ensaio clínico realizado em um hospital universitário em Natal. In: INTERNATIONAL CONGRESS ON WOMENS HEALTH ISSUES, 15., 2004, Ribeirão Preto (SP). **Anais ...** Ribeirão Preto: EERP/USP, 2004. p.45-46.

TORRES, G. V. et al. Avaliação clínica do tratamento de úlcera venosa crônica com AGE, granúgena e hidrocolóide. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14., 2003, Natal. **Anais ...** Natal: UFRN, 2003. p.191-191.

TORRES, G. V.; NUNES, J. P. Úlceras venosas: revisão de literatura. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, 9., 2005, Natal. **Anais ...** Natal: ABEn/RN, 2005. p. 1-1.

UGGERI, C. J. et al. Produtos e Métodos terapêuticos. In: SILVA, R.C.L.; FIGUEREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (Orgs.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007. p. 179-208.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Hospitais.** Disponível em: < <http://www.ufrn.br/ufrn/conteudo/servicos/hospitais/onofrelopes.htm>>. Acesso em: 12 maio 2006.

VALENCIA, I. C. et al. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. **J Am Acad dermatol.**, n.44, p.401-421, 2001.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

YAMADA, B. F. A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2003. p.45-67.

_____. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.** 2001. 175f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. **Insuficiência Venosa Crônica.** Disponível em: <<http://www.enfmedic.com.br/Download/Artigo%20IVC.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2005.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN.

OBJETIVO: Avaliar a assistência aos portadores de úlceras venosas no Hospital Universitário do município de Natal/RN.

DESCONFORTOS E RISCOS: Os desconfortos e os riscos associados à participação neste estudo são mínimos e estes serão minimizados pelo cuidado que teremos com os procedimentos de exame físico do membro afetado e da úlcera, entrevista e consulta ao seu prontuário que realizarmos. Todos os dados serão manipulados em sigilo e assumimos o compromisso de não disponibilizarmos para outras pessoas.

BENEFÍCIOS: Os benefícios em participar deste estudo são decorrentes de avaliarmos a assistência prestada ao portador de úlcera venosa e propormos uma reorganização e replanejamento da assistência integral no nível terciário, que permita aos portadores de úlceras venosas e seus familiares uma melhor qualidade de assistência.

CONFIABILIDADE DO ESTUDO: Registros da sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

DANO ADVINDO DA PESQUISA: Se houver algum dano eventual decorrente desse estudo será de responsabilidade do pesquisador a indenização com cobertura financeira do possível dano imediato ou tardio que venham a ser comprovado.

RESSARCIMENTO: As despesas decorrentes de sua participação na pesquisa serão ressarcidas pelo coordenador do projeto.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decide não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. Como a coleta das informações desta parte do estudo consistirá em consulta ao prontuário, responder a entrevista, ter seu membro inferior afetado e úlcera examinados, caso o pesquisado considere algum desses procedimentos constrangedor, o mesmo tem o direito de recusar tais procedimentos.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos. Estou de acordo em participar voluntariamente no estudo, sendo que minha participação não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. O pesquisador responsável me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou minha família.

Nome do participante: _____

_____ Assinatura



COMPROMISSO DO PESQUISADOR: Eu, Gilson de Vasconcelos Torres, brasileiro, CPF nº 513267284-15, residente a Rua Massaranduba, 292, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN, CEP: 59086-260, Tel: (84) 32084308 / 99873769, Email: gvt@ufrnet.br, discuti as questões acima apresentadas ao participante no estudo.

Natal, ____ de _____ de 200_.

Assinatura do Pesquisador

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa UFRN: Av. Senador Salgado Filho, SN, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 590782-970. Tel: (84) 32153135. Site: Email: cepufrn@reitoria.ufrn.br.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA E MEDIDAS BIOFISIOLÓGICAS DOS USUÁRIOS

Nº _____ Data: ___/___/___ Prontuário: _____

Nome do Médico: _____

1. DADOS DEMOGRÁFICOS	
1.1 Nome: _____ Telefone de contato: _____	
1.2 Procedência: 1. Natal (distrito): 1.1 norte I 1.2. norte II 1.3 sul 1.4 leste 1.5 oeste 2. Município: _____	
1.3 Sexo: 1. M 2. F	
1.4 Idade: _____ anos	
1.5 Estado civil: 1. Solteiro 2. Casado/União estável 4. Viúvo 5. Divorciado/Desquitado	
1.6 N° de Filhos: 1. Nenhum 2. 1 a 2 Filhos 3. de 3 a 4 Filhos 4. 5 Filhos ou +	
1.7 Escolaridade: 1. Não alfabetizado 2. Alfabetizado 3. Ens. Fundamental (I† C†) 4. Ens. Médio (I† C†) 5. Ens. Superior (I† C†)	
1.8 Profissão: †Não †Sim, Qual: _____	
1.9 Ocupação atual: 1. Não, motivo: 1.1 aposentado, Quanto tempo: _____ anos 1.2. desempregado, quanto tempo: _____ anos 2. Sim, Qual: _____	
1.10 Renda familiar: 1. < 1 salário mínimo 2. de 1 até 2 salários mínimos 3. > 2 até 4 salários mínimos 4. > 4 salários mínimos	

2. ANAMNESE E EXAME FÍSICO	
2.1 Fatores de risco: 1. história familiar de doença venosa 2. veias varicosas 3. flebite 4. história comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP) 5. cirurgia venosa prévia 6. cirurgia ou fratura da perna 7. episódios de dor torácica 8. hemoptise ou história de uma embolia pulmonar 9. obesidade 10. gravidez 11. atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado	
2.2 Antecedentes Pessoais (doenças): 1. Diabetes: _____ anos 2. Cardiopatia: _____ anos 3. Insuf. Arterial: _____ anos 4. Arteriosclerose: _____ anos 5. Doença Neurológica: _____ anos 6. Insuf. Venosa: _____ anos 7. Hanseníase: _____ anos 8. Hipertensão: _____ anos 9. varizes 10. cirurgias prévias 11. TVP 12. AVC 13. flebite 14. Outras: _____	
2.3 Sinais de doença venosa 1. edema 2. veias varicosas 3. dermatite venosa (eczema) 4. "coroa flebectásica" 5. hiperpigmentação 6. lipodermatoesclerose	
2.4 Presença de dor: 1. Na úlcera: 1.1 ausente 1.2 leve 1.3 moderada 1.4 intensa 2. No membro: 2.1 ausente 2.2 leve 2.3 moderada 2.4 intensa	
2.5 Edema em MMII (MIE / MID): 1. ausente 2. presente	
2.6 Exames laboratoriais realizados no último ano: 1. hemoglobina 2. hematócrito 3. leucócitos 4. glicose em jejum 5. albumina sérica 6. plaquetas 7. cultura com antibiograma 8. proteínas (total e frações) 9. urina tipo I 10. outros: _____	
2.7 Dados antropométricos: 1. Peso (Kg) 2. Altura (m) 3. IMC (Kg/m ²)	
2.8 Pressão Arterial (mmHg):	

3. AVALIAÇÃO CLÍNICA DA ÚLCERA	
3.1 Início da 1ª Úlcera: 1. < 3 meses 2. De 3 meses a 6 meses 3. De 7 meses a 1 ano 4. > 1 ano a 5 anos 5. > 5 anos a 10 anos 6. >10 anos (____ anos)	
3.2 Quantas vezes a Úlcera fechou e abriu novamente: 1. 1 vez 2. 2 vezes 3. 3 vezes 4. 4 vezes 5. 5 ou mais vezes	
3.3 Quanto tempo de Úlcera(s) atual(is): 1. < 3 meses 2. De 3 meses a 6 meses 3. De 7 meses a 1 ano 4. > 1 ano a 5 anos 5. > 5 anos a 10 anos 6. > 10 anos (____ anos)	
3.4 Localização da Úlcera 1. Zona 1(pé) 2. Zona 2 (metade distal da perna e tornozelo) 3. Zona 3 (metade proximal da perna)	
3.5 Condições da pele perilesional 1. Integra 2. Edema 3. Ressecada 4. Macerada 5. Prurido 6. Lipodermatoesclerose 7. hiperpigmentada 8. Eczema 9. Hiperemiada 10. Escoriação	
3.6 Condições das bordas: 1. Delimitada 2. Não delimitada 3. Elevada 4. Fina 5. Regular 6. Irregular 8. Com crostas 9. Macerada 10. hiperemiada 11. necrosada (↑ isquêmica ↑ liquefativa)	
3.7 Condições do leito/Porcentagem envolvidas: 1. Granulação ____% 2. Epitelização ____% 3. presença de tecido fibrinótico ____% 4. Necrose seca/isquêmica ____% 5. Necrose úmida/liquefativa ____%	
3.8 Característica do exsudato: 1.Tipo: 1 Seroso 2 Serossanguinolento 3 Sanguinolento 4 Purulento 5 Purussanguinolento 2 Quantidade: 1 Pequena (até 3 gazes) 2 Média (>3 até 10 gazes) 3 Grande (>10 gazes) 3 Odor: 1 Ausente 2 Discreto 3 Acentuado (fétido)	
3.9 Perda tecidual provocado pela úlcera: 1. Grau I (Epiderme) 2. Grau II (Derme) 3. Grau III (Subcutâneo) 4. Grau IV (Músculo)	
3.10 Tamanho da úlcera: Vertical _____ cm x Horizontal _____ cm = área	
3.11 Sinais de infecção: 1. Não 2. Sim, quais? 1. Odor e Secreção purulenta 2. Dor 3 Febre 4 Hiperemia	
3.12 Se a úlcera apresenta sinais de infecção, colhido swab: 1. Não 2. Sim	
3.13 Realizado Índice Tornozelo Braquial (ITB) : 1. Não 2. Sim, MID _____ MIE _____	
3.14 Realizada Biópsia da úlcera: 1. Não 2. Sim, por quê? _____	
3.15 Realizado Ecodoppler colorido: 1. Não 2. Sim	
3.16 Realizada Flebografia: 1. Não 2. Sim	
3.17 Realizada Pletismografia: 1. Não 2. Sim	
3.18 Quem realizou o curativo no ambulatório: 1. Aux/téc. Enfermagem: 1.1 Sempre 1.2 As vezes 1.3 Raramente 1.4 Nunca 2. Enfermeiro: 2.1 Sempre 2.2 As vezes 2.3 Raramente 2.4 Nunca 3. Médico: 3.1 Sempre 3.2 As vezes 3.3 Raramente 3.4 Nunca	
3.19 Quais os produtos / materiais utilizados na úlcera durante consulta no ambulatório (1-Disponibilizado pelo SUS/ 2- Pelo usuário)? 1. S. F. 2. Povidine 3. AGE 4. Colagenase 5. Papaína 6. Hidrocolóide 7. Alginato de Cálcio 8. Carvão Ativado 9. Gaze 10. Atadura 11. Esparadrapo 12. Pacote de curativo 13. Luva cirúrgica 14. Luva de procedimento 15. Seringa 20 ml / agulha 40x12 16. Outros: _____	
3.20 Por quem é realizado o curativo fora do ambulatório: 1 Aux/téc. Enfermagem: 1.1 Sempre 1.2 As vezes 1.3 Raramente 1.4 Nunca 2 Enfermeiro: 2.1 Sempre 2.2 As vezes 2.3 Raramente 2.4 Nunca 3 Médico: 3.1 Sempre 3.2 As vezes 3.3 Raramente 3.4 Nunca 4 Familiar: 4.1 Sempre 4.2 As vezes 4.3 Raramente 4.4 Nunca	

<p>3.21 Quais os produtos / materiais utilizados na úlcera fora do ambulatório (1-Disponibilizado pelo SUS/ 2- Pelo usuário)? 1. S. F. 2. Povidine 3. AGE 4. Colagenase 5. Papaína 6. Hidrocolóide 7. Alginato de Cálcio 8. Carvão Ativado 9. Gaze 10. Atadura 11. Esparadrapo 12. Pacote de curativo 13. Luva cirúrgica 14. Luva de procedimento 15. Seringa 20 ml / agulha 40x12 16. Outros: _____</p>	
<p>3.22 Quais os produtos já utilizados na realização do seu curativo nos últimos 30 dias? 1. S. F. 2. Povidine 3. AGE 4. Colagenase 5. Papaína 6. Hidrocolóide 7. Alginato de Cálcio 8. Carvão Ativado 9. Outros: _____</p>	
<p>3.23 Fez uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias? 1. Não 2. Sim, Qual?: 2.1 Meias 2.2 Ataduras 2.3 Bota de Unna</p>	
<p>3.24 Quanto tempo de tratamento de úlceras: 1. < 30 dias 2. 30 dias a 3 meses 3. > 3 a 6 meses 4. > 6 meses a 1 ano 5. > 1 a 5 anos 6. > 5 anos (_____ anos)</p>	
<p>3.25 Local de realização do tratamento da úlcera nos últimos 30 dias: 1. domicílio 2. UBS/USF 3. Hospital: _____ 4. HUOL</p>	
<p>3.26 Houve interrupção do tratamento nos últimos 30 dias? 1. Não 2. Sim, motivo: 1. Greve dos profissionais 2. Falta de material 3. Viagem 4. Abandono 5. Outro: _____</p>	
<p>3.27 Que profissional de saúde acompanha o tratamento de sua úlcera? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Aux/téc. Enfermagem 4. Psicólogo 5. Assistente Social 6. Fisioterapeuta 7. Nutricionista 8. Nenhum</p>	
<p>3.28 Houve orientação quanto ao uso de meias de alta ou média compressão para reduzir as taxas de recorrência de úlcera: 1. Não 2. Sim, quem orientou? _____</p>	
<p>3.29 Houve orientação para elevar os membros inferiores durante o dia e à noite: 1. Não 2. Sim, quem orientou? _____</p>	
<p>3.30 Prescrito para o paciente exercícios regulares como caminhadas controladas e exercícios para melhorar a função da articulação superior do tornozelo e da bomba do músculo da panturrilha: 1. Não 2. Sim, quem prescreveu? _____</p>	

<p>4. ACESSIBILIDADE</p>	
<p>4.1 Como o usuário chegou ao ambulatório? 1. deambulando 2. transporte urbano/interestadual 3. ambulância 4. carro próprio</p>	
<p>4.2 Acesso ao Ambulatório: 1. Referenciado 2. Encaminhado 3. Espontâneo, por quê?</p>	
<p>4.3 Consulta com algum Angiologista no último ano: 1. Não 2. Sim, quantas vezes?</p>	
<p>4.4 Encaminhamento para algum outro especialista: 1. Não 2. Sim, qual?</p>	
<p>4.5 Após o retorno, o usuário foi contra-referenciado para algum serviço de saúde: 1. Não 2. Sim, qual?</p>	

<p>5. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA</p>
<p>5.1 Referência</p>
<p>Resumo clínico:</p>
<p>Resultados de exames solicitados:</p>

Tratamento já realizado:
Impressão diagnóstica:
Observações::
5.2 Contra-referência Resumo clínico:
Resultados de exames solicitados:
Diagnóstico:
Conduta:
Observações:

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO


Ilmo Sr Prof. Dr. José Ricardo Lagreca de Sales Cabral
Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestrandia Oniele Oliveira das Neves, matrícula nº 2005-83170, CPF: 851464204-91, está realizando uma pesquisa sobre "Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN", necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de V. Sa. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia e equipe composta por acadêmicos de Enfermagem para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

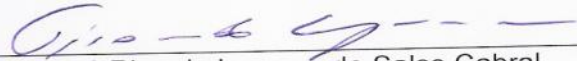
Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Natal, 18 de Julho de 2006.



Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres
(Coordenador da pesquisa)

- () Não concordamos com a solicitação
 Concordamos com a solicitação e citação do nome da instituição no relatório final.



Prof. Dr. José Ricardo Lagreca de Sales Cabral
Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes

ANEXO A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Parecer Consubstanciado

Protocolo nº	169/06 CEP-UFRN
Folha de Rosto	106967 – CAAE – 0138.0.051.000-06
Título do Projeto	Avaliação da Qualidade da Assistência aos Portadores de Úlceras Venosas Atendidos no Ambulatório de Um Hospital Universitário de Natal/RN
Área de Conhecimento	Gilson de Vasconcelos Torres
Pesquisador Responsável	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Instituição Onde Será Realizado	Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)
Finalidade	Mestrado
Período de Realização – Início	2º semestre/2005
Fim	1º semestre/2007
Revisão Ética em	07 de dezembro de 2006

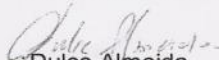
Relato

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
 - 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatórios parciais e final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- Os formulários para os relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP. (www.ética.ufrn.br)

Natal, 07 de dezembro de 2006.


 Dulce Almeida
 Vice-Coordenadora
 CEP/UFRN