A close-up photograph of a cactus with several bright pink flowers. The cactus has a green, segmented body covered in sharp, light-colored spines. The background is a soft-focus mix of green and purple, suggesting other plants or flowers.

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

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PORTADORES DE
ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

JUSSARA DE PAIVA NUNES

**NATAL/RN
2006**

JUSSARA DE PAIVA NUNES

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PORTADORES DE
ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 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

2006

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Nunes, Jussara de Paiva.

Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal / RN / Jussara de Paiva Nunes. - Natal, RN, 2006.

131 f. : il.

Orientador : Gilson de Vasconcelos Torres

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Úlceras venosas – Dissertação. 2. Programa Saúde da Família – Dissertação. 3. Qualidade de assistência à saúde – Dissertação. I. Torres, Gilson de Vasconcelos. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-002.44(043.3)

JUSSARA DE PAIVA NUNES

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PORTADORES DE
ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS NO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

**Projeto de dissertação apresentado À Banca de Exame de Qualificação do
Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.**

**Aprovada em: _____ de _____ de 2006, pela banca
examinadora.**

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

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

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

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

JUSSARA

(Fátima Abrantes)

*Um olho d'água que nasce
Na sequidão do sertão
É regar coração seco
Dos tempos de Lampião*

*É brincar nos tabuleiros
É saber dizer "oxente"
É esquecer o chinelo
E pisar na terra quente*

*São as moitas de mufumbo
Transformadas em casinha
Pendurar latas de doce
Nas paredes da cozinha*

*É raspar a rapadura
Dividir com a molecada
Com pão de milho moído
Misturada na coalhada*

*Um olho d'água que brilha
Na sede da fantasia
É escutar canto de galo
Acordando a poesia*

*Olho d'água fervoroso
Benção mãe, benção pai!
Rede encostada na outra
Armador que nunca cai*

*Olho d'água transferido
Pros rumos da capital
Fruto de mandacaru
Nos quartos de hospital*

*Um olho d'água que surge
Na terra de muito mar
É maré mansa, é vogal
Construindo o verbo amar*

*Olho d'água curativo
Que vela e alivia a dor
É enfermeira acordada
Passando no corredor*

*Olho d'água na família
É misturar de função
Um dia ser mãe e pai
No outro, somente irmão
É ser tia, ser amiga
Dar e pedir proteção*

*Olho d'água é olho d'água
Nos anseios de mulher
Na solidão, na saudade
No homem que ela quer*

*É aí que o olho d'água
Se faz centro dispersor
E das vertentes do querer
Nascem riachos de dor
Porque o olho não vê
Os retratos do amor*

*Tem nome de corpo e alma
O olho d'água do saber
Quanto mais ele conhece
Mais precisa conhecer*

*O olho d'água na amizade
É alegria, é prazer
É fazer jus ao que sara
Na arte do bom viver
É poder hoje, Jussara
Dar parabéns pra você!*

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,

Félex Ferreira Nunes (in memoriam) e Maria de Paiva Nunes, por acreditarem nos meus sonhos e me proporcionarem uma plataforma de vôo, alicerçada nos princípios de justiça, honestidade e solidariedade.

Aos meus sobrinhos,

Raoni, Hudson, Rian e Romina, estrelas de brilho intenso que iluminam meu caminho.

Aos portadores de Úlcera Venosa,

que, embora vivendo num contexto social tão desfavorável, não perderam a capacidade de se doar e de sonhar com a cura das lesões do corpo e da alma.

HOMENAGENS ESPECIAIS

“Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor...nada serei”.

1 Coríntios 13:1-2

Ao Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres,

que me conduziu pelos caminhos da ciência, sem perder a essência de ser gente. Meu eterno agradecimento por ter aceito trilhar junto comigo os tortuosos caminhos da pesquisa, por compreender meus limites e ao mesmo tempo me impulsionar a superá-los, pelo ser humano indescritível que emergiu muitas vezes como cura para as feridas da alma.

À Prof^a Dra. Raimunda Medeiros Germano,

luz que ilumina meu caminho, desde a graduação, exemplo de ética, honestidade, ternura, acolhida e tantas outras qualidades, muitas delas não descritas, mas sentidas....Por você tenho obrigação de tentar fazer o melhor sempre, sem perder a humildade. Etermanente obrigada.....

À Enfermeira e amiga Maria Eliane Mendes de Freitas Néó,

presente de Deus, na minha vida profissional e pessoal, exemplo de companheirismo e solidariedade que não mediu esforços pessoais e profissionais para que eu pudesse alcançar essa vitória. Sem o seu apoio e compreensão, essa trajetória talvez tivesse obstáculos intransponíveis.

A Daniele Vieira, carinhosamente Dani,

anjo bom que “caiu” em minha vida, no início desta pesquisa e a partir daí se fez presente em todos os momentos, fossem esses de escuridão ou de luz, manhãs de sábados ou anoitecer de sextas feiras.....Obrigada pela sua simplicidade, jovialidade, paciência e sabedoria.....você tornou esse caminhar mais fácil e alegre...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, pedra angular da minha vida.

Ao Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, por me ajudar a nascer como mestre.

À Prof^{ta} Dra. Eline Lima Borges, por se dispor a participar da banca examinadora e pelos seus ensinamentos sobre úlceras venosas, que me nortearam em todos os momentos deste trabalho.

À Prof^{ta} Dra. Glaucea Maciel de Farias, pela grande contribuição científica, pelo incentivo e sugestões dadas para melhoria do trabalho.

À Prof^{ta} Dra. Berta Crus Enders, pelo comprometimento com o ensino de pós-graduação e por me incentivar a fazer o mestrado.

Às Estudantes da Graduação que participaram da coleta de dados: Ana Heloisa Torquato, Andréa Carla Gonçalves, Andreza Cristina Gonçalves, Andréa Quintiliano, Cynthia Priscyla Pereira, Daise Anne de Medeiros, Daniele Vieira, Gislene Freire, Kadija Gentil, Lidiane Teixeira, Michele Albano, Rafaela Fernandes, por sacrificarem seus momentos de folga em prol da coleta de dados, meu eterno reconhecimento.

Às Estudantes da Graduação Walkíria Gomes, Poliana Santos e Patrícia Manuela Melo, pela colaboração e amizade constituída durante este percurso.

À Gislene Freire e Rafaella Leite, alunas da graduação, futuro de uma enfermagem mais humana que encheram o caminhar desta pesquisa de afeto e carinho, toda minha ternura e gratidão.

Às colegas do mestrado; Ana Elza, Débora, Elizabete, Izabel, Laureana, Lucia, Meine Siomara e Sheila, pela solidariedade, troca de experiências e ajuda mútua.

A todos os profissionais que compõem a Unidade de Saúde da Família da Guarita (USFG) Administrador, ACSs, ACDs, Dentistas, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Pessoal de Apoio Administrativo, que souberam compreender minhas ausências e minimizar seus efeitos, meu mais sincero agradecimento.

A Djailson Suassuna, Administrador da USFG, por entender que administrar é, acima de tudo, reger pessoas e buscar a harmonia.

A Maria Eliane Mendes de Freitas Néo, enfermeira, por dar continuidade às minhas atividades quando me encontrava ausente.

A todas as colegas Enfermeiras do Hospital Giselda Trigueiro, pelo apoio e incentivo durante o mestrado.

À minha família, pela base, carinho, incentivo e por acreditar nos meus sonhos.

À minha família, pela base, carinho, incentivo e por acreditar nos meus sonhos.

Aos meus irmãos Jailson, Jubenaide e Jaqueline que, apesar de me acharem sonhadora, sempre apostaram na realização dos meus sonhos, meu carinho especial.

As minhas tias Didia e Raílda, que encheram minha infância de contos de fada e de dengo, meu carinho especial.

À Enfermeira e principalmente amiga Anastácia Cortez, com quem trilhei os primeiros passos na área de cuidados a portadores de feridas, obrigada por me ouvir e me acolher sempre.

A Meine Siomara Alcântara, enfermeira, amiga e comadre, exemplo de sensibilidade e preocupação com o social, minha amiga/irmã, não tenho palavras para traduzir a sua amizade.

A Josenildo César, amigo e compadre, minha gratidão pela sua amizade, pela disponibilidade em ajudar sempre, por adentrar o mundo do mestrado em enfermagem e vibrar com cada etapa vencida.

A Vitor e Maira Alcântara, sementes de um novo amanhã, que aprenderam muito cedo o valor da amizade e encheram esse caminho de delicadeza e afeto.

A Maria Jacqueline Abrantes, enfermeira e amiga pelos sonhos partilhados, ontem, hoje e com certeza no amanhã que virá...Sua amizade me enche de plenitude.

A Edilene Rodrigues, enfermeira e amiga, exemplo de profissionalismo e de amizade, luz reluzente nos corredores da escola de enfermagem de Natal e em particular na minha vida pessoal, pela escuta nos momentos de calma e de turbulência.

A Niedja Cibegne, enfermeira, amizade construída durante o mestrado, por me ajudar em minhas crises, me fazendo acreditar em minhas próprias possibilidades e superar desafios.

A Oniele, enfermeira e mestranda, pelos momentos compartilhados, pela troca de saberes e pela disposição em colaborar.

A Fátima Abrantes, amiga e poetisa, que tem o dom de transformar as cores da alma em palavras.

Aos amigos, Micussi, Acássia, Marlene, Palhano, Jailma, Lucinha, Adriano, Magna, Sônia e Claudinha, sem vocês por perto esse caminho seria quase impossível.

A Célia e Sebastião (funcionários UFRN), pela disposição em colaborar e amenizar os problemas, muitíssimo obrigada.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Secretaria de Saúde do Município, em especial à Coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a Gerência do Distrito Sanitário Leste, que compreenderam e apoiaram a realização deste mestrado.

Às USFs do Município de Natal/RN, em especial aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela receptividade e apoio durante a coleta de dados.

Ao Hospital Gizelda Trigueiro, em especial à Coordenadora de Enfermagem Maria Lucia da Silva Lima pelo apoio e incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade de conquistar este objetivo profissional.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE TABELAS	xiv
LISTA DE QUADROS	xv
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	xvi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xvii
RESUMO	xviii
ABSTRACT	xix
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Objetivos	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	25
2.2 Programa de Saúde da Família (PSF)	28
2.3 Os caminhos do PSF no município de Natal	31
2.4 Considerações gerais sobre Insuficiência Venosa Crônica (IVC) e Úlceras Venosas (UV)	33
2.4.1 Anatomia e fisiologia do sistema venoso	35
2.4.2 Fisiologia do sistema venoso	36
2.4.3 Classificação da IVC e diagnóstico da úlcera venosa	38
2.4.4 Tratamento tópico da úlcera venosa	42
2.5 Sistematização da assistência aos portadores de UV	49
3 METODOLOGIA	58
3.1 Delineamento metodológico	58
3.2 Local de estudo	58
3.3 População alvo	59
3.4 Instrumento de coleta de dados	60
3.5 Variáveis de estudo	61
3.6 Aspectos éticos	65
3.7 Procedimentos para coleta de dados	66
3.8 Procedimentos para tratamento e análise de dados	67
4 RESULTADOS, DISCUSSÕES E ANÁLISES	69
4.1 Prevalência de UV nas USFs de Natal/RN	69
4.2 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos pesquisados	71

4.3	Caracterização da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs	75
4.4	Avaliação da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs	93
5	CONCLUSÃO	99
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
7	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da abordagem aos pacientes com úlceras de membros inferiores (PHILLIPS, 2001).	51
Figura 2	Fluxograma proposto de sistematização da assistência na unidade saúde da família/domicílio. Natal, 2006.	57
Figura 3	Modelo de relação entre as variáveis independentes e dependente.	65
Figura 4	Prevalência de UV, segundo a população do PSF, população alvo, e faixa etária até 59 anos e a partir de 60 anos. Natal/RN, 2006.	69
Figura 5	Distribuição de diagnósticos de UV pela equipe saúde da família e consultas com angiologista. Natal/RN, 2006.	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis de caracterização sociodemográfica segundo o sexo dos portadores de UV. Natal/RN, 2006.	71
Tabela 2	Distribuição das variáveis de caracterização de saúde segundo o sexo. Natal/RN, 2006.	72
Tabela 3	Distribuição das características da UV diagnosticadas segundo o número de lesões dos usuários atendidos no PSF. Natal/RN, 2006.	76
Tabela 4	Distribuição das características da assistência, segundo o tempo de tratamento da UV nas USFs. Natal/RN, 2006.	79
Tabela 5	Consultas com especialistas segundo tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	81
Tabela 6	Exames laboratoriais e radiológico realizados, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	82
Tabela 7	Tipos de exames laboratoriais realizados, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	83
Tabela 8	Presença de dor, uso de analgésico e alívio da dor, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	84
Tabela 9	Características da terapia tópica, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	85
Tabela 10	Características da assistência na terapia tópica, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	87
Tabela 11	Acompanhamento do portador de UV nos últimos 30 dias, 6 meses e 1 ano, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.	89
Tabela 12	Uso de terapia compressiva no último ano segundo o sexo, número de UV, lipodermatoesclerose e diagnóstico da UV. Natal/RN, 2006.	90
Tabela 13	Tempo de existência da UV, segundo variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significantes. Natal/RN, 2006.	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação das coberturas, ação e periodicidade de troca utilizados no tratamento de úlceras (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003).	45
Quadro 2	Apresentação de algumas meias de compressão encontradas no Brasil (BORGES, 2005).	46
Quadro 3	Classificação das bandagens compressivas, conforme a indicação e pressão exercida (BORGES, 2005; THOMAS, 2003).	48
Quadro 4	Síntese da proposta de diretriz e recomendações nacional para o tratamento de UV (BORGES, 2005).	52
Quadro 5	Procedimentos e recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção de UV (AGUIAR et al., 2005).	53
Quadro 6	Características das úlceras venosa, arterial e diabética (BRASIL, 2002).	54
Quadro 7	Distribuição das USFs existentes e selecionadas por distrito sanitário. Natal, 2006.	59
Quadro 8	Variáveis de caracterização sociodemográfica e de saúde dos portadores de úlcera venosa atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.	61
Quadro 9	Variáveis de caracterização da úlcera venosa dos usuários atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.	62
Quadro 10	Variáveis de caracterização da assistência aos usuários portadores de úlcera venosa atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.	63
Quadro 11	Grupos de variáveis independentes de avaliação da qualidade da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no PSF segundo critério de verificação. Natal, 2006.	64
Quadro 12	Grupos de variáveis de avaliação da qualidade da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no PSF. Natal, 2006.	65
Quadro 13	Avaliação da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs. Natal/RN, 2006.	94

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

- Apêndice A** **Instrumentos de pesquisa**
- Apêndice B** **Parecer consubstanciado de projeto de pesquisa N° 055/55**
- Apêndice C** **Termo de consentimento SMS/PSF de Natal**
- Apêndice D** **Termo de consentimento livre e esclarecido**
- Apêndice E** **Relação das acadêmicas de enfermagem treinados para participarem no processo de coleta de dados**
-
- Anexo A** **Memorando da SMS/Natal n°: 089/54**
- Anexo B** **Proposta da diretriz para tratamento tópico da úlcera venosa (BROGES, 2005)**
- Anexo C** **Diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento da sociedade brasileira de angiologia e cirurgia vascular (SBACV) de Aguiar et al., (2005)**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Ácidos Graxos Essenciais	AGE
Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Atenção Primária	AP
Auxiliar de Consultório Dentário	ACD
Centros de Atenção Psicossocial	CAPS
Comissão de Ética e Pesquisa	CEP
Conferência Nacional de Saúde	CNS
Diabetes Melittus	DM
Hipertensão Arterial	HA
Índice Tornozelo/Braço	ITB
Insuficiência Venosa Crônica	IVC
Ministério da Saúde	MS
Norma Operacional Básica	NOB
Organização Mundial da Saúde	OMS
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Programa de Saúde da Família	PSF
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Sistema Descentralizado de Saúde	SUDS
Sistema Único de Saúde	SUS
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular	SBACV
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Úlcera Venosa	UV
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Saúde da Família	USF
Unidades de Saúde da Família	USFs
Variáveis Independentes	VI
Variável Dependente	VD

RESUMO

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

Pesquisa descritiva que objetivou avaliar a assistência prestada aos portadores de úlceras venosas, em membros inferiores, atendidos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), do município de Natal/RN. A população alvo foi composta por 74 portadores de úlceras venosas (UV), atendidos pelas equipes do PSF nas 31 USFs. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Protocolo n.55/05). A coleta de dados foi realizada domiciliarmente e nas USFs, por meio de entrevista estruturada e exame físico dos portadores de UV e observação não participante durante a troca de curativos nessas Unidades e domicílios dos usuários. Os dados foram organizados em planilha eletrônica Excel e transportados para o Programa SPSS 14,0, para análises descritiva em tabelas de contingências 2x2 e inferencial (Qui-Quadrado χ^2 , Correlação de Spearman, Teste de Proporção Binomial e p-valor < 0,05). A prevalência de UV (0,36/1000) na população alvo (a partir de 20 anos) foi maior que na população cadastrada no PSF (0,25/1000). Detectamos uma prevalência maior na faixa etária a partir de 60 anos (2,22/1000), sendo 2,98/1000 no sexo feminino e 1,3/1000 no masculino (p-valor= 0,008). As características sociodemográficas e de saúde dos portadores de UV revelaram predominância do sexo feminino (74,5%), idosos a partir de 60 anos (67,6%), ensino fundamental (74,3%), renda familiar até 2 SMs (68,9%), aposentados (90,5%), posição ortostática (23,0%), sono inadequado (59,5%), presença de IVC (100,0%), hipertensão (44,6%) e diabetes (25,7%). Quanto ao tempo de existência da UV, 64,9% tinham mais de 1 ano, e 35,1% menos de 1 ano, com predominância de uma lesão (67,6%). A troca de curativos, em sua maioria, é domiciliar, realizada de forma inadequada, destacando-se a técnica incorreta de limpeza, uso e associações também incorretas de produtos e substâncias, e pouca participação da equipe do PSF na avaliação, realização do curativo e escolhas de produtos e substâncias. A terapia compressiva não faz parte das condutas terapêuticas de tratamento de UV nas USFs. Quanto à avaliação da assistência aos portadores de UV, 90,5% estavam inadequadas e apenas 9,5% adequadas. Os principais fatores de inadequação foram ausência de: diagnóstico (47,3%), consulta com angiologista (63,5%), tratamento compressivo (100,0%), terapia tópica adequada (98,62%), quite curativo adequado (70,3%), treinamento para troca de curativo (67,6%), acompanhamento pela equipe do PSF (51,4%) e exames realizados (55,4%). Concluímos que os portadores de UV, em sua maioria, apresentam baixo nível socioeconômico e com doenças crônicas associadas. Considerando que a assistência prestada pelo PSF é assistemática, fragmentada, sem diagnóstico, planejamento, avaliação e evolução contínua, qualificamos a assistência desenvolvida como inadequada e com pouco nível de resolutividade interferindo diretamente na manutenção da cronicidade das UVs.

Descritores: Úlceras Venosas; Programa Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

NUNES, J.P. **Evaluation of health assistance to patients with venous ulcers attended by the family health program of the Natal/RN municipality.** Natal, 2006. 136. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.

Descriptive research aimed at evaluating the assistance offered to patients with venous ulcers, on lower limbs, attended by the Family Health Program (FHP) team, from the municipality of Natal/RN. The target population was composed of 74 patients with venous ulcers (VU), attended by the FHP teams in the 31 FHUs. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte (protocol n.55/05). The data collection was performed in patients' homes and in the FHUs, through structured interviews and physical examinations of patients with VU and non-participant observation during the changing of wound dressings in these Units and in users' homes. The data was organized into an Excel electronic table and transported into the SPSS 14.0 program, for descriptive analysis on 2x2 contingency tables and inferential (Qui-Square χ^2 , Spearman Correlation, Binomial Proportion Test and p-value <0.05). The prevalence of VU (0.36/1000) in the target population (over 20 years of age) was greater than in the population registered in FHP (0.25/1000). We detected a greater prevalence in the age area of over 60 years (2.22/1000), with 2.98/1000 for females and 1.3/1000 for males (p-value=0.008). The sociodemographical and health characteristics of patients with VU revealed predominance of females (74.5%), elders over 60 years of age (67.6%), with fundamental education (74.3%), family earnings of up to 2 minimum wages (68.9%), retired (90.5%), ortostatic position (23.0%), inadequate sleep (59.9%), presence of CVI (100.0%), hypertension (44.6%) and diabetes (25.7%). As for the time of existence of the VU, 64.9% had over 1 year, and 35.1% less than 1 year), with predominance of one wound (67.6%). The changing of wound dressings is performed mostly at home, in and inadequate way, especially with incorrect cleaning techniques, likewise incorrect use of products and substances, and reduced participation of the FHP team on the evaluation and application of the dressing and choosing of products and substances. The compressive therapy is not part of therapeutic conducts for treatment in the FHUs. As for the evaluation of assistance to patients with VU, 90.5% were inadequate and only 9.5% adequate. The main inadequacy factors were the absence of: diagnosis (47.3%), consultation with and angiologist (63.5%), compressive treatment (100.0%), adequate optical therapy (98.62%), adequate dressing kit (70.3%), training for the changing of dressings (67.6%), following by the FHP team (51.4%) and performed exams (55.4%). We've concluded that patients with VU mostly present now socioeconomical level and associated chronic diseases. Considering that assistance offered by FHP is non-systematic, fragmented, with no diagnosis planning, continual evaluation and evolution, we qualify the assistance as inadequate and with low level of solution, directly interfering on the maintenance of the VUs' chronic state.

Descriptors: Venous Ulcers; Family Health Program; Quality of Health Assistance

1 INTRODUÇÃO

A preocupação do ser humano com suas feridas é tão antiga quanto a própria história da humanidade desde os seus primórdios, que o homem tenta cuidar de suas lesões.

As feridas crônicas, independentes da etiologia, são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que causam imensos problemas, como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da auto-estima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais de seus portadores e familiares.

Dentre essas lesões, que denominaremos de úlceras, destacamos, as que acometem os membros inferiores e que podem ser classificadas a partir da doença de base, em: vasculares, metabólicas, neoplásicas, traumáticas, infecciosas, originadas de doenças hematológicas entre outras (CUNHA, 1999; FALANGA, 1997).

Chamamos a atenção para as úlceras crônicas de etiologia vasculogênicas que têm se tornado um importante problema de saúde no nosso meio, principalmente devido ao envelhecimento populacional, decorrente da transição epidemiológica, caracterizada pela mudança gradual dos problemas de saúde, relacionados com alta morbidade e predominância das doenças infecciosas, evoluindo para um estágio em que passam a coexistir as doenças crônicas ou não transmissíveis (GAMBA; YAMADA, 2003).

De acordo com Nunes et al. (2006a), Torres e Nunes (2005), Torres (2005), Borges (2000), Suzuki (2001) e Maffei (2002), dentre as várias etiologias, a doença vascular periférica e principalmente à insuficiência venosa crônica (IVC) é predominante nas úlceras de perna (70% a 80%), seguida da insuficiência arterial (8%), diabética (3%), trauma (2%), e outras causas (14%).

Embora a mortalidade seja praticamente nula, a morbidade por IVC é bastante significativa, principalmente em sua complicação mais severa, a úlcera venosa (UV), configurando um problema mundialmente grave e de considerável impacto socioeconômico (FRADE et al., 2005; PINERO, 2003; RAMOS, 2001).

A repercussão social desse processo assume importante magnitude, à medida que propicia mudanças na incidência e prevalência de certas doenças, essencialmente quando associadas aos problemas de vascularização dos membros inferiores (GAMBA; YAMADA, 2003).

A prevalência de UV tem aumentado com o crescimento da população idosa, estudos internacionais têm demonstrado dados de prevalência entre 0,06% a 3,6% na

população adulta e 3,6% nos maiores de 65 anos (MARGOLIS, 2002; VALENCIA, 2001; DOUGLAS; SIMPSON, 1995).

No Brasil, a existência de portadores de UV constitui uma séria questão de saúde pública, porém estudos sobre esse tema são escassos, pouco se conhecendo sobre sua distribuição na população do país ou mesmo por região (FRADE et al, 2005; SUZUKI, 2001; MAFFEI, 2002; MAFFEI, 1986).

A UV tem alto índice de recidivância, e de acordo com Mayer et al. (1994), 30% das úlceras recorrem no primeiro ano e esta taxa sobe para 72%, após 2 anos quando não tratada adequadamente.

Apesar, do atendimento a pacientes de UV fazer parte da rotina dos serviços de saúde, não há pesquisas que esclareçam a dimensão desse agravo, especificamente no nosso município de Natal, constituindo uma grande lacuna de conhecimento e desafio para os serviços de saúde que cuidam dos portadores desse tipo de úlcera.

O tratamento da UV é longo e complexo, exigindo conhecimento específico, habilidade técnica, atuação interdisciplinar, articulação entre os níveis de complexidade de assistência e participação ativa do portador e seus familiares dentro de uma perspectiva holística (BORGES, 2005; TUYAMA 2004; PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002; TENÓRIO, 2002; LONGO JUNIOR, 2001).

De acordo com Figueiredo (2003), quando a assistência é mal conduzida a UV pode permanecer anos sem cicatrizar, acarretando um alto custo social e emocional. Em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições socioeconômicas já precárias.

Borges (2005), Nunes et al. (2006b), Torres (2006, 2005), Ramos (2001) e Declair e Pinheiro (1998) acrescentam que a qualidade da assistência aos portadores de UV, nos serviços de saúde, está relacionada à sistematização da assistência que deve contemplar aspectos inerentes ao diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação das ações e condutas de tratamento e prevenção.

Nesse sentido, as dificuldades enfrentadas diariamente pelos portadores de UV, seus familiares e também pelos profissionais de saúde que cuidam de UV configuram um enorme problema, principalmente para aqueles que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USFs), porta de entrada do sistema local de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e do qual o usuário espera respostas para suas necessidades.

Partindo da nossa experiência, como enfermeira da rede básica de saúde e mais recentemente atuando no Programa Saúde da Família (PSF), nos inquieta a situação enfrentada pelos portadores de UV, principalmente em relação à assistência prestada.

Ao buscarmos compreender o contexto assistencial das USFs no atendimento aos portadores de UV, temos observado ausência de dados epidemiológicos relativos à prevalência na população atendida pelo PSF, o que dificulta o conhecimento real dessa problemática no nosso município e adoção de ações e estratégias para intervir de forma adequada nesse nível de assistência do SUS.

Além disso, desconhecemos as características sociodemográficas e de saúde dos portadores desse tipo de lesão, o que vem dificultando a implementação de uma assistência adequada embasada nesse perfil.

Outro aspecto que merece destaque é o aumento da demanda de portadores de UV, com lesões cada vez mais difíceis de serem tratadas, o que denota um grande problema com a qualidade da assistência prestada a esses usuários, e que pode estar contribuindo para a manutenção da cronicidade dessas úlceras.

A falta de avaliação do portador e da ferida, além da dificuldade de reconhecimentos dos sinais clínicos da IVC e da UV levam na sua maioria os profissionais de saúde que atuam no PSF a não estabelecer diagnóstico clínico da UV, conduzindo a equipe a uma visão simplista da ocorrência e cronicidade da úlcera, repercutindo como consequência em todos os cuidados assistenciais dispensados aos usuários portadores de UV.

Em decorrência disso, temos observado, empiricamente, que a assistência aos portadores de UV tem sido realizada de forma assistemática, caracterizada pela falta de diagnóstico da UV, dificuldade de realização de exames laboratoriais e diagnósticos, falta de acesso às diversas especialidades médicas, principalmente a consultas com angiologistas, evidenciando uma dificuldade da referência e contra-referência entre os níveis de complexidade do SUS.

Temos observado, ainda, a falta de participação da equipe do PSF no planejamento, implementação, acompanhamento, evolução e avaliação da assistência prestada, como consequência, diversas condutas terapêuticas tópicas, com uso de substâncias e produtos muitas vezes inadequados, sem considerar o momento cicatricial, indicações e contra-indicações.

Ressaltamos que as trocas de curativos, geralmente, são delegadas aos técnicos de enfermagem, aos cuidadores e aos próprios pacientes nos finais de semana, sendo esse procedimento realizado muitas vezes de forma inadequada, por falta de capacitação e recursos materiais; dentre estes, destacamos a técnica de limpeza e utilização e associação de substâncias e produtos não indicados.

Diante deste contexto, nos sentimos estimulados a desvendar essa realidade assistencial cotidiana na qual estamos inseridas — enquanto enfermeiros do PSF— e propomos as seguintes questões de pesquisas:

Qual a prevalência de UV nos usuários atendidos pelas USFs de Natal/RN?

Quais as características sociodemográficas e de saúde dos portadores de UV atendidos nas USFs de Natal-RN?

Como são assistidos os portadores de UV atendidos nas USFs de Natal-RN?

Qual e a assistência prestada pelas USFs de Natal/RN aos portadores de UV?

Considerando que a falta de estudos no nosso estado, especialmente no município de Natal, que evidenciem a real situação de prevalência, bem como de que maneira são assistidos os portadores de lesões venosas, no nível primário, justifica a importância singular deste estudo para os portadores de UV, familiares e serviços de saúde. Ressaltamos ainda que, conhecendo as características sociodemográficas e de saúde dos portadores de UV, os índices de prevalência e a qualidade da assistência dispensada no PSF, poderemos subsidiar a sistematização da assistência, através da criação e implantação de protocolos, na perspectiva de melhorar a assistência e reduzir a cronicidade.

A intervenção adequada nessas lesões se constitui objetivo maior da nossa assistência; no entanto, só poderá ser alcançada e aplicada ao SUS se a qualidade da mesma for identificada, reorganizada e replanejada.

Portanto, por considerar a qualidade da assistência ao portador de UV um processo complexo e dinâmico, investigar a assistência prestada nas USF poderá contribuir para discussão e formulação de novas práticas de intervenções nessa área, melhoria da qualidade da assistência e de vida dos pacientes e familiares.

Em relação ao PSF, a importância do estudo se destaca pela oportunidade de proporcionar aos profissionais, que atuam nesse programa, e aos gestores, uma fotografia real do problema, com subsídios para mudança da prática assistencial, dentro de uma visão ampliada do conceito de saúde, permitindo deslocar o foco do atendimento biologicista, centrado apenas na úlcera para uma abordagem geral do portador, superando a visão simplista e limitada da assistência.

Por outro lado, a construção de novos saberes e novas práticas poderá contribuir significativamente para nortear a formação de recursos humanos na área da saúde, principalmente na enfermagem, a partir da discussão sobre a sistematização da assistência a portadores de UV.

Diante do exposto, este estudo se reveste de especial importância, pois poderá possibilitar a avaliação da assistência prestada pelas equipes do PSF aos portadores de UV, o que poderá permitir uma reorganização e replanejamento da assistência integral e resolutive, com vista a tornar viáveis os pressupostos do SUS.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral:

Avaliar a assistência prestada aos portadores de úlceras venosas pelas Unidades de Saúde da Família do município de Natal/RN.

1.1.2 Específicos:

Identificar a prevalência de úlceras venosas nos usuários atendidos pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Natal/RN;

Identificar as características sociodemográficas e de saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Natal/RN;

Identificar a assistência prestada aos pacientes com úlceras venosas atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Natal/RN;

Identificar o tipo de assistência prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Natal/RN aos portadores de úlceras venosas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão da temática, abordaremos, no primeiro momento, o SUS e seus princípios, enquanto política nacional de saúde. No segundo momento, abordaremos o PSF. No terceiro, discorreremos sobre a UV focalizando o conceito, etiologia, diagnóstico diferencial, tratamento, prevenção e, por último, discutiremos os aspectos inerentes à sistematização da assistência, abordando as diretrizes, recomendações e condutas assistenciais aos portadores de UV.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

No século XX, o sistema de saúde transitou do sanitismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 1980, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público de saúde, o SUS.

A década de 1980 foi marcada por grandes mudanças econômicas e políticas que determinaram o fim do esgotamento do modelo assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de saúde. Nessa época, predominava um grande descontentamento por parte da sociedade civil organizada, já não se acreditando no aumento da atenção médica, como resposta aos problemas de saúde da população.

Fleury (1992) assinala que o debate desenvolvido pelo movimento da reforma sanitária contribuiu para questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre as organizações dos serviços de saúde e a estrutura social.

Nesse sentido, grandes mobilizações aconteceram no cenário nacional e internacional. No cenário internacional, destaca-se a conferência de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde, definidos como os cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, usando tecnologia de acesso universal a um custo compatível com a fase de desenvolvimento de cada comunidade ou país (OMS, 1979).

A referida conferência foi coordenada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e originou a Declaração de Alma-Ata, documento de referência em Atenção Primária (AP), da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, e deu origem ao movimento “Saúde para todos”, no

ano 2000, movimento este que desencadeou em nível mundial as expectativas por uma nova saúde pública.

No Brasil, em 1986, realizou-s, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com grande participação popular. Foi considerada marco nas propostas de mudança do setor de saúde, cujas recomendações foram incorporadas em grande parte pela Constituição de 1988 (PAIM, 2003). O relatório final da CNS apontava o fim da exclusão social na saúde com a construção de um sistema único de saúde.

No entanto, para viabilidade das intervenções das propostas da reforma sanitária, foi necessário trilhar três caminhos: “o legislativo parlamentar; o sociopolítico e o técnico institucional” (PAIM, 1999).

No primeiro momento tornou-se imperativo cuidar das bases jurídicas para implantação das novas medidas, sendo uma delas a aprovação do capítulo da Saúde da Constituição da República. Em seguida, trabalhar as mobilizações de setores da sociedade civil (formação de conselhos municipais de saúde e participação na gestão dos serviços de saúde). E por último, e não menos importante, a criação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), considerada uma “estratégia-ponte” para a implantação do SUS (PASSOS, 2003).

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema único de saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária.

Rocha (1997) ressalta que a Constituição de 1988 integrou o SUS, porém sua regulamentação só veio a acontecer no final de 1990, com as leis orgânicas da saúde (Leis 8080 e 8.142) e suas primeiras diretrizes operacionais surgem apenas no primeiro trimestre de 1991, com a Norma Operacional Básica (NOB), a 01/91.

A institucionalização do direito à saúde requereu, além da base normativa e legal, incluindo a Constituição Federal de 1988, as leis Orgânicas de Saúde, as Constituições Estaduais e Municipais, as NOBs e ainda, em uma base maior, a Seguridade Social, rompendo os vínculos entre contribuição e benefício, buscando sepultar o modelo excludente do Seguro Social (FLEURY, 1987).

A ampliação do conceito de saúde, a inclusão jurídica legal da participação e inclusão social (Lei n.º 8142/90) implicaram em intervenções, no âmbito da saúde, como a descentralização dos serviços, exigindo medidas mais amplas de ordem econômica, política,

cultural, caracterizando-se como um processo social e político (MENDES, 1999; PAIM, 1993).

A criação do SUS significou, de fato, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira, com base legal. A descentralização constituiu o pilar central da reforma sanitária, modificando a forma de alocação de recursos, institucionalizando os fóruns participativos no processo decisório, definindo estratégias prioritárias e mecanismo de indução que pretende impulsionar a reorganização dos sistemas locais de saúde numa perspectiva transformadora (ALMEIDA, 2003; PAIM, 1999).

Paim (1999) acrescenta que a reforma sanitária brasileira ampara-se em três pilares básicos, a saber: o primeiro diz respeito às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde que reduzissem ou eliminassem os riscos de adoecer. O segundo refere-se ao campo político, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado e o terceiro relaciona-se à reestruturação dos serviços de saúde por meio da constituição de um SUS, organizado em uma rede única, regionalizada, hierarquizada, com participação social e controle popular sobre as ações de saúde.

Assim sendo, o SUS segue a mesma doutrina em todo o território nacional e os seus princípios estão baseados nos seguintes preceitos constitucionais (BRASIL, 1990):

- Universalidade: garantia de atenção à saúde, por parte de todo e qualquer cidadão. Saúde é direito da cidadania e dever do governo municipal, estadual e federal.

- Equidade: garantia de acesso a qualquer pessoa, em igualdade de condições, nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

- Integralidade: é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. O homem é um ser integral, biopsicosocial e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde.

- Regionalização e Hierarquização: organização dos serviços em níveis de complexidade diferenciada, distribuindo-os a uma população definida e em um território delimitado.

Passos (2003) destaca que a hierarquização e a regionalização racionalizariam assistência, ordenando o fluxo de usuários, através do sistema de referência e contra-

referência possibilitando a resolução dos problemas no nível adequado. Resgatar-se-ia a rede básica enquanto espaço privilegiado de estruturação do novo modelo assistencial, que asseguraria acesso universal ao sistema de saúde.

Assim sendo, o Ministério da Saúde (MS) alicerçado nos princípios do SUS — que por sua vez não comporta o modelo de saúde vigente —, adotou, em 1994, o PSF, como estratégia de mudança da racionalidade da assistência à saúde no Brasil.

Neste sentido, Mendes (1999, p. 272), afirma que

um sistema de saúde que adota os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção não pode aceitar a interpretação da atenção primária como programa porque isso significa a negação de todos esses referenciais doutrinários pela institucionalização do tratamento discriminatório aos excluídos.

Assinala ainda o mesmo autor (MENDES, 1999) que a sigla PSF pegou e constitui, hoje, boa marca política para a saúde da família. O importante, aqui, é falar de um Programa de Saúde da Família, sabendo que não é um programa, mas, sim, uma estratégia de saúde da família, que passaremos a enfocar a seguir.

2.2 Programa de Saúde da Família (PSF)

Diante do modelo assistencial predominante, caracterizado pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo, utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis, baixa resolubilidade, insatisfação dos gestores, profissionais de saúde e usuários, o Ministério da Saúde (MS) assume o PSF como estratégia reestruturante desse modelo, que foi implantado em 1994, oriundo do acúmulo de experiências capilarizadas pelo Programa de Agentes de Saúde (PACS) (SOUSA, 2000; BRASIL, 1994, 1997).

Segundo o MS (Brasil, 1994) o PSF, é uma estratégia inovadora de mudança do modelo assistencial, tendo como objetivo maior promover a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. Para tanto, se estrutura nos seguintes princípios:

- Caráter substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um processo de trabalho comprometido com a solução de problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

- Integralidade e hierarquização: a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde

- Territorialização e cadastro familiar: a USF (Unidade de Saúde da Família) trabalha com território definido.

- Equipe multiprofissional: a equipe do PSF é formada minimamente por um médico generalista ou um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes de saúde. Recentemente, foi incorporado o profissional dentista e o auxiliar de consultório dentário (ACD).

Uma USF pode atuar como uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), uma equipe seja responsável por uma área, onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes.

Na concepção de Sousa (2000), a efetiva implantação dessa estratégia vem possibilitar a busca de integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

O PSF surge como uma possibilidade de reorganização do modelo assistencial e propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial (SOUSA, 2000).

Também assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre e de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUSA, 2000).

Todo o sistema deve ser estruturado, segundo a lógica da estratégia adotada, e não apenas as unidades básicas, pois a continuidade da atenção deve ser garantida, através de um fluxo contínuo, em todos os níveis de complexidade.

Para Chiesa e Fraccolli (2004), a atuação do PSF ocorre na lógica de transformações das práticas de saúde na atenção básica, a partir do entendimento de saúde, como resultado de um processo de produção social. As equipes do PSF devem, portanto, atuar em território

definido, com uma população adscrita, enfoque centrado na família, acolhendo, construindo vínculo e aprendendo a ser co-responsável.

Ora, isso implica que o PSF não pode ser entendido como um programa de pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, e sim como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, assumindo o desafio do princípio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Segundo Mendes (1999), o PSF consiste numa estratégia de organização da atenção primária que visa à criação de unidades de saúde com uma equipe de profissionais atuando em um determinado território e desenvolvendo ações voltadas para a saúde e dirigidas para a família.

Pressupõe a eleição da família e do seu espaço social como núcleo básico de abordagem, prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade, nas especialidades básicas de saúde, à população adscrita no domicílio, nos serviços de saúde, transformando o processo de trabalho em saúde, com mudança no foco de atenção, que deixa de ser centrado no indivíduo e na doença, passando para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação (MENDES, 1999).

Paim (2003) adverte que para vir a ser uma estratégia de mudanças, o PSF necessita provocar incômodo, mostrando que, mesmo com incentivos adicionais, a maior proporção de recursos financeiros e assistenciais ainda é destinada para a assistência hospitalar e para procedimentos de alta complexidade, revelando uma grande contradição, uma vez que essa estratégia tem a atenção básica como prioridade.

Apesar de existir divergências no campo da saúde coletiva, uma gama de autores reconhece o PSF como uma estratégia privilegiada de implementação dos princípios organizativos do SUS e, principalmente, como uma estratégia de mudança das práticas assistenciais e de reorganização e fortalecimento da atenção básica (TEXEIRA, 2004; ROCHA, 2000; SOUSA, 2000; MENDES, 1999).

O MS entende o PSF como um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, com o desafio do princípio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

Assim sendo, o PSF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, além dos seguintes objetivos específicos (BRASIL, 1997):

- Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade na Unidade de Saúde e Domicílio;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de atenção;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e população;
- Proporcionar parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Nesse sentido, a rede básica deve ser compreendida como parte de um modelo proposto de forma piramidal, ficando na base o nível de atenção primário (Unidades Básicas de Saúde), responsável pela atenção integral, individual e coletiva e pela integração das ações de promoção e prevenção de saúde coletiva, terapêutica, configurando a porta de acesso aos níveis de maior complexidade (CECÍLIO, 1997).

Para Merhy e Queróz (1993), a rede básica de serviços de saúde, no contexto atual, convive de um lado, com o sucesso significativo no que diz respeito à implantação de uma rede de serviços municipalizada e universalizada e de outro, com a extrema dificuldade de se libertar do predomínio da clínica individual, baseada no paradigma biológico, em favor da lógica da saúde pública.

Após abordarmos o PSF, enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial, passaremos a descrever a implantação do PSF no município de Natal.

2.3 Os caminhos do PSF no município de Natal

A criação do novo fundamenta-se em fatos pré-existentes, “... embora o pré-existente não seja suficiente para produzir o novo, porque prescinde da atividade humana, ou seja, da intervenção da consciência e da prática humana” (BACKES, 2000).

Este pensamento de Backes (2000) ilustra um pouco os caminhos do PSF no município de Natal/RN. Aqui também se discutia e se tentava seguir os passos da reforma sanitária brasileira, portanto, em 1996, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/NATAL/RN), através da Lei nº 3394, com base nos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.

Segundo Mota (2003), no momento da sua criação, a SMS tinha como diferencial possuir um projeto claro e sério de assistência à saúde de qualidade, onde os profissionais e gestores atuavam em parceria em todo o processo.

Porém, após o triênio 1996/1999 a rotatividade de gestores, favoreceu a descontinuidade do processo, pois cada mudança significou a mudança também de prioridades, e implicou em sérias conseqüências para definições de políticas da instituição SMS (MOTA, 2003).

A década de 1990 foi caracterizada pela grande crise, evidenciada na deterioração da rede assistencial, pela desigualdade de acesso, sucateamento das estruturas físicas e desabastecimento de material, além da falta de política de recursos humanos (MOTA, 2003).

Prevaleceu, a preocupação com o financiamento, e com a produtividade em detrimento de discussões e planejamentos, mecanismos efetivos de regulação, controle e avaliação, além de mecanismos de negociação fundamentais a uma assistência de qualidade à população (MOTA, 2003).

Villas Boas (2004) relata que foi nesse cenário conturbado que surgiu, em 1994, o PSF no município de Natal/RN como estratégia de transformação do modelo vigente.

No entanto, assinala Rocha (2000), que foi a partir de 1997 que o PSF passou a despertar interesse institucional. Naquele momento houve um maior incentivo, por parte do MS, para os municípios, como também o crescimento por parte de alguns sanitaristas da SMS, do desejo de participar desse processo.

Convém ressaltar que, apesar da SMS ter aderido ao PSF em 1994, suas atividades só iniciaram em 1998, com a implantação de quatro equipes no Distrito Oeste em três bairros: Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes. A escolha desses bairros foi devido às suas características epidemiológicas (alto índice de mortalidade infantil; alta concentração de favelas e isolamento em relação a serviços sociais). Em setembro do mesmo ano, o número de equipes do PSF passa de quatro para nove (ROCHA, 2000).

A ampliação do PSF sofre uma interrupção, só retornando no ano de 2002, com a implantação inicial de 36 equipes, abrangendo outras áreas e posteriormente, ainda no mesmo ano, mais duas equipes foram implantadas no Distrito Sanitário Norte (VILLAS BÔAS, 2004).

É importante destacar que a retomada da expansão do PSF não ocorreu pelo Distrito Sanitário Oeste, onde havia sido iniciado. Este fato gerou muito desgaste para os profissionais e insatisfação para a população, devido às áreas descobertas próximas às USFs já implantadas (VILLAS BOAS, 2004).

Durante o ano de 2003, implantou-se a primeira USF, no Distrito Leste, a USF Guarita, e logo em seguida as USFs do bairro das Rocas e do Passo da Pátria. Em 2006, são implantadas mais três USFs, sendo duas no Distrito Oeste e uma no Distrito Sul, considerada a primeira deste último.

De acordo com documento elaborado pela SMS de Natal/RN (2005), a integralidade é considerada princípio fundamental para promover a organização dos serviços de saúde. A proposta de desenho da rede tem a estratégia de saúde da família como eixo estruturante da organização da atenção básica.

No período de realização da pesquisa, segundo dados do relatório da SMS, o município de Natal tinha uma população de 755.068 habitantes e a rede de serviços de saúde contava com 32 USFs que davam cobertura a 46,1% da população de Natal. O Distrito Norte cobria 78,5% da sua população; Distrito Oeste 56,6% e Distrito Leste 22,4% (NATAL, 2005).

Coexistiam, no modelo, 20 unidades básicas de saúde tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. Na perspectiva da longitudinalidade da rede havia 4 unidades de suporte ofertando serviços de média complexidade; 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e 4 Policlínicas (NATAL, 2005).

Como a USF é considerada a porta de entrada local do sistema de saúde conforme já foi mencionado, diariamente vem a essa USF inúmeros usuários do SUS portando os mais diversos tipos de demandas, dentre estes a busca por assistência a úlceras de membros inferiores, principalmente as úlceras de etiologia venosa, resultantes de IVC, que passaremos a abordar a seguir.

2.4 Considerações Gerais sobre Insuficiência Venosa Crônica (IVC) e Úlceras Venosas (UV)

A UV se apresenta como a complicação mais séria da insuficiência venosa crônica (IVC), tem alta prevalência, e caráter recidivante e geralmente provoca sofrimento tanto ao seu portador, quanto no seu a familiar. Gera dependência dos serviços de saúde, de cuidadores domiciliares e constitui um importante problema de saúde pública.

É resultante do inadequado retorno do sangue venoso nos pés ou pernas, relacionado a várias doenças como: diabetes melittus, doença vascular periférica e IVC. Ocorre quase que exclusivamente associada à IVC (70% a 80%), estando relacionada à presença de hipertensão venosa prolongada, devido à incompetência das válvulas, mas também pode surgir em

consequência da trombose venosa profunda ou disfunção da bomba muscular da panturrilha da perna (MAFFEI, 2002; FALANGA, 1997).

De acordo com Hurley (1990), é considerada a mais freqüente dentre as doenças de origem venosa. É uma patologia antiga relatada por, por Hipócrates (460 – 370 a.C.) e Asclepiades de Bithynia (124 – 40 a.C.) desde os papiros egípcios.

Apesar de ser um agravo antigo no mundo todo, no Brasil, a importância socioeconômica da IVC passou a ser considerada, pelo governo, somente na última década, o que tem despertado um interesse pelo conhecimento científico e clínico da doença (MAFFEI, 2002).

A IVC possui uma incidência de aproximadamente 5,9% nos países industrializados e constitui um problema de saúde muito presente na população idosa. Embora possa acometer também os adultos jovens, a sua maior prevalência ocorre em pessoas acima de 60 anos (BORGES, 2005).

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a prevalência denota a casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores que zero sobre os eventos de saúde ou de não doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças na coletividade.

A prevalência da IVC tem aumentado com o crescimento da população idosa. Na Europa, 5% a 15% das pessoas, entre 30 e 70 de idade, apresentam essa doença, sendo que 1% destes tem UV. Nos Estados Unidos da América, cerca de 7 milhões de indivíduos têm IVC, a qual é responsável por 70% a 90% de todas as úlceras de membros inferiores (HEIT et al., 2001).

No Reino Unido, a prevalência está estimada entre 1,5 e 1,8 por 1.000 do total da população, e essa relação tende a crescer para 3 por 1.000 na faixa etária de 61 a 70 anos e 20 por 1.000 em pessoas com idade superior a 80anos. As úlceras de membros inferiores estão presentes em 1% a 2% da população, significando 80 a 100 mil pacientes com lesões abertas, além de 400 mil indivíduos com úlceras cicatrizadas que podem recidivar.

Estudo realizado no distrito de Newcastle (Reino Unido) apontou uma prevalência de úlcera de membros inferiores de 1,9 por 1000 pacientes com mais de 45 anos e uma incidência anual de 3,5 por 1000, nessa mesma amostra estudada (LESS; LAMBERT, 1992).

Na Europa e Austrália, a prevalência relatada é de 0,6% a 1%, embora no mundo todo possa chegar a 2,7% (GOLDMAN; FRONEK, 1992).

No Brasil, estudo epidemiológico de alterações venosas de membros inferiores, realizado por Maffei (2002) na população de Botucatu/ SP, identifica uma prevalência de 3,6% de IVC grave com úlceras ativas ou cicatrizadas.

Na maioria das pessoas, a primeira UV aparece por volta da idade de 60 anos, com predominância no sexo feminino, é um índice de recorrência de 60% a 72%. O custo do tratamento das úlceras é estimado em 1 bilhão de dólares nos Estados Unidos (PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002).

Torres et al. (2005, 2004cd), Yamada e Santos (2005), Yamada (2001) e Borges (2000), em estudos realizados, encontraram predominância do sexo feminino com um alto índice de recidivas, somado a uma grande dependência dos serviços de saúde, resultando em altos custos para os serviços de saúde, além de imensurável custo emocional para o portador de UV e seus familiares.

De acordo com Maffei (2002), a IVC caracteriza-se como um conjunto de alterações físicas, como o edema, a hiperpigmentação, o eczema, a erisipela, a lipodermatoclesrose, que ocorrem na pele e no subcutâneo, principalmente nos membros inferiores. Essas alterações são decorrentes da hipertensão venosa de longa duração, causada por insuficiência valvular e / ou obstrução venosa.

Para melhor compreendermos a UV, considerado o maior agravo da IVC, faremos a seguir uma abordagem sobre a anatomia e fisiologia do sistema venoso dos membros inferiores.

2.4.1 Anatomia e fisiologia do sistema venoso

O sistema venoso das extremidades inferiores é formado por três sistemas de veias distintos anatômica e funcionalmente, sendo esses: superficial, comunicante e profundo.

O sistema superficial compreende as veias: safena, magna, parva e suas tributárias. A veia safena magna origina-se na extremidade medial do arco dorsal do pé e ascende pela perna e coxa medialmente. Em seguida, une-se à veia femoral logo abaixo do ligamento inguinal. A safena parva se origina da extremidade lateral do arco venoso dorsal, passa posteriormente ao maléolo lateral e ascende pelo subcutâneo na porção média e posterior da panturrilha (MAFFEI, 2002; THOMAZ, 1997; GARRIDO, 1995).

A comunicação entre o sistema superficial e o sistema profundo é realizada pelo sistema comunicante ou perfurante. O sistema profundo é composto de três grupos de veias tibiais pareadas que, em conjunto, formam a veia poplítea. Ao nível do canal adutor, a veia poplítea passa a ser chamada femoral superficial; esta, por sua vez juntar-se-á à veia femoral profunda, originando a veia femoral comum (MAFFEI, 2002; THOMAZ, 1997; GARRIDO 1995).

Os sistemas venosos superficial, comunicante e profundo são equipados com válvulas bicúspides que se abrem no sentido ascendente. É de grande importância, para o sistema venoso, a presença dessas válvulas, pois, em condições normais, impedem o refluxo do sangue durante o relaxamento da musculatura das pernas e orientam o fluxo do mesmo, em direção única do sistema superficial para o profundo (DALDAT-GRANJA et al., 2005; FALANGA, 1997; MORISON, 1997).

O sangue se move dos pés em direção ao coração, primariamente pela função propulsora da musculatura da panturrilha, aliada à compressão da esponja plantar. Neste sentido, a musculatura da panturrilha funciona como verdadeira bomba periférica, ajudando as válvulas a superar a força da gravidade, impulsionar o sangue para o coração e diminuir a pressão no interior das veias (DADALTI-GRANJA et al., 2005; HURLLEY, 1990).

A pressão no interior das veias profundas, em posição supina, mede em torno de 0 mmHg; em pé, eleva-se para 80mmHg a 90mmHg, porém, ao deambular essa pressão cai para 30mmHg (MAFFEI, 2002; FALANGA, 1999).

O relaxamento da panturrilha produz uma baixa pressão nas veias profundas, podendo atingir pressões negativas; em decorrência, fecha-se então a válvula proximal do eixo profundo, provocando elevação da pressão venosa na rede superficial em relação àquela dos eixos profundos e permitindo a aspiração do sangue em profundidade, através das veias perfurantes. A pressão hidrostática venosa reduz de 100mmHg a valores de 0 a 30 mmHg durante a deambulação (MAFFEI, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

Após discutirmos acerca da anatomia e fisiologia, destacaremos, a seguir, a fisiopatologia da IVC.

2.4.2 Fisiopatologia do sistema venoso

A IVC é resultante da insuficiência das válvulas das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais, este agravo pode ser de etiologia congênita, primária ou secundária (PHILLIPS, 2001; FALANGA, 1999).

O sistema venoso define-se como um sistema de capacitância, atuando como reservatório sanguíneo, e com a função de retornar, ao coração, o sangue desoxigenado. As veias da panturrilha, em associação com os tecidos circundantes, formam uma unidade funcional denominada de bomba muscular ou coração periférico, potencialmente atuante, evitam o fluxo retrógrado e direcionam o fluxo sanguíneo centralmente em direção ao coração (PHILLIPS, 2001; FALANGA, 1997).

A falha no mecanismo fisiológico do fluxo venoso desencadeia a hipertensão venosa em deambulação. No decorrer do tempo, a elevação dessas pressões no interior dos vasos compromete a microcirculação, causando danos às paredes e aumentando a permeabilidade dos mesmos. Estas alterações permitem a saída de substâncias do interior dos vasos para a pele, resultando nas alterações cutâneas decorrentes da IVC e previamente descritas. (MAFFEI, 2002; FALANGA, 1997).

A hipertensão venosa está relacionada à pressão hidrostática, que diz respeito à pressão da coluna de sangue no átrio direito. Em situações de normalidade, o fluxo venoso passa do sistema venoso superficial para o profundo, através de veias comunicantes com válvulas competentes, que impedem a volta de sangue para o sistema superficial. A hipertensão venosa é resultante da incompetência das válvulas do sistema venoso profundo e comunicante (MAFFEI, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

O funcionamento adequado da bomba muscular comprime as veias profundas da panturrilha durante sua contração. Ocorre o fechamento da válvula da veia distal profunda e das válvulas da veia perforante e conseqüentemente o sangue é ejetado em direção ao coração (MAFFEI, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

Em um indivíduo sadio, a bomba muscular ejeta o sangue de modo tão eficaz que reduz a pressão intravascular venosa a valores próximos de zero e é capaz de gerar pressões superiores a 200 mmHg. A disfunção da bomba muscular da panturrilha, associada ou não à disfunção valvular também é responsável pela hipertensão venosa, levando a um acúmulo excessivo de líquidos e de fibrinogênio no tecido cutâneo, resultando em edema, lipodermatoesclerose e finalmente ulceração (MAFFEI, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

Na presença de IVC, a pressão venosa permanece elevada durante a deambulação, que em condições normais, reduz. A manutenção da bomba da panturrilha e de um sistema venoso íntegro é fundamental para prevenir refluxo sanguíneo, assim como ondas de pressão retrógradas que afetam o sistema superficial. (MAFFEI, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

Identificado o processo fisiopatológico, passaremos a evidenciar a classificação da IVC.

2.4.3 Classificação da IVC e diagnóstico da úlcera venosa

Em 1995, um comitê de especialistas de vários países estabeleceu um consenso para classificação da doença venosa, com o propósito de utilização sistemática e universal. A classificação é feita através da sigla “CEAP”, onde “C” refere-se aos sinais clínicos objetivos da doença; “E” ,à etiologia; “A” ,à localização anatômica, e “P”, a fisiopatologia (CLASSIFICATION, 1997; KRISTNER, 1996).

Os sinais clínicos “C” recebem uma graduação de C₀ a C₆:

- C₀ corresponde à ausência de sinais clínicos;
- C₁, à presença de telangectasias ou veias reticulares;
- C₂, à presença de veias varicosas;
- C₃, à presença de edema;
- C₄, à presença de alterações que ocorrem na pele e subcutâneo, atribuídas à doença venosa (hiperpigmentação, lipodermatoesclerose e eczema);
- C₅, presença das alterações referidas em C₄, além da existência da úlcera cicatrizada;
- C₆, às mesmas alterações descritas em C₄ somado a presença de úlcera ativa.

A gravidade da doença é proporcional à pontuação, quanto maior a pontuação, maior a gravidade. Os sinais de IVC iniciam-se na graduação C₃.

A etiologia “E”, diz respeito a três categorias de disfunção venosa: congênita, primária e secundária.

- Congênita (EC): os problemas congênitos podem ser aparentes no nascimento ou detectados posteriormente;
- Primária (EP): os primários têm causa desconhecida;
- Secundária (ES): os secundários são condições adquiridas e com patologia conhecida, como por exemplo, a trombose venosa profunda.

A classificação anatômica “A” refere-se à localização anatômica da doença, nas veias dos sistemas venosos, superficial, profundo ou perfurante. A doença pode afetar um, dois ou três sistemas venosos:

- Veias superficiais (AS);
- Veias profundas (AD);
- Veias perfurantes (AP).

Por último a fisiopatologia (“P”), que associa a IVC ao refluxo decorrente da insuficiência valvular, da obstrução ou de ambos:

- Refluxo (PR);
- Obstrução (PO);
- Refluxo e Obstrução (PRO).

A UV é o agravo final de um conjunto de anormalidades vasculares que acometem toda a camada do tecido tegumentar, desencadeando diversas alterações localizadas nas porções distais dos membros, como a hiperpigmentação cutânea e o edema justamaleolar (CHERRY; CAMERON, 1991).

Descreveremos, a seguir, os sinais clínicos de IVC mais frequentemente encontrados nos membros inferiores.

As **veias varicosas** (varizes) estão presentes em 10% a 20% da população adulta. Constitui um dos principais sinais de hipertensão venosa dos membros inferiores e é geralmente consequência de danos das válvulas venosas (congenitos ou adquiridos). Como resultados desses danos, ocorre uma exposição da rede venosa a uma pressão superior à normal (superior a 90mmHg em vez de 30 mmHg). As veias superficiais finas tornam-se dilatadas, alongadas e tortuosas (MAFFEI, 2002).

Segundo Morison et al. (1997), 3% dos pacientes com varizes desenvolverão UV, mas nem todo paciente com UV tem veias varicosas. Nesse sentido, enfatiza o mesmo autor que não está claro se veias são condições predisponentes para UV ou simplesmente condições associadas com uma etiologia comum.

Dentre os fatores predisponentes, são considerados importantes: a hereditariedade (presente em 65% pessoas com varizes primárias), profissões que permanecem de pé por longos períodos e o sexo feminino (SILVA, 2002).

O **edema** caracteriza-se como o sinal mais comum das doenças venosas. É causado pelo aumento na pressão venosa resultante da incompetência da bomba de músculo da panturrilha, que leva à distensão do leito dos vasos capilares (MAFFEI, 2002; MORISON et al., 1997).

Desenvolve-se insidiosamente, é mais presente no final da tarde, agravando-se com a longa permanência em pé, porém, regride após o descanso na posição deitada com elevação dos membros inferiores.

Localiza-se na região maleolar, é de consistência mole, e pode ser detectado em vários graus. Nos estágios mais avançados da IVC, tende a não regredir com a elevação dos

membros, progredindo para fibrose subcutânea em resposta as hemácias e proteínas plasmáticas extravasadas (MAFFEI, 2002; SILVA, 2002).

Maffei (2002) atribui a formação do edema, ao aumento da pressão hidrostática capilar, resultante da hipertensão venosa constante, até mesmo durante a deambulação.

Para desencadear a formação de edema, a pressão venosa deve ter valores entre 11 e 15 mmHg. Em posição supina raramente a pressão do interior das veias alcança esses valores, porém, na posição ortostática (de pé) e em imobilidade, a pressão atinge níveis de 80 a 90 mmHg, levando à formação do edema (MAFFEI, 2002).

A **celulite e erisipela** podem vir a desenvolver-se na evolução da IVC, em decorrência do edema de longa duração, rico em proteínas e freqüentemente sitio de infecções por germes gram negativos e que penetram a pele através de picadas de insetos, ferimentos, pequenas fissuras, gerando infecção da pele e tecido subcutâneo (celulite) e da rede linfática subcutânea (erisipela) (MAFFEI, 2002).

A **hiperpigmentação** surge em decorrência da hipertensão venosa, que provoca a ruptura do capilar ou a abertura de espaços intercelulares, permitindo o extravasamento de hemácias e grandes moléculas de proteínas para o fluido intersticial (subcutâneo). No espaço intersticial, acontece a desintegração das hemácias, e a hemoglobina se degrada em hemossiderina, que provoca a coloração castanho-azulada ou marrom — acinzentada aos tecidos — (MAFFEI, 2002; PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002).

A **dermatite venosa** (dermatite de estase ou eczema) comumente surge na região hiperpigmentada ou de intensa congestão em torno de úlceras ou cicatrizes. É caracterizada por eritema, edema, descamação, exsudato e também prurido intenso, geralmente na parte distal da perna. Estas modificações na pele produzem maceração e minúsculas fissuras na integridade que podem comprometer a função de barreira da pele (CASTRO et al., 2001; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001)

A **lipodermatoesclerose** é ocasionada pela combinação do edema crônico com o depósito de fibrina e a presença de mediadores inflamatórios. É indicativo de doença venosa antiga. A pele circunjacente se torna retraída e fibrótica ou endurecida, envolvendo todo o terço inferior da perna (CASTRO et al., 2001; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

Quando em estágios mais precoces, geralmente envolve a porção da perna acima do maléolo e é caracterizada por uma endureção mais difusa, não muito bem demarcada, dolorosa, eritematosa e quente dificultando o diagnóstico diferencial com outras patologias, como: celulite persistente, eritema nodoso, esclerodermia em placa ou outras paniculites. O

alto grau de endurecimento da lipodermatoesclerose está relacionado à baixa taxa de cicatrização (CASTRO et al., 2001; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001).

A **coroa flebectásica** é caracterizada pela distensão das minúsculas veias na região do maléolo medial (interno) ou lateral (externo). Ocorre em função do adelgaçamento da derme associado a um pobre suprimento sangüíneo, tornando a pele susceptível ao trauma. Geralmente está relacionada com a incompetência das veias perfurantes (MORISON et al., 1997).

Conhecendo as alterações mais freqüentes encontradas nos membros inferiores e sabendo ser a UV a mais grave de todas, é importante que saibamos identificar suas características.

A UV surge de forma espontânea ou traumática e, muitas vezes, precedida por episódio de erisipela, celulite ou eczema de estase. A localização mais freqüente é a região do maléolo e o terço distal da perna medial, podendo estar localizada em qualquer região abaixo do joelho, exceto a região plantar (CAFFARO; SANTOS; PORCIÚNCULA, 2004; BRASIL, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001; PIEPER, 2000; TIAGO, 1995).

Em geral, é de evolução lenta, podendo ser única ou múltipla, apresenta bordas com margens irregulares planas (aparência de mapa) ou com discreta elevação. O leito da lesão é raso e avermelhado, porém, dependendo do estado em que se encontra e do seu tempo de existência, pode apresentar fibrina ou esfácelos amarelos aderente ou frouxos. Raramente apresenta escara necrótica ou exposição de tendão, exceto quando há presença de tecido necrosado (YAMADA, 2003; BRASIL, 2002; PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001; TIAGO, 1995).

A UV produz muito exsudato e quando purulento indica processo infeccioso. Geralmente são dolorosas e melhoram com a elevação dos membros. A dor é mais evidente principalmente quando há presença de edema e infecção (YAMADA, 2003; BRASIL, 2002; PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002; VALENCIA; FALABELLA; EAGLSTEIN, 2001; TIAGO, 1995).

Não se admite mais que a UV, ou qualquer outra úlcera seja tratada como uma simples ferida. Tratar de uma úlcera é muito mais complexo; é cuidar de um ser humano holisticamente.

Neste sentido, para o diagnóstico da IVC e UV, é importante estabelecer o diagnóstico diferencial da etiologia através da anamnese e em seguida proceder ao exame físico para avaliação do estado vascular e das lesões. Alguns exames laboratoriais e RX podem vir a auxiliar o diagnóstico.

O diagnóstico clínico da IVC e UV é feito pela anamnese e exame físico. Os itens a serem considerados na anamnese são: a queixa e a duração dos sintomas, como, por exemplo, história da moléstia atual; caracterização de doenças anteriores (especialmente a trombose venosa); traumatismos prévios dos membros; e existência de doença varicosa. Os sintomas incluem sensação de peso (MAFFEI, 2002).

Os diferentes métodos diagnósticos da doença venosa dependem do examinador e requerem habilidade clínica específica. Alguns exames invasivos ou não invasivos, como doppler manual, o índice de pressão tornozelo/braço (ITB), flebografia, duplex-scan, podem ser realizados para complementação do diagnóstico, embora a anamnese e o exame clínico sejam suficientes para o diagnóstico de IVC e da UV (FRANÇA; TAVARES, 2003; SILVA, 2002; FALANGA, 1997).

Nesse sentido, descritos os aspectos relativos à classificação da IVC e diagnóstico da UV, abordaremos o tratamento tópico desta última que compreende terapia tópica e terapia compressiva.

2.4.4 Tratamento tópico da úlcera venosa

A terapia tópica é fundamental no tratamento de UV e compreende o processo de limpeza, aplicação de coberturas e terapêutica compressiva do membro afetado.

A limpeza visa à remoção do leito da ferida, de matéria estranha (debris, fragmentos de tecidos desvitalizados, corpos estranhos, excesso de exsudato, restos de coberturas), reduzir o número de microrganismos, além de preservar o tecido de granulação. Devem ser utilizados fluidos não tóxicos para a ferida (BORGES, 2001; SANTOS, 2000).

A técnica de limpeza empregada deve sempre evitar o trauma mecânico e/ou químico, respeitar a viabilidade do tecido de granulação e preservar o potencial de cicatrização. Para isso, recomenda-se não utilizar a limpeza mecânica do leito da ferida com instrumental (pinças) e gaze umedecida com solução salina isotônica (0,9%). Essa técnica pode lesar o tecido de granulação, podendo ocorrer também sangramento macroscópico, desencadeando reações inflamatórias, prolongando o período de cicatrização (BORGES, 2001; SANTOS, 2000).

A irrigação exaustiva do leito da ferida, feita através de jato com solução fisiológica, cuja pressão deve variar entre 4 psi a 15 psi (libra/polegada) é um método apropriado. A pressão adequada é de 8 psi, pois reduz o risco de trauma e conseqüentemente de infecção (SANTOS, 2000; YAMADA, 1999).

Para limpeza a jato, é utilizado frascos de soros perfurados (furo único), com agulha de calibre 40x12 cm, ou seringas de 20 ml conectadas com agulhas 40x 12, por não dispormos de comercialização aqui, no Brasil, de seringas de 35 ml e agulhas de guage. No entanto, segundo Yamada (1999), desconhece-se a pressão atingida por tais mecanismos e não se dispõe de publicações que façam referência ao fato.

O uso de anti-sépticos, atualmente, tem sido contra-indicado por serem tóxicos para os leucócitos, fibroblastos e outras células e substâncias que participam do processo de cicatrização, contribuindo para retardo no processo cicatricial. Dentre essas soluções podem ser destacadas como as mais comuns, a polivinil-pirrolidona-iodo a 10% (PVPI 10%) e a clorexidina a 4% (BORGES, 2001; SANTOS, 2000).

A ferida crônica funciona como porta de entrada permanente de microorganismos, por isso, é de grande importância a escolha de um método de limpeza que diminua e mantenha a menor taxa possível de bactérias no leito da úlcera, evitando o desenvolvimento de infecções.

A presença de necrose no leito da ferida, seja seca ou liquefeita, exige desbridamento, o qual pode ser autolítico, enzimático, mecânico ou cirúrgico.

Segundo Yamada (2003) e Figueiredo (2000), desbridamento é a remoção de tecidos desvitalizados, pois estes dificultam a cicatrização, aumentando a probabilidade de infecção e favorecendo o ambiente anaeróbico que inibe a granulação e a epitelização.

Os critérios para escolha de desbridamento são variados e devem considerar as condições clínicas do paciente, o tipo de tecido necrosado, a urgência e a habilidade e competência do profissional. A seguir, caracterizaremos cada método de desbridamento (BORGES, 2001; YAMADA, 1999; MONETTA, 1988):

- **Autolítico:** refere-se à autodestruição, isto é, a lise natural da necrose pelos leucócitos e enzimas digestivas (proteolíticas, fibrinolíticas e colagenolíticas) do próprio organismo, que penetraram no leito da ferida, durante a fase inflamatória. A eficácia do desbridamento autolítico dependerá da hidratação da necrose, portanto, a manutenção da umidade no leito da ferida.
- **Enzimáticos:** consiste na remoção dos tecidos necrosados com utilização de produtos enzimáticos. Agem quebrando quimicamente os tecidos colágenos por ação enzimática. As enzimas podem ser de origem microbiana e vegetal (fibrase, colagenase e papaína);

- **Mecânico:** caracteriza-se pela retirada da necrose do leito da ferida apela força física, que pode ser por meio de fricção, do uso de gaze úmida a seca, e do instrumental cortante;
- **Instrumental:** realizado com a utilização de objetos cortantes. Pode variar desde a retirada de uma camada superficial e fina de necrose até grandes excisões, por isso, é dividido em dois tipos: conservador (remoção de tecido lesado, sem comprometer o tecido viável), e cirúrgico (remoção maciça de tecido).

Após discorrermos sobre os métodos de desbridamentos, passaremos à segunda etapa do tratamento, que diz respeito às coberturas, que serão exploradas a seguir.

A **cobertura**, para Gomes e Borges (2001), é todo material, substância ou produto que se aplica sobre a ferida, formando uma barreira física, com capacidade, no mínimo, de cobrir e proteger o leito.

O tratamento de qualquer úlcera deve ser personalizado, isto é, considerar relevante todos os fatores individuais do paciente e os recursos materiais e humanos disponíveis.

A necessidade ou escolha de uma cobertura depende de avaliações sistematizadas, do momento evolutivo do processo cicatricial, de recursos materiais e humanos disponíveis, além do conhecimento do profissional em relação às indicações, às contra-indicações, aos custos e à eficácia (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003).

As coberturas podem ser classificadas, quanto ao desempenho em: passivas (protegem e cobrem as feridas), interativas (mantêm o meio úmido, facilitando a cicatrização) e bioativas (fornecem elementos necessários a cicatrização).

E, em relação ao contato com o leito da úlcera, são classificadas em primárias e secundárias. As primárias são colocadas diretamente sobre o leito da ferida e as secundárias sobrepõem as primárias quando necessário (BORGES et al., 2001).

Seja qual for a cobertura escolhida, esta deve sempre respeitar o princípio da manutenção da umidade do leito lesado. Este foi defendido por Winter (1962), a partir de estudos realizados em porcos, quando constatou a redução do tempo de cicatrização com o uso de coberturas impermeáveis compostas de poliuretano.

De acordo com Palfreyman et al. (2003), a cobertura para UV deve apresentar as seguintes características: ser estéril e livre de contaminantes, manter o leito úmido, remover excesso de exsudato, reduzir a dor da úlcera, fácil de trocar, não provocar reação alérgica, não

causar traumas na remoção, fornecer isolamento térmico, além de ser impermeável a microrganismos.

Passaremos, então, a retratar os diversos tipos de cobertura de uso hospitalar, ambulatorial e domiciliar para o tratamento de feridas.

Quadro 1. Apresentação das coberturas, ação e periodicidade de troca utilizados no tratamento de úlceras (BAJAY; JORGE; DANTAS, 2003).

COBERTURAS	AÇÃO	PERIODICIDADE DE TROCA
Gaze úmida com SF a 0,9%	Limpa e umedece a ferida, acelerando a granulação e estimulando o processo de autólise do tecido desvitalizado.	De acordo com a saturação do curativo secundário ou no máximo a cada 24 horas. Pouco exsudato: 24 horas Moderado exsudato: 12 horas Intenso exsudato: 6 a 8 horas ou quando necessário.
Hidrocolóide placa e gel	Manutenção do meio úmido, desbridamento autolítico, alívio da dor, angiogênese, manutenção da temperatura.	Sempre que o gel extravasar ou o curativo descolar ou no máximo a cada 7 dias.
Alginato de cálcio	Possui alto poder de absorção, indicado para feridas altamente exsudativas e sanguinolentas, com ou sem infecção, auxilia o desbridamento autolítico e acelera a cicatrização.	Feridas infectadas: máximo de 24 horas Feridas limpas com sangramento: 48 horas ou quando saturado. Feridas limpas altamente exsudativas: quando saturada a cobertura secundária.
Carvão ativado com prata	Absorve o exsudato, inativa as bactérias, filtra e elimina odores desagradáveis, mantém a umidade e a temperatura do leito da ferida.	48 a 72 horas, dependendo da capacidade de absorção. Quando a ferida estiver sem infecção, a troca deverá ser feita de 3 a 7 dias.
Hidropolímero ou espuma de poliuretano não aderente	Manutenção do meio úmido, auxiliando o processo de cicatrização, sem aderir ao leito da lesão. Alto poder de absorção e retenção do exsudato, evitando a maceração.	Sempre que houver presença de fluido da ferida nas bordas da almofada de espuma ou no máximo a cada 7 dias.
Hidrogel	Auxilia a remoção do tecido necrótico por desbridamento autolítico.	Feridas infectadas: máximo de 24 horas. Necrose: máximo a cada 72 horas.
Ácidos Graxos Essências (AGE)	Promove quimiotaxia e angiogênese. Manutenção do meio úmido, acelerando o processo de granulação.	Sempre que a cobertura secundária estiver saturada ou no máximo a cada 24 horas.
Sulfadiazina de prata	Possui ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual.	No máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.
Papaína	Atua como desbridante químico. Estimula a força tênsil das cicatrizes. Acelera o processo cicatricial e.	No máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo secundário.
Colagenase	Degrada o colágeno da ferida, promovendo desbridamento	24 horas
Fibrase	Favorece a dissolução de exsudato e tecidos necróticos.	24 horas

Santos (2002) assinala que não existe um único produto que atenda às necessidades globais de todas as feridas em todos os estágios da reparação tissular. A seleção da terapia local depende da avaliação holística e sistematizada do indivíduo, portanto, cuidar de portadores de úlceras crônicas é um processo amplo, científico e interdisciplinar.

Após a compreensão do processo de limpeza, exploraremos a terapia compressiva.

A terapia compressiva é considerada a pedra angular do tratamento da doença venosa. A compressão externa graduada pode reduzir ou reverter as mudanças que a hipertensão venosa crônica provoca na pele e na rede vascular, como varizes, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, eczema e úlcera.

Existem no mercado, segundo Borges (2005), tamanhos variados de meias de compressão como meias calças, meias até as coxas e meias abaixo do joelho.

Quadro 2. Apresentação de algumas meias de compressão encontradas no Brasil (BORGES, 2005).

MARCAS	SUORTE	PRESSÃO NO TORNOZELO	INDICAÇÕES CLÍNICAS
Sigvaris Venosan Medi Kendall	Descanso	15 - 20 mmHg	Profilaxia (descanso): prevenção de varizes, período de gravidez.
*Sigvaris *Venosan Kendall	Suave	20 - 30 mmHg	Varizes durante a gravidez, profilaxia da trombose e embolia em doentes imobilizados, varizes do sistema superficial, veias com condição varicosa moderada, edema moderado, auxiliar na prevenção de recorrências de úlceras venosas e pós-cirurgia de varizes.
*Sigvaris *Venosan Medi	Média	30 - 40 mmHg	Varizes acentuadas com tendência para edemas, seqüela da flebotrombose superficial ou profunda, IVC, varicoflebite, após esclerose ou cirurgia em varizes, após cicatrização de úlceras e profilaxia da flebotrombose, varizes durante a gravidez, edema linfático, úlceras venosas ativas.
Ulcer Care	Média	30 - 40 mmHg	Efetiva na redução e restauração da pressão venosa ambulatorial. Indicada para pacientes com úlcera ativa. A meia apresenta zíper na parte posterior e é calçada sobre uma outra meia.
Sigvaris Venosan	Alta	40 - 50 mmHg	IVC avançada, seqüela de Trombose Venosa profunda (TVP), após cicatrização de úlcera, sobretudo se recorrente; tendência para edema após traumatismo, fratura, linfedema reversível.
Medi Thombexin Venosan Aes	Anti-embolismo	18 mmHg	Prevenção de TVP no pré, intra e pós-operatório em pacientes de moderado a alto risco, em pacientes imobilizados. A meia se estende até a coxa (8 mmHg).

Para Borges (2005) e Maffei (2002), o mecanismo de ação da terapia compressiva ocorre através da pressão exercida sobre a perna, que comprime as veias superficiais, reduzindo seu diâmetro e aumentando o fluxo sanguíneo, o que obriga o fluido dos espaços intersticiais a retornar para o compartimento vascular ou linfático.

Quando a IVC é classificada em 5 (edema, eczema, pigmentação da pele, endureção e úlcera cicatrizada) ou 6 (edema, eczema, pigmentação da pele, endureção e úlcera ativa) conforme proposta do CEAP, requer maiores níveis de compressão do que a IVC classificada em 2 (veias varicosas e edema) (CLASSIFICATION, 1997; KRISTNER, 1996).

Na prática clínica, para a terapia compressiva pode ser utilizada meias de compressões elásticas ou inelásticas, que passaremos a descrevê-las:

As **meias de compressão** é um importante método de compressão externa, principalmente em pernas de formato normal, e tem o objetivo de prevenir o desenvolvimento ou recorrências de úlceras venosas.

Borges (2005) e Altmeyer (1997) ressaltam que na presença de úlceras ativas, o uso de meias compressivas têm valor limitado, em virtude da dificuldade do paciente em vesti-la, porém tem um importante valor na prevenção de re-ulceração decorrente do controle da hipertensão venosa.

É imprescindível fazer a medição do membro sem edema, no tornozelo, panturrilha e coxa, para perfeita indicação do tamanho e nível de compressão (FIGUEIREDO, 2000).

Convém lembrar alguns aspectos que contra indicam o uso de meias, como comprometimento arterial (Índice Tornozelo Braquial (ITB) $< 0,8$), pele vulnerável, friável e alergias.

A bandagem é considerada o método mais comum de terapia de compressão. Fornece uma compressão contínua, se reaplicada uma ou duas vezes na semana. A bandagem pode ser aplicada pelo médico, enfermeiro ou familiar treinado. É mais indicada na presença de úlcera ativa, porém, seu uso efetivo pode ser uma dificuldade, devido à exigência de habilidade para sua aplicação (DEREURE et al., 2005; GODOE, 2001).

A pressão, presente abaixo de qualquer bandagem, é influenciada pela tensão do produto utilizado pelo raio de curvatura do membro e pelo número de camadas aplicadas. Uma bandagem aplicada com 50% das duas camadas de tecidos sobrepostos gera uma pressão duas vezes maior do que a produzida por uma camada (THOMAS; FRAM, 2003).

A técnica de bandagem é crucial, uma vez que ela deve fornecer compressão graduada adequada, ou seja, maior compressão no tornozelo, com redução gradual até o

joelho (STACEY et al., 2002). Thomas (2003) classifica as bandagens, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3. Classificação das bandagens compressivas, conforme a indicação e pressão exercida (BORGES, 2005; THOMAS, 2003).

	CLASSIFICAÇÃO DAS BANDAGENS					
	Classe 1	Classe 2	Classe 3			
			Classe 3a	Classe 3b	Classe 3c	Classe 3d
Indicação clínica	Retenção	De suporte leve (curta ou mínima extensão).	Provisão de compressão leve.	Provisão de compressão moderada.	Provisão de compressão alta.	Provisão de compressão extra-alta.
Indicação de uso	Reter curativo	Prevenir a formação de edema.	Varizes superficiais ou precoces, e varicoses formadas durante a gravidez.	Varizes médias, varicoses durante a gravidez, prevenção e tratamento de úlceras, controle de edema moderado.	Varizes grossas, insuficiência venosa pós-trombótica, manejo de úlcera de perna e edema acentuado.	Sustentar pressões extra-alta em membros maiores e mais edemaciados por longos períodos.
Pressão no tornozelo			Até 20 mmHg	Até 30 mmHg	Em torno de 40 mmHg	Mais de 50 mmHg
Exemplo	Slinky® Stayform® J-Fast®	Elastocrepe® Leukocrepe® Lenkelast® Comprilan®	K-Pus Parema® Tensolastic® Elset®	Granuflex Adhesive Compression®	Tensopress® Setopress® Surepress®	Elastic Web® BP Varico®

Em seguida, abordaremos os quatro tipos de bandagens, segundo Stacey et al. (2002) encontrados atualmente: as bandagens de longa extensão, o sistema de bandagem de multicamadas, as bandagens inelásticas de curta extensão e a bandagem inelástica de pasta de Unna (bota de Unna).

- **Bandagem elástica de longa extensão:** esta bandagem expande quando os músculos da panturrilha contraem, durante os exercícios, dissipando a força exercida pela contração do músculo. Durante seu uso, recomenda-se proteger as proeminências ósseas e tendões com enchimento ou outra bandagem. Pode ser lavada após o uso;
- **Sistema de bandagens de multicamadas:** é composto por quatro camadas que produzem um efeito cumulativo, quando as mesmas são aplicadas. São usadas à meia extensão e ajudam a manter a compressão contínua;

- **Bandagem inelástica de curta extensão:** é fabricada de algodão (100%), lavável, sem perda de qualidade. A pressão exercida durante os exercícios pelos músculos da panturrilha é dirigida de volta para a perna, melhorando o retorno venoso. É aconselhável proteger as áreas vulneráveis com enchimentos. Às vezes, pode precisar ser reaplicada na primeira semana de tratamento, para obtenção da redução do edema;
- **Bandagem inelástica de pasta de Unna (Bota de Unna):** é um método secular, foi desenvolvida pelo dermatologista alemão Paul Gerson Unna em 1896.

Sua composição consiste de uma bandagem de gase/tecido impregnada com óxido de zinco, glicerina e gelatina. Após ser aplicada no membro afetado, é coberta por uma bandagem de suporte elástico (auto-aderente) (LUCAS, 1990).

Oferece suporte para o bombeamento muscular da região da panturrilha durante o caminhar e promove o retorno venoso. Antes da aplicação da bota de Unna ou outro tipo de terapia compressiva procede-se à avaliação do membro. É fundamental certificar-se que os pulsos estejam adequados, e quando há disponibilidade de equipamento, realizar um ITB.

Lucas (1990), em projeto realizado em Campinas-SP, transformou a utilização da bota de Unna em tratamento domiciliar, realizando reuniões semanais, onde paciente e familiares receberam esclarecimento sobre a patologia e como realizar o procedimento.

Sua experiência, com excelentes resultados e alto grau de satisfação dos portadores de UV, familiares e profissionais envolvidos, vem sendo copiada pela Secretaria Municipal de Uberlândia, obtendo o mesmo sucesso.

Após descrevermos o tratamento tópico, abordaremos a seguir a sistematização da assistência aos portadores de UV.

2.5 Sistematização da assistência aos portadores de UV

A sistematização da assistência nas USFs é um tema relevante neste estudo, e deve ter como premissa o PSF, proposto como modelo de reorientação da atenção básica, fundamentado nos princípios do SUS, que estabelecem assistência de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população na unidade de saúde e domicílio, identificando os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervindo de forma apropriada (MENDES, 1999; SOUSA, 2000; BRASIL, 1997, 1994).

Nesse sentido, a primeira etapa da sistematização da assistência constitui a avaliação do usuário, com enfoque familiar, levando em consideração 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.

O PSF tem como princípio o enfoque familiar, a partir do cadastramento das famílias, da delimitação de área de atuação e da visita domiciliar. Nesse sentido o cadastramento da família, realizado no domicílio, é uma ferramenta que permite aos profissionais conhecer a realidade socioeconômica das famílias.

Autores como Nunes et al. (2006b), Torres (2006, 2005), Tuyama (2004), Yamada (2003), Tenório (2002) e Altmeyer (1998) assinalam a importância da avaliação clínica que deve ser realizada em dois momentos: anamnese e exame físico.

Para Seidel (1999), a anamnese e o exame físico, quando realizados de forma adequada, permitem se estabelecer o diagnóstico diferencial entre úlcera venosa, arterial e diabética. Definido o diagnóstico, inicia-se o planejamento da assistência, a qual deve ser interdisciplinar, levando-se em consideração o processo de cicatrização, que é dinâmico e complexo (POLETTI, 2000).

Após a compreensão das características clínicas da UV, abordaremos o fluxograma adaptado de Phillips (2001), como referencial para abordagem aos portadores de úlceras de membros inferiores, especificamente UV.

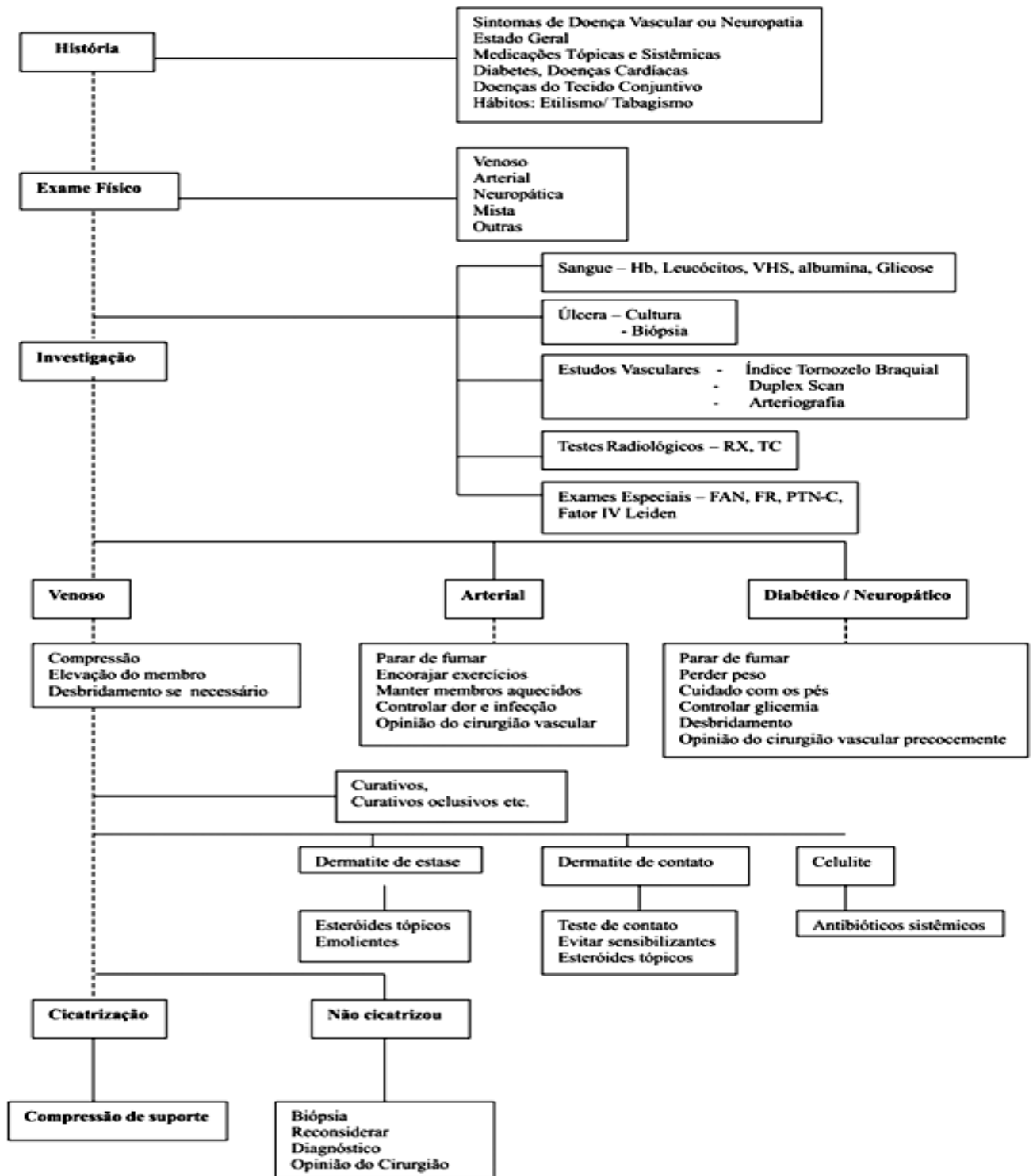


Figura 1. Fluxograma da abordagem aos pacientes com úlceras de membros inferiores (PHILLIPS, 2001).

Corroborando Phillips (2001), Borges (2005) nos traz uma proposta de diretriz nacional para o tratamento de UV, apresentada de forma sintética no quadro a seguir,

composta por oito domínios, cada domínio com suas recomendações específicas, totalizando 63 recomendações.

Quadro 4. Síntese da proposta de diretriz e recomendações nacional para o tratamento de UV (BORGES, 2005).

DOMÍNIOS	RECOMENDAÇÕES
Avaliação do paciente e de sua ferida	História clínica e exame físico, fatores de risco, excluir doenças não venosas, descrever dor e o edema, exames laboratoriais, localização da ferida, sinais de doença venosa, presença de edema e de pulsos palpáveis, Doppler manual (ITB), características da úlcera venosa (leito e bordas), avaliação da extensão da lesão.
Documentação dos achados clínicos	História da úlcera; registrar sinais vitais, peso e ITB, presença de edema, eczema, escoriação, pele ceratótica, maceração, celulite, quantidade de tecido de granulação, sinais de epitelização, bordas incomuns da ferida purulenta, tecido necrótico e granulação e odor.
Cuidados com a ferida e a pele ao redor	Limpeza da úlcera, produtos citotóxicos, desbridamento, tratar os casos de dermatite, usar unguento, surgimento de reações alérgicas decorrentes de tratamentos tópicos., não usar produtos alergênicos.
Indicação da cobertura	Cobertura simples, cobertura de hidrofibra ou alginato de cálcio, cobertura de espuma de poliuretano ou cobertura de hidrocolóide (exsudato de pouco a moderado), curativos de hidrocolóide em úlceras venosas, bota de Unna.
Uso de antibiótico	Não utilizar antibiótico de rotina, usar antibiótico sistêmico, não usar o mupirocin.
Melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva	Tratamento multidisciplinar, terapia de compressão, compressão graduada, não usar compressão em caso de insuficiência arterial e trombose venosa profunda (TVP), sistema de alta compressão por pelo menos uma semana, compressão graduada-elástica, compressão adequada, bandagem de alta compressão, orientar o uso de meias, terapia compressiva pneumática, elevar os membros inferiores, exercícios regulares como caminhadas controladas e exercícios para melhorar a função da articulação superior do tornozelo e da bomba do músculo da panturrilha, usar estratégias clínicas educativas.
Encaminhamento dos pacientes	Encaminhar pacientes com UV para especialista de acordo com a necessidade apresentada, exame de biópsia.
Capacitação profissional	Capacitar e treinar profissionais (exame clínico, avaliação da úlcera, medida do ITB, sistema de compressão).

No Quadro 4, retratamos os oito domínios e um resumo das recomendações referentes a cada um. O anexo B traz a diretriz proposta por Borges (2005), na íntegra. Nesse mesmo sentido, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBAVC), àquela apresenta uma proposta semelhante dois, dois autores referidos anteriormente, conforme retrataremos no Quadro 5.

Quadro 5. Procedimentos e recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção de UV (AGUIAR et al., 2005).

PROCEDIMENTOS	RECOMENDAÇÕES
Diagnóstico	Avaliação da úlcera (anamnese e exame físico), medidas e exames subsidiários (sinais vitais, ITB, índice de Massa Corporal (IMC), Sumário de Urina, dosagem sanguínea de proteínas, cultura, eco-doppler colorido, flebografia, pletismografia).
Tratamento	Terapia de compressão, tratamento da dor, limpeza, desbridamentos, curativos, tratamento cirúrgico da IVC, tratamento medicamentoso.
Prevenção	Terapia de compressão (uso contínuo) associada ao tratamento cirúrgico da IVC.

Todas as diretrizes apontam para a importância da anamnese e exame físico para avaliação do estado vascular e das lesões, além de alguns exames laboratoriais e radiografias que visam auxiliar o diagnóstico .

Em relação à UV, é importante estabelecer o diagnóstico diferencial da etiologia arterial através da anamnese e em seguida proceder ao exame físico para avaliação do estado vascular e das lesões.

- **Anamnese:** busca-se a história pessoal e da doença atual (queixa e duração dos sintomas), caracterização de doenças anteriores e os fatores considerados de risco, tais como obesidade, cirurgias prévias, doenças cardíacas, varizes, traumas, múltiplas gestações, atividades físicas, medicamentos em uso, ocupação e estilo de vida, história familiar e outros (FALANGA, 1999; POSSO, 1999; PORTO, 1996).

- **Exame físico:** deve ser direcionado para avaliação do estado vascular e das características das lesões. A avaliação do estado vascular diz respeito à identificação dos sinais específicos de IVC: edema, eczema, hiperpigmentação, aumento do diâmetro do tornozelo, veias varicosas, lipodermatoesclerose, dor e outros. Quanto às características das lesões devemos observar: localização, profundidade, bordas, leito, exsudato, área lesada, e dor (SAÁR; LIMA, 2001; FALANGA, 1999; POSSO, 1999; PORTO, 1996).

A maioria das úlceras de membros inferiores são de etiologia venosa, se fazendo necessário o diagnóstico diferencial, conforme o Quadro 6.

Quadro 6. Características das úlceras venosa, arterial e diabética (BRASIL, 2002).

CARACTERÍSTICAS	VENOSA	ARTERIAL	DIABÉTICA
Prevenção	Elevação das pernas; uso de meias com média compressão; caminhadas; exercícios para panturrilha; evitar traumatismos	Controlar hipertensão e diabetes; elevar cabeceira da cama; evitar traumatismos	Inspeção diária; hidratação e lubrificação da pele; monitoramento da sensibilidade; proteção na atividade da vida diária; uso de palmilhas e calçados adequados
Causa	Estase venosa	Arteriosclerose	Microangiopatia; falta de sensibilidade protetora
Dor	Moderada	Severa, aumenta com a elevação das pernas	Ausência de dor
Localização	Maléolo medial; terço distal da perna	Perna; calcanhar dorso do pé e artelhos	Superfície plantar
Outras características	Borda irregular; base vermelha; pigmentação peri lesional; edema; pulsos presentes; eczema	Borda regular; base pálida e fria; multifocal; tendência de ser necrótica; pulsos reduzidos ou ausentes; cianose; ausência de pêlos	Borda circular; geralmente desenvolve em áreas de alta pressão plantar; área de úlcera é quente e rosada pode ser superficial ou profunda; infectada ou não associada às calosidades

Após uma 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, glicemia em jejum, teste de tolerância à glicose; níveis de albumina e transferrina (DADALTI-GRANJA, 2005; SAÁR; LIMA, 2001).

Os raios X são considerados de suma importância no diagnóstico de osteomielite e nas úlceras perfurantes plantares. A biópsia de pele é um outro exame auxiliar, que deve ser sugerido quando a úlcera existir há mais de quatro meses ou apresentar hipertrofia tecidual. A

Cultura de secreção também deve ser solicitada, quando há sinais clínicos de infecção, pois orienta a prescrição de antibioticoterapia (SAÁR; LIMA, 2001).

França (2003) acrescenta que os diferentes métodos diagnósticos da doença venosa dependem do examinador e requerem habilidade clínica específica.

Alguns exames invasivos ou não podem ser realizados para complementação do diagnóstico, embora a anamnese e o exame clínico sejam suficientes para o diagnóstico de IVC (FALANGA, 1997; SILVA,1995):

- **Doppler Manual:** tem com objetivo realizar a medida do índice da pressão tornozelo/braço (ITB) dos membros inferiores. Esse método não invasivo auxilia no diagnóstico diferencial de úlcera arterial (ITB < 0.8);
- **Flebografia:** método invasivo, indicado na síndrome pós-flebítica, com o objetivo de avaliar o grau de recanalização, a extensão do processo trombótico e as condições da circulação colateral;
- **Duplex-scann:** é utilizado para avaliar a função valvular e o refluxo venoso, permitindo identificar a localização anatômica do refluxo e também quantificar sua intensidade.

A realização do diagnóstico do processo saúde/doença e das necessidades de atenção à saúde deve embasar o planejamento das ações. A criação e implementação de protocolos constituem uma etapa fundamental na organização da assistência a portadores de UV.

É de fundamental importância que os profissionais, que cuidam de portadores de UV, se apropriem desses conhecimentos, para que possam fundamentar suas ações cientificamente; provocar modificações juntos aos gestores no sentido de organizar e garantir uma assistência com qualidade, contribuindo sobremaneira para melhorar a qualidade de vida dos portadores de UV.

Segundo Borges; Saár e Lima, (2001), protocolo é um plano exato e detalhado para o estudo de um problema biomédico ou para um esquema terapêutico, tendo em vista orientar a realização de exames de auxílio diagnóstico, de técnicas, produtos, critérios de evolução e avaliação.

Após o planejamento das ações, inicia-se a implementação das ações que consiste em: evolução clínica, com avaliação da lesão (localização anatômica, evolução, área, tipo de cicatrização, tipo do exudato, característica do leito e perilesional, sinais de infecção);

prescrição de terapia tópica e sistêmica; escolha da cobertura, tratamento contínuo (USF / domicílio); documentação (prontuário / fotografias); mensuração quinzenal; encaminhamentos para especialistas, identificação do cuidador familiar, orientações e treinamentos.

Uma vez implementada a assistência com base em protocolos, à próxima etapa será a avaliação. Segundo Du Gas (1983), a avaliação é o processo de determinar a extensão em que os objetivos foram conseguidos.

A avaliação deve ser realizada em intervalos quinzenais ou menores, se necessário, e tem como objetivo avaliar a efetividade das intervenções condutas e tratamento; identificar fatores locais, sistêmicos, familiares, sociais e estruturais do serviço/domicílio que possam estar intervindo no tratamento; reavaliar os produtos, coberturas e tipo de técnicas de curativo, além da reavaliação e replanejamento da assistência de acordo com a necessidade.

O modelo esquemático proposto (Figura 2), representa a sistematização da assistência nas USFs e domicílio, que será adotado neste trabalho, o qual foi elaborado a partir da revisão de literatura realizada e embasado nos pressupostos dos seguintes autores, Nunes et al. (2006b); Aguiar et al. (2005); Borges (2005); Daldati-Granja (2005); Torres (2006 2005); Tuyama (2004); Yamada (2003); Pierpe (2002); Brasil (2002, 2001, 1997, 1996, 1994,1990), Phillips (2001), Poletti (2000); Tenório (2000); Altmeyer (1999); Falanga (1999 1997); Declair (1998) e Du Gas (1988).

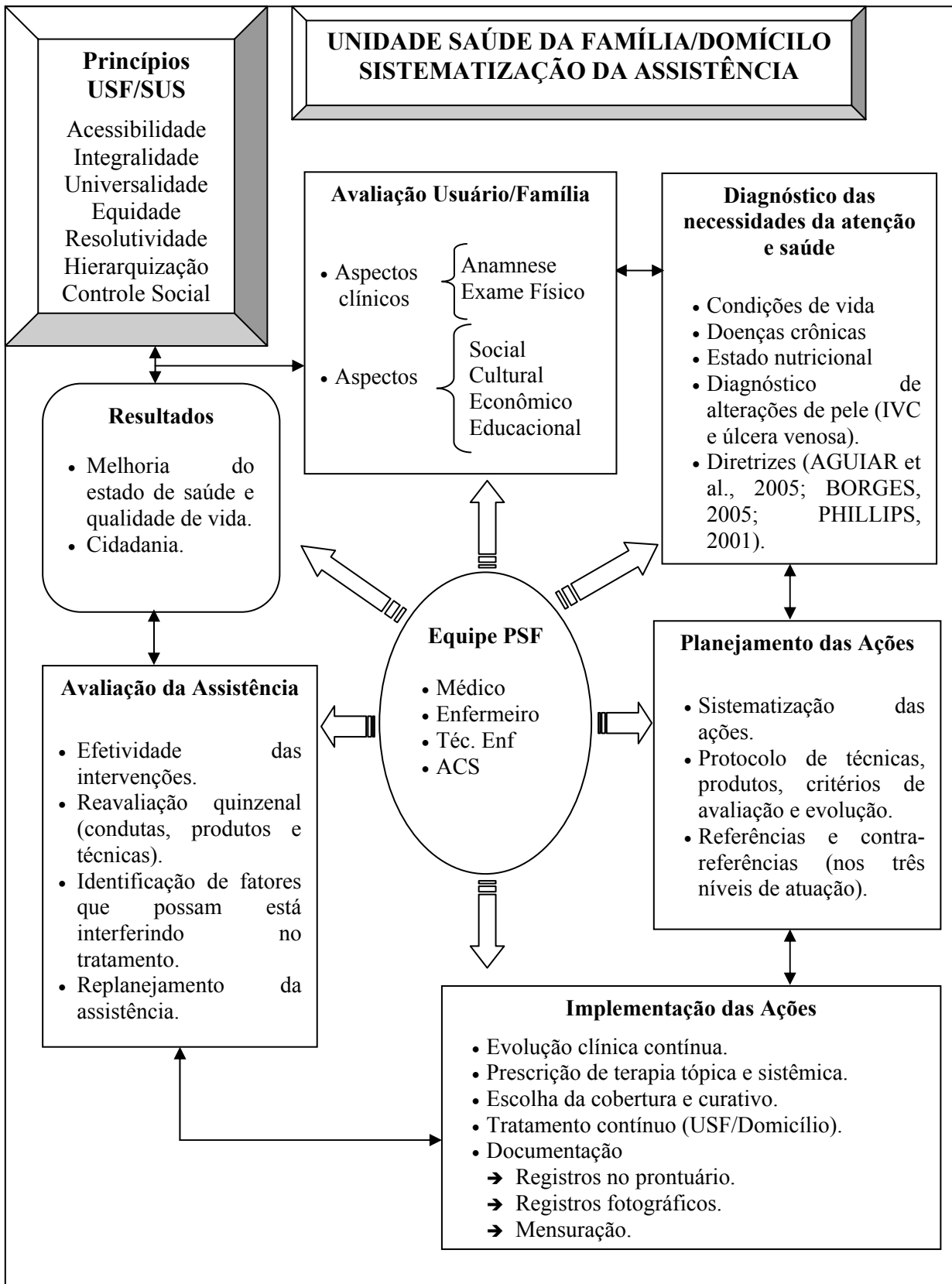


Figura 2. Fluxograma proposto de sistematização da assistência na unidade saúde da família/domicílio. Natal, 2006.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa de tratamento e análise de dados, tendo como foco de investigação a avaliação da assistência prestada aos portadores de UV, pelas USFs do município de Natal/RN.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. O delineamento avaliativo é uma investigação elaborada para descobrir como funciona um programa, tratamento, prática ou política. Seu principal valor reside em sua capacidade de encontrar respostas a questões práticas, colocadas pelas pessoas que precisam tomar decisões.

Já o método quantitativo, segundo Richardson et al. (1999), representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a associação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação causalidade entre fenômenos.

3.2 Local de estudo

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal é formada por uma rede de serviços de atenção à saúde da população, distribuídos em quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste) e têm como eixo estruturante, da atenção básica, a estratégia de Saúde da Família, com 35 USFs implantadas até outubro/2006.

Coexistem, no modelo, 20 unidades básicas de saúde tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais. Na perspectiva da longitudinalidade da rede, existem 4 unidades de suporte ofertando serviços de média complexidade; 4 Centros de Apoio Psicossociais (CAPSs) e 4 policlínicas (NATAL, 2005).

Embora a rede contasse até outubro/2006 com 35 USFs, no momento da coleta de dados, 03 USFs, encontravam-se em fase de implantação, portanto não fizeram parte da nossa amostra; também foi excluída a USF da Guarita, no Distrito Sanitário Oeste, por ser campo de atuação profissional da pesquisadora.

Nesse sentido, a pesquisa foi realizada em 31 USFs da SMS da cidade de Natal/RN. A escolha das USFs como campo de estudo, foi determinada por constituírem a porta de

entrada do sistema local de saúde e também devido à estratégia saúde da família ser apontada como um modelo reestruturante do sistema de saúde, a partir da atenção primária.

O Quadro 7 apresenta a distribuição das USFs, pesquisadas por Distritos Sanitários: Norte, Oeste e Leste.

Quadro 7. Distribuição das USFs existentes e selecionadas por distrito sanitário. Natal, 2006.

DISTRITOS SANITÁRIOS	USFs EXISTENTES*	USFs SELECIONADAS
Norte	20	20
Oeste	11	09**
Leste	03	02**
Sul	01	00**
TOTAL	35	31

Notas: * Números de USFs existentes até outubro de 2005.

** Foram excluídas 4 (quatro) USFs da pesquisa, sendo 2 (duas) no Distrito Sanitário Oeste e 1 (uma) no Distrito Sul, por estarem em fase de implantação no período de coleta de dados; e 1 (uma) no Distrito Leste, por ser a nossa área de atuação profissional.

3.3 População alvo

A população alvo foi composta por todos os portadores de UV atendidos nas USFs e que fazem parte da população adscrita na área de abrangência da USF de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde para o PSF. Adotamos para seleção dos participantes no estudo, os seguintes critérios:

1. Ter mais de 18 anos;
2. Ser portador de UV;
3. Ser adscrito à USF;

4. Consentir em participar da pesquisa ou ter sua participação autorizada pelo responsável, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com Resolução 196/96 (BRASIL, 1997).

Foram avaliados 86 usuários indicados pelas equipes das USFs que tinham úlceras de membros inferiores. Após o contato inicial com o usuário e realizado a anamnese e avaliação da úlcera, detectamos que 74 (86,4%) eram portadores de úlcera venosa, 06 (6,8%)

de úlceras arteriais, 04 (4,9%) de úlcera neuropática diabética e 02 (2,3%) de úlceras traumáticas.

Tendo em vista que nosso objeto de estudo buscava avaliar a assistência ao portador de UV, após a realização do diagnóstico diferencial das úlceras, pela mestrandia, com base nos critérios clínicos, os portadores de úlceras de outras etiologias (arteriais, neuropática diabética e traumáticas) foram excluídos. Portanto, fizeram parte do estudo, 74 portadores de UV assistidos nas 31 USF pesquisadas.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Neste estudo utilizamos, como fonte de dados, o prontuário dos portadores de UV e um formulário estruturado (Apêndice A) composto por três partes (entrevista, observação e diagnóstico da UV), construído previamente, submetido a um pré-teste durante um curso de extensão, de 30 horas, em sistematização da assistência aos portadores de úlceras vasculares e neuropáticas, realizado com a finalidade de preparar um grupo de 12 acadêmicas de enfermagem/UFRN, para participar no processo de coleta da pesquisa. Nesse curso teórico/prático, realizamos dois pré-testes do instrumento de coleta de dados, um com as acadêmicas (parte teórica com 20 horas) e outro com 4 (quatro) portadores de UV (parte prática do curso com 10 horas).

Nos dois pré-testes, o formulário estruturado sofreu pequenas modificações na sua redação, estruturação, conteúdo, seqüência dos itens, categorização e codificação das informações, objetivando sua melhor aplicabilidade e adequação aos propósitos do estudo.

Após esse processo de testagem e adequação, o formulário estruturado ficou composto pelas seguintes partes:

- Parte I. **Formulário de Entrevista**, composto por informações sociodemográficas, hábitos pessoais, anamnese e exame físico do paciente e avaliação da assistência;
- Parte II. **Roteiro de Observação**, composto por avaliação clínica das úlceras, descrição da técnica de curativo e produtos, e coberturas utilizados nas trocas de curativos;
- Parte III. **Diagnóstico da UV**, realizado com base nos aspectos clínicos da IVC, anamnese e exame físico dos portadores de UV.

3.5 Variáveis do estudo

Uma variável, segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 138), pode ser considerada como “uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração”.

Para caracterizar os portadores de UV, atendidos nas USFs de Natal-RN, utilizamos variáveis sociodemográfica, de saúde e de caracterização da UV visto que essas variáveis não estão diretamente relacionadas com a avaliação da assistência prestada.

Quadro 8. Variáveis de caracterização sociodemográfica e de saúde dos portadores de úlcera venosa atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS PORTADORES DE UV	CATEGORIAS
Sexo	Feminino; masculino
Faixa Etária	Até 59 anos; a partir de 60 anos
Escolaridade	Não alfabetizado; ensino fundamental, médio e superior
Renda Familiar	Até 2 SM; > 2 SM
Profissão	Ausente; presente (qual?)
Ocupação/Atividade atual	Aposentado / desempregado; trabalha atualmente (onde?); licença saúde
Posição Ortostática	Ausente; presente (atividades com > 6 horas/dia numa mesma posição)
Sono	Sono adequado (> 6 horas/dia); sono inadequado (< 6 horas/dia)
Etilismo (anterior e atual)	Ausente; presente
Tabagismo (anterior e atual)	Ausente; presente
Doenças crônicas atual	Ausente; presente
Medicamentos em uso	Quais?

As variáveis de caracterização da UV, consideradas importantes na descrição das úlceras dos pesquisados serão apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9. Variáveis de caracterização da úlcera venosa dos usuários atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS	CATEGORIAS
Primeira UV	Até 5 anos; > 5 anos
Recidivas de UV	Nenhuma; 1 vez ; ≥ 2 vezes
Tempo atual de UV	Até 1 ano; > 1 ano a 5 anos; > 5 anos
Membros com UV afetado	MIE; MID; MIE/MID
Número de UV	Única; múltipla
Sinais clínicos de IVC (hemosiderose, lipodermatosclerose, edema, prurido, eczema e varizes)	Presente; ausente
Condições do leito da UV	Granulação e epitelação; necrose úmida associada com fibrina e granulação
Sinais de infecção na UV	Ausente; odor + secreção purulenta + hiperemia
Tipo de exsudato na UV	Seroso; serossanguinolento; purulenta
Quantidade de exsudato na UV	Pequena (até 3 gazes) ; média (>3 a 10 gazes); grande (>10 gazes)
Área da UV	Pequena (até 20cm ²); média (>20 a 60cm ²); grande (>60cm ²)
Presença de dor	Presente; ausente
Intensidade de dor	Sem dor; leve; moderada; intensa

Após a descrição das variáveis de caracterização da UV, retrataremos no Quadro 10, as variáveis de caracterização da assistência prestada pela equipe saúde da família consideradas em nosso estudo como variáveis independentes.

3.5.1 Variáveis Independentes (VI)

Quadro 10. Variáveis de caracterização da assistência aos usuários portadores de úlcera venosa atendidos no PSF segundo categorias de verificação. Natal, 2006.

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS	CATEGORIAS
Uso de analgésico	Ausente; presente
Alívio da dor com analgésico	Ausente; presente
Tempo de tratamento da UV	< 1 ano; > 1 ano
Local onde realiza tratamento da UV	Só domicílio; só USF; domicílio e USF
Curativo realizado por paciente, cuidador, enfermeiro, técnico de enfermagem	Ausente; presente
Frequência de troca do curativo	Diário; semanal
Quem troca o curativo no final de semana	Paciente; cuidador
Quem troca o curativo foi treinado	Ausente; presente
Interrupção do tratamento da UV	Ausente; presente
Uso de terapia compressiva (Bota de Unna, meias e faixas elásticas) nos últimos 12 meses	Ausente; presente
Uso de terapia compressiva (Bota de Unna, meias e faixas elásticas) atual	Ausente; presente
Antecedente de cirurgia de varizes	Ausente; presente
Acompanhamento do portador de UV nos últimos 30 dias, 6 meses e 1 ano	Equipe PSF (quem?); nenhum
Exames laboratoriais realizados no último ano	Ausente; presente (quais?)
Exame radiológico do membro com UV	Ausente; presente
Consulta com especialistas (angiologista, cardiologista, dermatologista e outros)	Ausente; presente
Técnica de curativo	Adequada (realização da técnica de curativo com limpeza correta, desbridamento e uso de produtos/substâncias e coberturas indicadas de acordo com a fase cicatricial); Inadequada (realização da técnica de curativo incorreta durante a limpeza e/ou desbridamento e/ou uso incorreto de produtos/substâncias e coberturas sem relação com a fase cicatricial)
Diagnóstico médico da UV	Ausente; presente (quem?)
Interrupção do tratamento da UV nos últimos 30 dias	Ausente; presente

Uma vez, retratada as variáveis de caracterização que compõem as variáveis independentes, descreveremos a variável dependente.

3.5.2 Variável Dependente (VD)

A variável dependente "consiste naqueles valores (fenômenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente" (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 138).

A variável dependente estudada foi a avaliação da qualidade da assistência ao portador de UV no PSF de Natal/RN. Para esta avaliação, selecionamos 10 (dez) variáveis com base nas diretrizes (Anexos B e C) propostas por Aguiar et al. (2005) e Borges (2005).

Optamos em separar as variáveis em dois grupos (G1 e G2), sendo sua verificação realizada segundo ausência (0 ponto) e presença (1 ponto). Considerando a influência de cada variável na assistência desenvolvida, atribuímos peso 2 para as variáveis do G1 e peso 1 para as do G2.

Quadro 11. Grupos de variáveis independentes de avaliação da qualidade da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no PSF segundo critério de verificação. Natal, 2006.

GRUPOS (PESO)	VARIÁVEIS INDEPENDENTES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS	CRITÉRIO DE VERIFICAÇÃO (PONTOS)
G1 (PESO 2)	Diagnóstico médico da UV	Ausente (0); presente (1)
	Consulta com angiologista	Ausente (0); presente (1)
	Uso de terapia compressiva nos últimos 30 dias	Ausente (0); presente (1)
	Terapia tópica adequada (limpeza, desbridamento e coberturas)	Ausente (0); presente (1)
	Acompanhamento do portador de UV pela equipe saúde da família nos últimos 30 dias	Ausente (0); presente (1)
G2 (PESO 1)	Quite de curativo adequado (SF a 0,9%, gazes, esparadrapo, luvas de procedimento e estéril, ataduras, substância ou cobertura)	Ausente (0); presente (1)
	Treinamento do cuidador/ paciente para realização da troca de curativo em domicílio	Ausente (0); presente (1)
	Tratamento da dor com analgésicos	Ausente (0); presente (1)
	Exames laboratoriais (hemograma + dosagens bioquímicas + cultura de secreção) e exame radiológico do membro afetado	Ausente (0); presente (1)
	Interrupção do tratamento da UV nos últimos 30 dias	Ausente (0); presente (1)

Para categorizarmos a qualidade da assistência, multiplicamos o somatório de pontos de cada variável pelo peso atribuído a cada grupo (G1 x 2 e G2 x 1), obtendo-se um escore (0

a 15), que foi utilizado para classificação e categorização da assistência, tomando-se por parâmetro a distribuição proporcional dos conceitos acadêmicos (0 a 10), como podemos observar no Quadro 12 a seguir.

Quadro 12. Grupos de variáveis de avaliação da qualidade da assistência dos usuários portadores de úlceras venosas atendidos no PSF. Natal, 2006.

CONCEITOS ACADÊMICOS	ESCORES	CLASSIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	CATEGORIZAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
< 5	< 7	Ruim	Inadequada
5 a 6	7 a 9	Regular	
7 a 8	10 a 12	Boa	Adequada
9 a 10	13 a 15	Ótima	

Neste sentido, considerando que as condutas e ações desenvolvidas na assistência pela equipe do PSF aos portadores de UV (Variáveis Independentes) influenciam na qualidade da assistência prestada a esses usuários (Variável Dependente), propomos neste estudo o seguinte modelo esquemático.

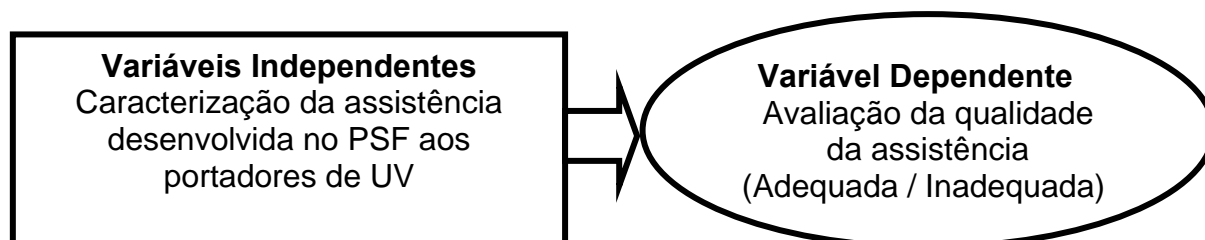


Figura 3. Modelo de relação entre as variáveis independentes e dependente.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apreciado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN, respeitando a normatização da Resolução 196/96 (BRASIL, 1997), referente aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, obtendo parecer favorável (Protocolo CEP/UFRN nº. 55/05) (Apêndice B).

Quanto ao consentimento da SMS tivemos a autorização da Coordenadora Municipal do Programa de Saúde da Família (Apêndice C) para a realização do estudo.

Após esclarecimento dos objetivos, justificativa e importância da pesquisa, foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice D) daqueles que concordaram em participar (pacientes ou responsáveis).

3.7 Procedimentos para a coleta de dados

Após a autorização da SMS, a Coordenação do PSF encaminhou memorando (Anexo A) aos Gerentes dos Distritos Sanitários comunicando a realização da pesquisa e solicitando que todas as USFs fossem informadas.

Em seguida, mantivemos o primeiro contato com os enfermeiros, informando e explicando os objetivos da pesquisa, e requeremos a relação de todos os usuários das USF que fossem portadores de úlceras de membros inferiores.

Com base na relação dos portadores de lesões de membros inferiores, elaboramos, em conjunto com os enfermeiros, o calendário de visitas às USFs e domicílios, visando à realização das entrevistas, observações das trocas de curativos e avaliações clínicas das UV. As visitas domiciliares foram acompanhadas pelos membros da equipe do PSF (ACS, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros).

O diagnóstico diferencial das úlceras foi estabelecido com base nos critérios clínicos: anamnese, exame físico e avaliação da úlcera realizada pela equipe de pesquisa composta pela pesquisadora e 12 acadêmicas de enfermagem/UFRN (Apêndice E).

Os dados foram obtidos de três fontes: leitura do prontuário dos usuários, aplicação do formulário estruturado (entrevista); e observação não participante durante a realização da troca de curativo nos domicílios e USFs.

A coleta de dados foi realizada no período de 5 meses (dezembro de 2005 a abril de 2006), por 12 acadêmicas do quarto período de enfermagem, que foram divididos em três grupos, sob a coordenação e supervisão da mestranda, de 2^a a 6^a feira nas USFs e domicílios dos pesquisados, em horários previamente estabelecidos (manhã e tarde), conforme já mencionado anteriormente.

3.8 Procedimentos para tratamento e análise de dados

Os dados coletados foram transferidos para planilha do aplicativo Microsoft Excel 2000 XP, onde passaram por correção e verificação de erros de digitação, exportados e analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 14.0 Windows.

Para realizarmos o tratamento estatístico descritivo e inferencial foi necessário reclassificar as variáveis que tinham mais de duas categorias, transformando-as em apenas duas, visto que optamos em fazer o cruzamento e os testes estatísticos entre as variáveis de caracterização sociodemográficas e de saúde com as variáveis de caracterização da UV e da assistência prestada nas USFs.

No programa, SPSS 14.0, executamos análises descritivas com frequências absolutas e relativas, e análise inferencial multivariada, com cruzamento das variáveis em tabelas de contingências 2x2, com teste de verificação de Qui-Quadrado (χ^2), Correlação de Spearman ($r > 0,75$ =forte; $r < 0,75$ a $0,50$ =média; $r < 0,50$ =fraca), teste de Proporção Binomial (0,50) e adotado nível de significância estatística de p-valor $< 0,05$. Nesse processo, os resultados foram tabulados e apresentados na forma de Tabelas, Quadros e Figuras (SOARES; SIQUEIRA, 2002; BARBETTA, 1998).

Para calcularmos a prevalência, seguimos o conceito de Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 53), “a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população, multiplicando o resultado pela base referencial da população que é potência de 10, usualmente 1.000, 10.000 ou 100.000”.

A prevalência de UV, na população cadastrada no PSF, foi determinada pelo número de portadores de UV atendidos pelas equipes das UFSs de Natal pesquisadas no período de coleta de dados (5 meses), pelo número de pessoas cadastradas nessas UFSs, no mesmo período, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2005. Determinamos também a prevalência segundo a população alvo (a partir de 20 anos), faixas etárias e sexo.

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{Número portadores de UV atendidos pelas UFSs pesquisadas no Município de Natal.}}{\text{Número de pessoas cadastradas nas UFSs pesquisadas de Natal, segundo dados do SIAB 2005.}} \times 1000$$

Para avaliarmos assistência aos portadores de UV atendidos nas USF, tomamos os critérios de avaliação contidos nos Grupos 1 e 2 (variáveis independentes) e a categorização

proposta para qualificar a assistência em adequada e inadequada (variável dependente), já descritos anteriormente nos Quadros 11 e 12.

4. RESULTADOS, DISCUSSÕES E ANÁLISES

Objetivando uma melhor compreensão do estudo, apresentaremos os resultados e discussões em quatro etapas: prevalência de UV; caracterização sociodemográfica dos participantes, segundo sexo, faixa etária, escolaridade, situação de trabalho atual, renda familiar e de saúde (tabagismo, etilismo e doenças associadas); caracterização da UV e assistência prestada aos portadores de UV e por último, a avaliação da assistência desenvolvida nas USFs.

4.1 Prevalência de UV nas USFs de Natal/RN

Os estudos referentes à prevalência de UV na população brasileira são escassos e, especificamente no município de Natal, nosso estudo é pioneiro.

Para melhor compreensão, descreveremos a prevalência de UV na população cadastrada no PSF até abril 2006, na população alvo pesquisada (a partir de 20 anos), na população até 59 anos e a partir de 60 anos e por último, na população por sexo.

Quanto à prevalência por população distrital, esta foi maior (0,26/1000) no Distrito Oeste, seguida do Distrito Norte (0,24/1000) e Distrito Leste (0,21/1000).

De acordo com a Figura 4, a prevalência de UV na população cadastrada pelo PSF foi de 0,25/1000, enquanto que a prevalência na população alvo pesquisada foi de 0,36/1000.

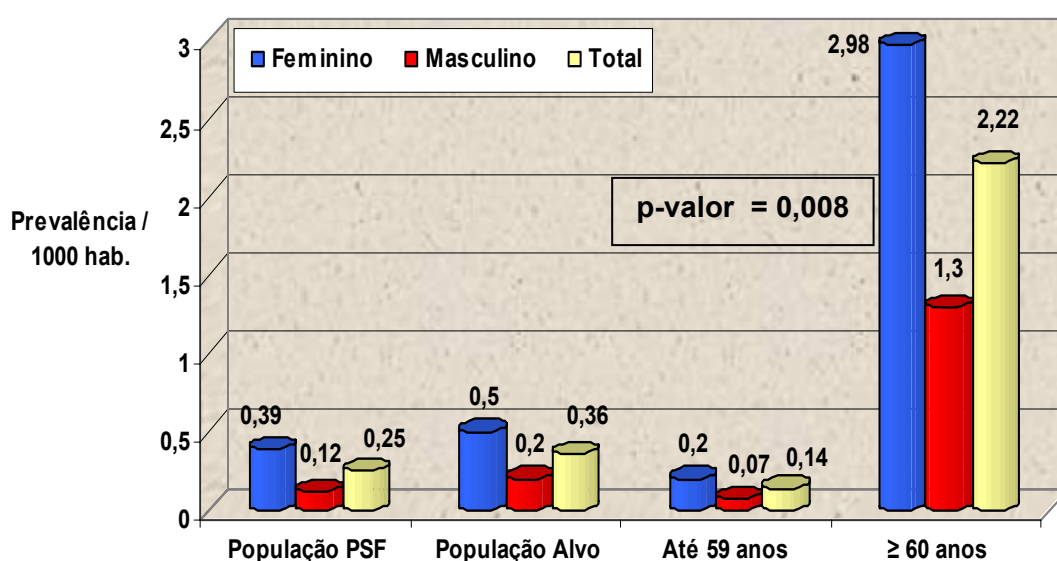


Figura 4. Prevalência de UV, segundo a população do PSF, população alvo, e faixa etária até 59 anos e a partir de 60 anos. Natal/RN, 2006.

Quanto à prevalência por faixa etária, encontramos um índice de 2,22/1000 nos portadores de UV a partir de 60 anos e 0,14/ 1000 até 59 anos, mostrando uma boa correlação (0,535) entre a prevalência de UV e faixa etária.

A prevalência de UV no sexo feminino foi maior que a masculina, tanto na população do PSF (0,39/0,12) quanto na população alvo (0,5/0,2), revelando uma forte correlação (0,818) entre sexo e prevalência.

Ao cruzarmos os índices de prevalência por sexo (feminino / masculino) e faixa etária (\geq 60 anos / até 59 anos), verificamos a existência de diferença significativa (p-valor=0,008) no sexo feminino, com idade a partir de 60 anos (2,98/1,3), em relação ao sexo masculino (0,2/0,07) até 59 anos.

A prevalência identificada está em consonância com os estudos nacional (MAFFEI, 2002) e internacional (MARGOLIS, 2002; SIBBALD et al., 2001; STACEY et al., 2000; MORISON et al., 1997; DOUGLAS; SIMPSON, 1995; LESS; LAMBERT, 1992), apontando uma tendência de aumento na população idosa do sexo feminino.

Pesquisas realizadas por diversos autores, no âmbito internacional, encontraram um resultado de prevalência na população geral semelhante ao nosso estudo, variando entre 0,06% a 1,9% (MARGOLIS, 2002; STACEY et al., 2000; DOUGLAS; SIMPSON, 1995; LESS; LAMBERT, 1992).

No Reino Unido, a prevalência de UV foi estimada em 1,5 a 1,8/1000 habitantes, passando a 3/1000 na população com 61 a 70 anos de idade e 20/1000 em pessoas com 80 anos e mais (MORISON et al., 1997).

Estudo realizado na cidade de Skaraborg (Suécia), mostrou uma prevalência de úlcera de perna igual 0,16% em uma população de 270.800 habitantes (SIBBALD et al., 2001).

Na Dinamarca, foi encontrada prevalência de 3,9% de úlceras abertas ou fechadas, na Suíça 1% em indivíduos ativamente empregados e nos Estados Unidos da América (EUA) 0,25 em mulheres e 0,1% em homens (MAFFEI, 2002)

No Brasil, Maffei (2002), encontrou uma prevalência de 3,6% de insuficiência venosa crônica grave com úlceras ativas ou cicatrizadas em Botucatu / São Paulo, enquanto que Cabral (2000), em três postos do SUS em Belo Horizonte, detectou uma prevalência de 2,6% também para úlceras abertas ou cicatrizadas conforme cicatrização 5 e 6 do CEAP.

Pesquisa brasileira, realizada em Botucatu/São Paulo, por Maffei (1986), encontrou uma prevalência de 3,6% de insuficiência venosa crônica grave com úlceras ativas ou cicatrizadas.

Conhecida a prevalência, passaremos a descrever como a caracterização sociodemográfica dos portadores de UV atendidos nas USFs pesquisadas.

4.2 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos pesquisados

Nas Tabelas 1 e 2 retrataremos respectivamente a caracterização sociodemográfica e de saúde dos 74 participantes do nosso estudo.

Tabela 1. Distribuição das variáveis de caracterização sociodemográfica segundo o sexo dos portadores de UV. Natal/RN, 2006.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		SEXO				TOTAL		p- valor
		MASCULINO		FEMININO		N	%	
		N	%	N	%			
Faixa	Até 59 anos	06	8,1	18	24,3	24	32,4	0,008
Etária	A partir de 60 anos	13	17,6	37	50,0	50	67,6	
Escolaridade	Não alfabetizado	05	6,8	14	18,9	19	25,7	0,005
	Ensino Fundamental	14	18,9	41	55,4	55	74,3	
Renda	Até 2 SMs	14	18,9	37	50,0	51	68,9	0,271
Familiar	> 2 SMs	05	6,8	18	24,3	23	31,1	
Profissão	Ausente	6	8,1	28	37,8	34	45,9	2,125
	Presente	13	17,6	27	36,5	40	54,1	
Ocupação / Atividade	Aposentado/ desempregado	18	24,3	49	66,2	67	90,5	0,526
Atual	Trabalha atualmente	01	1,4	06	8,1	07	9,5	
Posição ortostática	Ausente	03	4,1	14	18,9	17	23,0	0,745
	Presente	16	21,6	41	55,4	57	77,0	
TOTAL		19	25,7	55	74,3	74	100,0	

Conforme podemos observar na Tabela 1, a maioria dos participantes deste estudo é do sexo feminino (74,3%), representando uma relação de 3:1 entre os sexos.

O paciente mais jovem tinha 25 anos e o mais velho, 86 anos, com média de idade de 64,5 anos. Em relação à faixa etária, 67,6% estavam com 60 anos ou mais, seguida de

32,4% com até 59 anos. Em ambas as faixas etárias o sexo feminino foi predominante (50,0% e 24,3% respectivamente), com diferença estatística significativa (p-valor= 0,008).

Quanto à escolaridade dos pesquisados, identificamos que 74,3% tinham até o ensino fundamental e 25,7% não eram alfabetizados, sendo esta diferença significativa (p-valor= 0,005).

Em relação à renda familiar, observamos a predominância de no máximo dois salários mínimos (68,9%), correspondendo a 50,0% e 18,9%, nos sexos feminino e masculino, respectivamente. Acima de dois salários mínimos eram recebidos por 24,3% das pessoas do sexo feminino e 6,8% do sexo masculino. Constatou-se que 54,1% dos pesquisados tinham uma profissão. Sendo 36,5% do sexo masculino e 17,6% do sexo feminino.

No que diz respeito à ocupação atual, 66,2% do sexo feminino e 24,3% do masculino eram aposentados ou desempregados, enquanto que, 8,1% do sexo feminino e 1,4% do masculino trabalham atualmente. A manutenção de posição ortostática por mais de 6 horas foi revelada por 55,4% dos pesquisados do sexo feminino e 21,6% do masculino em suas atividades diárias.

Após a caracterização sociodemográfica, apresentaremos na Tabela 2 as variáveis de caracterização de saúde.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de caracterização de saúde segundo o sexo. Natal/RN, 2006.

VARIÁVEIS DE SAÚDE		SEXO				TOTAL		p- valor
		MASCULINO		FEMININO		N	%	
		N	%	N	%			
Sono	Sono inadequado com insônia (< 6 horas/dia)	09	12,2	35	47,3	44	59,5	1,550
	Sono adequado (> 6 horas/dia)	10	13,5	20	27,0	30	40,5	
Etilismo / Tabagismo	Ausente	06	8,1	28	37,8	34	45,9	2,125
	Presente	13	17,6	27	36,5	40	54,1	
IVC	Presente	19	25,7	55	74,3	74	100,0	-
Hipertensão	Ausente	12	16,2	29	39,2	41	55,4	0,622
	Presente	07	9,5	26	35,1	33	44,6	
Diabetes	Ausente	14	18,9	41	55,4	55	74,3	0,005
	Presente	05	6,8	14	18,9	19	25,7	
Cardiopatia	Ausente	18	24,3	52	70,3	70	94,6	0,001
	Presente	01	1,4	03	4,1	04	5,4	
TOTAL		19	25,7	55	74,3	74	100,0	

Quanto ao estado de saúde dos portadores de UV, podemos observar na Tabela 2, que 59,5% dos pesquisados tinham sono inadequado (< 6 horas diárias), sendo 47,3% mulheres e 12,2% homens. Percebemos a predominância de insônia nas mulheres.

Em relação aos hábitos de tabagismo e/ou etilismo atuais e passados, identificamos presença destes em 36,5% do sexo feminino e 17,6% do sexo masculino, correspondendo a 54,1% do total pesquisado.

Ao pesquisarmos a presença de doenças crônicas, a IVC foi identificada em 100,0% dos pesquisados, a hipertensão arterial em 35,1% das mulheres e 9,1% dos homens. A diabetes foi revelada por 18,9% do sexo feminino e 6,8% do masculino, enquanto que a cardiopatia foi encontrada em 4,1% nas pessoas do sexo feminino e 1,4% do sexo masculino.

Ao realizarmos teste de significância estatística identificamos diferença estatística significativa entre o sexo e a presença de diabetes (p-valor= 0,005) e cardiopatia (p-valor= 0,001).

Quanto às características sociodemográficas e de saúde dos portadores de UV destacaram a predominância do sexo feminino, idosos a partir de 60 anos, escolaridade até o ensino fundamental, baixa renda familiar, aposentados, presença de posição ortostática nas ocupações atuais, presença de sono inadequado com insônia, etilismo ou tabagismo e doenças crônicas, como IVC, hipertensão, diabetes e cardiopatia.

Frente a esta caracterização, podemos identificar uma tendência de surgimento e manutenção de cronicidade da UV, no sexo feminino, faixa etária superior a 59 anos, condições sócio-econômicas desfavoráveis, presença de posição ortostática e de doenças crônicas presentes.

Conhecer essas características constitui um passo fundamental para o planejamento da assistência, tanto na atenção básica quanto nos demais níveis de complexidade, uma vez que a UV não pode ser avaliada separadamente do seu portador e contexto no qual ele está inserido.

Diversos autores, em suas pesquisas, corroboram os dados por nós obtidos, em relação à predominância do sexo feminino em desenvolver UV (BERGONSE; RIVITTI, 2006; NUNES et al., 2006ab; TOMLJANOVIC et al., 2005; TORRES, 2006, 2005, 2004abcd; FRADE et al., 2005; BORGES, 2002; PINERO, 2000; MARGOLIS et al., 2000; BATISTA, 2002; BERTRANOU et al., 1997).

O estudo de Baker et al. (1991) apresentou uma relação de UV entre mulheres e homens idosos, igual à nossa pesquisa (3:1), o que, segundo o autor, é determinado pela maior

longevidade nas mulheres, pois abaixo de 40 anos de idade a relação é igual para ambos os sexos.

Em relação à faixa etária, Bergonse e Rivitti (2006), Nunes (2006ab), Torres (2006, 2004ab), Frade et al (2005), Borges (2000), Margolis et al (2000), Miller e Philips (2000), em estudo com portadores de UV, encontraram dados semelhantes aos nossos, caracterizando a UV como uma patologia de maior incidência na terceira idade.

Pieper, Caliri e Cardozo (2002) reforçam os autores acima, ao afirmarem que, na maioria, das pessoas, a primeira UV surge por volta da idade de 60 anos, tornando-se mais comum com o envelhecimento da população.

Gamba e Yamada (2003) nos chama atenção para a questão do envelhecimento populacional e conseqüentemente a predominância das doenças crônicas e da estreita relação da UV com a IVC e também associação da IVC com a hipertensão arterial e diabetes.

Quanto à escolaridade dos participantes, dados semelhantes aos nossos foram encontrados por Abade et al. (2005), Yamada (2003), Longo Junior et al. (2001) e Torres (2006, 2005) ao pesquisarem o grau de instrução dos portadores de UV.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP 2000), as desigualdades sociais constituem marca básica do nosso país, e dentre elas o nível de escolaridade. Isto vem justificar os resultados por nós obtidos, considerando que o nosso estudo foi realizado em USFs, localizadas em áreas com baixos indicadores de qualidade de vida.

A renda familiar constitui um aspecto importante a ser considerado no planejamento das ações, uma vez que é determinante das condições de vida dessa população, dificultando muitas vezes a efetivação das ações e acarretando o prolongamento do tratamento e cronicidade das lesões.

Estudos realizados por Nunes (2006a), Torres (2006, 2005, 2004abcd), Frade et al. (2005), Yamada e Santos (2005) e Yamada (2001) também descrevem essa mesma realidade, chamando a atenção para a relação baixa escolaridade e renda familiar.

A predominância, em nosso estudo, de aposentados em relação às demais variáveis, se justifica pela maioria ter idade igual ou maior que 60 anos e renda mensal de no máximo dois salários mínimos. Longo Junior et al. (2000), ao realizarem um estudo de qualidade de vida com portadores de UV, também identificaram uma predominância de aposentados (63%) com renda mensal de um salário mínimo.

A associação entre renda familiar de dois salários mínimos e a idade de 60 anos e mais era de esperar, tendo em vista que a faixa etária, a que pertence a maioria dos portadores de UV, já se encontra “beneficiada” pela seguridade social.

De acordo com Pinero (2003), Maffei (2002) e Suzuki (2001), as ocupações nas quais o indivíduo permanece longo período em pé (posição ortostática) são consideradas como fator de agravo e de risco para IVC, além de serem causa de desconforto e dor. Nesse sentido, contribuem significativamente para o surgimento da IVC, por alteração crônica da hemodinâmica das veias, mais aumento da pressão nos capilares da circulação cutânea.

Estudos realizados por Frade (2005), Torres (2005) e Batista (2002) também revelaram associação da IVC com hipertensão arterial (HA) e diabetes melitus (DM), semelhantes à nossa investigação.

A presença de insônia, tabagismo, etilismo e patologias crônicas, como as já citadas, são consideradas por diversos autores como fatores que interferem negativamente no processo de cicatrização, prolongando o tratamento e retardando a cura (YAMADA, 2003; MAFFEI, 2002; BORGES, 2001).

Após conhecermos as características sociodemográficas e de saúde passaremos a apresentar a caracterização da assistência aos portadores de UV atendidos pelas USFs de Natal/RN.

4.3 Caracterização da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs

Em relação à assistência prestada pelos profissionais do PSF aos portadores de UV, identificamos, através da observação dos prontuários, que a mesma se dá de forma assistemática, de acordo com o conhecimento de cada um que está assistindo, não existindo protocolos de ações e condutas.

Não identificamos, nos prontuários, registros referentes à avaliação dos portadores de UV, como características da lesão, mensuração, fotografias, condutas terapêuticas e avaliações subseqüentes. Nos registros de evoluções dos usuários pesquisados, na maioria das vezes, há apenas a referência da troca de curativos realizada e do produto utilizado.

Para melhor conhecermos essa assistência, descreveremos as características da UV dos pesquisados.

Tabela 3. Distribuição das características da UV diagnosticadas segundo o número de lesões dos usuários atendidos no PSF. Natal/RN, 2006.

CARACTERÍSTICAS DA UV	NÚMERO DE UV				TOTAL		
	ÚNICA		MÚLTIPLA		N	%	
	N	%	N	%			
Membro afetado	MIE	29	39,2	11	14,9	40	54,1
	MID	19	25,7	05	6,8	24	32,4
	MID/MIE	02	2,7	08	10,8	10	13,5
Recidivas de UV	1 vez	06	8,1	05	6,8	11	14,9
	≥ 2 vezes	27	36,5	13	17,6	40	54,1
Tempo atual UV	Até 1 ano	16	21,6	10	13,5	26	35,1
	> 1 ano a 5 anos	15	20,3	06	8,1	21	28,4
	> 5 anos a 10 anos	19	25,7	08	10,8	27	36,5
Presença de sinais clínicos de IVC	Hemosiderose	40	54,1	19	25,7	59	79,7
	Edema	32	43,2	14	18,9	46	62,2
	Lipodermatoesclerose	29	39,2	16	21,6	45	60,8
	Prurido	19	25,7	08	10,8	27	36,5
	Varizes	18	24,3	06	8,1	24	32,4
	Eczema	17	23,0	06	8,1	23	31,1
Zonas de localização	Zona 1 (pé)	08	10,8	02	2,7	10	13,5
	Zona 2 (metade distal da perna e tornozelo)	36	48,6	16	21,6	52	70,3
	Zonas 1 e 2	06	8,1	06	8,1	12	16,2
Área da UV	Pequena (até 20cm ²)	25	33,8	08	10,8	33	44,6
	Média (>20 a 60 cm ²)	14	18,9	12	16,2	26	35,1
	Grande (>60cm ²)	11	14,9	04	5,4	15	20,3
Condições do leito da UV	Granulação e epitelização	21	28,4	05	6,8	26	35,1
	Necrose úmida associada com fibrina e granulação	29	39,2	19	25,7	48	64,9
Tipo de exsudato na UV	Seroso	42	56,8	16	21,6	58	78,4
	Serossanguinolento	04	5,4	05	6,8	09	12,2
	Purulento	04	5,4	03	4,1	07	9,5
Quantidade de exsudato na UV	Pequena	27	36,5	8	10,8	35	47,3
	Média	17	23,0	10	13,5	27	36,5
	Grande	06	8,1	06	8,1	12	16,2
Sinais de infecção na UV	Ausente	38	51,4	12	16,2	50	67,6
	Odor + secreção purulenta + hiperemia	12	16,2	12	16,2	24	32,4
Intensidade de dor	Com dor	43	58,1	21	28,4	64	86,5
	Intensa	24	32,4	12	16,2	36	48,6
	Moderada	11	14,9	07	9,5	18	24,3
	Leve	08	10,8	02	2,7	10	13,5
	Sem dor	07	9,5	03	4,1	10	13,5
TOTAL		50	67,6	24	32,4	74	100,0

Os dados da Tabela 3 mostram que dos 74 portadores de UV, 67,6% apresentavam uma única lesão e que 32,4% apresentavam múltiplas lesões, com 54,1% úlceras recidivantes por 2 ou mais vezes, sendo 36,5% destas nos portadores de lesão única. O membro inferior esquerdo foi o mais ulcerado (54,1%), seguido do direito, com 32,4% e apenas 13,5% apresentaram lesões nos dois membros.

O tempo de existência da UV atual foi mais de 5 a 10 anos (36,5%), seguido de menos de um ano (35,1%) e mais de um ano a cinco anos (28,4%), com predominância naqueles que portavam uma única lesão.

A presença de sinais clínicos de IVC mais predominantes foram hemossiderose (79,7%), edema (62,2%) e lipodermatoesclerose (60,8%); os menos freqüentes foram prurido (36,5%), varizes (32,4%) e eczema (31,1%).

Em relação à zona de localização no membro afetado, predominou a zona 2 (pé e maléolo distal) com 70,3%, e com menor freqüência a zona 1 (pé) com 13,5%.

Quanto à área de extensão, 44,6% apresentavam pequena área, 33,1% média extensão, e 20,3% área de grande extensão, sendo a maioria com uma única lesão.

Em relação às condições do leito, 64,9% das lesões com necrose úmida associada com fibrina e granulação e 35,1% granulação e epitelização. As duas condições apresentadas foram mais freqüentes naqueles que portavam uma única lesão.

A presença de exsudato seroso foi evidenciada em 78,4% das lesões, predominando tanto na presença de única lesão (56,8%) quanto na presença de lesões múltiplas (21,6%). Em relação à quantidade de exsudato o maior índice ocorreu pequena quantidade (47,3%), seguida de média (36,5%) e grande quantidade (16,2%).

No que se refere aos sinais de infecção, 32,4% dos portadores de UV apresentaram infecção, sendo distribuídos igualmente (16,2%) para única lesão e múltiplas lesões.

Em relação à dor, 86,5% referiram dor, sendo 48,6% intensa 24,3% moderada e 13,5% leve, e apenas 13,5% não referiram dor, verificando-se um predomínio de dor nos portadores de única UV (58,1%).

Os portadores de UV, em sua maioria, apresentam duas ou mais recidivas, tempo atual de lesão superior a 5 anos, com predomínio de apenas uma lesão, localizada principalmente na zona 2 (metade distal da perna e tornozelo) no membro inferior esquerdo, com pequena área de extensão, apresentando leito com granulação associado com necrose úmida e fibrina, presença de exsudato seroso de média a grande quantidade, presença de dor intensa a moderada no membro afetado.

A caracterização clínica da UV, avaliada em nossa pesquisa, corresponde aos sinais clínicos descritos na literatura científica, e é fundamental no estabelecimento do diagnóstico da lesão (BORGES, 2005; MAFFEI, 2002; FALANGA, 1991).

Apesar da localização predominante da UV na zona 2 (metade distal da perna e tornozelo) e da presença dos sinais clínicos da IVC, a equipe de saúde da família não conseguiu fazer uma associação entre estas características e o diagnóstico de UV, o que retrata o desconhecimento desses profissionais em relação às características clínicas da IVC e UV.

De acordo com a classificação internacional “CEAP”, o achado dos seguintes sinais clínicos: veias varicosas, hiperpigmentação, edema, lipodermatoesclerose, somados à presença de lesão cicatrizada ou aberta caracterizam a IVC. O surgimento da UV é considerado o agravo maior da IVC (CLASSIFICATION, 1997; KISTNER, 1996).

O CEAP orienta uma classificação em ordem crescente de 0 a 6. Classe “0” sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa; Classe “1”, com telangectasias e / ou veias varicosas. Classe “2”, veias varicosas. Classe “3”, edema. Classe “4”, alterações de pele (hiperpigmentação e lipodermatoesclerose). Classe “5”, todos os sinais anteriores com úlcera cicatrizada. Classe “6”, todos os sinais anteriores com úlcera ativa (CLASSIFICATION, 1997; KRISTNER, 1996).

Para Yamada e Santos (2005) e Yamada (2001), as vantagens desta classificação referem-se a detecção precoce da doença, à implementação de medidas de educação em saúde e ao acompanhamento da evolução da doença.

Nunes et al. (2006a), Frade (2005), Hareendran et al.(2005), Torres (2006, 2005), Yamada e Santos (2005), Reis et al. (2003) e Yamada (2001) encontraram, em suas pesquisas, características idênticas às reveladas pelo nosso estudo.

Em decorrência da cronicidade das lesões, a presença de portadores de UV nos corredores e salas de curativos faz parte da rotina dos serviços de saúde. São anos e anos de trocas diárias de curativos, sem resolutividade e com repercussão negativa na qualidade de vida dessas pessoas.

O tempo prolongado da lesão também foi identificado em estudos feitos por Torres (2005, 2004ab), Batista (2002), Yamada e Santos (2005), Yamada (2001), Borges (2000) e Bertranou e Vélez (1997), acompanhado de muito sofrimento para o paciente, perda laborial, traduzindo-se em um importante problema socioeconômico para a sociedade, além de representar um verdadeiro desafio para os profissionais.

Bertranou e Vélez (1997) assinalam que a cronicidade da lesão, assim como a idade, são consideradas fatores de risco no processo de cicatrização, chamando à atenção para a importância de diagnóstico e instituição de tratamento precoce.

Após a descrição das características da UV, passaremos a retratar as características da assistência prestada aos portadores de UV, a partir da caracterização do tempo de implantação da USF, local onde realiza o tratamento da UV e tempo atual de evolução da úlcera venosa.

Tabela 4. Distribuição das características da assistência, segundo o tempo de tratamento da UV nas USFs. Natal/RN, 2006.

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA NAS USFs		TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
		ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%
		N	%	N	%		
Tempo de implantação USFs	Até 3 anos	12	16,2	20	27,0	32	43,2
	> 3 anos	14	18,9	28	37,8	42	56,8
Local onde realiza tratamento da UV	Só domicílio	17	23,0	25	33,8	42	56,8
	Só USF	02	2,7	00	0,0	02	2,7
	Domicílio e USF	07	9,5	23	31,1	30	40,5
Tempo atual UV	Até 1 ano	26	35,1	00	0,0	26	35,1
	> 1 ano a 5 anos	00	0,0	21	28,4	21	28,4
	> 5 anos a 10 anos	00	0,0	12	16,2	12	16,2
	> 10 anos	00	0,0	15	20,3	15	20,3
TOTAL		26	35,1	48	64,9	74	100

Podemos observar na Tabela 4, que 56,8% dos portadores de UV são atendidos por USFs com mais de três anos de implantação, sendo que, destes, 37,8% estão sendo tratados há mais de um ano.

O tempo de tratamento superior a um ano predomina tanto nas USFs que foram implantadas há três anos, quanto naquelas com três anos de implantação, destacando-se a cronicidade da UV e o pouco impacto do tratamento recebido.

Referente ao local de tratamento, 56,8% realizam curativo no domicílio, 40,5% na USF e domicílio. Dos que realizam tratamento (curativo) em domicílio 31,1% fazem tratamento a mais de um ano e 25,7%, a menos de um ano. Quanto aos que realizam tratamento nas USFs e domicílios, 28,4% fazem a mais de um ano e 12,2%, a menos de um ano.

Quanto ao tempo atual de existência da UV, 36,5% apresentam tempo de existência maior que cinco anos, seguido de 35,1% até um ano, e 28,4% maior de um até cinco anos.

Observamos que o tempo de tratamento superior a um ano predomina tanto nas USFs que foram implantadas há três anos, quanto naquelas que ultrapassam três anos de implantação, destacando-se a cronicidade das úlceras venosas e o pouco impacto do tratamento recebido.

Este é um dado preocupante, pois, quando o associamos com a realização domiciliária dos curativos, identificamos que as USFs, não têm conseguido prestar assistência domiciliária contínua e resolutiva.

Ao buscarmos conhecer o processo assistencial aos portadores desenvolvido pela equipe saúde da família nas USFs e domicílio, verificamos um grande problema relativo ao diagnóstico da UV, como podemos observar na Figura 5 a seguir.

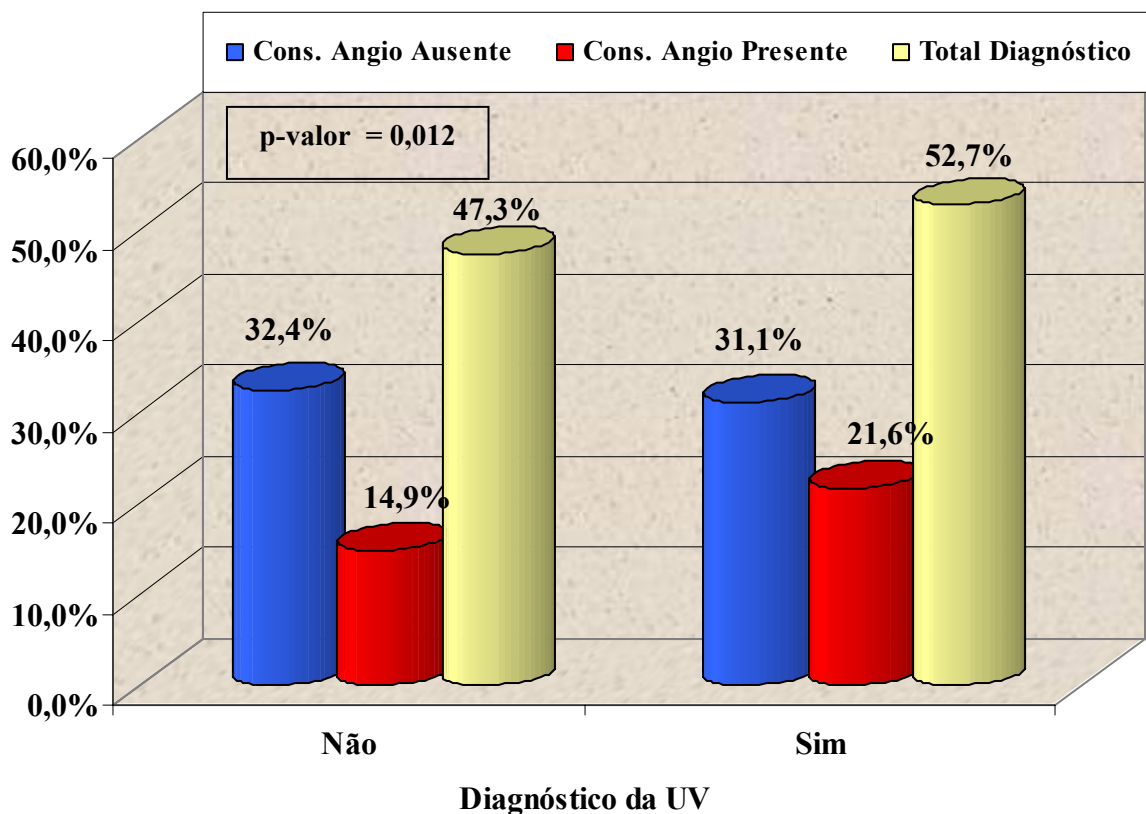


Figura 5. Distribuição de diagnósticos de UV pela equipe saúde da família e consultas com angiologista. Natal/RN, 2006.

Dos pesquisados, 52,7% tinham diagnóstico de UV conhecido pelos profissionais do PSF, enquanto que em 47,3% o diagnóstico de UV era desconhecido, revelando o despreparo dos profissionais para estabelecer diagnóstico de UV.

Ao fazermos o cruzamento entre diagnóstico da UV e consulta com angiologista, no último ano verificamos que 21,6%, dos que tinham diagnóstico, referiram consulta com o angiologista, enquanto que 14,9%, apesar de terem sido avaliados pelo angiologista, continuavam sem diagnóstico clínico de úlcera venosa, apresentando uma diferença estatística significativa (p -valor=0,012). Isto denota a dificuldade de acesso ao especialista vascular (referência) e também falha na contra-referência, pois a equipe de saúde da família não recebeu informações referentes à consulta realizada.

Na Tabela 5, podemos observar que 27,0% dos portadores de UV, não foram encaminhados para especialistas, e 24,3% foram encaminhados e não atendidos.

Tabela 5. Consultas com especialistas segundo tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

CONSULTA COM ESPECIALISTA	TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
	ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%
	N	%	N	%		
Não encaminhado	06	8,1	14	18,9	20	27,0
Encaminhado e não atendido	07	9,5	11	14,9	18	24,3
Angiologista	03	4,1	16	21,6	19	25,7
Cardiologista	04	5,4	03	4,1	07	9,5
Dermatologista	02	2,7	00	0,0	02	2,7
Angiologista, endocrinologia e outras especialidades	04	5,4	04	5,4	08	10,8
TOTAL	26	35,1	48	64,9	74	100

Do total de pacientes acompanhados 36,5% tiveram consultas com angiologista, 9,5% com cardiologista, 2,7% com dermatologista e 10,8% referiram consultas com angiologista, endocrinologista e outras especialidades conjuntamente. Podemos verificar que houve predomínio de consultas com angiologista (36,5%).

Observamos que, apesar da predominância de consultas com o angiologista, apenas um número reduzido de portadores de UV teve acesso à consulta com esse especialista, e que a maioria deles com tempo de tratamento superior a um ano, denotando as lacunas do sistema de referência e contra-referências.

Segundo pesquisa realizada pela SBACV referente ao ano de 2004, na região nordeste existe uma grande defasagem de angiologistas e cirurgiões vasculares, inclusive onde existem hospitais universitários e de maior complexidade (FORTI et. al. 2004).

No Rio Grande do Norte, em 2004, existiam 21 angiologistas/cirurgiões vasculares para uma população de 2.962.107 habitantes, sendo 1:35.466 na capital e 1:2.217.313 no interior (FORTI et. al 2004).

Segundo dados da SBACV, não há angiologistas/cirurgiões vasculares no interior do estado suficiente para atender a população, o que acarreta uma grande demanda para a capital. Ressaltamos que a OMS propõe 1 angiologista para 17.000 habitantes nos países desenvolvidos e 1 angiologista para 35.000 nos países em desenvolvimento (FORTI et. al 2004).

Na Tabela 6, apresentamos os exames laboratoriais e radiológico realizados pelos portadores de UV.

Tabela 6. Exames laboratoriais e radiológico realizados, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

EXAMES REALIZADOS		TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
		ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%
		N	%	N	%		
Exames laboratoriais realizados	Ausente	02	2,7	03	4,1	05	6,8
	Presente	24	32,4	45	60,8	69	93,2
Exame Radiológico do membro afetado	Ausente	23	31,1	37	50,0	60	81,1
	Presente	03	4,1	11	14,9	14	18,9
TOTAL		26	35,1	48	64,9	74	100,0

Os dados da Tabela 6, demonstram que 93,2% dos portadores de UV realizaram exames e 18,9% realizaram exame radiológico do membro afetado, sendo uma maior frequência para os que se encontravam em tratamento a mais de um ano.

Na Tabela 7, são apresentados os tipos de exames laboratoriais realizados segundo o tempo de tratamento.

Tabela 7. Tipos de exames laboratoriais realizados, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

TIPOS DE EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS	TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
	ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%
	N	%	N	%		
Hemograma + dosagens bioquímicas*	16	23,2	21	30,4	37	53,6
Hemograma + dosagens bioquímicas + cultura de secreção	06	8,7	18	26,1	24	34,8
Hemograma + dosagens bioquímicas + EPF + EAS	02	2,9	02	2,9	04	5,8
Cultura de secreção	00	0,0	04	5,8	04	5,8
TOTAL	24	34,8	45	65,2	69	100,0

* Nota: Dosagens bioquímicas = colesterol, triglicérides e glicemia.

Observou-se que a maioria (53,6%) dos pesquisados realizou hemograma e dosagens bioquímicas, seguido de hemograma, dosagens bioquímicas e cultura de secreção com 34,8%. A maior frequência foi identificada naqueles com tempo de tratamento superior a um ano.

Podemos perceber que a realização de exames não faz parte da rotina de tratamento dos portadores de UV, o que dificulta a avaliação do estado geral do paciente e a implantação de medidas de suporte terapêutico que otimizam o processo de cicatrização.

França (2003), acrescenta que os diferentes métodos diagnósticos da doença venosa dependem do examinador e requerem habilidade clínica específica.

Alguns exames, como Doppler manual, Flebografia, Duplex-scann, devem ser realizados para complementação do diagnóstico, embora o diagnóstico da UV seja eminentemente clínico. Autores como Aguiar et al. (2005), Borges (2005) e Philips (2001), Falanga (1997), Silva (1995) recomendam que exames subsidiários sejam realizados para auxiliar na condução do diagnóstico e tratamento.

A definição do diagnóstico deve embasar o planejamento das ações. A elaboração e implementação de protocolos constituem uma etapa fundamental na organização da assistência aos portadores de UV.

Vários autores ressaltam a importância da interdisciplinaridade no tratamento de UV, no sentido de proporcionar uma assistência integral ao paciente (BORGES, 2005; POLETTI, 2000; PHILIPS, 2001).

Em relação ao tratamento da UV no âmbito das USFs e domiciliares, destacamos a responsabilidade e necessidade da equipe saúde da família assistir de forma integral, contínua, resolutiva e com qualidade os portadores de UV.

Na tabela 8, apresentaremos dados relativos a dor nos portadores de UV.

Tabela 8. Presença de dor, uso de analgésico e alívio da dor, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO DA DOR		TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
		ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%
		N	%	N	%		
Intensidade de dor	Sem dor	04	5,4	06	8,1	10	13,6
	Dor leve	05	6,8	05	6,8	10	13,5
	Dor moderada	03	4,1	15	20,3	18	24,3
	Dor intensa	14	18,9	22	29,7	36	48,6
Uso de analgésico	Ausente	13	17,6	18	24,3	31	41,9
	Presente	13	17,6	20	27,0	43	58,1
Alívio da dor	Ausente	14	18,9	18	24,3	32	43,2
	Presente	12	16,2	30	40,5	42	56,8
TOTAL		26	35,1	48	64,9	74	100,0

Do total de pesquisados 86,4% referiram dor, destes, 56,8% estavam em tratamento a mais de um ano.

Quanto à intensidade da dor, 48,6% referiram dor de grande intensidade, seguido de 24,3% dor moderada e 13,5% dor leve.

O uso de analgésico foi informado por 58,1% da amostra; destes 46,5% estavam em tratamento a mais de um ano e 20,3% a menos de um ano. O alívio da dor foi referido por 56,8%, sendo que 37,8% estavam em tratamento de UV a mais de um ano e 18,9% há um ano.

Podemos perceber que nos portadores de UV em tratamento mais prolongado, a dor e uso de analgésicos foram mais freqüentes e, conseqüentemente o alívio da dor mais eficiente.

A dor crônica difere da dor aguda por não ter a função biológica de alerta e, por conseguinte, se torna geradora de estresse físico, emocional, econômico e social (XAVIER; TORRES; ROCHA, 2006, 2005; KAZANOWKI; LACETTI, 2005).

A avaliação da dor é importante para a humanização da assistência ao paciente, além de promover o planejamento das intervenções a serem realizadas. Na condição de profissionais de saúde devemos lembrar que cada ser humano é único e que não podemos

generalizar as suas ações, percepção e comportamento, principalmente em relação à dor (XAVIER et al., 2006ab; XAVIER; TORRES; ROCHA, 2006, 2005).

Para Timi (2004) e Saár e Lima (2001), a dor deve ser avaliada, de forma que não se identifique apenas a sua existência; é também um importante dado diferencial nas etiologias de membros inferiores. A dor progressiva se dá por distensão das paredes venosas ocorrendo quando o indivíduo se mantém de pé ou com as pernas pendentes.

Yamada e Santos (2005) e Yamada (2001), em estudo sobre qualidade de vida verificou que 65,9% dos pacientes referiram estar insatisfeitos com a intensidade de dor sentida e, desses, 74,3% muitos insatisfeitos, 20,7% moderadamente insatisfeitos e 5,2% pouco insatisfeitos.

Outros autores também ao estudarem a dor em portadores de UV, apontaram-na como causadora de alterações no sono, fator de imobilidade, desconforto físico e emocional além de proporcionar incertezas, sofrimento e interrupção na estrutura social (SUZUKI, et al., 2001; NEIL; PHILLIPS, 2001; MUNJAS, 2000).

Nas Tabelas 9 e 10 descreveremos as características da terapia tópica, segundo tempo de tratamento da UV.

Tabela 9. Características da terapia tópica, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

TÉCNICA DE CURATIVO	TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
	Até 1 ANO		> 1 ANO		N	%
	N	%	N	%		
Adequada	00	0,0	01	1,4	01	1,4
Técnica de limpeza inadequada	12	16,2	17	23,0	29	39,2
Técnica de limpeza e associação de produtos inadequados	00	0,0	10	13,5	10	13,5
Técnica de limpeza e uso de produtos inadequados	13	17,6	19	25,7	32	43,2
Associação de produtos inadequados	01	1,4	01	1,4	02	2,7
TOTAL	26	35,1	48	64,9	74	100,0

Os dados encontrados, a respeito da técnica de curativo, mostraram que 98,6% dos curativos realizados estavam inadequados, principalmente em relação à limpeza. Podemos destacar que 39,2% apresentavam técnica de limpeza incorreta, 43,2% limpeza incorreta e uso

de produtos inadequados e 13,5% limpeza e associação de produtos inadequados, independentes do tempo de tratamento.

Em relação ao quite de curativo, 70,3% dos pacientes citaram a falta de recursos materiais (gazes, luvas, soro fisiológico, esparadrapo e produtos de uso tópico) nas USFs para troca diária dos curativos.

A falta de protocolos e de conhecimentos por parte dos profissionais, tanto os que prestam assistência quanto os gestores, pode ser um fator que contribui para a permanência dessas lesões por longos anos.

Por outro lado, a falta de materiais leva à interrupção do tratamento e adoção de condutas de acordo com os recursos disponíveis, outras vezes o portador se vê obrigado a custear seu tratamento.

Em relação a esse conjunto de características, podemos inferir que, na assistência aos portadores de UV, existe uma inadequação da técnica de curativo, destacando-se a limpeza incorreta e uso/associação de produtos incorretos, além da falta de materiais.

O tratamento de UV é complexo e dinâmico e requer de quem cuida conhecimento específico, habilidade e uma abordagem holística (POLETTI, 2000).

No tocante ao tratamento da UV, Borges (2005) propõe cuidados com a ferida e pele ao redor (limpeza, desbridamento), escolha adequada das coberturas, antibioticoterapia, de acordo com cultura e antibiograma, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidivas e encaminhamentos para especialistas.

A limpeza deve ser realizada com jatos de Soro Fisiológico, de preferência utilizando uma seringa de 20 ml e uma agulha 40x12, para evitar traumas e preservar o tecido neoformado. Não é recomendado o uso de substância citotóxicas (TENÓRIO, 2002; YAMADA, 2000; BORGES, 2000).

Cada paciente é diferente e conseqüentemente as feridas também o são: nesse sentido, cada tipo de curativo deve seguir as necessidades da ferida que vai ser tratada e do seu portador. As características das feridas podem mudar de acordo com a evolução da lesão, o que justifica a necessidade de avaliação e monitoramento constantes (MAFFEI, 2002; TENÓRIO, 2002).

A escolha do produto requer conhecimento do processo de cicatrização e das características apresentadas pela lesão, além do custo e disponibilidade do produto (TENÓRIO, 2002; SANTOS, 2000).

Saber o que usar, quando usar e quando trocar é uma tarefa que exige conhecimento e experiência técnica, portanto, é papel do enfermeiro identificar o cuidador, orientar e supervisionar de forma planejada e contínua.

O curativo não pode e não deve se constituir na única forma de tratamento, assim como não deve ser responsabilidade total da família / cuidador. É preciso haver uma participação conjunta da USF / família / cuidador.

A prática de distribuição de materiais para curativos, sem acompanhamentos dos portadores de UV, ainda muito presente nas USFs, demonstra a falta de sistematização da assistência, como podemos ver na Tabela 10.

Tabela 10. Características da assistência na terapia tópica, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA NA TERAPIA TÓPICA	TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL		
	ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%	
	N	%	N	%			
Quem realiza o curativo	Téc. Enf.	9	12,2	16	21,6	25	33,8
	Paciente	5	6,8	18	24,3	23	31,1
	Familiar / Cuidador	5	6,8	9	12,2	14	18,9
	Téc. Enf. / Paciente	2	2,7	3	4,1	5	6,8
	Téc. Enf./ Familiar / Cuidador	3	4,1	1	1,4	4	5,4
	Paciente / Familiar / Cuidador	2	2,7	0	0,0	2	2,7
	Enfermeiro / Téc. Enf.	0	0,0	1	1,4	1	1,4
Frequência de troca curativo	Diário	26	35,1	47	63,5	73	98,6
	Semanal	00	0,0	01	1,4	01	1,4
Quem troca o curativo no final de semana	Paciente	15	20,2	32	43,2	47	63,4
	Cuidador	11	14,9	16	21,7	27	36,6
Quem troca o curativo foi treinado	Ausente	17	22,9	33	44,6	50	67,5
	Presente	09	12,2	15	20,3	24	32,5
Continuidade tratamento UV	Ausente	07	9,4	11	14,9	18	24,3
	Presente	19	25,7	37	50,0	56	75,7
TOTAL		26	35,1	48	64,9	74	100,0

Os dados da Tabela 10 revelam uma assistência sem planejamento, sem avaliação, como podemos observar nas características da assistência na terapia tópica.

Podemos observar que 33,8% dos pacientes tiveram os curativos realizados pelos técnicos de enfermagem, 31,1% pelo paciente, 18,9% por familiar/cuidador, 6,8% por técnico de enfermagem/paciente. A participação do enfermeiro foi verificada em apenas 1,4% dos curativos realizados. A frequência de troca de curativos é diária para 98,6% dos pesquisados.

Em relação ao responsável pela troca do curativo nos finais de semana, em 63,4% da amostra são os próprios pacientes quem realiza e 36,6%, são os cuidadores. Quanto a capacitação do paciente/cuidador/familiar para realização do procedimento, 67,5% destes informaram que não receberam treinamentos para trocar curativos, e o fazem baseados na sua própria vivência e observação.

Quanto à continuidade do tratamento tópico, 24,3% dos pesquisados informaram descontinuidade do mesmo e esta é atribuída à falta de materiais nas UFSs, greve dos profissionais e necessidade que alguns pacientes têm de viajar.

Observa-se que o enfermeiro apresenta pouca participação neste tipo de assistência. Nos chama a atenção, assim como, um grande número de pacientes e cuidadores que realizam a troca de curativos, sem treinamentos, o que pode estar interferindo negativamente no processo de cicatrização e contribuindo para a manutenção da cronicidade da lesão.

O enfermeiro não pode ausentar-se, pois ele é de fundamental importância em todo o processo de cicatrização. Cabe a este profissional fazer a anamnese e a avaliação inicial e subsequentes da lesão, como também a escolha de produtos e coberturas, além da capacitação dos técnicos de enfermagem.

Ressaltamos que as USFs não funcionam nos finais de semana, portanto, é necessária a identificação de um cuidador e o treinamento deste para a realização do procedimento, sendo importante que adquira conhecimento sobre o que está fazendo, para não prejudicar o tratamento.

O cuidador ou paciente deve receber orientação em relação à técnica limpa, e aos produtos utilizados. É imprescindível o estabelecimento de vínculos entre a equipe e o portador de feridas e também a responsabilização da família e do próprio portador pela recuperação de sua saúde (KJAER, 2005; BORGES, 2002; POLETTI, 2000).

Quando o procedimento é realizado pelo próprio paciente é preciso identificar se este tem condições de autocuidar-se, porque muitas vezes problemas de visão, da coluna vertebral e localização da UV dificultam a realização do procedimento.

Para Poletti (2000), quando a assistência a pacientes portadores de feridas crônicas não alcança as metas estabelecidas, o processo de cicatrização acaba se transformando em um trajeto árduo e penoso para o paciente, familiares e cuidador.

Neste sentido, o acompanhamento desse processo cicatricial é fundamental para a recuperação do paciente. Todavia, esse aspecto da assistência tem sido um grande problema para os portadores de UV atendidos nas USFS pesquisadas, como podemos verificar na Tabela 11.

Tabela 11. Acompanhamento do portador de UV nos últimos 30 dias, 6 meses e 1 ano, segundo o tempo de tratamento da UV. Natal/RN, 2006.

ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE UV		TEMPO DE TRATAMENTO DA UV				TOTAL	
		ATÉ 1 ANO		1 ANO		N	%
		N	%	N	%		
Últimos 30 dias	Ausente	00	0,0	11	14,9	11	14,9
	Médico	00	0,0	01	1,4	01	1,4
	Enfermeiro	04	5,4	02	2,8	06	8,2
	Téc. Enf.	09	12,1	11	14,9	20	27,0
	Equipe PSF*	13	17,5	23	31,0	36	48,5
Últimos 6 meses	Ausente	05	6,6	17	23,0	22	29,6
	Médico	04	5,4	07	9,5	11	14,8
	Enfermeiro	01	1,4	03	4,1	04	5,5
	Téc. Enf.	03	4,1	04	5,4	07	9,5
	Equipe PSF	13	17,5	17	23,0	30	40,6
Último ano	Ausente	14	18,7	27	36,5	41	55,2
	Médico	00	0,0	03	4,1	03	4,1
	Enfermeiro	03	4,1	03	4,1	06	8,2
	Téc. Enf.	02	2,7	05	6,8	07	9,5
	Equipe PSF	07	9,5	10	13,5	17	23,0
TOTAL		26	35,0	48	65,0	74	100,0

Nota: * Equipe PSF = médico, enfermeiro e técnico de enfermagem

Podemos observar que o acompanhamento dos portadores de UV pela equipe de saúde da família revela um distanciamento da equipe, visto que está ausente em 14,9% nos últimos 30 dias, aumentando para 29,6% nos últimos seis meses e 55,2% no último ano.

A participação da equipe do PSF no acompanhamento dos portadores de UV diminui com o passar do tempo, pois é de 48,5% nos últimos 30 dias, 40,6% nos últimos 6 meses e 23,0% no último ano, tanto nos pacientes com até 1 ano de tratamento quanto naqueles com mais de 1 ano.

O membro da equipe do PSF mais freqüente no acompanhamento dos portadores de UV nos últimos 30 dias da pesquisa foi o técnico de enfermagem (27,0%) e os mais ausentes foram os enfermeiros (8,2%) e médicos (1,4%).

O acompanhamento da evolução clínica com avaliação da lesão, conforme, Torres (2006, 2005), Borges (2005), é fundamental para o planejamento das ações e condutas a serem implementadas.

Esse acompanhamento deve ser realizado em intervalos regulares, com a finalidade de avaliar a efetividade das intervenções, condutas e tratamento; identificar fatores que possam estar intervindo no tratamento; reavaliar os produtos, coberturas e tipo de técnicas de curativo, além da reavaliação e replanejamento da assistência, de acordo com a necessidade (TORRES, 2006, 2005, 2004cd).

A implementação da terapia compressiva é considerada uma importante conduta para o tratamento de UV, a falta desta denota uma assistência inadequada. No entanto, o uso da terapia compressiva sem associação com a terapia tópica e demais condutas indispensáveis ao tratamento da UV poderá não implicar em resultados significativos no tratamento.

Apesar da terapia compressiva ser uma das terapêuticas mais importantes para melhorar as condições circulatórias (retorno venoso) do membro afetado com IVC, principalmente com UV ativa, esta não faz parte da rotina das USFs, conforme podemos observar na Tabela 12.

Tabela 12. Uso de terapia compressiva no último ano segundo o sexo, número de UV, lipodermatoesclerose e diagnóstico da UV. Natal/RN, 2006.

VARIÁVEIS		USO DE TERAPIA COMPRESSIVA ÚLTIMO ANO*				TOTAL		p-valor
		Ausente		Presente		N	%	
		N	%	N	%			
Sexo	Masculino	13	17,6	06	8,1	19	25,7	0,042
	Feminino	39	52,7	16	21,6	55	74,3	
Número de UV	Única	35	47,3	15	20,3	50	67,6	0,005
	Múltipla	17	23,0	07	9,4	24	32,4	
Lipoderma- atoesclerose	Ausente	20	27,1	09	12,1	29	39,2	0,039
	Presente	32	43,2	13	17,6	45	60,8	
Diagnóstico da UV	Ausente	25	33,8	10	13,5	35	47,3	0,043
	Presente	27	36,5	12	16,2	39	52,7	
TOTAL		52	70,3	22	29,7	74	100,0	

Nota: * Métodos de terapia compressiva considerados (bota de Unna e meia elástica).

Dos 74 pacientes portadores de UV, 70,3% não fizeram uso de terapia compressiva no último ano e apenas 29,7% referiram uso dessa terapia. Daqueles que usaram terapia compressiva, 52,7% eram do sexo feminino, apresentando uma diferença estatística significativa (p-valor= 0,042).

Em relação ao número de UV, houve predominância de lesão única tanto nos pesquisados que usaram terapia compressiva (47,3%) quanto naqueles que não a utilizaram (20,3%). Encontramos diferença estatística significativa entre o número de lesão e a ausência de terapia compressiva (p-valor= 0,005).

A lipodermatoesclerose foi identificada em 43,2% dos pesquisados que não utilizaram terapia compressiva, apresentando uma diferença estatística significativa (p-valor= 0,039).

O diagnóstico de UV esteve presente em 36,5% dos pacientes que não fizeram uso da terapia compressiva, onde ao realizarmos o teste estatístico houve diferença estatística significativa (p-valor= 0,043), sugerindo que neste aspecto o diagnóstico não contribuiu para o uso deste tipo de tratamento.

A terapia compressiva não é rotina no tratamento de UV nas USFs, o que pode ser atribuído ao desconhecimento dos profissionais em relação aos tipos de tratamento de UV, à dificuldade de acesso ao angiologista e à falta de protocolos da instituição para tratamento de feridas.

O município de Natal não dispõe de um centro de referência para tratamento de pacientes com feridas crônicas, como também de profissionais capacitados para atender esta clientela, o que resulta em uma assistência fragmentada, assistemática e com implementação de condutas diversificadas. Estas, geralmente, de acordo com a experiência de cada um e a disponibilidade do tratamento.

A terapia compressiva pode minimizar ou reverter as mudanças que a hipertensão venosa crônica provoca na rede vascular e na pele como a lipodermatoesclerose, a hiperpigmentação, o eczema e a úlcera (BORGES, 2005; MAFFEI, 2002; STACEY et al., 2002; THIAGO, 1996).

Vários estudos mostram o efeito positivo da terapia compressiva em pacientes portadores de UV, com redução do tempo de tratamento e das recidivas (GOHEL, et al., 2005; HAREENDRAN et al., 2005; BORGES, 2000).

Experiências de implantação de protocolos e capacitação contínua dos profissionais, em diversas instituições do país, têm demonstrado ser um dos caminhos para a prestação de

uma assistência de qualidade e resolutive (TORRES, 2005, 2004ab; RIBEIRÃO PRETO, 2004; BELO HORIZONTE, 2003; BORGES, 2002).

Na Tabela 13, apresentaremos o tempo de existência da UV, segundo variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significantes.

Tabela 13. Tempo de existência da UV, segundo variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significantes. Natal/RN, 2006.

VARIÁVEIS		TEMPO ATUAL DE UV				TOTAL		p-valor
		ATÉ 1 ANO		> 1 ANO		N	%	
		N	%	N	%			
Tempo de implantação da USF	Até 3 anos	11	14,9	21	28,4	32	43,2	0,014
	> 3 anos	15	20,3	27	36,5	42	56,8	
Sexo	Masculino	7	9,46	12	16,2	19	25,7	0,033
	Feminino	19	25,7	36	48,6	55	74,3	
Diagnóstico da UV	Ausente	12	16,2	23	31,1	35	47,3	0,021
	Presente	14	18,9	25	33,8	39	52,7	
Acompanhamento Equipe PSF Últimos 30 dias	Ausente	13	17,6	25	33,8	38	51,4	0,029
	Presente	13	17,6	23	31,1	36	48,6	
TOTAL		26	35,1	48	64,9	74	100,0	

Ao cruzarmos o tempo de existência de UV com a variável tempo de implantação das USFs, podemos verificar que as lesões com tempo de existência maior que 1 ano predominaram tanto nas USFs implantadas há mais de 3 anos (36,5%) quanto naquelas com até 3 anos de funcionamento (28,4%). Na análise estatística houve diferença significativa (p-valor= 0,014) apontando que, mesmo na USFs com mais de 3 anos de atendimento, o tratamento não vinha respondendo satisfatoriamente, uma vez que as lesões permaneciam crônicas.

Quanto a variável sexo, podemos verificar que o tempo de existência de UV maior que 1 ano predominou tanto no sexo feminino (48,6%) quanto no masculino (16,2%), apresentando significância estatística (p-valor= 0,033) em relação a tempo de existência maior que 1 ano e o sexo feminino.

A falta de diagnóstico médico da UV foi detectada em 47,3% dos pesquisados, sendo 31,1% em pacientes com UV a mais de 1 ano e 16,2% naqueles com tempo de existência da lesão até 1 ano. Ao realizarmos testes estatísticos encontramos significância estatística entre o diagnóstico e o tempo de existência da lesão maior que 1 ano (p-valor= 0,021).

Quanto ao acompanhamento da equipe do PSF, 48,6% foram acompanhados nos últimos 30 dias, enquanto que 51,4% não receberam acompanhamento neste período, evidenciando significância estatística (p -valor= 0,029) entre o tempo de lesão maior que 1 ano e ausência de acompanhamento da equipe do PSF, o que sugere que quanto maior o tempo de existência da lesão menor o acompanhamento por parte da equipe do PSF.

Ao cruzarmos as variáveis descritas na Tabela 13 com tempo de existência da lesão, verificamos que o tempo de implantação da USF, o sexo, o diagnóstico da UV e o acompanhamento da equipe do PSF nos últimos 30 dias são variáveis predominantes e que apresentaram diferenças estatísticas significantes nos portadores de UV com mais de 1 ano de existência da lesão, denotando a importância dessas variáveis na cronicidade das úlceras.

Poletti (2000), Santos (2000) e Declair (1998) referem que quanto maior o tempo de existência da lesão, pior o prognóstico, isto é, lesões muito antigas tendem a se cronicar por toda a vida, principalmente quando fatores externos interferem de forma negativa, dificultando o processo de cicatrização.

4.4 Avaliação da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs

Em relação à avaliação da assistência aos portadores de UV, podemos observar, no Quadro 13, que há um predomínio de uma qualificação ruim (74,3%) seguida de regular (16,2%) e boa (9,5%), na análise conjunta das dez variáveis selecionadas como parâmetros da qualidade da assistência prestada (diagnóstico da UV, exames realizados, consulta ao angiologista, tratamento da dor, terapia compressiva no último ano, treinamento troca de curativo, quite de curativo, terapia tópica, acompanhamento nos últimos 30 dias e continuidade do tratamento).

Quadro 13. Avaliação da assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs. Natal/RN, 2006.

VARIÁVEIS	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA								TOTAL	TESTE BINOMIAL (p-valor)
	INADEQUADA				ADEQUADA					
	RUIM		REGULAR		BOA					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Diagnóstico da UV	Ausente	30	40,5	4	5,4	1	1,4	35	47,3	0,728
	Presente	25	33,8	8	10,8	6	8,1	39	52,7	
Consulta angiologista	Ausente	42	56,8	5	6,8	0	0,0	47	63,5	0,027
	Presente	13	17,6	7	9,5	7	9,5	27	36,5	
Uso terapia compressiva momento atual	Ausente	55	74,3	12	16,2	7	9,5	74	100,0	-
Terapia tópica adequada	Ausente	54	73,0	12	16,2	7	9,5	73	98,6	0,000
	Presente	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	
Quite curativo adequado	Ausente	44	59,5	6	8,1	2	2,7	52	70,3	0,001
	Presente	11	14,9	6	8,1	5	6,8	22	29,7	
Treinamento realização troca curativo	Ausente	42	56,8	6	8,1	2	2,7	50	67,6	0,003
	Presente	13	17,6	6	8,1	5	6,8	24	32,4	
Acomp. Equipe PSF últimos 30 dias	Ausente	36	48,6	2	2,7	0	0,0	38	51,4	0,908
	Presente	19	25,7	10	13,5	7	9,5	36	48,6	
Tratamento da dor	Ausente	22	29,7	0	0,0	0	0,0	22	29,7	0,001
	Presente	33	44,6	12	16,2	7	9,5	52	70,3	
Exames realizados (Exames laboratoriais, Cultura e Radiologia)	Ausente	36	48,6	4	5,4	1	1,4	41	55,4	0,416
	Presente	19	25,7	8	10,8	6	8,1	33	44,6	
Interrupção tratamento UV	Ausente	41	55,4	9	12,2	6	8,1	56	75,7	0,000
	Presente	14	18,9	3	4,1	1	1,4	18	24,3	
TOTAL		55	74,3	12	16,2	7	9,5	74	100,0	

Ao verificarmos as variáveis isoladamente, detectamos que o diagnóstico de UV estava presente em 52,7% dos pesquisados. Nos portadores de UV com diagnóstico confirmado, a assistência foi avaliada como ruim (33,8%) e regular (10,8%), enquanto que para 47,3% dos pacientes sem diagnóstico da etiologia da lesão a assistência foi considerada ruim em 40,5%.

Ao avaliarmos a frequência de consulta com angiologista, identificamos que 63,5% dos participantes do estudo não tiveram acesso a esse especialista, sendo a assistência considerada ruim (56,8%) e regular (6,8%), mostrando uma diferença estatística significativa (p -valor= 0,027) entre ausência de consulta com angiologista e assistência.

A ausência de terapia de compressão no momento da pesquisa foi identificada em 100,0% dos pesquisados, apontando uma assistência ruim (74,3%) e regular (16,2%).

A terapia tópica foi inadequada em 98,6% dos portadores de UV. A assistência foi caracterizada como ruim em 73,0%, seguida de regular com 16,2%, apresentando diferença estatística significativa (p -valor= 0,000) entre a terapia tópica inadequada e a assistência.

Em relação ao acompanhamento pelos profissionais do PSF aos portadores de UV nos últimos trinta dias, identificamos que 51,4% deles não foram acompanhados, caracterizando uma assistência ruim (48,6%).

No que se refere à realização de curativos, os dados nos mostram que 70,3% dos portadores de UV informaram não haver quite para curativos (materiais, substanciais e coberturas), correspondendo esse dado a uma assistência ruim (59,5%) e regular (8,1%). Foi evidenciada diferença estatística significativa (p -valor= 0,001) entre a ausência do quite curativo e a assistência.

Quanto à realização de curativos por cuidadores, verificamos que 67,6% destes não receberam nenhum tipo de treinamento pelos profissionais do PSF, e que, ao avaliarmos a assistência em relação a esse dado, em 56,8% foi classificada como ruim e em 8,1% regular, com uma diferença estatística significativa (p -valor= 0,003) entre a falta de treinamento para realização do curativo e a assistência inadequada.

Quanto ao tratamento da dor, 29,7% dos que revelaram dor não foram tratados, denotando uma assistência considerada ruim em 29,7% deles e evidenciando uma diferença estatística significativa (p -valor= 0,001) entre o não tratamento da dor e a assistência recebida pelos portadores de UV.

No que se refere a realização de exames, 55,4% dos pesquisados não realizaram exames e destes 48,6% tiveram a assistência qualificada como ruim, 5,4%, como regular.

A descontinuidade do tratamento foi encontrada em 24,3% dos pesquisados, apontando uma assistência ruim em 18,9%, sendo identificada diferença estatística significativa (p -valor= 0,000) entre descontinuidade do tratamento e a assistência.

Diante dos dados apresentados, podemos constatar que assistência aos portadores de UV revela falta de diagnóstico, não realização de exames laboratoriais, acesso restrito ao angiologista, terapia tópica incorreta, ausência de terapia compressiva, não tratamento da dor, realização de curativos por técnicos e cuidadores, falta de materiais para curativos e ausência de treinamentos para cuidadores, caracterizando uma assistência inadequada.

Com base na análise das dez variáveis descritas no Quadro 13, podemos qualificar a avaliação da assistência, como sendo inadequada em 90,5% dos pesquisados e adequada apenas em 9,5% dos portadores de UV.

Podemos perceber em nosso estudo que muitos pacientes com UV foram tratados sem a confirmação pelo profissional médico do diagnóstico etiológico destas lesões, portanto, os cuidados dispensados a estes pacientes foram quase sempre os mesmos adotados para qualquer outro tipo de úlcera, sem que os profissionais se preocupem em diferenciá-los.

A ausência da consulta com angiologista é outro fator que sugere falha na assistência prestada ao portador de UV, demonstrando a falta de integralidade do sistema de saúde, principalmente em relação a referências e contra referências.

A realização de exames laboratoriais simples, como hemograma, glicemia em jejum, colesterol, albumina sérica, cultura de exsudato, permite a identificação de doenças crônicas associadas à IVC, que quando não controladas podem retardar o processo de cicatrização.

Aguiar et al. (2005), Borges (2005) e Phillips (2001) enfatizam que o diagnóstico é eminentemente clínico e deve ser dado a partir da história clínica completa, que requer exame físico, avaliação da lesão, realização de exames entre eles hemograma completo, glicemia em jejum, albumina sérica, cultura de exsudato e medição do ITB.

A associação da história clínica com avaliação da úlcera e os resultados de exames permitirão um diagnóstico seguro, planejamento da assistência e implantação de condutas terapêuticas adequadas.

A inadequação da terapia tópica foi observada durante as trocas de curativos realizadas pelos profissionais e refere-se à técnica de limpeza, ausência de desbridamentos, uso e associação incorreta de produtos utilizados como cobertura.

Segundo protocolos desenvolvidos pelas Secretarias Municipais de Ribeirão Preto (2004) e Belo Horizonte (2003), a técnica de limpeza ideal é aquela que preserva o tecido de granulação e o potencial de recuperação da lesão, minimiza o risco de trauma e infecção. A

melhor técnica de limpeza do leito da lesão é a irrigação com jato de soro fisiológico a 0,9%, devendo evitar o uso de substâncias que agridam o processo de cicatrização.

As úlceras com tecido necrótico requerem, além da limpeza, o desbridamento, isto é, a retirada de tecido necrótico e material estranho e a viabilidade do tecido saudável.

Quanto à escolha da cobertura, esta deve levar em consideração o princípio de manutenção do leito úmido e as características apresentadas pela lesão durante todo o tratamento, assim como a disponibilidade do produto no serviço de saúde (BORGES, 2005).

Segundo Reis et al. (2003), portadores de UV, em grande número, passam longos períodos de suas vidas padecendo com úlceras, recebendo os mais diversos tipos de tratamento sem nenhum resultado prático, bem como enfrentando a ocorrência de recidiva.

Maffei (2002) enfatiza que a cicatrização é um processo fisiológico e a função de quem assiste pacientes com úlceras é proporcionar os meios eficientes para que a cura ocorra naturalmente, portanto, a terapia tópica não pode e não deve ser a única forma de tratamento.

Dentre os meios de tratamento, destacamos a terapia compressiva (bota de Unna, meias e bandagens elásticas), que contribui para reduzir ou reverter mudanças provocadas pela hipertensão venosa crônica produzida na pele e rede vascular, como hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, úlceras e varizes (BORGES, 2005).

Para Kuminoto (2001), a forma mais adequada de controle clínico da hipertensão venosa dos membros inferiores é através da compressão dos membros, portanto, todos os pacientes com ITB maior ou igual a 0,8 devem ser tratados com terapia compressiva.

Estudo prospectivo de evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de Medicina do ABC Paulista, no período de um ano, mostrou um índice de cicatrização de 53,3% para o grupo que utilizou terapia compressiva e 26,6% para o grupo que não usou (REIS et al., 2003).

A terapia compressiva deve ser instituída com base na história do portador de UV, avaliação das características da UV e protocolos da instituição (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003; SANTOS, 2000; PIEPER, 2000).

Além disso, na avaliação do portador de UV devemos identificar a presença de dor e tratá-la, pois segundo Bersusa e Lages (2004) a dor não é o resultado da quantidade de tecido lesado, mas de um grupo de fatores que interagem e que devem ser analisados na sua avaliação.

A dor de origem venosa tem, portanto, uma característica importante para seu diagnóstico diferencial, que é a de aumentar quando o indivíduo está em pé, e mesmo quando

está sentado e com os membros pendentes, e melhorar com a elevação dos mesmos (MAFFEI, 2002; MILLER et al., 2000).

Em relação aos curativos, a falta constante de recursos materiais, a realização de curativos por portadores e cuidadores não treinados, somados à descontinuidade de tratamento e à falta de acompanhamento, são fatores negativos presentes na rotina do PSF, que podem estar contribuindo para a manutenção da cronicidade das lesões.

A falta de sistematização da assistência e de protocolo, assim como o desconhecimento dos profissionais e gestores em relação ao tratamento de feridas crônicas, fazem com que ainda sejam mantidos os velhos hábitos em relação à compra de materiais para curativos, alguns desses materiais e substâncias não indicados por falta de evidência clínica.

De acordo com Borges (2005), para garantir uma assistência de qualidade é necessária a capacitação da equipe. Os achados devem ser registrados sistematicamente, pois o prontuário é imprescindível para comunicação entre os membros da equipe e também para documentação da assistência prestada, além de ser um documento jurídico.

È importante ressaltar que, mais do que tratar úlceras venosas, estamos tratando pessoas, portanto, temos obrigação de reduzir riscos e prestar uma assistência de qualidade.

Podemos dizer que tratar úlceras venosas não é simples e o êxito do tratamento depende, em geral, de como esse paciente foi assistido durante esse percurso, portanto, a assistência prestada pode ajudar ou atrapalhar esse processo.

Os protocolos de Ribeirão Preto (2004) e Belo Horizonte (2003) e Borges (2000) destacam a importância da sistematização da assistência, da interdisciplinaridade e do envolvimento dos gestores, principalmente em relação à definição de suprimento de matérias e também capacitação dos profissionais para o tratamento das UV.

Corroborando, Aguiar et al. (2005) e Borges (2005) preconizam que a assistência aos portadores de UV deve se nortear pelas seguintes diretrizes de diagnóstico, tratamento e prevenção que compreendem: avaliação do paciente e sua ferida; documentação dos achados clínicos; cuidados com a ferida e a pele ao redor; indicação da cobertura, uso de antibióticos; melhora do retorno venoso; encaminhamentos dos pacientes; e capacitação profissional.

5 CONCLUSÃO

Quanto à prevalência de portadores de úlceras venosas.

A prevalência de portadores de UV na população alvo pesquisada (0,36/1000) foi maior que população cadastrada no PSF (0,25/1000). Detectamos uma prevalência maior na faixa etária a partir de 60 anos (2,22/1000) em relação aos portadores de UV com até 59 anos (0,14/1000), mostrando uma boa correlação ($r=0,535$) entre a prevalência de UV e faixa etária.

Verificamos que a prevalência de UV foi maior no sexo feminino do que no masculino (relação 3:1), na população do PSF (0,39/0,12) e na população alvo (0,5/0,2) revelando uma ótima correlação (0,818) entre sexo e prevalência.

Ao cruzarmos os índices de prevalência por sexo (feminino / masculino) e faixa etária (≥ 60 anos / até 59 anos), verificamos a existência de diferença estatística significativa (p -valor=0,008), no sexo feminino com idade a partir de 60 anos (2,98/1,3) em relação ao sexo masculino (0,2/0,07) até 59 anos.

A prevalência identificada está em consonância com os estudos nacional e internacional já referenciados, sugerindo uma tendência de aumento na população idosa do sexo feminino.

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

Os portadores de UV são em sua maioria do sexo feminino mostrando uma relação de 3:1 com o sexo masculino, predominância de idosos a partir de 60 anos, escolaridade até o ensino fundamental, baixa renda familiar, aposentados, presença de posição ortostática nas ocupações atuais, presença de sono inadequado com insônia, etilismo ou tabagismo e doenças crônicas como IVC, hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatia.

Ao cruzarmos a variável sexo com as demais variáveis de características sócio-demográficas e de saúde, verificamos diferenças estatísticas significantes com as variáveis faixa etária (p -valor= 0,008), escolaridade (p -valor= 0,005), diabetes (p -valor= 0,005) e cardiopatia (p -valor= 0,001).

Podemos identificar uma tendência de surgimento e manutenção de cronicidade da UV, no sexo feminino, faixa etária superior a 59 anos, condições sócio-econômicas desfavoráveis, presença de posição ortostática e de doenças crônicas presentes.

Quanto à assistência aos portadores de UV atendidos nas USFs

Não identificamos nos prontuários dos pacientes registros de avaliação inicial, nem subseqüentes, seja por médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, denotando a falta de acompanhamento dos participantes do estudo.

Os portadores de UV, em sua maioria, portam apenas uma lesão, no membro inferior esquerdo, localizada na zona dois (metade distal da perna e tornozelo), com tempo de existência variando entre maior que um ano a mais de cinco anos, com área de extensão de média (>20 a 60 cm²) a grande (> 60 cm²), leito da lesão com granulação associada com necrose úmida e fibrina, exsudato seroso de média a grande quantidade. As úlceras eram recidivantes e dolorosas, cuja dor era classificada em intensidade de leve à moderada.

Observamos que, na maioria, o tempo de acompanhamento da UV era superior a um ano e predominava em todas as USFs. Quanto ao tempo de existência da UV, a maioria destas existia há mais de um ano, demonstrando a cronicidade dessas lesões.

O tratamento (troca de curativos) em sua maioria era domiciliar, constituindo-se basicamente de terapia tópica, que era realizada predominantemente no domicílio pelos técnicos de enfermagem da equipe do PSF durante a semana e pelos próprios portadores de UV nos finais de semana.

A maioria das trocas de curativos era realizada de forma inadequada, destacando-se a técnica incorreta de limpeza, uso e associações incorretas de produtos e substâncias, e pouca participação do enfermeiro nesse processo, principalmente em relação à avaliação, realização do curativo e escolhas de produtos e substâncias.

A implementação de terapia compressiva não era rotina no tratamento de UV nas USFs o que pode ser atribuído ao desconhecimento dos profissionais em relação aos tipos de tratamento destas lesões, a dificuldade do pacientes de terem acesso ao angiologista e a falta de protocolos na instituição para tratamento de feridas.

Encontramos diferenças estatísticas significativas no cruzamento da variável uso de terapia compressiva no último ano com as variáveis sexo (p-valor= 0,042), número de UV (p-valor=0,005), presença de lipodermatosclerose (p-valor= 0,039) e diagnóstico da UV (p-valor=0,043).

A participação da equipe do PSF no acompanhamento dos portadores de UV diminui com o passar do tempo, pois, foi maior nos últimos 30 dias, e menor no último ano, sendo o técnico de enfermagem o profissional mais presente e enfermeiro e médicos os mais ausentes.

Quanto à qualificação do tipo de assistência prestada pelas USFs aos portadores de UV.

Na avaliação da assistência aos portadores de UV, identificamos um predomínio de uma qualificação ruim seguida de regular na análise das dez variáveis selecionadas como parâmetros da qualidade da assistência prestada.

Ao avaliarmos as variáveis isoladamente, detectamos que a assistência aos portadores de UV, pode ser caracterizada por falta de diagnóstico, não realização de exames laboratoriais, acesso restrito ao angiologista, terapia tópica incorreta que se resume à troca de curativos, ausência de terapia compressiva, presença de dor, realização de curativos por técnicos e cuidadores, falta de materiais para curativos, e ausência de treinamentos para cuidadores, caracterizando uma assistência inadequada e com pouco nível de resolutividade.

Ao cruzarmos as variáveis de avaliação da assistência, identificamos diferenças estatísticas significantes entre: ausência de consulta com angiologista (p-valor= 0,027), terapia tópica inadequada (p-valor= 0,000), ausência do quite curativo (p-valor= 0,001), falta de treinamento curativo (p-valor= 0,003), ausência do tratamento da dor (p-valor= 0,001) e interrupção do tratamento (p-valor= 0,000).

Diante do exposto, avaliamos que a assistência prestada pela equipe do PSF aos portadores de UV pode ser caracterizada como assistemática, sem planejamento, sem avaliação e pouco resolutiva, a qual nos qualificamos como inadequada, e que vem interferindo de forma negativa na assistência prestada nas USFs pesquisadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

È difícil terminar um trabalho quando o que mais queremos é continuar, principalmente por descortinar, a nossa frente grandes desafios para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de UV.

Cada etapa de desenvolvimento deste trabalho teve um significado diferente e especial, alguns de satisfação, outros de incertezas e angústias, mas todos, sem dúvidas, contribuíram para nosso amadurecimento e crescimento pessoal e profissional.

Foram muitas as idas e vindas ao referencial teórico, às USFs e aos domicílios, ruas largas e vielas, praias e rios, dunas e morros, chuva e sol, dificuldades e facilidades, respostas e incertezas, sonhos e pesadelos que nos fizeram chegar até aqui e nos tornaram mais sábios e mais humanos.

Emocionamos-nos com a receptividade de cada casa ou barraco visitado, sofremos e nos comovemos com as histórias das feridas do corpo e da alma... momentos de extrema reflexão sobre a vida em seus mais adversos contextos.

Foi extremamente enriquecedor e gratificante visitar cada USFS e perceber nos profissionais, que fazem o PSF, o desejo de acertar, de fazer melhor, o que nos faz acreditar que a Estratégia Saúde da Família é o caminho para a reorganização da atenção básica.

Ao realizarmos este trabalho queríamos mostrar uma realidade “oculta” porém presente no dia-a-dia das USFs, porta de entrada do SUS, onde o paciente chega na expectativa de encontrar respostas para suas necessidades de saúde.

Portanto, ao procurarmos conhecer e avaliar a assistência aos portadores de UV, muito mais que mostrar falhas pretendemos buscar caminhos e assim estar contribuindo com propostas para transformar essa realidade, de forma que possamos construir uma assistência alicerçada em fundamentos científicos e com uma abordagem holística.

Agora, mais do que antes, após “conhecer”, não só a assistência prestadas a essas pessoas, mas principalmente por ter vivenciado, em seus relatos, os seus anseios, e por breves instantes raios de esperança em relação à cura e conseqüentemente à qualidade de vida, percebemos a importância do PSF.

Desse modo, nos sentimos totalmente comprometidos e desafiados a dar continuidade a este trabalho, através das instituições públicas de saúde à qual pertencemos e ousamos fazer algumas recomendações:

- Criação de um grupo interdisciplinar de estudos de feridas, ligado ao departamento de atenção básica da SMS.

- Elaboração de um manual e protocolo de tratamento de feridas;
- Capacitação dos profissionais do PSF, para utilização desse protocolo.
- Discursão com a assistência farmacêutica sobre as novas condutas terapêuticas, para definição de compras de materiais, produtos e substâncias.
- Definição de Laboratórios de referência para realização de culturas.
- Criação de centros municipais de referência (para tratamento interdisciplinar de feridas crônicas), nas policlínicas distritais, que sirvam de apoio matricial às USFs e também possam ser centros de treinamento.

Sabemos que nenhum trabalho está acabado e que outras pesquisas serão necessárias para o alcance dos nossos objetivos, porém, acreditamos que lançamos a semente, que a terra é fértil e cabe a nós cuidar para que venham frutos.

Se nossos sonhos são altos, devemos sempre olhar para eles e procurar alcançá-los...

É como canta Gonzaguinha; “eu vou à luta com essa juventude que não corre da raia a troco de nada. Eu vou no bloco dessa mocidade que não tá na saudade e constrói a manhã desejada”.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, E.T. et al. Diretrizes da SBACV para diagnóstico, prevenção e tratamento da úlcera de insuficiência venosa crônica. **J Vasc Br**, n. 3, supl. 2, p. 195-200, 2005.

ALTMAYER, P. et al. Normas para el tratamiento ambulatorio de las úlceras venosas y mixtas arterio venosas de las extremidades inferiores. **Anais ...** 4, Congresso Europeu de Gerontologia 1999. Berlim-Alemanha. Disponível em: <Http:// www.cnhfi.org.> . Acesso em: 26 set. 2004.

AYELO, E; FRANZ, R. Pressure ulcer prevent and treatment competency-based nursing curricula. **Dermatology nursing**, v. 15, n.1, p. 44-65, Feb. 2003.

BACKES, V.M.S. Construção da base teórica. In _____. **Estilos de pensamentos e práxis na enfermagem**. Rio Grande do Sul: UNIJUÍ, 2000. p.49-76.

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

BAKER, R.S. et al. Epidemiology of chronic venous ulcers. **Br J Surg**, v.78, n. 7, p. 864-7, 1991. [on line]. Disponível em: <http// search1.heakthgate.com/cgi/ q.format.cgi> . Acesso em: 14 mar 2006.

BARBETTA, P.A. **Estatística aplica às ciências sociais**. 2 ed. Revisada. Florianópolis: UFSC, 1998.

BATISTA, C.M.C. **Levantamento do custo direto do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa**. 2002. 91f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. **Protocolo de assistência aos portadores de ferida**. 2003. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/protocolos/curativos.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2006.

BERGONSE, F.N.; RIVITTI, E.A. Avaliação da circulação arterial pela medida tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatol**, v.81, n. 2, p. 131-5, 2006.

BERSUSA, A.A.S.; LAGES, J.S. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial uma venosa. **Ciência Cuidado em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 81-92, jan./abr. 2004.

BERTRANOU, E.G.; VÉLEZ, S.E. Tratamiento ambulatorio de la úlcera venosa. **Actas cardiovasc**, v.8, n.2. p.55-58, 1997.

BORGES, E.L.; GOMES, F.S.L. Coberturas. In: BORGES et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p. 97-120.

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

BORGES, E.L. Limpeza e tratamento. In: BORGES et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p. 77-96.

_____. **Tratamento de feridas**: avaliação de um protocolo. 2000. 159f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

_____. **Tratamento tópico de úlceras venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidências. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estudos e pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. **Mapa de analfabetismo no Brasil**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/estatísticas/analfabetismo/>> Acesso em: 06 ago. 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do SUS: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neutróficas e traumáticas**. Brasília, 2002.

_____. Coordenação de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____. Coordenação de Atenção Básica. O Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema único de Saúde. **Relatório Final ... 1, SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA**, 1999, Brasília. Brasília, 1999. p. 24-32.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas. CONEP. Resolução n.º 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.

_____. Coordenação de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 1997.

_____. Coordenação de Atenção Básica. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1994.

_____. **Portaria n. 2203 de 1996**. Dispõem sobre a normas operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1994.

BRASIL. 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. Disponível em: <<http://www.pbh.Gov.br/smsa/conselho/criasus.doc>>. Acesso em: 03 ago. 2005.

BRYANT, R.A. **Acut and chronic wounds: nursing management**. 2 ed. Saint Louis: Mosby, 2000.

CABRAL, A.L.S. **Insuficiência venosa crônica de membros inferiores: prevalência, sintomas e marcadores preditivos**. 2000, 140f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

CAFFARO, R.A.; SANTOS, V.P.; PORCIÚNCULA, M.M. Como diagnosticar e tratar Insuficiência venosa crônica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 61, n. 12, p. 49-55, dez. 2004.

CASTRO, S.M. et al. **Normas de orientação clínica para o diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), 2001.

CLASSIFICATION and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. **J. Cardiovasc. Surg**, v. 38, n.5, p. 437-41, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos técnicos assistências em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n.3, p 469-478, 1997.

CHERRY, G. W.; CAMERON, J. **Manejo de pierna ulcerada: el tratamiento y la prevencion de reurrencia**. Santry: Convatec, 1991.

CHIESA, A.M; FRACOLLI, L,A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev Brasileira de Saúde da Família**, v. 1, n. 1, 42-9, 2004.

CUNHA, R. P. Processos ulcerosos dos membros inferiores: diagnóstico diferencial e propedêutica. **Anais ... Congresso Brasileiro de Dermatologia**, 54, 1999, Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 1999. p. 136-7.

CUZZELL, J.; KRASNER, D. Curativos. In: GOGIA, P. **Feridas: tratamento e cicatrização**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2003. p. 103-114.

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

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

DECLAIR, V; PINHEIRO, S. Novas considerações no tratamento de feridas. **Rev. Paul. Enf.** , v.17, n.1/3, p.25-38, 1998.

DEDEURE O. et al., compression and peri-ulcer skin in outpatients venous leg ulcers: results of a French survey. **J wound Care**, v.14, n. 6, p. 265-71, jun. 2005.

DOUGLAS, W.S.; SIMPSON, N. B. Guidelines for the management of chronic venous leg ulceration. Report of Multidisciplinary Workshop. British Association of Dermatologists and the Research Unit of the Royal College of Physicians. **Br J Dermatol**, n.132, p. 446-52, 1995.

DUGAS, B. W. **Enfermagem prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1988.

EBBESKOG, B.; EMAMI, A. Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. **J Clin Nurs**, v. 14, n. 10, p. 1223-31, nov. 2005.

FALANGA, V.; KRUSKAL, J.; FRANKS, J.J. Fibrin and fibrinogen related antigens in peripheral disease and venous ulceration. **Arc Dermatol**, n. 127, p. 75-78. 1991

FALANGA, V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care**, 2^{en} ed. Wayne: Health Management, 1997, p.165-71

_____. Care of venous leg ulcers. **Ostomy Wound Manage**, v. 45, n. 1, p. 33-43, 1999. Supplement.

FIGUEIREDO, M. Úlcera venosa. **Revista Virtual de Medicina**. v. 1, n. 9, ano 3. jan/fev/mar. 2000.

FLEURY, S. Democracia e saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde Coletiva?** questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992. p. 09-12.

_____. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta dos Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 24-41.

FORTI, J.K. Distribuição de angiologistas e cirurgiões vasculares na população brasileira: análise dos membros da SBACV – ano base 2004. **J. Vasc Br.**, v. 3, n. 4, p. 350-6, 2004.

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

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

FRANTZ, R.A.; GARDNER, S. Elderly skin care. Principles of chronic wounds. **Journal of Gerontological nursing**, v. 30, n. 9, p.35-44, sep. 1994.

GAMBA, M.A.; YAMADA, B.F.A. Úlceras vasculogênicas. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 239-240.

GARRIDO, M.B.M. Anatomia médico cirúrgica do sistema venoso dos membros inferiores. In: MAFFEI, F.H. A; LASTÓRIA, S; YOSHIDA, W.B. **Doenças vasculares periféricas**. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 745-767.

GOHEL, M.S. et al. Risk factors for delayed healing and recurrence of chronic venous leg ulcers: an anlysis of 1324 legs. **Eur J Vasc Endovasc Surg.**, v. 29, n. 1, p. 74-77, jan. 2005.

GOLDMAN, M.P.; FRONEK, A. The Alexander house group: consensus paper on venous leg ulcer. **J Derm Surg Oncol** , v.18, p. 592-602. 1992.

GOMES, F.S.L.; BORGES,E.L. Coberturas. In: BORGES et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, p. 97-121.

HAREENFRAM, A. et al. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. **J Wound Care**, v. 14, n. 2, p. 53-7, 2005.

HEIT, J.A. et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. **J. Vasc.Surg**, v. 33, p. 1022-77, 2001.

HURLLEY, J.P. Chronic venous insufficiency ulcer and other consequences. In: KRASNER, D. **Chronic wound care**. King of Prussia: Health Management, 1990. p. 213-22.

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M. S. **Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KRISTNER, R.L. Definitive diagnosis and definitive treatment in chonic venous disease: a concept whose time has come.**J Vasc Surg**, v. 24, n. 5, p. 703-10, 1996.

KJAER, M.L. et al. Clinical quality indicators of venous leg ulcers: development, feassibility, and reability. **Ostomy Wound Manage**, v. 51, n. 5, p. 64-74, may 2005.

KUNIMOTO, B.T. assessment of venous leg ulcers: an in-depth discussion of a literature-guide approach. **Ostomy Wound Manage**, v. 47, n. 5, p. 38-53, 2001.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de pesquisa metodológica científica**. 5 ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 2003.

LEES, T. A.: LAMBERT, D. Prevalence of lower limb ulceration in na urban health district. **B. r J. Surg.** , v. 79, n. 10, p. 1032-4, oct. 1992.

LONGO JÚNIOR et al. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na Insuficiência Venosa de Membros Inferiores. **Cir Vasc Angiol**, n. 17, p. 15-20, 2002.

LUCAS, G.C. Tratamento da úlcera de estase dos membros inferiores com bota de Unna domiciliar, seguimento de pacientes. **Cir Vasc Angio**, n. 6, p. 23 -5, 1990.

MAFFEI, F.H.A. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. In MAFFEI, F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 1581-1590.

MAFFEI, F.H.A., et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. **Int J Epidemiol**, n. 15, p. 210-217, 1986.

MANDELBAUM, S.R.; DI SANTIS, E.P.; MANDELBAUM, M.H.S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. Parte I. **Am. Bras. Dermatol.**, v.78, n.4, p. 393-408, jul./ago. 2003.

MARGOLIS, D.J et al. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. **J Am Acad Dermatol**, v.46, n. 3, p. 381-6, 2002.

MAYER, W.; JOCHMANN, W.; PARTSCH, H. Varicose ulcer: healing in conservative therapy. A prospective study. **Wien-Med Wochenshr**, n. 144, p. 250-252, 1994.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 233-300.

MERHY, E.E; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v 9, n 2, p.177-84, abr./jun. 1993.

MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso da papaína**. 1998. 160p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem/USP, Ribeirão Preto, 1998.

MORINSON, M.J et al. **Nursing management of chronic wounds**. 2 ed. Barcelona: Mosby, 1997. p.177-218.

MOTA, M.L. **O Planejamento estratégico situacional no trabalho de assistentes sociais: um estudo na rede básica de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN**. 2003, 107f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Universidade Federal do Rio Grande Norte, Natal, 2003.

NATAL. Prefeitura Municipal. Departamento de Atenção à Saúde. **Organização da rede de atenção à saúde no município de Natal/RN**. Natal, 2005. 23p.

NEIL, J.A; MUNJAS, B.A. living with a chronic wound: the voices of patients with chronic wounds. **Rehabilitation Nursing**, v. 46, n. 5, p. 295-9, 1998.

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**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 687-687, 2006a.

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**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 689-689, 2006b.

OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferencia sobre cuidados primários de Saúde. Alma Ata. URSS, 1979.

PALFREYMAN, et al. **Dressings for venous leg ulcers**. In: The cochrane library, Issue 1, 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah-cochrane/?isisScrip>>. Acesso em: 20 ago. 2006.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1993.

_____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In ROUQUAYROL, M.Z. ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p 473-88.

_____. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERINIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-174.

PASSOS, L.M.R. **Assistir e vigiar**: as ações de vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde, situação atual e perspectivas. 2003, 216f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PHILLIPS, T.J. Current approaches to venous ulcers and compression. **Dermatol Surg.**, v. 27, p. 611-621, 2001.

PIEPER, B.; CALIRI, M.H.R.; CARDOSO, L.J. **Úlceras venosas e doenças venosas**. 2002. Disponível em: <<http://www.erp.usp.br/projetos/feridas/uvenosa.htm>>. Acesso em: 26 set. 2004.

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

PIQUERO, M. et al., Esquema terapêutico em las úlceras de miembros inferiores: experiência com la bota de Unna modificada. **Rev. Chil. Dermatol**, v. 17, n .2, p. 98-103, 2001.

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

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

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

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

RAMOS, S. et al. Úlceras de pernas: causas infrequentes. **Rev. Méd Uruguai**, v. 17, p. 33-41, 2001.

REIS, C.J.U. et al. Estudo prospectivo da evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de medicina do ABC no período de um ano. **Arq. Méd. ABC**, v. 28, n. 1, p. 50-52, 2003.

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.coderp.com.br/saudepessoal/enferm/feridascrônicas.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2006.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, N.S.D. **Análise do Programa Saúde da família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?** 2000. 172f. Dissertação (Mestrado em política, planejamento e administração em saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ROCHA, P.M. **No limiar do século XXI: a globalização e saúde, desafios da proteção social no Brasil nos anos 90**. 1997. 273f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMIEDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAÁR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N. Avaliação do portador de feridas. In: BORGES et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 31-50.

SANTOS, V.L.C.G. Alguns aspectos do tratamento de feridas no domicílio. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.S.D.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

SEIDEL, A.C. et al. Diagnóstico diferencial das úlceras artérias e venosas. **An.Paul.Med.Cir.**, v. 126, n. 4, p. 130-154, 1999.

SIBBALD et al., Venous leg ulcers. In: KRASNER, D. L., SIBBLAD, R. G. **Chronic wound care: a clinical source book for healthcare profesionias**. 3. ed. Suite: HMP Communications, 2001. p. 483-93.

SILVA, M.C. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento clínico. In MAFFEI F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p. 1591-1602.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística médica**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez. 2000.

STACEY, M. et al. Uso de terapêutica de compressão no tratamento de úlceras venosas da perna. **European Wound Management Association Journal**. v.2, n.1. 2002. Tradução: Elaine Pina – Comissão de controle de infecção. Hospital Santo Antônio dos Capuchos. Lisboa. Disponível em: <http://medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/452/>. Acesso em: 08 set. 2006.

SUZUKI, E. et al. **Avaliação da dor em úlceras crônicas de membros inferiores**. 2001. Monografia (Curso de Especialização em Estomaterapia) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n. especial, dez. 2004.

TENORIO, E.B.; BRAZ, M.A. **Intervenção do enfermeiro como diferencial de qualidade no tratamento de feridas**. Disponível em:<www.pronep.com.br/cipe/feridas.tdf>. Acesso em: 29 mar. 2004.

TEIXEIRA, M.J., PIMENTA, C.A.M. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994.

THOMAS, S. **A structured approach to the selection of dressings**. 1997. Disponível em:<<http://Wordlwidewounds.com/1997/july/Thomas/New-Guide/Dress-Select.html>> Acesso em: 20 mar. 2006.

THOMAS, S.; FRAM, P. **An evaluation of a new type of compression bandaging system**. 2003. Disponível em: <<http://www.Wordlwidewounds.com /2003/September/Thomas/New-Compression-Babdage.html>>. Acesso em: 25 nov. 2005.

THOMAZ, J.B. Úlcera de estase venosa dos membros inferiores. In: _____. **Fundamentos de cirurgia vascular e angiologia**. São Paulo: Fundação BYK, 1997.

TIAGO, F. **Feridas: etiologia e tratamento**. 4 ed. Ribeirão Preto-SP: F. Tiago, 1995.

TIMI, J.R.R. Dor nos membros inferiores: análise quantitativa e qualitativa de um consultório de cirurgia vascular. **J. Vasc Br.**, v. 3, n. 2, p. 123- 6, 2004.

TORRES, G. V. et al. Assistência aos portadores de úlceras venosas nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 700-700, 2006.

_____. Evolução dos pacientes acompanhados no HUOL portadores de úlceras venosas. In: Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem, 9, 2005, Natal. **Evolução dos pacientes acompanhados no HUOL portadores de úlceras venosas**. Natal: ABEn/RN, 2005. v. 9, p. 1-1.

_____. Fatores que influenciam na cronicidade de lesões vasculares de membros inferiores em mulheres: estudo clínico realizado em um hospital universitário em Natal. In: International Congress on Womens Health Issues, 15TH, 2004, São Pedro. **Fatores que influenciam na cronicidade de lesões vasculares de membros inferiores em mulheres: estudo clínico realizado em um hospital universitário em Natal**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2004. v. 15, p. 23-24a.

_____. 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, 15TH, 2004, São Pedro. **Avaliação do tratamento de lesões vasculares de membros inferiores em mulheres: ensaio clínico realizado em um hospital universitário em Natal**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2004b. v. 15, p. 45-46.

_____. Ensaio clínico com pacientes atendidos em um hospital universitário em Natal: avaliação do tratamento de lesões vasculares de membros inferiores. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56, 2004, Gramado. **Ensaio clínico com pacientes atendidos em um hospital universitário em Natal: avaliação do tratamento de lesões vasculares de membros inferiores**. Gramado: ABEn/RS, 2004c. v. 56, p. 34-35.

_____. Ensaio clínico do tratamento de úlceras venosas de membros inferiores em pacientes do sexo masculino atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 56, 2004, Gramado. **Ensaio clínico do tratamento de úlceras venosas de membros inferiores em pacientes do sexo masculino atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal**. Gramado: ABEn/RS, 2004d. v. 56, p. 34-35.

TORRES, G. V., NUNES, J. P. Úlceras venosas: revisão de literatura. In: Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem, 9, 2005, Natal. **Úlceras venosas: revisão de literatura**. Natal: ABEn/RN, 2005. v. 9, p. 1-1.

TUYAMA, L.Y. et al. Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização da assistência de enfermagem a nível ambulatorial. **Rev Nursing**, v. 74, n. 7, ago. 2004.

TOMLJANOVIC, V.M. et al. Colonization of venous leg ulcers by microorganisms. **Acta Dermatovenerol Croat**, v. 13, n. 2, p. 104-7, 2005.

VALENCIA, J.C; FALABELLA, R.S; EAGLSTEIN, W.H. Chronic venous insufficiency ulceration. **J Am Acad Dermatol**, v. 44, n.3, p. 401-402, 2001.

VILLAS BOAS, L.M.F.M. **O saber/fazer da enfermagem no cotidiano do PSF na perspectiva de construção de sua autonomia**: um estudo de caso no distrito sanitário norte. 2004. 220f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, 2004.

XAVIER, T.T.; TORRES, G.V.; ROCHA, V.M. Aspectos qualitativo e quantitativo da dor de pacientes submetidos a toracotomia póstero lateral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 708-712, 2006.

XAVIER, T.T. et al. Pain behavior and postoperative analgesia in patients submitted to thoracotomy. **The FIEP bulletin**, Foz de Iguaçu, v. 76, n. 2, p. 194-196, 2006.

XAVIER, T.T. et al. Prevalence and characterization of pain in aged people of a third age group in the city of Jequié - BA. **The FIEP bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 76, n. 2, p. 197-199, 2006.

XAVIER, T.T.; TORRES, G.V.; ROCHA, V.M. Dor pós-operatória: características quantitativa relacionadas a toracotomia póstero lateral e esternotomia. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. Supl 1, p. 63-68, 2005.

YAMADA, B.F.A.; SANTOS, V.L.C.G. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. **Wounds**, v. 17, n. 7, p. 178-179, 2005.

YAMADA, B.F. A. Úlceras venosas. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 247-259.

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

_____. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, (número especial), p.133-140, 1999.

Apêndice A

<p>PROJETO DE PESQUISA</p> <p>AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS ATENDIDOS</p> <p>NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN</p> <p>Coordenador: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres</p> <p>Financiamento: FAPERN</p>
--

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

PARTE 1 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista N° _____

Data: ____/____/____

Local: USF _____ Distrito: Norte Oeste Leste N. Prontuário Familiar: _____**1- DADOS DEMOGRÁFICOS**

1.1- Nome completo: _____

1.2- Sexo: M F

1.3- Idade: _____ anos

1.4- Estado civil: Solteiro Casado União estável Viúvo Divorciado Desquitado1.5- N° de Filhos: Nenhum 1 a 2 Filhos De 3 a 4 Filhos 5 Filhos ou +1.6- Religião: Católica Evangélica Espírita Outra: _____ Sem religião1.7- Escolaridade: Não alfabetizado Alfabetizado Ensino Fundamental (I C Ensino Médio (I C Ensino Superior (I C 1.8- Profissão: Não Sim, Qual: _____1.9- Ocupação atual: Não, motivo: aposentado, Quanto tempo: _____ anos desempregado Sim, Qual: _____ Setor: público privado informal1.10- Renda familiar: Menos de 1 salário mínimo de 1 até 2 salários mínimos Mais de 2 até 4 salários mínimos Mais de 4 salários mínimos1.11- Habitação: Própria Aluguel, quanto: R\$ _____ Cedida N° de moradores: _____1.12- Condições Saneamento: Rede Pública (água): Não Sim Luz elétrica: Não SimRede de esgoto (saneada): Não (fossa séptica / a céu aberto) Sim**2- HÁBITOS PESSOAIS**

2.1- Número de Refeição/dia e hábitos alimentares:

 café da manhã: _____ almoço: _____ jantar: _____

2.2- Ingesta hídrica: n° copos 200 ml / dia: _____

2.3- Higiene pessoal: n° banhos por/dia: _____

2.4- Sono: _____ horas/noite _____ horas/dia Insônia: Não Sim, motivo: _____

2.5- Etilismo: Não (nunca / parou há _____ anos)

Sim, Tempo: _____ anos Freqüência : _____ Tipo de bebida: _____

2.6-Tabagismo: Não (nunca / parou há _____ anos) Sim , Tempo: _____ N° de cigarros/dia _____

2.7- Atividade/dia: atividades domésticas, n° horas _____ dia atividades na ocupação, n° horas _____ dia

atividades domésticas e ocupação n° horas _____ dia atividades de higiene pessoal

3 ANAMNESE

3.1 Dados antropométricos: Peso: _____ kg Altura: _____ m

3.2 Antecedentes Pessoais (doenças):

Diabetes: _____ anos Cardiopatia: _____ anos Insuf. Arterial: _____ anos

Arteriosclerose: _____ anos Doença Neurológica: _____ anos Insuf. Venosa: _____ anos

Hanseníase: _____ anos Hipertensão: _____ anos Outras: _____

3.3 Medicamentos em uso atualmente:

1. Nome: _____ Indicação: _____ Tempo: _____ anos Dose/dia: _____

2. Nome: _____ Indicação: _____ Tempo: _____ anos Dose/dia: _____

3. Nome: _____ Indicação: _____ Tempo: _____ anos Dose/dia: _____

4. Nome: _____ Indicação: _____ Tempo: _____ anos Dose/dia: _____

3.4 Início da 1ª Úlcera:

Menos de 3 meses De 3 meses a 6 meses De 7 meses a 1 ano

Mais de 1 ano a 5 anos Mais de 5 anos a 10 anos Mais de 10 anos (_____ anos)

3.5 Quantas vezes a Úlcera fechou e abriu novamente nos últimos 5 anos:

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 ou mais vezes

3.6 Há quanto tempo está com a(s) Úlcera(s) atual(is):

Menos de 3 meses De 3 meses a 6 meses De 7 meses a 1 ano

Mais de 1 ano a 5 anos Mais de 5 anos a 10 anos Mais de 10 anos (_____ anos)

3.7 Presença de dor: Na úlcera 0-ausente 1-leve 2-moderada 3-intensa

No membro 0-ausente 1-leve 2-moderada 3-intensa

3.8 Uso de analgésicos atualmente: Não Sim, Qual(s)? _____ dose/dia: _____

Quem prescreveu? médico automedicação Outro: _____

3.9 Alívio da dor com o uso de analgésicos: Não Sim (parcial / total)

3.10 Há quanto tempo faz tratamento de úlceras na USF:

Menos de 30 dias 30 dias a 3 meses Mais de 3 a 6 meses Mais de 6 meses a 1 ano

Mais de 1 a 5 anos Mais de 5 anos (_____ anos)

3.11 Local de realização do tratamento da úlcera: Só no domicílio Só na USF No domicílio e USF

3.12 Por quem é realizado o curativo na USF?

3.12.1 Aux/téc. Enfermagem Sempre As vezes Raramente Nunca

3.12.2 Enfermeiro Sempre As vezes Raramente Nunca

3.12.3 Médico Sempre As vezes Raramente Nunca

3.13 Freqüência da troca de curativos? 1 x ao dia 2 x ao dia Dias alternados Semanal

3.14 O Curativo é trocado no final de semana/feriado: Não Sim, por quem? _____

3.15 Quem realiza essa troca de curativo no final de semana/feriado recebeu treinamento ou orientação dos profissionais da USF? Não Sim, quem?: Médico Enfermeiro Aux/téc. Enfermagem

3.16 Houve interrupção do tratamento nos últimos 30 dias? Não Sim

3.17 Em caso interrupção do tratamento qual o motivo?

Greve dos profissionais Falta de material Viagem Abandono Outro: _____

3.18 Quais os produtos já utilizados na realização do seu curativo nos últimos 12 meses?

S. F. Povidine AGE Colagenase Papaína Hidrocolóide
 Alginato de Cálcio Carvão Ativado Outros: _____

3.19 Fez uso de terapia compressiva nos últimos 12 meses?

Não Sim, Qual?: Meias elásticas Bota de Unna

3.20 Fez cirurgia de varizes?

Não Sim, Qual hospital? _____ Há quanto tempo? _____ anos

3.21 Quais os profissionais da equipe da USF que já acompanharam sua(s) úlcera(s)?

3.21.1 Nos últimos 30 dias: Médico Enfermeiro Aux/téc. Enfermagem Nenhum

3.21.2 Mais de 1 mês a 6 meses: Médico Enfermeiro Aux/téc. Enfermagem Nenhum

3.21.3 Mais de 6 meses a 1 ano: Médico Enfermeiro Aux/téc. Enfermagem Nenhum

3.22 Acesso a USF: Espontâneo Encaminhado

3.22.1 Avaliação do acesso a USF: Atendido no mesmo dia Agendado Não foi atendido

3.23 Quais os exames laboratoriais você realizou no último ano?

3.23.1 Locais em que os exames foram realizados:

Laboratório do SUS (USF local) Laboratório do SUS (unidade de referência) Laboratório privado

3.24 Já foi encaminhado para algum especialista em outro serviço de saúde?

Menos de 30 dias 30 dias a 3 meses Mais de 3 a 6 meses Mais de 6 meses a 1 ano
 Mais de 1 a 5 anos Mais de 5 anos Não lembra Nunca foi encaminhado

3.24.1 Em caso de encaminhamento, qual(is) o(s) especialista(s) ou profissional(is)?

- Angiologia agendado Não foi atendido
- Cardiologia agendado Não foi atendido
- Dermatologia agendado Não foi atendido
- Endocrinologia agendado Não foi atendido
- Ortopedista agendado Não foi atendido
- Geriatria agendado Não foi atendido
- Fisioterapeuta agendado Não foi atendido
- Psicólogo agendado Não foi atendido
- Nutricionista agendado Não foi atendido
- Assistente social agendado Não foi atendido
- Enfermeiro agendado Não foi atendido
- Outro: _____ agendado Não foi atendido

3.25 Já foi internado alguma vez devido a complicação da UV? Sim Não

3.26 Já realizou cultura de secreção da UV? Sim Não

3.26.1 Local em que o exame foi realizado:

Laboratório do SUS (USF local) Laboratório do SUS (unidade de referência) Laboratório privado

3.27 Já realizou RX do membro afetado? Sim Não

3.27.1 Local em que o exame foi realizado:

Laboratório do SUS (USF local) Laboratório do SUS (unidade de referência) Laboratório privado

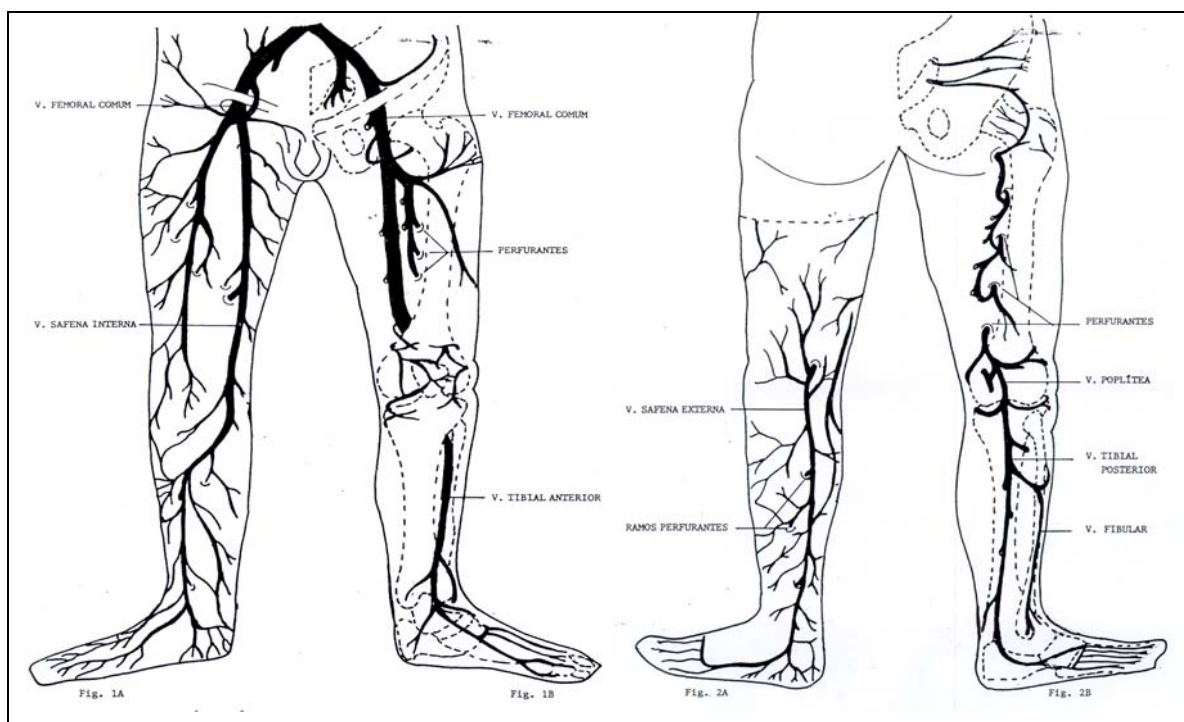
PARTE 2 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 Avaliação clínica das Úlceras

1.1 Observação da localização das úlceras atuais (em caso de mais de uma úlcera, numerar as localizações das úlceras para responder as questões a seguir)

MID 1D 2D 3D 4D

MIE 1E 2E 3E 4E



1.2 Condições da pele perilesional

Integra Edema Ressecada Macerada prurido
 Lipodermatoesclerose Hiperpigmentada Eczema Hiperemiada Escoriação

1.3 Condições das bordas:

Delimitada Não delimitada Elevada Fina Regular Irregular
 Com crostas Macerada hiperemiada necrosada (isquêmica liquefativa)

1.4 Condições do leito/Porcentagem envolvidas:

Granulação ___% Epitelização ___% presença de tecido fibrinótico ___%

Necrose seca/isquêmica ___% Necrose úmida/liquefativa ___%

1.5 Característica do exsudato:

1.5.1 Tipo: Seroso Serossanguinolento Sanguinolento
 Purulento Purussanguinolento

1.5.2 Quantidade: Pequena (até 3 gazes) Média (>3 até 10 gazes) Grande (>10 gazes)

1.5.3 Odor: Ausente Discreto Acentuado (fétido)

1.6 Perda tecidual provocado pela úlcera:

Grau I (Epiderme) Grau II (Derme) Grau III (Subcutâneo) Grau IV (Músculo)

1.7 Maior extensão (somatória): Vertical _____cm Horizontal _____cm

1.8 Profundidade: Não Sim, Maior profundidade: _____cm

1.9 Sinais de infecção: Não Sim, Quais? Odor e Secreção purulenta Dor Febre Hiperemia

1.10 Quais os produtos / materiais utilizados atualmente (1-Disponibilizado pela USF / 2- Pelo usuário)?

S. F. Povidine AGE Colagenase Papaína Hidrocolóide
 Alginato de Cálcio Carvão Ativado Outros: _____
 Gaze Atadura Esparadrapo Pacote de curativo
 Luva cirúrgica Luva de procedimento Seringa 20 ml / agulha 40x12

1.11 Como o curativo é realizado (descreva a técnica) ?

1.11.1 De Limpeza: _____

1.11.2 De Desbridamento: _____

1.11.3 De Aplicação dos produtos: _____

1.11.4 De Fechamento do curativo: _____

PARTE 3 – DIAGNOSTICO CLÍNICO DA ÚLCERA

1 Diagnóstico clínico da úlcera:

1.1 Pelo usuário/familiar: Indefinido Venosa Arterial Diabética Outro: _____

1.2 Pela Equipe do PSF: Indefinido Venosa Arterial Diabética Outro: _____

1.3 Pela Pesquisadora: Indefinido Venosa Arterial Diabética Outro: _____



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa Nº 055/05

Registro no CEP-UFRN	Projeto 055/05
Projeto de Pesquisa:	Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no Programa Saúde da Família do município de Natal/RN
Pesquisador Responsável	Gilson de Vasconcelos Torres
Instituição	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFRN.
Área temática	Grupo III
Classificação	Mestrado

PARECER

Considerando que as recomendações emitidas em parecer anterior foram, adequadamente, atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-UFRN manifesta-se pela aprovação do protocolo registro CEP-UFRN nº 55/05.

Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP/UFRN para avaliação. O pesquisador deverá encaminhar relatório semestral, e relatório final, após sua conclusão.

Natal, 13 de julho de 2005

Selma Maria Bezerra Jerônimo

Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

Ilma Sr.^a Dr.^a Marliete Fernandes Duarte


Coordenadora do Programa Saúde da Família do Município de Natal

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 mestranda Jussara de Paiva Nunes irá realizar pesquisa intitulada "Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN", necessitando, coletar dados que subsidiem este estudo junto as Unidades Saúde da Família dessa secretaria.

Assim sendo, solicitamos de V.S.a a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso da referida mestranda, nas unidades saúde da família para iniciar o processo de coleta de dados, que será realizada após parecer favorável do Comitê de Ética/UFRN. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo, que receberá financiamento, através do Edital MS/CNPq/FAPERN n. 03/2004 (em anexo).

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

Natal, 28 de ABRIL de 2005.


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.


Dr.^a Marliete Fernandes Duarte

Coordenadora do Programa Saúde da Família do Município de Natal

Coordenação do PDF
MNL 5547-2

Apêndice D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN
Cep. 59072-970, Fone 215 3196

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) usuário(a) da Unidade Saúde da Família,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN”, que tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada aos portadores de úlceras venosas pelas Unidades Saúde da Família (USF) do município de Natal/RN.

Esse projeto justifica-se pela necessidade conhecer como está sendo desenvolvida a assistência realizada pelas USF do município de Natal, visando promover uma reorganização e replanejamento da atenção a saúde aos portadores de úlceras venosas e seus familiares objetivando assim uma melhor qualidade dos cuidados assistenciais oferecidos por essas unidades.

A equipe que integra o projeto será responsável por coletar as informações por meio de um formulário estruturado de entrevista, o que será necessário com a sua prévia autorização, o uso de um gravador na nossa entrevista, sendo importante para captar todas as informações de forma precisa, que será transcrita e mostrada ao Sr. (Sra.), e após a sua concordância quanto ao conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Todos os procedimentos de coleta de dados durante a sua participação no projeto não oferecerão desconfortos, riscos ou danos à sua saúde e caso possa ocorrer será de inteira responsabilidade da equipe integrante da pesquisa.

Para melhor caracterizar o diagnóstico, evolução e avaliação da sua úlcera venosa será necessário fazer fotografias de sua ferida, sendo, assegurado o uso das fotos apenas fins do estudo.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte da equipe da pesquisa em manter o sigilo e o anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que o Sr. (Sra.) poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos e que mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, a equipe da pesquisa se responsabiliza por possíveis custos solicitado por você, desde que fique comprovado legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação do Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, que é Professor do Departamento de Enfermagem/UFRN e membro da base Enfermagem Clínica. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN pelo telefone 215-3135 ou pelo end: Praça do Campos Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Natal, de dezembro de 2005.

Gilson de Vasconcelos Torres

Coordenador da Pesquisa

Rua Massaranduba, 292, Nova Parnamirim,
CEP:59.086-260. Natal-RN Fone:(84)208-4308

Eu, _____, aceito participar da pesquisa Avaliação da assistência à saúde aos portadores de úlceras venosas de membros inferiores atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN.

Natal, ____ de _____ 2005.

Aceito participar voluntariamente da pesquisa.

Apêndice E

**RELAÇÃO DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM TREINADOS PARA
PARTICIPAREM NO PROCESSO DE COLETA DE DADOS**

- 1. Ana Eloísa Pinheiro Torquato de Mesquita**
- 2. Andréa Carla Gonçalves Costa**
- 3. Andréa Quintiliano Bezerra da Silva**
- 4. Andreza Cristina Gonçalves Costa**
- 5. Cynthia Priscyla Pereira Soares**
- 6. Daise Anne de Medeiros Barroso**
- 7. Daniele Vieira**
- 8. Gislene Freire de Melo**
- 9. Kadija Gentil Nogueira**
- 10. Lidiane Bezerra Teixeira**
- 11. Michelle Albano Ferreira**
- 12. Rafaella Leite Fernandes**

Anexo A



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Missão da SMS:

"Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população, baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania".

MEMORANDO
Nº: 089/054
DATA: 07/11/2005

DO: DAB/PSF

PARA: Distrito Sanitário Norte II

Comunicamos que nos meses: novembro e dezembro de 2005, a enfermeira, **JUSSARA DE PAIVA NUNES**, estará realizando visitas as unidades de saúde do PSF deste distrito para colher dados juntos aos pacientes portadores de úlceras de membros inferiores atendidos nas referidas USF.

Esta Pesquisa diz respeito ao trabalho de mestrado intitulado: Avaliações da Assistência aos Portadores Úlceras Venosas no PSF.

Informamos ainda que as visitas serão agendadas previamente com as enfermeiras das USF.

DESPACHO

Natal/RN, 10/11/05

USF Nordeste
Para conhecimento
Manuela Costa

Atenciosamente,

N. Oliveira

Neuma Lúcia de Oliveira
Coordenadora do PSF.

PROPOSTA DA DIRETRIZ PARA TRATAMENTO TÓPICO DA ÚLCERA VENOSA (BORGES, 2005)

Avaliação do paciente e de sua ferida (21)

1. Realizar a história clínica completa e o exame físico tanto para um paciente apresentando sua primeira úlcera venosa quanto para paciente com úlcera recidivada [RCN Institute, 1998(V1)]. Em ambas as situações, as avaliações devem ser contínuas;
2. Identificar os fatores de risco: história familiar de doença venosa, veias varicosas (registrar se tratadas ou não), história comprovada ou suspeita de trombose venosa profunda (TVP), flebite, cirurgia venosa prévia, cirurgia ou fratura da perna, episódios de dor torácica, hemoptise ou história de uma embolia pulmonar, obesidade e atividades de trabalho que requerem longos períodos de permanência de pé ou sentado. Investigar sobre duração, recorrência e idade [RCN Institute, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI)]. A gravidez pode contribuir para a estase venosa, mas ela é geralmente reversível pós-parto;
3. Excluir doença não venosa. Pesquisar história familiar de etiologia não venosa: doença cardiovascular, acidente vascular cerebral (A VC), episódio transitório isquêmico, diabetes mellitus, artrite reumatóide; tabagismo. Pesquisar doença arterial: dor isquêmica de repouso, claudicação intermitente (dor) com exercícios ou caminhadas, e *lou* aumento da dor na elevação da perna, pulsos ausentes, pele fria, perda de pêlo na perna, palidez [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI)].
4. Excluir úlcera decorrente de vasculite sistêmica ou maligna. Deve-se registrar qualquer aparência não usual da úlcera e se presente encaminhar o paciente para avaliação do médico especialista [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI)];
5. Descrever a dor e o edema [McGuckin et al., 1997(VI)]. Em contraste com a úlcera arterial, o edema e a dor devidos à ulceração venosa tendem a diminuir com a elevação da perna;
6. Solicitar o hemograma completo, especificamente hemoglobina, hematócrito, e contagem de leucócitos, glicemia em jejum, e albumina sérica. Os resultados devem ser analisados em conjunto com outros indícios clínicos para avaliar o estado geral e determinar a necessidade de outros exames [McGuckin et al., 1997(VI)]. Esses resultados servem para avaliar, de forma grosseira, as condições sistêmicas, tais como: anemia, infecção, diabetes e o estado nutricional;
7. Definir a localização da ferida [SIGN, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI)]. A úlcera venosa ocorre na área entre o pé e parte superior da panturrilha (especificamente 2,5 cm acima do maléolo até o ponto em que o músculo da panturrilha torna-se proeminente, posteriormente). Espera-se que mais da metade de todas as úlceras que ocorrem nessa área sejam primariamente de origem venosa. A úlcera venosa raramente ocorre na região do pé ou acima do joelho;
8. Avaliar a presença de sinais de doença venosa, em particular, edema, veias varicosas, dermatite venosa (eczema), "coroa flebectásica", hiperpigmentação, lipodermatoesclerose [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI)]. As veias varicosas, definidas como veias do subcutâneo dilatadas, tortuosas, palpáveis, normalmente maiores que 4mm², constituem um dos achados físicos mais comuns em associação com úlcera venosa;
9. Avaliar a presença de edema e de pulsos palpáveis. Medir o edema na circunferência da perna 10 cm acima do tornozelo (maléolo medial). [McGuckin et al., 1997(VI)]. O edema na hipertensão venosa é freqüente! Tente tenro à palpação. Os pulsos periféricos (dorsal e tibial) devem estar presentes, mas pode ser difícil palpá-los na presença de edema acentuado.
10. Realizar, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço - ITB de ambos os membros inferiores. Esse é o método não invasivo, mais confiável para detectar a insuficiência arterial e é essencial na avaliação de úlcera de perna crônica [RCN Institute, 1998(11); SIGN, 1998(11); (111); McGuckin et al., 1997(VI); Benbow et al., 1999(VI)]. Somente palpação de pulsos não é adequada para excluir doença arterial periférica;
11. Realizar a medida do ITB: quando uma úlcera estiver deteriorando; se uma úlcera não cicatriza completamente, em 12 meses de tratamento; em pacientes que apresentam úlcera recorrente; antes de começar a terapia de compressão; em paciente que está usando meias de compressão como medida preventiva; quando há um repentino aumento no tamanho da úlcera; se há um repentino aumento na dor, mudança na cor e/ou temperatura do pé [RCN Institute, 1998(11)];
12. Considerar, como portador de doença arterial, pacientes com um ITB <0.8 [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(IV)]. Estudos indicaram que um ITB de 0,9 é 95% sensível em detectar doença arterial positiva. Contudo uma razão de ~ 0,8 pode ser considerada para excluir doença arterial periférica significante. O ITB não é útil em avaliar a presença de comprometimento microvascular associado com artrite reumatóide, vasculite sistêmica diabetes mellitus. Ressalta-se que esclerose de veias medial da panturrilha, como em pacientes com diabetes, pode tornar o ITB falsamente elevado;
13. Descrever a profundidade da ferida considerando o tecido envolvido [SIGN, 1998(11)]. As úlceras

- profundas que envolvem fáscia, tendão, periósteo ou osso, podem ter um componente arterial em sua etiologia;
14. Descrever a base e aparência da úlcera considerando a forma, o tipo de tecido presente, a presença, o tipo e o volume de exsudato e o odor [SIGN, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI)]. Úlceras venosas são normalmente superficiais ou de espessura parcial, formato irregular, e ocasionalmente associadas com odor. Comumente, têm uma base de granulação vermelha.
 15. Medir a área de superfície da úlcera ao longo do tratamento [SIGN, 1998(111); McGuckin et al., 1997(VI)]. A evolução da área lesada é um índice confiável de cicatrização.
 16. Determinar a área da úlcera traçando seu perímetro no acetato ou película de plástico dupla [SIGN, 1998(111); McGuckin et al., 1997(VI)].
 17. Descrever os aspectos da borda da úlcera e morfologia. Estes aspectos podem auxiliar no diagnóstico de úlceras de causas menos comuns, como carcinoma e leishmaniose [SIGN, 1998(VI)];
 18. Realizar coleta de material para cultura somente quando houver evidência clínica de infecção ou deterioração rápida da úlcera [RCN Institute, 1998(11), SIGN, 1998(111)]. Não há indicação para coleta de rotina com *swab* em úlcera venosa;
 19. Fazer biópsia de tecido ou bacteriológica, em casos de 1999(VI)]; aspirado de fluido da ferida para análise sinais clínicos de infecção, [Benbow et al, 1999(VI)];
 20. Fazer a limpeza da ferida com solução salina e aplicar pressão contra a margem da ferida ou base da úlcera para produzir exsudato a fim de umedecer o *swab* com o material disponível, se a cultura profunda ou aspirado de fluido da ferida não é possível [McGuckin et al., 1997(VI)];
 21. Atentar para a redução da área. Uma redução maior que 30% da área lesada no período de duas semanas de terapia tópica e compressiva é um indicador da cicatrização da ferida [Amold, et al., 1994(11)].

Documentação dos achados clínicos (3)

1. Documentar a história da úlcera considerando: ano em que a primeira úlcera ocorreu; local da úlcera atual e de qualquer úlcera prévia, número de episódios prévios de úlcera; tempo de cicatrização em episódios prévios; tempo livre de úlcera; métodos de tratamento anteriores; cirurgias prévias do sistema venoso; uso prévio e atual de meias de compressão; outras formas de compressão usadas anteriormente [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI); Guest, et al., 1999 (IV)];
2. Registrar, na primeira avaliação, o valor da pressão arterial, peso, e medida do ITB [RCN Institute, 1998(VI)];
3. Registrar na primeira avaliação e nas subseqüentes a presença de edema, eczema, escoriação, pele ceratótica, maceração, celulite, quantidade de tecido de granulação, sinais de epitelização, bordas incomuns da ferida, purulência, tecido necrótico e granulação, e odor [RCN Institute, 1998(VI)].

Cuidados com a ferida e a pele ao redor (9)

1. Realizar a limpeza da úlcera *venosa* com solução salina. Para o curativo usar a técnica limpa [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(11)];
2. Não usar, para a limpeza da ferida, solução de Dakin, peróxido de hidrogênio, ácido acético e povidine-iodo, pois são citotóxicos para os fibroblastos [McGuckin et al., 1997(VI); Benbow et al, 1999(111)];
3. Remover o tecido necrótico e desvitalizado por meio de desbridamento mecânico, autolítico, químico ou enzimático [RCN Institute, 1998(VI); McGuckin et al. 1997(VI); Benbow et al, 1999(VI)].
4. Tratar os casos de dermatite aguda ou exsudativa com *creme* de esteróide de potência leve a moderada [McGuckin et al., 1997(VI)];
5. Utilizar o esteróide tópico de potência mais alta, no máximo, durante uma ou até duas semanas [McGuckin et al., 1997(VI)]. A aplicação por períodos mais longos em extensas áreas de pele, particularmente sob curativos oclusivos ou compressão, pó de causar atrofia epidermal, hiperpigmentação ou hipopigmentação;
6. Não usar esteróides tópicos em presença de celulite [McGuckin et al., 1997(VI)];
7. Usar unguento, com baixo potencial de sensibilização, quando a pele estiver seca e escamosa [McGuckin et al., 1997(VI)];
8. Atentar para o surgimento de reações alérgicas, a qualquer momento, decorrentes do tratamento tópico implementado [RCN Institute, 1998(111)];
9. Não usar produtos que comumente causam reações de sensibilidade de pele, tais como aqueles que contêm lanolina ou antibiótico tópico, em pacientes com história de alergia [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(IV)].

Indicação da Cobertura (5)

1. Utilizar a cobertura simples, não aderente, de baixo custo e aceitável pelo paciente [RCN Institute, 1998(11); SIGN, 1998(11)];
2. Usar cobertura de hidrofibra ou alginato de cálcio no tratamento de úlceras venosas intensamente exsudativas [Armstrong et al, 1997(11); Harding et al, 2001 (li)];
3. Usar cobertura de espuma de poliuretano ou cobertura de hidrocolóide para tratamento de úlceras venosas que apresentem volume de exsudato de pouco a moderado [Bowszyc et al, 1995(11); Andersen et al., 2002(11); Limova; Troyer-Caudle, 2002(11)];

4. Usar os curativos de hidrocolóide ou de espuma de poliuretano em úlceras dolorosas [SIGN, 1998(11)];
5. Usar cobertura de hidrocolóide associado à bandagem de pasta de óxido de zinco (bota de Unna) e uma bandagem de compressão gradiente [Arnold et al., 1994(11)].

Uso de antibiótico (2)

1. Não utilizar antibiótico de rotina (na ausência de infecção) no tratamento de úlceras de perna. Reservar o uso de antibiótico sistêmico somente quando houver evidência de infecção. Iniciar o tratamento apropriado, modificando a prescrição caso seja necessário, conforme o resultado da cultura [McGuckin et al., 1997(VI); SIGN, 1998(11), (IV)];
2. Não usar o mupirocin (Bactroban~ no tratamento de úlcera venosa [Pardes et al., 1993(11)].

Melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva (17)

1. O tratamento para a melhoria do retorno venoso deve ser prestado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde com a cooperação do paciente [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI); Benbow et al., 1999(VI)]. O manejo da hipertensão venosa e a redução do edema são a base do tratamento. As três estratégias para o controle do edema são a aplicação de compressão, a elevação da extremidade inferior e a deambulação. A úlcera venosa não cicatrizará ou permanecerá cicatrizada a menos que o edema seja controlado;
2. Aplicar a terapia de compressão, de modo consistente, para melhorar a efetividade do cuidado e reduzir os custos globais do tratamento [RCN Institute, 1998(VI); Cullum et al., 2003(1); Marston et al., 1999(IV)]. A implementação da terapia de compressão propicia um melhor custo efetividade porque as taxas de cicatrização são mais elevadas.
3. Usar compressão graduada para cicatrizar úlceras venosas em pacientes com ITB 0,8. Uma compressão que emprega a pressão mais alta no tornozelo e na área distal e medial da perna e progressivamente diminui quando ela ascende o membro, controla ou minimiza a insuficiência venosa [Thomson et al., 1996(IV); McGuckin et al., 1997(VI); SIGN, 1998(1); RCN Institute, 1998(11); Benbow et al., 1999(1); Scriven et al., 2000(111); Cullum et al., 2003(1)]. A compressão graduada, geralmente deve começar com 30 a 42mmHg no tornozelo (se tolerada) e terminar com 12 a 17mmHg abaixo do joelho, no entalhe infrapatelar. A terapia de compressão melhora as taxas de cicatrização quando comparada aos tratamentos que não usam compressão;
4. Não usar compressão nos casos de insuficiência arterial moderada ou grave, carcinoma, bem como em pacientes que estejam desenvolvendo trombose venosa profunda (TVP) [McGuckin et al., 1997(VI)];
5. Utilizar o sistema de alta compressão, graduado, de multicamadas, capaz de sustentar a compressão por pelo menos uma semana, como primeira linha de tratamento para úlceras venosas com ITB < 0,8 [Wilkinson, et al., 1997(11); RCN Institute, 1998(11); SIGN, 1998(1); Scriven et al., 2000(111); Vowden et al., 2001 (IV); Cullum et al., 2003(1)]. Esse sistema requer proteção das proeminências ósseas antes da aplicação;
6. Utilizar compressão graduada-elástica, obtida por bandagens ou meias de compressão, como outra opção de tratamento, para úlceras venosas não complicadas [Cullum et al., 2003 (I)];
7. Aplicar a compressão adequadamente. A compressão aplicada de forma incorreta pode predispor os pacientes à celulite [McGuckin et al., 1997(VI)];
8. Utilizar bandagem de alta compressão ao invés de bandagem de baixa compressão para melhorar o retorno venoso [RCN Institute, 1998(1)];
9. Usar a bandagem elástica de alta compressão para melhorar o retorno venoso porque ela é mais efetiva do que a bandagem de compressão inelástica para a cicatrização de úlcera venosa [Cullum et al., 2003(1)];
10. Orientar o uso de meias de alta ou média compressão para reduzir as taxas de recorrência de úlcera. Tanto as meias de alta compressão quanto as meias de moderada compressão previnem a recorrência da úlcera [RCN Institute, 1998(111); Nelson et al., 2003(1)]. Não há evidência de que meias de alta compressão são mais eficazes do que o uso de meias de moderada compressão na prevenção de recorrência de úlcera venosa;
11. Prescrever meias com o máximo de compressão de que os pacientes sejam capazes de usar, uma vez que, a adesão é mais baixa quando o paciente usa as de alta compressão, acima do suportável para eles [Nelson, et al., 2003(1)];
12. Indicar, mais frequentemente, o uso de meias de compressão elásticas classe 111 (35-45 mmHg) [Veraart et al., 1997(111)]. Muitas meias de compressão elástica não são eficazes porque não fornecem pressão suficiente na região do maléolo medial. Isto poderia ser uma das razões para a ulceração e a recorrência em pacientes que fazem uso de suas meias terapêuticas, como lhes foi prescrito;
13. Usar a terapia de compressão pneumática intermitente de uma cela (câmara), durante uma hora por semana para favorecer a cicatrização de ulcerações [McCulloch et al., 1994(11); Vowden et al., 2001 (V); Belcaro; Nicolaidis, 1993(111)].
14. A compressão intermitente seqüencial pode aumentar a taxa de cicatrização de úlceras venosas, em decorrência de uma resposta microcirculatória, mas mais estudos devem ser desenvolvidos para examinar os parâmetros de tratamento ideal para o uso de compressão pneumática intermitente como a "dose" tratamento, isto é, pressão e ciclo, duração e frequência [McGuckin et al., 1997(VI)];
15. Elevar as pernas durante o dia (ao menos de duas a quatro horas) e à noite elevar os pés inferiores da cama

de 10 a 15 cm [McGuckin et al., 1997(VI)].

Elevar os membros inferiores com edema durante meia hora antes de aplicar a compressão graduada [McGuckin et al., 1997(VI)];

16. Prescrever 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 [Benbow et al., 1999(VI)];

17. Usar estratégias clínicas e educativas para a prevenção de recorrência, dependendo das necessidades do paciente: Clínica: investigação venosa e cirúrgica; terapia de compressão no decorrer da vida; seguimento regular para monitorar as condições da pele para recorrência; seguimento regular para monitorar ABPL. Educativas: importância da adesão ao uso das meias de compressão; cuidados com a pele; desencorajar o auto tratamento; prevenção de acidentes ou traumas para as pernas; orientação para procura precoce de assistência especializada a sinais de possível solução de continuidade da pele; encorajamento a mobilidade e exercícios; e elevação do membro afetado quando imóvel [RCN Institute, 1998(VI)];

Encaminhamentos dos pacientes (3)

1. Encaminhar pacientes com úlcera de perna associada com dermatite de contato ou com suspeita de reações de sensibilidade, para um dermatologista, para submeter-se ao teste de contato específico, uma vez que a série padrão é inadequada. Os alérgenos identificados como resultado do teste devem *ser* evitados e deve-se buscar orientação médica para estes casos [McGuckin et al., 1997(VI); SIGN, 1998(IV); RCN Institute, 1998(IV)];

2. Encaminhar para médico especialista quando: diabetes mellitus diagnosticado recentemente; úlcera de etiologia não venosa; diagnóstico incerto; suspeitar de malignidade; ITB <0.8 «0.8 - encaminhamento vascular de rotina; <0.5 encaminhamento vascular de urgência); ITB >1.0, deterioração rápida de úlceras; úlcera que recebeu tratamento adequado e não melhorou após três meses; distribuição atípica de úlceras; ulceração ocorrendo periodicamente; pacientes com úlcera cicatrizada que podem beneficiar-se da cirurgia venosa; para controle da dor [RCN Institute, 1998(VI); SIGN, 1998(VI)];

3. Encaminhar o paciente para submeter-se ao exame de biópsia se a aparência da úlcera for atípica ou se há deterioração ou fracasso para a cicatrização progredir após 12 semanas de tratamento ativo [SIGN, 1998(VI)].

Capacitação profissional (3)

1. O exame clínico e a avaliação da úlcera devem ser realizados por um profissional de saúde, médico e enfermeiro, treinados e com experiência no tratamento da úlcera venosa [RCN Institute, 1998(VI); McGuckin et al., 1997(VI)];

2. Capacitar adequadamente o profissional que realiza a medida do ITB deve ser capacitado adequadamente [RCN Institute, 1998(111)];

3. Capacitar adequadamente o profissional que aplica o sistema de compressão deve ser capacitado adequadamente [RCN Institute, 1998(111); SIGN, 1998(VI); Scriven et al., 2000(111)].

**DIRETRIZES SOBRE DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
(SBACV) de Aguiar et al., (2005).**

DIAGNÓSTICO
<p>Avaliação da úlcera</p> <p>Recomendação 1 – A avaliação clínica por meio da história, antecedentes e exame físico é fundamental para estabelecer o diagnóstico e etiologia das úlceras de membros inferiores. A Tabela 1 relaciona as características da úlcera de IVC. Lembrar que as úlceras podem ter origem mista ou ocorrer associadas;</p> <p>Recomendação 2 – A informação relativa à úlcera de IVC deve incluir o ano de ocorrência da primeira úlcera, local de úlceras anteriores, número de episódios de ulceração, tempo livre de úlcera e tratamentos anteriores e atual;</p> <p>Recomendação 3 – A presença de edema, eczema, hiperqueratose, maceração, aspecto do tecido de granulação, sinais de epiteliação, aspectos da borda da ferida, sinais de prurido, exsudação, pus, necrose e odor deve ser registrada na primeira avaliação e monitorada nas seguintes;</p>
<p>Medidas e exames subsidiários</p> <p>Recomendação 4 – O registro do tamanho da ferida deve ser feito na primeira observação, e de sua diminuição ou aumento nas seguintes. Não há um método ideal. O observador deve escolher o que seja mais fácil nas suas condições de trabalho;</p> <p>Recomendação 5 – A pressão arterial, o índice tornozelo-braquial (ITB) com Doppler, o índice de massa corporal (IMC), o exame de urina tipo I e a dosagem sanguínea de proteínas (total e frações) devem ser investigados na primeira consulta;</p> <p>Recomendação 6 – O ITB deve ser medido, periodicamente, para avaliar a ocorrência concomitante da DAOP. O tratamento por compressão deve ser criteriosamente avaliado nessa condição.</p> <p>Recomendação 7 – O exame bacteriológico (<i>swab</i>) de rotina não é importante. Deve ser realizado nas seguintes condições: sinais de inflamação e celulite, aumento da dor, exsudato purulento, deterioração rápida da úlcera e febre. A antibioticoterapia sistêmica é recomendável apenas nessas condições;</p> <p>Recomendação 8 – O eco-Doppler colorido permite identificar insuficiência valvar e obstrução nos sistemas venosos superficial, profundo e perfurante, determinar o calibre das veias e diferenciar a lesão venosa primária da secundária. É o exame de escolha para planejamento de tratamento.</p> <p>Recomendação 9 – A flebografia deve ser realizada quando há suspeita de lesões venosas pélvicas ou das veias ilíacas ou cava;</p> <p>Recomendação 10 – A pletismografia é importante para complementação do diagnóstico e avaliação da conduta terapêutica. É uma boa maneira não-invasiva de avaliar a hemodinâmica venosa e que permite avaliar o efeito da terapêutica empregada;</p>
TRATAMENTO
<p>Terapia de compressão</p> <p>Recomendação 11 – Sistemas de alta compressão graduada, capazes de manter a compressão por 1 semana, devem ser a primeira linha de tratamento de úlceras não-complicadas. Em casos de úlceras muito exsudativas, os sistemas devem ser trocados com maior frequência. O ITB deve ser igual ou maior que 0,8;</p> <p>Recomendação 12 – O treinamento de profissionais em terapia de compressão deve ser estimulado;</p>
<p>Tratamento da dor</p> <p>Recomendação 13 – A compressão e a cicatrização aliviam a dor. A elevação do membro durante período de repouso também alivia a dor. A compressão e exercícios (fisioterapia), além de manterem a bomba venosa atuante, também minimizam a dor.</p> <p>Recomendação 14 – O uso continuado de analgésicos (AINH e opióides) pode ser prejudicial. O uso e desenvolvimento de medidas fisioterápicas que aliviem a dor, permitam a realização dos curativos e da terapia de compressão e apressem a cicatrização devem ser estimulados;</p>
<p>Limpeza, desbridamentos, curativos</p> <p>Recomendação 15 – A limpeza da úlcera deve ser simples; a irrigação com água morna, quando necessária, é suficiente; a técnica de curativo deve ser limpa e dirigida a prevenir infecção cruzada; assepsia rigorosa não é necessária. O uso de agentes químicos, como polivinilpirrolidona-iodada a 1%, ácido acético a 0,25%, água</p>

<p>oxigenada e hipoclorito a 0,5%, foi condenado por ter sido demonstrado, <i>in vitro</i>, que lesam as células. A manutenção do ambiente da úlcera úmido facilita o desbridamento autolítico feito pelas células e enzimas do próprio doente. Não há um curativo em particular que seja mais efetivo na cicatrização das úlceras venosas de perna. O curativo deve ter custo baixo e ser pouco ou não-aderente, para evitar danos ao leito da ferida. Alguns preparados contendo antibióticos tópicos e/ou lanolina podem provocar reações de hipersensibilidade em determinados pacientes. Não há evidência de que o uso de antibiótico tópico auxilie na cicatrização. Esses preparados devem ser evitados;</p> <p>Recomendação 16 – A remoção de tecido necrótico e desvitalizado pode ser feita por meio mecânico, autolítico, químico ou enzimático;</p> <p>Recomendação 17 – Dispositivos de compressão permitem manter curativo simples e não-aderente sobre a úlcera, mantendo o ambiente de cicatrização úmido. A compressão é o ponto mais importante da cicatrização das úlceras venosas;</p>
<p>Escleroterapia</p>
<p>Recomendação 18 – A escleroterapia, ou ecoescleroterapia, pode ser usada como alternativa ao tratamento cirúrgico nos casos de IVC primária, para tratamento da insuficiência venosa. Na IVC secundária, pode ser associada à reconstrução do sistema venoso profundo;</p>
<p>Tratamento cirúrgico da IVC</p>
<p>Recomendação 19 – Não deve haver sinais de infecção para que se faça a indicação cirúrgica;</p> <p>Recomendação 20 – O diagnóstico deve ser completo em relação à etiologia, à localização da(s) lesão(ões) venosa(s) e se há insuficiência valvar ou obstrução de segmento venoso;</p> <p>Recomendação 21 – A ligadura das perforantes insuficientes pode ser realizada por método aberto ou endoscópico.</p> <p>Recomendação 22 – A cirurgia endoscópica de perforantes associada à safenectomia tem sua indicação principal nos casos cuja IVC seja primária e cujo sistema venoso profundo esteja pérvio. Essa técnica permite que a correção da IVC seja feita mesmo com a úlcera aberta;</p> <p>Recomendação 23 – Valvuloplastias, transposições venosas e cirurgia endovascular venosa são empregadas nos casos cuja etiologia de IVC seja secundária e quando não se consegue manter a úlcera cicatrizada mesmo com terapia de compressão adequada (os casos rebeldes);</p>
<p>Tratamento medicamentoso</p>
<p>Recomendação 24 – As drogas flebotrópicas apressam a cicatrização das úlceras e devem ser ministradas em conjunto com as outras medidas terapêuticas;</p>
<p style="text-align: center;">PREVENÇÃO</p>
<p>Recomendação 25 – A terapia de compressão não deve ser abandonada nos seguintes casos: dermatofibrose intensa e lesão venosa secundária à TVP;</p> <p>Recomendação 26 – O tratamento cirúrgico da IVC associado à terapia de compressão diminui a taxa de recidivas.</p>