

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

EFETIVIDADE DA TERAPIA FÍSICA DESCONGESTIVA NA
CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS

ROBERTA AZOUBEL

Natal

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

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

EFETIVIDADE DA TERAPIA FISICA DESCONGESTIVA NA
CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE.

ROBERTA AZOUBEL

Orientador: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Natal
2010

Catálogo da publicação na fonte

A996e

Azoubel, Roberta.
Efetividade de terapia física descongestiva na cicatrização de
úlceras venosas / Roberta Azoubel. – Natal/RN, 2010.

78f.

Orientador: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade
Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde.

1.Úlcera venosa–Dissertação.2.Cicatrização–Dissertação.3.Cuidados
em enfermagem–Dissertação I. Torres, Gilson de Vasconcelos. II. Título.

UFRN/BSCCS

CDU: 616.5-002.4(043.3)

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

1

2

3

4

5

6

Coordenadora: Profa. Dra. Técia de Oliveira Maranhão

Natal

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

7 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

8

9

10

**EFETIVIDADE DA TERAPIA FÍSICA DESCONGESTIVA NA
CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS VENOSAS**

Banca examinadora:

Presidente da Banca: Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres

Membros da Banca

Professor. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN)

Professora Dra. Maria Adelaide Paredes (UESB)

Professor Dr. Aldo da Cunha Medeiros (UFRN)

Natal

2010

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

25 “Sessenta anos não são sessenta dias
26 Nem sessenta minutos, nem segundos...
27 Não são frações de tempo, são fecundos
28 Zodíacos, em penas e alegrias.”
29
30 Vinícius de Moraes

31

DEDICATÓRIA

À Deus,

Por se fazer presente de uma forma constante na minha vida, me amparando nos momentos mais difíceis e me dando forças para seguir em frente na busca dos meus idéias.

A Minha Menininha Beatriz

Onde encontro hoje inspiração para tudo que faço ...tudo é por ela, para ela....amor inexorável...amor de mãe....

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos vocês que contribuíram na construção e realização deste sonho, cada um ajudando de sua maneira:

Ao meu orientador Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres: pela dedicação, paciência e ensinamentos passados. Obrigada!! Aprendi muito!!

Ao Professor Dr. José Renato Barbosa de Deus, Doutor em Engenharia Mecânica, Área de Concentração Projeto Mecânico – UFMG, pelo auxílio no cálculo das áreas das úlceras.

Aos meus Pais Rosa Maria Azoubel e Cláudio Azoubel sem eles não teria construído um alicerce tão sólido em minha vida.

A Professora Luzia Wilma pelo apoio e orientações.

Ao meu Marido, Companheiro de todas as horas, ao grande e sempre presente papai, Fabiano Veloso Gomes: pelo apoio e dedicação.

A minha Princesinha Beatriz Azoubel Gomes: Enquanto estava no ventre me fez muita companhia em Natal!!!! Muito desejada e amada!!! Muitas vezes, com um sorriso, na sua inocência, me fez renascer, me deu equilíbrio e sensatez para seguir adiante em busca dos meus ideais.

A Angela, minha “Anja” mãe por opção. Obrigada por se fazer presente na minha vida!!!

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhadas, cunhados e sogros: que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho.

Às amigas Thaiza Teixeira Xavier e Luciana Araújo dos Reis: pelo companheirismo, ensinamentos trocados e conselhos. À Thaiza agradeço o “teto” onde fui acolhida com muito carinho!! À Luciana obrigada pelas revisões incansáveis dos artigos, pela sua paciência, pela palavra amiga nas horas difíceis, você é um exemplo para mim!!!

À amiga Virginia Teixeira Xavier: Por ter aberto as portas da sua casa e ter me acolhido como uma filha, obrigada pelo cuidado e pelo carinho, principalmente quando fiquei na sua casa grávida!!!

Ao amigo Marcos Henrique Fernandez, minha Cunhada Maria Cecília Fonseca Azoubel e Irmão Marcelo Azoubel pela ajuda na análise estatística.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) : pelo apoio financeiro.

À Clínica Escola de fisioterapia (CEF) da UESB: agradeço ao Coordenador Fabiano Veloso Gomes que trabalhou na melhoria da estrutura da Clínica com muita competência, aos funcionários, em especial à Secretária Araildes e aos discentes e docentes que apoiaram essa pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN: funcionárias, docentes, discentes e coordenadores pela disponibilidade sempre que eu precisei.

Aos Membros da Banca: especial gratidão por este momento inesquecível.

Aos pacientes: que me acolheram e possibilitaram a coleta de dados.

A todos os amigos.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEF	Clínica Escola de Fisioterapia
DLM	Drenagem Linfática Manual
GI	Grupo de Intervenção
GC	Grupo Controle
MMII	Membros Inferiores
TFC	Terapia Física Complexa
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UV	Úlcera Venosa
UVs	Úlceras Venosas

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 01

Tabla 1: Representación del código de emparejamiento considerando las variables sexo, franja de edad, tiempo de la lesión y área de la misma. Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009. 42

Tabla 2: Representación de las variables sociodemográficas y de salud en los grupos de intervención y control. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009. 43

Tabla 3: Representación de la evolución del edema en los grupos de intervención y control. Test: Ji-cuadrado de [Pearson] ($p \leq 0,005$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009. 44

ARTIGO 02

Tabela 01. Caracterização Sociodemográfica dos pacientes entrevistados. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009 60

Tabela 02. Caracterização da avaliação do paciente sobre a satisfação com o tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009. 61

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 01

Figura 1: Representación gráfica del promedio del dolor en relación al tiempo de los grupos de intervención(I) y control(C). Test: U de Mann-Whitney ($p \leq 0,005$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009. 45

Figura 2: Representación gráfica de la media del porcentaje de tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina) en relación al tiempo de los grupos de Intervención(I) y Control(C). Test: U de Mann-Whitney ($p \leq 0,005$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009. 46

Figura 3: Representación gráfica de las medias de Contracción de las úlceras de los grupos de intervención(I) y control(C) en relación al tiempo. Test: U de Mann-Whitney ($p \leq 0,005$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009. 47

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS.....	Viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
RESUMO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3 ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS.....	23
3.1 ARTIGO I.....	24
- Efetividade de La linfoterapia en La Cicatrización de Úlceras Venosas	
3.2 ARTIGO II	48
- Avaliação da Satisfação da Clientela de um Serviço em Feridas de de Pernas	
4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES.....	62
5.APÊNDICE.....	66
6.ANEXOS.....	72
7. REFERÊNCIAS.....	74
8.ABSTRACT.....	77

RESUMO

A úlcera venosa é a manifestação clínica mais grave da insuficiência venosa crônica, e a mais freqüente das úlceras em membros inferiores, representando em torno de 70% de todas as úlceras. Pacientes portadores dessa enfermidade podem conviver com essa situação durante vários anos, sem obter a cicatrização da lesão se o tratamento não for adequado. O propósito dessa investigação foi avaliar a efetividade da terapia física descongestiva na melhora do retorno venoso no processo de cicatrização de úlceras venosas de pacientes atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Trata-se de um estudo intervencionista com amostragem não probabilística, pareada, composta por 50 pacientes, divididos em dois grupos: controle e de intervenção, cada um composto por 25 pacientes. Ambos os grupos foram tratados durante seis meses com curativo de forma idêntica e diária e o segundo além de ser tratado com curativo foi submetido à terapia física complexa que consiste na associação de técnicas: drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo, elevação dos membros inferiores, exercícios miolinfocinéticos e cuidados com a pele. O estudo foi aprovado (Parecer nº 59/2007) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Para análise dos dados foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Qui-Quadrado. Após a análise estatística os pacientes que foram submetidos à terapia apresentaram diferença estatística significativa no que se diz respeito à contração da ferida a partir do segundo mês do tratamento. O grupo de intervenção quando comparado ao controle apresentou tanto maior redução da dor, quanto maior redução do edema, sendo significativo, a partir do terceiro e quarto mês da terapia, respectivamente. Para fortalecer esses achados foi calculada a porcentagem média do tecido presente no leito da úlcera (relação granulação/fibrina), onde o grupo de intervenção apresentou maior

quantidade de granulação no leito da úlcera quando comparado ao controle, sendo significativo a partir do segundo mês do tratamento. Observou-se neste estudo que a linfoterapia, quando da comparação entre os grupos de intervenção e controle, acelerou o processo cicatricial, reduziu a dor e o edema dos membros afetados. Espera-se, portanto, com esses resultados que os conhecimentos científicos sejam ampliados, sugerindo à utilização dessa terapia, não apenas para redução do linfedema, mas também como opção de tratamento da úlcera venosa, visto a sua fácil aplicação e baixo custo. Os dados, portanto, demonstraram a importância do cuidado alicerçado numa conduta transdisciplinar de uma equipe multiprofissional de saúde envolvida no processo de cicatrização dessas enfermidades e na contribuição para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Descritores: úlcera varicosa, cicatrização de feridas, modalidades de fisioterapia, cuidados de enfermagem, satisfação do paciente.

1- INTRODUÇÃO

A insuficiência venosa crônica (IVC) é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Perde-se então a capacidade de bloquear o fluxo sanguíneo retrógrado instalando-se um quadro de hipertensão venosa crônica, associado a uma falência da bomba músculo-aponeurótica-venosa¹⁻³. Pode afetar os sistemas venoso superficial, profundo ou ambos. Além disso, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou pode ser adquirida⁴.

A prevalência da IVC na população tem aumentado devido ao crescimento da população idosa. No mundo desenvolvido, cerca de 10 a 20% da população possui veia varicosa ou algum grau de insuficiência venosa superficial ou profunda dos membros inferiores. Essa enfermidade acomete cerca de 2 a 7% da população e a prevalência da sua maior complicação, úlcera venosa (UV), atinge de 0,5 a 2% da população mundial^{4,5}.

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^{6,7-9}. A UV tem alto índice de recidiva, onde 30% recorrem no primeiro ano e após 2 anos quando não tratada adequadamente esta taxa sobe para 72%¹⁰.

De acordo com a experiência no projeto de extensão “Cuidados fisioterapêuticos nas ulcerações dos membros inferiores” vinculado a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), que atende a demanda do município de Jequié e cidades circunvizinhas na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF), percebeu-se que não há uma sistematização da assistência aos portadores de úlceras venosas (UVs) nos serviços de saúde, constituindo uma grande lacuna de conhecimento e desafio para os

profissionais inseridos nesse projeto, que buscam minimizar a visão simplista e isolada do tratamento dessas feridas.

Segundo alguns autores¹¹⁻¹⁴ a qualidade da assistência aos portadores de UVs, nos serviços de saúde, está relacionada à sistematização da assistência que deve contemplar aspectos inerentes ao diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação das ações, condutas de tratamento e prevenção, visto que esse tratamento 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^{13,15,16}.

Além disso, observou-se que existe uma escassez de estudos com a utilização da terapia física descongestiva (TFD) como tratamento coadjuvante para estimular o retorno venoso e melhorar o processo de cicatrização tecidual de úlceras venosas.

Tenta-se, portanto, estabelecer um método apropriado e efetivo dessa modalidade na promoção da regeneração das UVs de membros inferiores (MMII) utilizando uma associação de técnicas, sendo elas, a drenagem linfática manual, terapia compressiva, elevação dos membros inferiores (MMII), exercícios miolinfocinéticos e cuidados com a pele do membro acometido. Apesar dessa técnica ser utilizada no tratamento de linfedemas, nessa pesquisa a mesma está sendo destinada a tratar pacientes acometidos de feridas em MMII.

Nesta perspectiva, denota-se uma significativa relevância científica e social desse estudo no campo da fisioterapia no qual representa a possibilidade de contribuição a pesquisas que visam estimular a cicatrização tecidual, permitindo um aumento da capacidade funcional, com conseqüente melhoria na qualidade de vida desses pacientes.

Nesse sentido, partindo-se das considerações iniciais, das lacunas existentes na literatura, da experiência clínica na fisioterapia em paciente com linfedemas e UVs além da preocupação na qualidade da assistência e tratamento adequado na cicatrização das UVs, temos o seguinte objetivo no presente estudo:

OBJETIVOS

Avaliar a efetividade da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas;

Avaliar a satisfação da clientela de um serviço em feridas de pernas.

2- REVISÃO DA LITERATURA

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 ^{6,17-18} .

A comunicação entre os sistemas superficial e 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 ^{6,17-18} .

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 ¹⁹⁻²¹.

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 ^{19,22}.

A pressão no interior das veias profundas, em posição supina, mede em torno de 60 mmHg; em pé, eleva-se para 80mmHg a 90mmHg, porém, ao deambular essa pressão cai para 30mmHg ^{9,22}. 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 perforantes. A pressão hidrostática venosa reduz de 100mmHg a valores de 0 a 30 mmHg durante a deambulação ^{8, 23}.

Contudo, quando há incompetência valvular devido à insuficiência venosa crônica, a habilidade de ejeção é prejudicada em 60%, sendo sua principal complicação prevalente a úlcera venosa, que nesses casos tem a habilidade de ejeção prejudicada em 90,5%.

Vale salientar que o sujeito portador de varizes tronculares primárias sintomáticas, indica-se o tratamento cirúrgico para abolir ou minimizar os sintomas e as complicações ²⁸.

Assim, as UVs são lesões resultantes do inadequado retorno venoso dos pés ou das pernas, caracterizadas por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme ou epiderme), podendo atingir subcutâneo e tecidos subjacentes ^{6, 13, 24-25}.

A UV surge de forma espontânea ou traumática e, muitas vezes, precedida por episódio de erisipela, celulite ou eczema de estase. Em geral, é de evolução lenta, podendo ser única ou múltipla, apresenta como aspectos clínicos, bordas delimitadas, leito granulomatoso, sangram com facilidade, localizam-se no 1/3 inferior e nas regiões laterais da perna ao nível dos maléolos, apresentam pulsos distais conservados, a dor é presente, porem moderada que melhora com o repouso, apresentam também alterações físicas como edema, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose que ocorrem na pele e no subcutâneo, possuem caráter recorrente e representam em torno de 70% de todas as úlceras que acometem os membros inferiores ^{6,24,26-27}.

Existem duas teorias que tentam explicar o surgimento da UV. A primeira relata que a pressão venosa elevada causa um aumento do tamanho do leito capilar e o alargamento dos poros intersticiais. Essa situação permite o extravasamento de fibrinogênio que ao polimerizar-se, produz fibrina. Esse depósito de fibrina leva à formação de manguitos que interferem na difusão de oxigênio e na ativação dos leucócitos, predispondo à formação de úlcera ¹⁰⁻¹³.

A segunda teoria afirma que com a pressão venosa elevada o leito capilar torna-se exposto e os leucócitos são seqüestrados. Esses entram em contato com moléculas intracelulares da parede capilar que quando ativadas liberam citoquinas e radicais livres no leito venoso, levando a uma reação inflamatória, que acaba por lesionar as

válvulas venosas e o tecido adjacente, predispondo ao desenvolvimento de ulcerações²⁷⁻³¹.

A comunidade científica ainda discute os precisos mecanismos fisiopatológicos que levam à ulceração. Apesar de ainda não estar esclarecido, acredita-se que a hipertensão venosa crônica, geralmente resultado de refluxo venoso, seja o fator mais bem aceito na maioria dos estudos envolvidos^{32,33}.

Nesse, sentido, considerando que a patologia de base da úlcera venosa mais bem aceita pela comunidade científica seja o refluxo venoso, observou-se nessa pesquisa a possibilidade de se aplicar uma técnica específica para o tratamento do linfedema, porém voltada para o tratamento dessas ulcerações. Essa técnica denomina-se linfoterapia ou terapia física complexa³⁴ (TFC), reconhecida e adotada pelo Consenso Internacional de Linfologia, “Consensus Document of The International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema”³⁵ que consiste na combinação de drenagem linfática manual, compressão elástica, elevação dos MMII, exercícios miolinfocinéticos e cuidados com a pele^{36,37}.

A drenagem Linfática Manual (DLM) tem como objetivo criar diferenciais de pressão para promover o deslocamento da linfa e do fluido intersticial, visando a sua recolocação na corrente sanguínea, reabsorvendo os edemas e tratando diferentes patologias. Isso se consegue através de movimentos em círculos com as mãos aplicadas sobre a área a ser tratada com suavidade, de forma rítmica e lenta³⁷.

A cinesioterapia associada ao enfaixamento compressivo funcional é fundamental uma vez que as contrações musculares, somadas à contrapressão do enfaixamento, estimulam o funcionamento linfático, aumentando tanto a absorção da linfa no interstício como a atividade motora dos linfangions e o peristaltismo dos vasos linfáticos e veias, potencializando a circulação de retorno. É importante manter a

contenção elástica, pois os efeitos da contenção na circulação de retorno promovem uma modificação na hemodinâmica em nível venoso, linfático e tissular^{37,38}.

Em pacientes com úlcera de estase, pesquisas mostram que a faixa de alta compressão é pelo menos duas vezes mais efetiva que o tratamento com a de baixa compressão na cicatrização completa da úlcera venosa. Faixas de compressão de multicamadas parecem ser superiores às faixas de camada única, e a faixa elástica de multicamadas é superior à faixa de multicamadas inelástica. O tratamento de compressão, em forma de enfaixamento ou uso de meias elásticas, é considerado como a primeira linha de tratamento quando a ulceração venosa ocorre na ausência de doença arterial clinicamente importante³⁸.

Em Estudos observou-se que a terapia compressiva, associada a repouso e elevação dos membros inferiores, estimula a cicatrização das úlceras venosas³⁸, contudo não é comum se observar a eleição de exercícios⁸ e nem da drenagem linfática manual³⁶ como tratamento de úlcera venosa, mesmo sabendo que ambas as técnicas também estimulam o retorno venoso e linfático. Ainda pode-se destacar que a literatura médico-científica é escassa em estudos sobre o papel do exercício miolinfocinéticos na prevenção de afecção venosa dos membros inferiores. Propõe-se, portanto, nesse estudo a unificação dessas técnicas a fim de se verificar a efetividade da linfoterapia na cicatrização das úlceras venosas.

3 ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS

3.1 ARTIGO I: Efetividade de La linfoterapia en La Cicatrización de Úlceras

Venosas. Periódico: Revista de Investigación Clínica (B2 – Medicina 2)

Situação: Submetido

3.2 ARTIGO II: Avaliação da Satisfação da Clientela de um Serviço em Feridas

de Membros Inferiores. Periódico: Revista de Saúde Pública (B2- Medicina

2) Situação: Submetido

3.1 EFECTIVIDAD DE LA LINFOTERAPIA EN LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS.

EFFECTIVENESS OF LYMPHOTHERAPY IN THE HEALING OF VENOUS ULCERS.

Roberta Azoubel¹

Gilson de Vasconcelos Torres²

Fabiano Veloso Gomes³

¹Fisioterapeuta, Profesora del Departamento de Salud de la UESB/BA; Realizando Maestría en el Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud de la [UFRN]/RN. Dir: Calle Felipe Nery 35 Jequiezinho, CP 45205-030 Jequié-BA. Correo Electrónico: robertaazoubel@hotmail.com; Tel: (71) 91725828 / 3526-1002. Autora responsable por la correspondencia.

²Enfermero, Profesor del Departamento de Enfermería de la UFRN/RN; Doctor en Enfermería/EERP-USP, Docente del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud/CCS - Universidad Federal de Rio Grande do Norte/UFRN, Orientador de la investigación. Correo Electrónico: gvt@ufrnet.br.

³Fisioterapeuta, Profesor del Departamento de Salud de la UESB/BA; Especialista en Traumatología-Ortopedia. Correo Electrónico: Fabiano.veloso@terra.com.br Tel: (71) 91387622 / 3526-1002

RESUMEN

Objetivos. Verificar la efectividad de la linfoterapia en la cicatrización de úlceras venosas. **Métodos.** Se trata de un estudio intervencionista con muestreo no probabilista, comparado, a partir de una muestra de 50 pacientes divididos en dos grupos: de control (n.25) y de intervención (n.25). El primero fue tratado sólo con cuidados curativos, y el segundo tratado con cuidados curativos y linfoterapia o terapia física compleja (asociación de técnicas: drenaje linfático manual, vendajes compresivos, elevación de los miembros inferiores, ejercicios miolinfocinéticos y cuidados con la piel), ambos grupos tratados durante seis meses. El estudio fue aprobado (Parecer n ° 59/2007) por el Comité de Ética de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía. Para el análisis de los datos se han aplicado los tests de Mann-Whitney y Ji-Cuadrado. **Resultados.** Los pacientes que fueron sometidos a la terapia presentaron diferencia estadística significativa en lo que respecta a la contracción de la herida a partir del segundo mes del tratamiento. El grupo intervenido, al ser comparado al de control, presentó tanto menor dolor como una mayor reducción del edema, siendo estos resultados relevantes a partir del tercer y cuarto mes de la terapia, respectivamente. Para fortalecer estas hipótesis se calculó el porcentaje promedio del tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina), donde el grupo intervenido presentó una mayor cantidad de granulación en el lecho de la úlcera al ser comparado al de control, con datos significativos a partir del segundo mes del tratamiento. **Conclusión.** Los resultados demuestran que la linfoterapia aceleró el proceso cicatricial de las úlceras venosas, redujo el dolor y el edema de los miembros afectados.

Palabras Claves: úlcera varicosa, cicatrización de heridas, modalidades de fisioterapia, cuidados de enfermería

ABSTRACT

Objectives. Verify the effectiveness of lymphotherapy (complex physical therapy) in the healing of venous ulcers. **Methods.** This is an interventionist study, with a paired, non-probabilistic sample composed of 50 patients allocated to two groups: control (n = 25) and intervention (n = 25). The former received only dressing treatment, and the latter dressing treatment and complex physical therapy. (combination of techniques: manual lymphatic drainage, compression bandaging, leg elevation, decongestive exercises and skin care), over a 6-month period for both groups. The study was approved (approval no. 59/2007) by the Ethics Committee of Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Mann-Whitney and chi-square tests were used to analyze the data. **Results.** The patients who underwent therapy showed a statistically significant difference with respect to developing wounds after the first month of treatment. Compared to the control group the intervention group showed a significantly greater reduction in both pain and edema after the second and third month of therapy, respectively. To reinforce these findings we calculated the mean percentage of tissue present at the base of the ulcer (granulation/fibrin relation), where the intervention group showed significantly more granulation at the base of the ulcer compared to the control after the first month of treatment. **Conclusion.** The results demonstrate that complex physical therapy accelerated the healing process of venous ulcers, reducing pain and edema in the affected limbs.

Keywords: varicose ulcer, wound healing, physical therapy modes, nursing care

INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas de etiología vasculogénica deben su aumento de frecuencia de aparición al envejecimiento de la población consecuencia de la transición epidemiológica, caracterizada por la mudanza gradual de los problemas de salud, evolucionando de una alta morbilidad y predominio de las enfermedades infecciosas hacia una situación en la que aquellas pasan a coexistir con enfermedades crónicas o no transmisibles.¹⁻³

La comunidad científica discute todavía los mecanismos fisiopatológicos precisos que llevan a la ulceración. Apesar de que todavía no está demostrado, se cree que la hipertensión venosa crónica, generalmente resultado de reflujo venoso, sea un factor determinante siendo el mas frecuentemente citado en la mayoría de los estudios.^{4,5}

En ese contexto, el control de las úlceras venosas requiere el tratamiento subyacente de la hipertensión venosa exigiendo conocimiento específico, habilidad técnica, actuación interdisciplinaria, articulación entre los niveles del complejo asistencial y participación activa del enfermo y sus familiares.⁴

En ese sentido, si consideramos que la patología de base de la úlcera venosa mas aceptada por la comunidad científica es el reflujo venoso, en esta investigación se trató de aplicar una técnica específica para el tratamiento del linfedema. Esta técnica se denomina linfoterapia o terapia física compleja⁶ (TFC), reconocida y adoptada en el Consenso Internacional de Linfología, “Consensus Document of The International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema”⁷ que consiste en la combinación del drenaje linfático manual, la compresión elástica, ejercicios miolinfocinéticos y cuidado de la piel.^{8,9}

El drenaje Linfático Manual (DLM) tiene como objetivo crear diferenciales de presión que desencadenen el desplazamiento de la linfa y del fluido intersticial, con el objetivo de reintroducirla en la corriente sanguínea, reabsorbiendo los edemas y tratando diferentes patologías. Eso se consigue a través de quiromasaje aplicado en el área a ser tratada, a base de suaves movimientos circulares y de forma rítmica y lenta.⁹

La kinesioterapia asociada al vendaje compresivo funcional es fundamental, ya que las contracciones musculares, sumadas a la contrapresión del vendaje, estimulan el movimiento linfático, aumentando tanto la absorción de la linfa en el intersticio como la actividad motora y el peristaltismo de los vasos linfáticos y venas, potenciando la circulación de retorno. Es importante mantener la contención elástica, ya que los efectos de la contención en la circulación de retorno promueven una modificación hemodinámica a nivel venoso, linfático y tisular.⁹

En pacientes con úlcera de éxtasis las investigaciones muestran que el tratamiento con vendaje de alta compresión es al menos dos veces más eficaz que el tratamiento con el de baja compresión en la cicatrización completa de la úlcera venosa. Vendajes de compresión multicapa son aparentemente superiores aquellos de capa única, y el vendaje elástico multicapa es superior al vendaje multicapa inelástico. El tratamiento de compresión utilizando vendajes o medias elásticas es la primera línea de tratamiento cuando la ulceración venosa ocurre en ausencia de enfermedad arterial clínicamente importante.¹⁰

En estudios se observa que la terapia compresiva, asociada al reposo y a la elevación de las extremidades inferiores, estimula la cicatrización de las úlceras venosas.¹⁰ Sin embargo, no es habitual la prescripción terapéutica de ejercicios⁸ o de drenaje linfático manual⁹ como tratamiento de úlcera venosa aunque sepamos que ambas técnicas estimulan el retorno venoso y linfático. Se puede destacar que en la

literatura médico-científica escasean los estudios sobre el papel del ejercicio miolinfocinetico en la prevención de la afección venosa de los miembros inferiores. Se propone en este estudio la unificación de esas técnicas con el fin de verificar la efectividad de la linfoterapia en la cicatrización de las úlceras venosas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de intervención realizado en la Clínica Escuela de Fisioterapia de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía (UESB), en el municipio de Jequié-BA, donde se desarrolla el Proyecto de Seguimiento Continuo: “Cuidados Fisioterapéuticos en las Ulceraciones de Miembros Inferiores”. Este estudio forma parte integrante de la disertación de Tesina “Efectividad de la Terapia Física descongestiva en la Cicatrización de Úlcera Venosa” del Programa de Postrado en Ciencias de la Salud (PPGCSA) de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte ([UFRN]), Brasil.

La población del estudio se constituyó en el universo de pacientes portadores de úlceras venosas (UVs) atendidos en la referida Clínica y la muestra no probabilista se compuso por 50 pacientes que acudieron a la clínica voluntariamente en el periodo de junio de 2007 a Marzo de 2009.

Entre estos pacientes, se formaron los grupos Control (GC/n25) y de Intervención (GI/n25). Para componer la muestra, se eligieron pacientes portadores de úlceras venosas secundarias y con insuficiencia venosa crónica en uno o ambos miembros inferiores (MMII); que fueran aptos para someterse a terapéutica física compleja en el proceso de cicatrización de UVs, conforme al criterio del angiólogo integrante del equipo de la investigación; con edad superior a 18 años; que se presentasen a la CEF para aplicación de la terapéutica y realización de los curativos; que tuvieran condiciones cognitivas para seguir las orientaciones recomendadas

durante el periodo del estudio; lesiones superior o igual a 5 años, concordar en participar voluntariamente del estudio y firmar el Término de Consentimiento Libre y Consciente.

Los criterios para la exclusión fueron: pacientes diabéticos con úlceras neuropáticas o arteriales, o cualquier otro tipo de úlcera en los miembros inferiores, que no estuviera relacionada con la insuficiencia venosa crónica; presencia de infección local y/o sistémica; trombosis venosa profunda (TVP); los que presentaron 3 (tres) faltas consecutivas o 6 (seis) alternas y la no participación de la investigación por libre voluntad.

Para la composición de los grupos se realizó un emparejamiento, considerando las siguientes variables: sexo, franja de edad, tiempo y área de la lesión. A partir de estas variables se generaron grupos de emparejamiento, variando estos de 1 a 16, como muestra la Tabla 01.

Tabla 1: Representación del código de emparejamiento considerando las variables sexo, franja de edad, tiempo de la lesión y área de la misma. Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009

< Insertar Tabla 1 >

A medida que se formaron los grupos se mantuvo un equilibrio entre ellos, es decir, para cada admisión en uno de los grupos se destinó al grupo opuesto al próximo paciente con la misma codificación.

Todos los pacientes fueron remitidos al nutricionista, a fin de controlar la obesidad y la hipertensión arterial sistémica, además de otras patologías inherentes la condición de cada paciente.

El estudio fue aprobado (Parecer n ° 59/2007) por el Comité de Ética de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía, obedeciendo a la Resolución n °. 196/96 del Consejo Nacional de Salud referente a la investigación con seres humanos.

EL GC se sometió solamente a terapia curativa, realizada por el equipo de la enfermería (estudiantes becarios y voluntarios del Curso de Graduación en Enfermería de la UESB a partir del VI semestre); utilizando el protocolo de asistencia al paciente de heridas desarrollado en el estudio. El curativo constituyó en la aplicación de capas primaria y secundaria, usando gasas humedecidas en suero fisiológico, compresas y ataduras.

En los casos en que la úlcera presentó desarrollo de fibrina y/o tejido necrosado en el lecho de la úlcera, se utilizó papaína en crema al 10% en ambos grupos para el desenredado químico variando el porcentaje de acuerdo con la necesidad de cada paciente, hasta la remoción total de tejidos indeseados. Tras esa remoción se suspende la aplicación de papaína. En caso de necesidad, el paciente (GI y/o GC) fue encaminado para remoción quirúrgica. Es importante resaltar que el químico fue el más realizado (96%) en relación al quirúrgico. En los fines de semana los pacientes (GI/GC) fueron atendidos a domicilio .

Los pacientes del GI fueron sometidos tanto al curetaje diario de la úlcera, incluyendo los fines de semana, como al tratamiento con linfoterapia tres veces a la semana, en días alternos (día sí, día no/40 minutos la sesión/ejecutado por el mismo equipo). La terapia se realizó en este orden: elevación de los miembros inferiores a 30º asociado a drenaje linfático manual, compresión con vendajes elásticos y ejercicios miolinfocinéticos, que son ejercicios realizados bajo compresión elástica del miembro, en este caso flexo-extensión de los tobillos, rodillas y caderas; 3 veces con 30

repeticiones. El vendaje elástico se mantuvo durante todo el día, retirado sólo para dormir, y recolocado por la mañana, al despertar.

Los pacientes de los dos grupos fueron seguidos por un periodo de seis meses, y se vigilaron las siguientes variables de interés en el estudio: datos sociodemográficos y de salud (sexo, escolaridad, renta, profesión, estado civil, hábitos bebedores y tabaquismo, enfermedades asociadas, reposo con elevación de los miembros inferiores asociado a ejercicios, calidad del sueño y recurrencias de la UV) y examen físico de los MMII, verificando en el lesionado el área y localización de las úlceras, porcentajes medios de contracción de la úlcera y de la relación de granulación/fibrina presente en el lecho de la herida, además se evaluaron el dolor utilizando escala numérica de 0 -10 y edema del miembro afectado.

Para cálculo del área de las úlceras, se realizó el contorno directo del borde de la herida en contacto con la piel del paciente, usando material transparente estéril, se insertó la figura en Autocad 2006¹¹, y se usó el comando Polyline para dibujar el contorno del área de la lesión. Con este contorno se usó en la barra de herramientas "inquiry" la opción ÁREA para medir el área de las figuras.

Determinado el valor del área de la úlcera, se calculó el grado de contracción de la herida, expresado en porcentual, usando la formula:

$$100 \times (W_o - W_i)/W_o = \% \text{ promedio de contracción,}$$

donde W_o es el área inicial de la herida (día0) y W_i es el área final de la herida en los meses 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Para determinar el porcentaje promedio de tejido de granulación presente en el lecho de la úlcera se usó la fórmula:

$$100 \times (AG - AF)/AG = \% \text{ promedio de granulación,}$$

donde AG corresponde al área aproximada de granulación y AF área aproximada de fibrina presente en el lecho de la úlcera, calculadas también en Autocad 2006¹¹ mediante fotos de las úlceras.

Para evaluación de la intensidad/cualidad del dolor se aplicó, verbal y visualmente, la Escala Analógica Visual (EAV) numérica de 0 a 10 y posterior considerando cero ausencia del dolor; de 1 a 3 dolor ligero que no imposibilita las actividades; de 4 a 6 dolor moderado que dificulta las actividades, pero no a las impide; de 7 a 9 es dolor fuerte o incapacitante que impide la realización de cualquier actividad y 10 dolor muy fuerte, insoportable o aflictivo que además de impedir actividades, causa descontrol.¹²

Para evaluación del edema se realizó el test de Cacifo o de Godet, en el que se aplica presión a la región pre-tibial con el pulgar por cerca de 10 segundos y si en este tiempo hubo formación de depresión. La profundidad se evalúa mediante escala de cruces, variando de 1 a 4. A efectos de comparación una cruz indica edema mínimo y cuatro cruces es máximo de edema. Es importante resaltar que fue considerado cero el paciente que no presentó edema.

Los datos recolectados fueron insertados en una plantilla del Programa Estadístico SPSS versión 15.0, y se realizó análisis descriptivo e inferencial mediante la aplicación de los Test Estadísticos de Q-Cuadrado y Mann-Whitney Test ($p \leq 0,005$).

RESULTADOS

De los 50 pacientes atendidos la media general de edad fue de 63,32 ($\pm 11,65$). El promedio de edad de los grupos de intervención y control fueron de 62,28 ($\pm 13,42$) y de 64,36 ($\pm 9,75$) años, respectivamente. En cuanto a la caracterización sociodemográfica y de salud, puede verse en la Tabla 2.

Tabla 2: Representación de las variáveis sociodemográfica y de salud en los grupos de intervención y control. Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

< Insertar Tabla 2 >

En cuanto a la recurrencia, de los 18 pacientes que presentaron cicatrización completa, el 77,7% no tuvieron recurrencias, el 16,66% presentaron una recurrencia y el 5,55% presentaron mas de una recurrencia.

En cuanto al dolor, las medias en relación al tiempo de los grupos de intervención y control se presentan en la Figura 1.

Figura 1. Representación gráfica del promedio del dolor en relación al tiempo de los grupos de intervención(I) y control(C). **Test:** U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

<Insertar figura 1>

La figura 2 expresa la media del porcentaje de tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina) a lo largo del tiempo:

Figura 2. Representación gráfica de la media del porcentaje de tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina) en relación al tiempo de los grupos de Intervención(I) y Control(C). **Test:** U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

<Insertar figura 2>

La evolución de las medianas del grado de contracción de las heridas, expresado en porcentual de los grupos de intervención y control están representadas en la Figura 3, recordando que el mes 1 fue el mes de admisión, y por lo tanto el grado de contracción igual a cero:

Figura 3. Representación gráfica de las medias de Contracción de las úlceras de los grupos de intervención(I) y control(C) en relación al tiempo. **Test:** U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

<Insertar figura 3>

Referente a la evolución del edema entre los grupos, se observó que el grupo de intervención presentó mejor evolución en relación al grupo control, como puede verse en la Tabla 03.

Tabla 3. Representación de la evolución del edema en los grupos de intervención y control. *Test: Ji-cuadrado de [Pearson] ($p \leq 0,05$).* Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009

<Insertar tabla 3>

DISCUSIÓN

De los 50 pacientes estudiados, en cuanto a las características sociodemográficas y de salud de los portadores de UV se destaca el predominio del sexo femenino, individuos mayores de 60 años (68%), y predominio de analfabetos y rentas de hasta un salario mínimo.

Diversos autores^{2,3,13} en sus investigaciones, concuerdan que las UVs son predominantes en el sexo femenino. Otros estudios presentaron una relación de esa enfermedad entre mujeres y hombres mayores de 60 años lo que, según los autores, es determinado por la mayor longevidad en las mujeres, pues debajo de los 40 años de edad la relación es igual para ambos sexos.

La renta familiar constituye un aspecto importante a ser considerado en la planificación de las acciones, pues es determinante en las condiciones de vida de esa población, lo que acarrea la prolongación del tratamiento y la cronicidad de las lesiones.

Los estudios describen esa realidad, llamando la atención hacia la relación baja escolaridad^{14,15} y renta familiar.¹⁻³ Si consideramos que esa investigación fue realizada en una Clínica Escuela de Fisioterapia, que atiende a la comunidad, se justifica el predominio de bajos indicadores de perfil sociodemográfico en los pacientes atendidos.

En cuanto a las características de salud de los portadores de UV en esta investigación, el reposo con elevación de los miembros inferiores asociado a ejercicios predomina en ambos los grupos. Las enfermedades crónicas, como IVC predomina en el 100% de la muestra y la hipertensión arterial se presenta en los grupos de intervención y control en el 92% y 96% respectivamente.

Un estudio¹ llama la atención hacia la cuestión del envejecimiento de la población y consecuentemente al predominio de las enfermedades crónicas y a la estrecha relación de la UV con la IVC y también a la asociación de la IVC con la hipertensión arterial y a la diabetes, recordando que en esta investigación la diabetes fue criterio de exclusión.

La presencia de insomnio, tabaquismo, hábitos de bebida y patologías crónicas, como las ya citadas, son consideradas por diversos autores como factores que interfieren negativamente en el proceso de cicatrización, prolongando el tratamiento y retardando al cura.^{1,14} En esta investigación, sin embargo, el tabaquismo no fue predominante en los pacientes estudiados, presentándose sólo en un paciente (4%) del grupo control no siendo, por lo tanto, factor fundamental que altere la respuesta cicatricial entre los grupos.

El dolor es un hecho clínico importante en los portadores de insuficiencia venosa crónica (20% de los casos), y ocurre en función del aumento de volumen en las porciones más distales de los MMII por el acumulo de líquidos y sustancias.¹² En las fases iniciales del edema, prevalece el componente venoso, sin embargo a medida que se prolonga la estasis, se vuelve mixto – venolinfático. Los estudios con pacientes portadores de UVs indican que más del 80% acusan dolor crónico en las piernas.^{1,12}

En la composición de ese dolor están presentes tanto mecanismos mecánicos como químicos. El primero genera una distensión importante en la región debida al

edema desarrollado por la estasis venosa, y el segundo ocurre por la acumulación de sustancias irritantes liberadas por el aumento del nivel de catabolitos presentes en los tejidos circundantes que irritan los terminales nerviosos.¹²

Cuando se reduce la presión mecánica ejercida sobre las terminaciones nerviosas o cuando se disminuye el grado de espasmo o edema muscular, se eliminan los edemas mecánicos y químicos que estimulan la transmisión del dolor, reduciendo la intensidad dolorosa. La compresión y el drenaje linfático manual (DLM) son técnicas que auxilian en ese proceso. La primera tiene la capacidad de desbloquear los linfonodos y drenar el exceso de líquidos en las células, estimulando la reabsorción proteica por el sistema linfático presente en el intersticio, manteniendo el equilibrio hídrico entre los espacios intersticiales, y creando, de esa forma, un ambiente propicio a la estimulación cicatricial.^{12,16}

La terapia de compresión actúa tanto en la micro como en la macrocirculación, disminuyendo el reflujo patológico durante la locomoción y aumentando el volumen de eyección durante la activación de los músculos de la pantorrilla, favoreciendo la reabsorción del edema y mejorando el drenaje linfático.¹⁰

En esta investigación al evaluar el dolor hubo diferencia estadística entre los grupos en los cuatro últimos meses del tratamiento, demostrándose que el grupo de intervención presentó menores tasas de dolor al ser comparado al grupo control a lo largo del tiempo. Hallazgos semejantes fueron verificados en relación al edema.

Además de las técnicas citadas anteriormente, el refuerzo muscular también estimula la hemodinámica muscular, reduciendo el reflujo venoso y estimulando el proceso cicatricial. Más del 70% de los individuos con úlcera activa presentan daños en la función muscular de la pantorrilla, y además, en pacientes con vena varicosa, la

habilidad de eyección está afectada en el 60%, en miembros con úlceras cicatrizadas el perjuicio es de 76%, y en miembros con úlceras activas ese índice aumenta al 90,5%.⁸

Al evaluar la hemodinámica muscular de la pantorrilla sobre ejercicio supervisado en miembros con UVs activas, los estudios comprobaron que hubo una mejora significativa de la eyección del volumen venoso, de la función del volumen residual y del aumento de la resistencia muscular. En este estudio, se optó por la utilización del ejercicio supervisado de flexo-extensión del tobillo, rodilla y cadera con un diferencial asociado al ejercicio: el miembro estuvo bajo compresión elástica y elevado a 30°, para facilitar el retorno venoso.⁸

En ese contexto, se cree que el proceso de intervención contribuyó a la reducción del dolor, del edema y consecuentemente, a la aceleración de la cicatrización (contracción) de la herida, sobre todo cuando esta contracción mostró la diferencia estadística entre los grupos a partir del segundo mes del tratamiento.

Reforzando estas premisas, en esta investigación se hizo seguimiento del porcentaje promedio de tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina) a lo largo del tiempo, y se observó que el grupo de intervención presentó una mayor cantidad de tejido de granulación al relacionarlo con la presencia de fibrina, y muestra la existencia de una diferencia significativa entre los grupos a partir del segundo mes de la terapia.

En este sentido, si entendemos que la deficiencia en el retorno venoso es una de las alteraciones clínicas más importantes de la insuficiencia venosa crónica, este estudio viene a demostrar la importancia de la unificación de técnicas capaces de estimular este retorno venoso, resaltando que este fue el motivo por el cuál no se comparó la linfoterapia a otras técnicas de tratamientos definitivos.

Merece la pena destacar que a pesar de haber numerosas soluciones definitivas a la hipertensión venosa crónica, como la ablación Térmica este estudio fue realizado en un país en desarrollo, donde el acceso a la salud es muy restringido y donde sólo una pequeña parte de la población tiene un acceso rápido a una atención de calidad, donde hay muchas personas en la lista de espera para ser tratadas quirúrgicamente, y donde la demora es tanta que sus miembros acaban por ulcerarse, o tienen recidivas

CONCLUSIÓN

Se observa en este estudio que la linfoterapia, cuando comparamos los grupos de intervención y de control, aceleró el proceso cicatricial, redujo el dolor y el edema de los miembros afectados.

Sin embargo, se pueden admitir algunas críticas a esta investigación al no compararse la linfoterapia a otras técnicas eficaces en el tratamiento de las úlceras venosas, ya que el propósito de ese estudio fue a verificar la efectividad de la linfoterapia en la cicatrización de esas enfermedades. Por otro lado, ya existen estudios preliminares, realizados por los autores de esta investigación en lo que respecta a este tipo de metodología.

Se espera con estos resultados que se amplíen los conocimientos científicos, sugiriendo la utilización de esa terapia, no sólo para reducción del linfoedema, sino también como opción de tratamiento de la úlcera venosa, a la vista de su fácil aplicación y bajo coste.

Los datos, han demostrado la importancia del cuidado fundamentado en una conducta transdisciplinar de un equipo multiprofesional focalizada en el proceso de cicatrización de estas enfermedades y en la contribución a una mejor calidad de vida de estos individuos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yamada BFA, Santos VLGG. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Wounds*. 2005;17(7):178-179.
2. Valencia JC, Falabella RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency ulceration. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(3):401-402.
3. Margolis DJ et al. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46(3):381-386.
4. Tuyama LY et al. Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização da assistência de enfermagem a nível ambulatorial. *Rev Nursing*. 2004;74(7):22-32.
5. Douglas WS, Simpson NB. 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*. 1995;132:446-52.
6. Andrade MFC. Curso de linfologia. Diagnóstico e tratamento clínico do linfedema dos membros. *Revista de Angiologia e Cirurgia vascular*. 2001;10(3):117-120.
7. Consensus Document of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology*. 2003;36:84-91
8. Alberti LR et al. Efeito da actividade física na insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. *Acta Méd Port* 2008; 21: 215-20.
9. Godoy MFG, Godoy JMP. Drenagem linfática manual: novo conceito. *J. Vasc. Br*. 2004; 3:77-80.
10. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcer. *Cochrane database System*. 2003;1:135-155.
11. Amorim DA, Ribeiro EM, Cordeiro GG, Silva MAS. O Programa AUTOCAD 2000(r) como forma de medida angular para articulações.[monografia em la internet]. Minas Gerais: Faculdade de Fisioterapia de Itaúna;. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/analise_autocad/analise_autocad.htm. Acessado em 30 de Outubro de 2008.
12. Carvalho DS, Kowacs PA. Avaliação da intensidade de dor. Migrâneas cefaléias. 2006;9(4):164-168.

13. Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):131-135.
14. Longo J, et al. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na Insuficiência Venosa de Membros Inferiores. *Cir Vasc Angiol.* 2002; 17:15-20.
15. Nemeth KA, Harrison MB, Graham ID, et al. Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *Ostomy Wound Manage.* 2004;50:34-36.
16. Neto HJG. Tratamento fisioterápico – terapia física complexa. *Angiologia e Cirurgia Vacular: guia ilustrado [Internet periódico]* 2003. Disponível em http://www.lava.med.br/livro/pdf/henrique_linfedema.PDF. Acessado em 25 de Março de 2008.

Tabla 1: Representación del código de emparejamiento considerando las variables sexo, franja de edad, tiempo de la lesión y área de la misma. Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

Sexo	Franja de Edad	Tiempo de la Lesión	Área de la Lesión	Código de Emparejamiento
M	Hasta 60 anos	Hasta 5 anos	pequeña/média	1
M	Hasta 60 anos	Hasta 5 anos	grande/extensa	2
M	Hasta 60 anos	>5 anos	pequeña/média	3
M	Hasta 60 anos	>5 anos	grande/extensa	4
M	>60 anos	Hasta 5 anos	pequeña/média	5
M	>60 anos	Hasta 5 anos	grande/extensa	6
M	>60 anos	>5 anos	pequeña/média	7
M	>60 anos	>5anos	grande/extensa	8
F	Hasta 60 anos	Hasta 5 anos	pequeña/média	9
F	Hasta 60 anos	Hasta 5 anos	grande/extensa	10
F	Hasta 60 anos	>5anos	Pequeña/média	11
F	Hasta 60 anos	>5anos	grande/extensa	12
F	>60 anos	Hasta 5 anos	pequeña/média	13
F	>60 anos	Hasta 5 anos	grande/extensa	14
F	>60 anos	>5anos	pequeña/média	15
F	>60 anos	>5anos	grande/extensa	16

Tabla 2: Representación de las variables sociodemográfica y de salud en los grupos de intervención y control. Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

Variables	N		%	
	GI	GC	GI	GC
Sexo				
Femenino	14	15	56	60
Masculino	11	10	44	40
Grado de Instrucción				
Analfabetos	15	15	60	60
1º Grado completo	8	7	28	32
2º Grado Incompleto	2	3	8	12
Renda				
Hasta 1 SM	23	21	92	84
Entre 1 a 3 SM	2	4	8	16
Reposo com elevación de los MMII				
	23	24	92	96
Enfermedade asociada				
Hipertensión arterial	22	23	88	92
Insuficiencia venosa	25	25	100	100
Localización:				
MIE	18	22	72	88
MID	7	3	28	12
Maléolo Medial	11	13	44	52
Maléolo Lateral	10	9	40	36
Región medio perna	1	--	4	--
Región ant. perna	3	3	12	12
Fumadores	--	1	--	4
Bebedores	--	--	--	--

Tabla 3: Representación de la evolución del edema en los grupos de intervención y control. *Test: Ji-cuadrado de [Pearson] ($p \leq 0,05$).* Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

TERAPIA	EDEMA					<i>p-valor</i>
	<i>Sin Edema</i>	<i>Una cruz</i>	<i>Dos Cruces</i>	<i>Tres Cruces</i>	<i>Cuatro Cruces</i>	
1º MÊS						
Intervención	2	0	7	9	7	<i>0,878</i>
Control	2	1	6	8	8	
2º MÊS						
Intervención	2	6	5	11	1	<i>0,218</i>
Control	2	1	9	10	3	
3º MÊS						
Intervención	6	6	8	4	1	<i>0,129</i>
Control	3	1	10	8	3	
4º MÊS						
Intervención	7	7	10	0	1	<i>0,022</i>
Control	3	2	11	6	3	
5º MÊS						
Intervención	9	13	2	0	1	<i>0,000</i>
Control	3	4	9	6	3	
6º MÊS						
Intervención	10	12	2	0	1	<i>0,000</i>
Control	3	2	11	6	3	

Figura 1. Representación gráfica del promedio del dolor en relación al tiempo de los grupos de intervención(I) y control(C). **Test:** U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

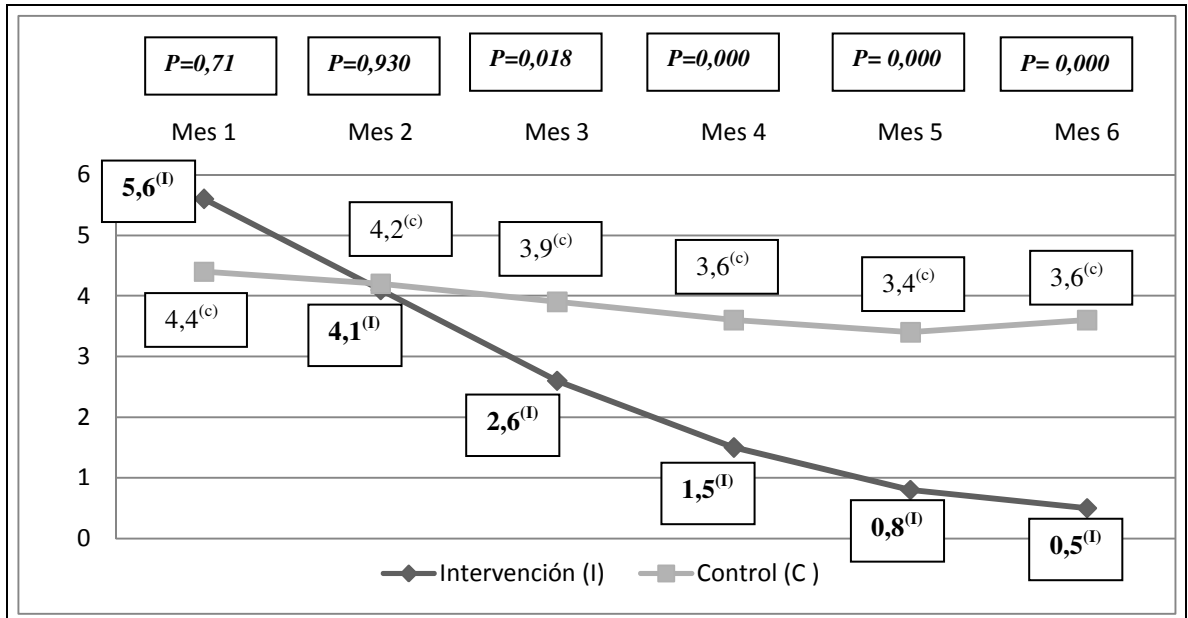


Figura 2. Representación gráfica de la media del porcentaje de tejido presente en el lecho de la úlcera (relación granulación/fibrina) en relación al tiempo de los grupos de Intervención(I) y Control(C). Test: U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.

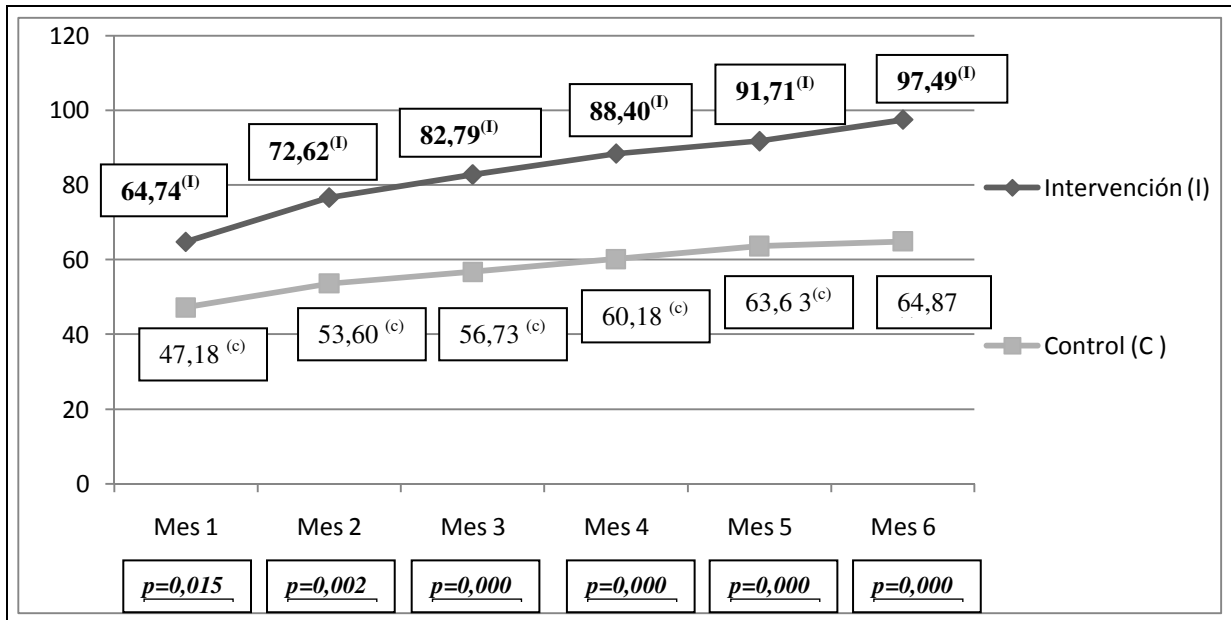
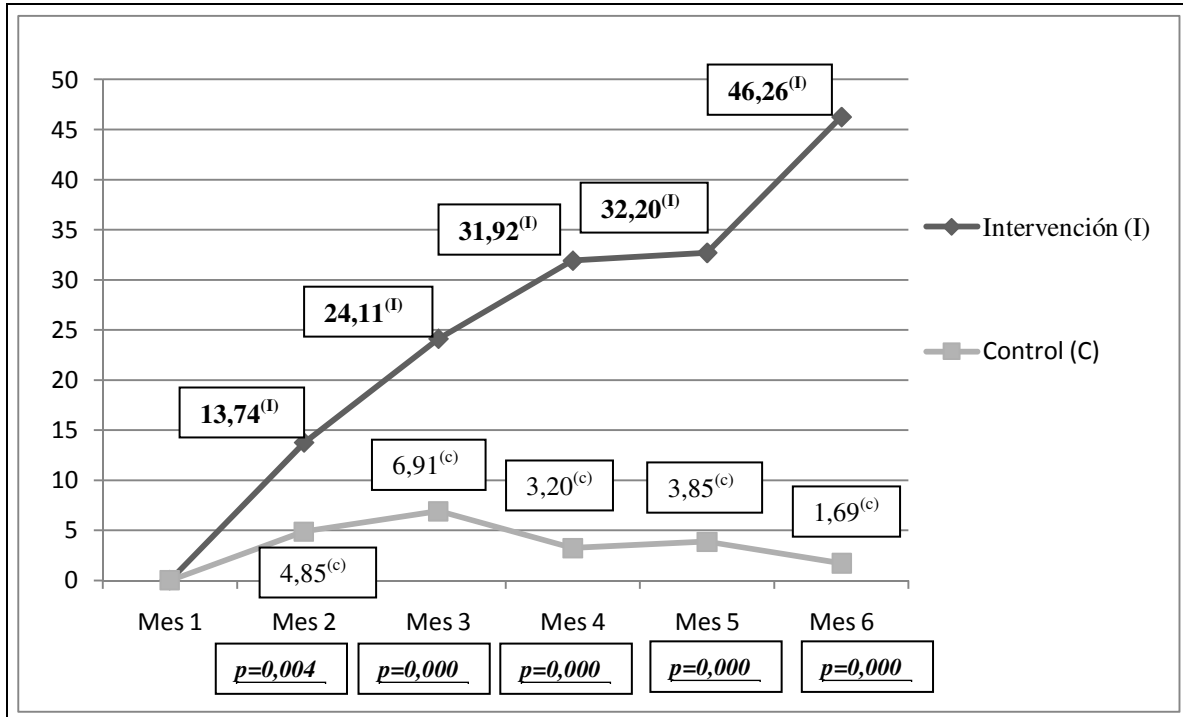


Figura 3. Representación gráfica de las medias de Contracción de las úlceras de los grupos de intervención(I) y control(C) en relación al tiempo. **Test:** U de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$). Jequié, Estado de Bahía, Brasil, 2009.



3.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA CLIENTELA DE UM SERVIÇO EM FERIDAS DE PERNAS.

ASSESSMENT OF PATIENT SATISFACTION AT A SPECIALIZED CENTER FOR LEGS WOUNDS.

Roberta Azoubel¹

Gilson de Vasconcelos Torres²

Fabiano Veloso Gomes³

Luciana Araújo dos Reis⁴

Luciana Frutuoso de Oliveira⁵

¹Fisioterapeuta, Professora do Departamento de Saúde da UESB/BA; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN/RN. End: Rua Felipe Nery 35 Jequiezinho, CEP 45205-030 Jequié-BA. E-mail: robertaazoubel@hotmail.com; Tel: (71) 91725828 / 3526-1002. Autora responsável por correspondências.

²Enfermeiro, Professor do Departamento de Enfermagem da UFRN/RN; Doutor em Enfermagem/EERP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Orientador da pesquisa. E-mail: gvt@ufrnet.br.

³Fisioterapeuta, Professor do Departamento de Saúde da UESB/BA; Especialista em Traumato-Ortopedia. Rua Felipe Nery 35 Jequiezinho. Jequié-BA E-mail: Fabiano.veloso@terra.com.br Tel: (71) 91387622 / 3526-1002

⁴Fisioterapeuta. Professora do Departamento de Saúde da UESB/BA. Doutora em Ciências da Saúde da UFRN/RN. End: Rua I, nº15, Urbis III, Jequiezinho, CEP 45206-510, Jequié - BA. E-mail: cianareis@hotmail.com Tel: (73) 88340703 / 3526-7189.

⁵Enfermeira, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Rua Felipe Nery 35 Jequiezinho. Jequié-BA E-mail: luciana-frutuoso@ig.com.br Tel: (73) 88157111.

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a satisfação da clientela de um serviço em feridas de pernas, dos pacientes assistidos no projeto “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores”, que atende a clientela do município de Jequié e cidades circunvizinhas, na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Trata-se de um estudo descritivo transversal de abordagem qualitativa, onde a amostra foi composta por 90 sujeitos. O instrumento para coleta de dados foi um questionário estruturado da pesquisa de satisfação dos usuários do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (2004/2005). Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do Programa Estatístico SPSS versão 13.0. A análise foi feita por meio de estatística descritiva. Resultados: Quanto a caracterização da avaliação do paciente sobre a satisfação com o tratamento foram predominantes os seguintes caracteres: o fácil acesso à clínica (93,3%), o uso da linguagem clara e esclarecimento positivo das dúvidas pelos funcionários e profissionais de saúde sobre a sua enfermidade e seu tratamento (95,5%); o tempo de espera na consulta foi não demorado (71%); o tempo de espera para ser atendido foi rápido (52,4%); o ambiente foi classificado como muito bom (66,7%); a limpeza e o conforto foram classificados como muito bom (85,75 e 57,1, respectivamente); a resolutividade do tratamento foi positivo para a grande maioria dos pacientes (91,1%) e após o tratamento a auto estima melhorou para 90,5% dos entrevistados. Nesse sentido, a informação ao paciente sobre a sua enfermidade e tratamento, permitiu a expressão da satisfação/insatisfação com os diversos setores e serviços da clínica, o que permitiu identificar a origem dos obstáculos que impedem um atendimento de melhor qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia, Satisfação do Paciente, Úlcera da perna

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the degree of satisfaction in patients enrolled in the project “Physical Therapy Care in Lower Limb Ulcers”, which treats individuals from Jequié and surrounding cities at the Physical Therapy Clinic of the State University of Southeast Bahia. This is a cross-sectional descriptive study with a qualitative approach, where the sample was composed of 90 subjects. The data collection instrument was a semi-structured questionnaire, applied to determine the satisfaction of patients enrolled in the National Program to Assess Health Services (2004/2005). The information collected was organized in an electronic databank using SPSS 13.0 statistical software and descriptive statistical analysis. Results: In relation to patient satisfaction with treatment the following characters were predominant: easy access to the clinic (93.3%), the use of clear language by staff and health professionals to clarify patient doubts regarding their infirmity and treatment (95.5%); time to schedule appointment was not overly long (71%); waiting room time was short (52.4%); the environment was classified as very good (66.7%); cleanliness and comfort were classified as very good (85.75 and 57.1%, respectively); treatment resolution was positive for the vast majority of patients (91.1%) and after treatment self-esteem improved to 90.5% of those interviewed. Information transmitted to the patients regarding their infirmity and treatment enabled the expression of satisfaction/dissatisfaction with the different sectors and services of the clinic, allowing identification of the obstacles that hinder improved treatment.

KEYWORDS: Physical Therapy, Patient Satisfaction, Leg Ulcer.

INTRODUÇÃO

A úlcera de perna é a síndrome caracterizada por perda circunscrita ou irregular do tegumento (derme ou epiderme), podendo atingir subcutâneo e tecidos subjacentes, que acomete as extremidades dos membros inferiores e cuja causa está, geralmente, relacionada ao sistema vascular arterial ou venoso.¹

A etiologia das úlceras de perna advém da insuficiência venosa crônica em percentual que varia de 80 a 85% e de doença arterial (5 a 10% dos casos), sendo o restante de origem neuropática (usualmente diabética) ou mista. Elas podem ser classificadas em venosas, hipertensivas, isquêmicas, anêmicas, do pé diabético e da tromboangeíte obliterante.^{1,2}

Apesar de poucos estudos epidemiológicos sobre úlceras de perna, elas são muito freqüentes na prática médica e absorvem grandes verbas da área da saúde destinadas a seu manejo. Sua freqüência vem evoluindo de acordo com o aumento da expectativa de vida da população mundial.^{1,3}

Em função da excessiva demanda de portadores de úlceras de perna, associada á falta de organização e dificuldade de acesso aos serviços de atenção ao paciente com feridas, estabelece-se um fluxo desordenado e vicioso no atendimento médico. Dessa forma, não são criadas condições propícias para motivar as pessoas, destacando-se a falta de infra-estrutura e da organização na sistematização da assistência a esses indivíduos.

Há mais de uma década vem sendo proposta modificações no sistema de avaliação dos serviços de saúde^{4,5} tanto em nível conceitual de qualidade do atendimento⁶, quanto do processo e dos resultados.⁷

Questiona-se as atuais medidas de eficácia⁸ e, ao final dos anos 80, é cogitada a utilização da idéia da melhoria contínua nos serviços de saúde. Dentro da visão de

controle de qualidade no atendimento médico ("vinho novo em garrafas antigas") aponta-se a medida da satisfação do usuário, como um dos fatores que devem ser analisados.⁹

A avaliação de um serviço de saúde está, então, intimamente ligada à definição e ao consenso; é um produto social e implica valores e ideologias, e, por essa razão, a participação do usuário tem sido de extrema importância na obtenção de informações a respeito da qualidade do serviço prestado.¹⁰

Particularmente nos serviços de saúde, a participação do usuário é inerente à própria tarefa, pois ele é co-participante de ações médicas. Historicamente, entretanto, a opinião do usuário foi sendo desprezada, dada à necessária complexidade de assistência sanitária, desabilitando-o de sua condição de avaliador do serviço ao qual é submetido.¹¹

Assim, os serviços de saúde^{12,13} mantiveram-se distantes da possibilidade de avaliação e da opinião de seus usuários sob a alegação de que estes seriam desprovidos de conhecimento técnico e, portanto, despreparados para avaliação. Atualmente, a opinião dos usuários é utilizada com alguma reserva, pois se encontra influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes, dificultando a delimitação de critérios para sua avaliação. Ainda assim, dado que os processos assistenciais são complexos, não basta conhecer a opinião dos clientes "genéricos". É necessário decompor o processo assistencial e identificar em cada uma das partes quem são seus usuários e quais são suas necessidades.¹¹⁻¹³

Nesse sentido, a importância desse tipo de pesquisa torna-se evidente através de estudos realizados que demonstram a satisfação do usuário como fator de adesão e

continuidade ao tratamento, além de propiciar melhoria na qualidade de vida. Assim, o objetivo desse estudo é avaliar a satisfação da clientela de um serviço em feridas de pernas, sendo este um projeto intitulado “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores” da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, de abordagem qualitativa, realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, Jequié/BA, no Projeto “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores”.

A amostra do estudo foi não probabilística, sendo composta por 90 pacientes que procuraram a clínica voluntariamente no período de junho de 2007 a Março de 2009, sendo 80% formado por pacientes portadores de úlcera venosa, 12,5% por portadores de úlcera neuropática, 5% por úlcera arterial e 2,5% outros tipos de úlceras.

Os critérios para inclusão no estudo foram ter no mínimo um mês de atendimento; ser portador de úlcera nos membros inferiores em um ou ambos membros, ser maior de 18 anos; independente de sexo, cor, raça, escolaridade e poder aquisitivo. Foram excluídos aqueles com um tratamento inferior ao tempo citado; que se recusaram a participar da pesquisa; e com nível de consciência que os impedissem de responder ao questionário.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado da pesquisa de satisfação dos usuários do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (2004/2005)¹⁴, adaptado para essa pesquisa, constituído de duas partes: dados sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade) e avaliação do paciente sobre a satisfação e resolutividade com o tratamento, sendo priorizada as seguintes variáveis: acessibilidade, esclarecimento das dúvidas e uso da linguagem clara pelos

profissionais de saúde e funcionários da clínica; tempo de marcação para a consulta; tempo de espera para ser atendido; ambiente, conforto e limpeza da clínica; resolutividade do tratamento; pacientes que retornaram as suas atividades cotidianas e auto estima após o tratamento.

O questionário foi aplicado na própria Clínica Escola de Fisioterapia por alunos do curso de fisioterapia não integrantes do projeto para não influenciar na resposta dos usuários. Foram utilizadas técnicas para coleta de depoimentos pessoais qualitativos, tendo como foco o cliente¹⁵ e este teve início após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Parecer nº 059/2007).

Os dados coletados foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do Programa Estatístico SPSS versão 13.0. A análise foi feita por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

Dos Pacientes avaliados, a média de idade dos indivíduos foi de 62,42 anos (\pm 10,03); 52,4% tinham idade até 60 anos e 47,6% tinham mais que 60 anos. Quanto à caracterização sociodemográfica pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes entrevistados. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009

<Inserir Tabela 1>

Quanto a avaliação do paciente sobre a resolutividade e satisfação com o tratamento, os dados estão demonstrado na Tabela 02.

Tabela 2. Caracterização da avaliação do paciente sobre a satisfação com o tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009.

<Inserir Tabela 2>

DISCUSSÃO

Dos pacientes entrevistados a maioria foi composta pelo sexo feminino. Esses achados estão de acordo com um estudo¹⁶, quando afirma em suas pesquisas que a clientela feminina é predominante na maioria dos estudos realizados em serviços de saúde.

Quanto à renda, a população alvo situou-se numa faixa muito estreita de dois salários mínimos, notou-se, porém a exclusão das classes de melhor nível de renda e que habitualmente, são as que reivindicam melhores condições de atendimento. O mesmo aconteceu com a escolaridade.¹⁷

O esclarecimento das dúvidas quanto ao tratamento e o uso da linguagem clara pelo profissional de saúde quanto a sua enfermidade e tratamento foram predominantes nesse estudo. A satisfação, segundo estudos, está fortemente relacionada com a quantidade de informações que o paciente recebe por parte do profissional de saúde sobre sua patologia e ainda, está na comunicação entre médico e paciente um dos mais importantes aspectos da satisfação.¹⁸

Esses mesmos autores ressaltam que o estilo afetivo de comunicação proporciona melhores respostas ao tratamento e maior grau de satisfação pelos usuários de um serviço de saúde, aumentando o nível de confiança entre profissional de saúde e paciente.

De acordo com alguns pesquisadores¹⁹ os desejos dos pacientes devem ser mais bem explorados pelos profissionais de saúde, pois os usuários têm dificuldade de

expressa-los verbalmente, e ao não terem respostas, esses sentimentos poderão transformar-se em fator de tensão e frustração influenciando diretamente no tratamento.

O tempo de espera na consulta e para ser atendido, são importantes mediadores na avaliação de um serviço. Assim, o grau de satisfação da clientela é influenciado, dentre outras coisas, também pela oportunidade em tempo de espera na consulta.²⁰ Fortalecendo esses achados, uma pesquisa²¹ ressalta que um importante atributo para a aceitabilidade de um serviço é a acessibilidade, 93,3% dos sujeitos caracterizaram a clínica como de fácil acesso. Esses achados confirmam um alto nível de aceitabilidade pelos usuários, o que os mantiveram adeptos ao tratamento, já que a maioria dos entrevistados relatou não demorar muito tempo nem para ser atendido e nem na consulta, além de demonstrarem fácil acesso à clínica.

Quanto ao ambiente, limpeza e conforto da clínica estes foram caracterizados como muito bom para a maioria dos entrevistados, se assemelhando a outros estudos^{21,22}, onde demonstraram que a estrutura do local de atendimento influencia e contribui na qualidade final da assistência.

Evidenciou-se nesse estudo um alto grau de resolutividade do tratamento e melhora da auto-estima. Em estudos de avaliação em saúde¹⁰ foi concebido uma tríade “estrutura, processo, resultado” onde “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como as condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados

mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.

Contudo, algumas críticas as pesquisas de satisfação devem ser destacadas quando recai sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que possui diversos determinantes como: grau de expectativa e exigência individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente como idade, gênero, classe social e estado psicológico. O aspecto da expectativa é um dos mais complexos, pois os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço, pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por pacientes com alto grau de exigência.

CONCLUSÕES

Estudos ^{6-13,19,20} sobre a satisfação da clientela na avaliação da qualidade do serviço prestado é bem amplo ao nível internacional, o que não acontece no nosso meio, necessitando, portanto de um aprofundamento dessas pesquisas na literatura brasileira.

No presente estudo com os usuários da Clínica Escola de Fisioterapia, apesar de apresentarem baixa renda e escolaridade, ficou mostrada a sua capacidade de, ao expressarem a sua satisfação/insatisfação com os diversos setores e serviços da clínica, identificarem a origem dos obstáculos que podem impedir um atendimento de melhor qualidade, para então realizar as modificações em prol de uma boa assistência, visto que a satisfação do paciente influencia diretamente na resposta ao tratamento, no caso na cicatrização das úlceras.

REFERÊNCIAS

1. Frade MAC, Gamonal AC, Carvalho MTF, Bastos SMC. Úlceras de perna. In: Gamonal AC. *Dermatologia elementar- compêndio de dermatologia*. Juiz de Fora; 2000;115-117.
2. Phillips TJ. Chronic Cutaneous Ulcers: Etiology and Epidemiology. *J Invest Dermatol* 1994; 102: 38-41.
3. Arnold F, West D. Angiogenesis in wound healing. *Pharmac Ther* 1991;52: 407-22.
4. Blum, LH. Evaluating health care. *Med.Care* 1974;12: 999- 1011
5. Berwick MD. Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl. J. Med* 1989;320: 53-6.
6. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Pública Méx* 1990;32: 113-7.
7. Lohr NK. Outcome measurements: Concepts and questions. *Inquiry* 1988;25:37-50.
8. Bunker PJ. Is efficacy the gold standart of quality assessmen. *Inquiry* 1988;25: 51-8.
9. Scally G, Wilde J, Ccrrigan D. Quality assurance: new wine in old bottles. *Publ. Hlth* 1988;102: 581- 4.
10. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich. *Health Administration Press* 1980;1:1-31.
11. McKegney FP, Beckhardt RM. Evaluative Research in Consultation-Liasion Psychiatry: review of the literature –1970-1981. *Gen Hosp of Psychiatry* 1982; 4: 197-218.

12. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson; 1988.
13. García JC. La satisfacción del cliente: singularidades de los servicios sanitarios. In: Gestión Sanitaria, Masson Editora. Barcelona: España; 1988.
14. Brasil. Caderno do programa nacional de avaliação de serviços de saúde (PNASS). Brasília: Ministério da Saúde; 2004/2005. P. 1-69.
15. Queiroz MI. Histórias de vida e depoimentos pessoais. *Sociologia* 1953;15:9-24
16. Ferreira FJS, Cavalcanti MT, Cadilhe GR, Vilaça AT et al. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói RJ: A satisfação do usuário como critério avaliador. *J Bras Psiquiat*, 1996;45: 393-402.
17. Vianna MLT W. O INAMPS enquanto organização e suas clientelas. In: Fiori JL. Diagnóstico de alguns obstáculos a uma ação planejada do INAMPS; relatório final, s.1, IEI-UFRJ/ INAMPS/FINEP 1987;1. [Mimeografado]
18. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Públ.* 1991;25(1):41-46.
19. Uhlmann FR, Inui ST, Carter BW. Patient requests and expectations: definitions and clinical applications. *Med. Care* 1994;22:681-5.
20. Martinez RA, Van-Dick PMA, Nápoles RF, Robles UJ, Ramos RA, Villaseñor UI. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad Saúde Pública* 1996;12: 399-403.
21. Oliveiras CG. Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 1992;20:01-36.
22. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. *Saúde & Cidadania* 1998; NAMH/FSP – USP.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes entrevistados. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009

Caracterização Sociodemográfica	n	%
Sexo		
feminino	58	64,4
masculino	32	35,6
Escolaridade		
Primeiro grau incompleto	63	70,0
Primeiro grau completo	17	18,9
Segundo grau completo	10	11,1
Renda		
Até dois salários mínimos	77	85,6
De 2 a 4 salários mínimos	13	14,4

TABELA 2. Caracterização da avaliação do paciente sobre a satisfação e resolutividade com o tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia. Jequié, Estado da Bahia, Brasil, 2009.

Caracterização da avaliação do paciente sobre a satisfação com o tratamento	n	%
Acessibilidade		
Facil acesso	84	93,3
Difícil acesso	6	6,7
Esclarecimento das dúvidas e uso da linguagem clara pelos funcionários da clínica e profissionais de saúde sobre a sua enfermidade e seu tratamento		
Sim	86	95,5
Não	4	4,5
Tempo de espera na consulta		
Não demorou	64	71,0
Demorou pouco	21	23,8
Demorou muito	5	4,8
Tempo de espera para ser atendido		
Não demorou	48	52,4
Demorou pouco	42	47,6
Ambiente da Clínica		
Muito bom	60	66,7
Bom	30	33,3
Ruim	--	--
Limpeza dos ambientes da Clínica		
Muito boa	77	85,7
Boa	13	14,3
Ruim	--	--
Conforto da Clínica		
Muito bom	51	57,1
Bom	39	42,9
Ruim	--	--
Efeitos do tratamento no processo de cicatrização (resolutividade do tratamento)		
Positivo	82	91,1
Negativo	8	8,9
Pacientes que retornaram as suas atividades cotidianas		
	43	47,6
Auto estima após tratamento		
Melhorou	81	90,5
Melhora parcial	9	9,5

4 -COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES

O projeto de pesquisa proposto, desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), possibilitou analisar a cicatrização de úlceras venosas em pacientes submetidos à terapia física descongestiva.

Visando verificar a possível existência de vieses metodológicos na proposta do projeto, inicialmente foi desenvolvido um estudo piloto, no qual foram estabelecidos com base na literatura científica recente, na experiência ambulatorial e nas pesquisas anteriores referente à sistematização da assistência aos portadores de úlceras de membros inferiores. Após esta etapa foram formados grupos de atendimentos constituídos por graduandos em fisioterapia e em enfermagem para atuarem nas suas respectivas áreas além de profissionais de saúde. Alguns possíveis vieses foram o uso de substâncias tóxicas realizadas pelos pacientes sem a prescrição médica, a terapia compressiva inadequada devido ao uso incorreto da atadura elástica e a falta de repouso adequado, contudo para corrigir esses vieses os pacientes foram acompanhados diariamente, seguindo uma orientação rigorosa transmitida pelos profissionais de saúde. Como desfecho, os pacientes foram considerados como fontes confiáveis quanto às orientações propostas ao tratamento.

Quanto ao modelo metodológico previsto, permaneceram inalteradas a seleção da amostra e as variáveis dependentes e independentes. Por sua vez a análise estatística foi refinada para estabelecer uma análise mais adequada na determinação do processo cicatricial das úlceras venosas. Assim, houve a correspondência das expectativas iniciais, o que possibilitou o cumprimento do cronograma estabelecido no

projeto de pesquisa, sendo elaborados, a partir dos dados coletados, dois artigos científicos submetidos a periódicos com indexação e fator de impacto.

O primeiro artigo, enviado para análise do Conselho Editorial da Revista de Investigación Clínica, qualis B2, evidencia que a terapia física descongestiva estimula não somente a cicatrização das úlceras venosas, como também reduz o edema e a dor do membro afetado. Assim, destaca-se a relevância científica e social deste estudo uma vez que o sofrimento desnecessário será minimizado a partir de uma intervenção adequada evitando generalizações nas condutas terapêuticas preventivas com implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução do processo cicatricial dessas enfermidades. Além disso, são técnicas de baixo custo, de fácil acesso e que podem ser implantadas em diversos serviços. A autora espera que este tipo de atendimento seja disseminado entre os profissionais de saúde, dando suporte aos pacientes, na sua maioria, carentes, portadores de feridas nos membros inferiores.

O segundo artigo foi um desdobramento do primeiro, este foi encaminhado à “Revista de Saúde Pública”, qualis B2 foi uma necessidade que a autora, bem como a sua equipe teve de avaliar a satisfação da clientela de um serviço em feridas de pernas atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia, no intuito de identificar os obstáculos que impedem a melhoria do serviço. Assim, os dados encontrados vão poder orientar as modificações no processo do atendimento a esses pacientes, visto que a satisfação do paciente influencia diretamente na resposta ao tratamento, no caso na cicatrização das úlceras. A autora espera que outros pesquisadores sejam estimulados a desenvolverem esse tipo de estudo, podendo estender-se à todos os setores da Clínica Escola de Fisioterapia, bem como em outras instituições.

A sistematização da assistência ao portador de feridas, por parte dos profissionais de saúde é imprescindível na realização de uma conduta eficaz, capaz de minimizar o sofrimento e as limitações dos pacientes. Desta forma a equipe de saúde envolvida no processo de reabilitação do paciente deverá perceber que a ferida não é proveniente apenas de uma lesão tecidual e que vários fatores poderão intensificá-la sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. É preciso que o paciente seja visto como um todo e receba um tratamento mais humanizado.

As expectativas do estudo foram cumpridas, levando-se em consideração que os objetivos propostos foram realizados. Foi notório o enriquecimento intelectual e científico da pesquisadora, tanto no que se refere aos modelos de pesquisa que abordam cicatrização de úlcera venosa, quanto na leitura aprofundada da literatura que aborda a temática de investigação.

Com base nesses resultados, espera-se contribuir para a formulação de novos projetos de pesquisa, ensino e extensão junto à UESB, mobilizando a participação de bolsistas de iniciação científica, iniciação à docência e extensão, além de fortalecer os estudos no grupo de pesquisa de Enfermagem Clínica do Departamento de Enfermagem da UFRN.

A experiência na área de úlceras venosas dos membros inferiores, na fisioterapia dermatofuncional, proporcionou o interesse da pesquisadora com projetos de pesquisas relacionadas à cicatrização durante o processo de ensino na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. A partir daí foi elaborado um Projeto de Extensão Continuada “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações do Pé Diabético”, em Junho de 2005, contudo a procura do serviço pela comunidade foi muito grande, onde recebemos pacientes com úlceras de diversas etiologias. Posteriormente o contato com o orientador dessa pesquisa fortaleceu o estudo e nos norteou quanto ao processo de

sistematização da assistência a esses enfermos, o que nos fez ampliar o leque de atendimento onde o projeto se definiu como “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores”.

Atualmente, a efetivação como docente do ensino superior na UESB possibilitou a realização de atividades no ensino, na pesquisa e na extensão com a temática cicatrização de feridas. A autora dessa pesquisa coordenou o projeto de extensão intitulado “Cuidados Fisioterapêuticos nas Ulcerações dos Membros Inferiores” de Junho de 2005 a Março de 2008, porém encontra-se afastada da coordenação por estar cursando o mestrado, mas continua em campo tratando dos pacientes e realizando a coleta da pesquisa para dar, então continuidade ao doutorado.

A autora acredita que o presente estudo contribuirá para o planejamento do cuidado ao paciente portador de ferida, uma vez que a terapia física descongestiva possibilitará a implementação de ações prévias, rápidas e eficazes para a resolução do processo cicatricial das úlceras venosa.

A pesquisadora espera que a divulgação desses achados possa servir de base para a criação de protocolos que estimulem a cicatrização de feridas nos membros inferiores melhorando a qualidade da assistência, além de servir de estímulo para o desenvolvimento de estudos na área.

Apêndice A

Estão listadas abaixo todas as publicações geradas a partir do projeto inicial de pesquisa.

- Resumo apresentados no **8º Congresso Brasileiro de Dor (CBDOR) – Goiânia/GO** e publicados na Revista Dor Pesquisa Clínica e Terapêutica/Suplemento (ISSN1806-0013) (2008):
 - Avaliação da dor em pacientes portadores de úlceras venosas submetidos a terapia física descongestiva.
- Resumo apresentado na **Extensão Universitária em Saúde (UESB) -Vitória da Conquista/BA** (2008).
 - Caracterização Sócio-demográfica de Pacientes Portadores de Úlceras Venosas.
- Resumos apresentados no **I Congresso Seiton Feridas e Estomias - Rio de Janeiro/RJ** (2008)
 - Extensão dos Cuidados aos Portadores de Úlceras Venosas crônicas de Membros Inferiores em âmbito Domiciliar
 - Perfil Epidemiológico de Pacientes com Úlceras Venosas Atendidos em um Projeto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
 - Satisfação de Pacientes Portadores de Úlceras Venosas de Perna Atendidos em um Projeto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

- Resumo apresentado no **I Congresso de Saúde do Sudoeste da Bahia** – Vitória da Conquista- 2009
 - Características Socioeconômicas de Pacientes Portadores de Úlceras Venosas.

Artigos em Construção:

- Avaliação da dor em pacientes portadores de úlceras venosas de um Projeto de Extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
- Perfil Epidemiológico de pacientes portadores de úlceras venosas de um Projeto de Extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

**PROJETO DE PESQUISA
EFETIVIDADE DA TERAPIA FÍSICA DESCONGESTIVA NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS
VENOSAS**

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

**PARTE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
(ROTEIRO DE ENTREVISTA)**

Entrevista Nº _____ Data: ___/___/___ Código de Randomização: _____

Grupo Controle () Grupo de Intervenção ()

Telefones: _____ / _____

1- DADOS DEMOGRÁFICOS:

1.1- Nome completo: _____

Endereço: _____

1.2- Sexo: () M () F

1.3- Idade: _____ anos

1.4- Escolaridade: () Não alfabetizado () Alfabetizado

() Ensino Fundamental: Incompleto () Completo ()

() Ensino Médio: Incompleto () Completo ()

() Ensino Superior: Incompleto () Completo ()

1.5- Profissão: () Não () Sim, Qual: _____

1.6 Ocupação Atual : Aposentado \ desempregado; trabalha atualmente (onde); licença saúde

1.7 Posição Ortostática: Ausente () Presente() Atividade acima de 6h/dia ()

1.8- Renda familiar: () Menos de 1 salário mínimo () de 1 até 2 salários mínimos () Mais de 2 até 4 salários mínimos () Mais de 4 salários mínimos

2- HÁBITOS PESSOAIS

2.1- Sono: horas/noite _____ horas/dia Insônia: () Não () Sim, motivo: _____

2.2- Etilismo: () Não (() nunca /() parou há _____ anos) () Sim, Tempo: _____ anos

Freqüência : _____ Tipo de bebida:

2.3-Tabagismo: : () Não (() nunca /() parou há _____ anos) () Sim, Tempo: _____ anos

Nº de cigarros/dia ____

2.4- Atividade/dia: ↑ atividades domésticas, nº horas ____ dia () atividades na ocupação, nº horas ____ dia () atividades domésticas e ocupação nº horas ____ dia () atividades de higiene pessoal

2.5. Elevação dos Membros Inferiores() Ausente () Presente Frequência:_____

Tempo:_____

MEDICAMENTOS EM USO:_____

**PARTE 2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
(ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO CLÍNICA DA ÚLCERA)**

1. Instrumento de coleta de dados relacionados variáveis de caracterização das úlceras venosas /aspectos cicatriciais/ estabilização dos sinais clínicos da IVC e alterações venosas

Instrumento de coleta de dados relacionados a localização e tempo da úlcera	CATEGORIAS	RESPOSTA
Início da Primeira Úlcera	Até 5 anos ; > que 5 anos	
Recidiva	Nenhuma; 1 vez;> que 2 vezes	
Quanto tempo da úlcera atual	Até 5 anos ; > que 5 anos	
Membro com úlcera venosa afetado	MID; MIE	
Sinais Clínicos da IVC	Ausente;Presente (quais)	
Perda tecidual provocada pela úlcera	Grau I (epiderme); Grau II (derme); Grau III (subcutâneo); Grau IV (músculo)	
Condições do leito da úlcera	Granulação/epitelização(%);necrose/fibrina (%)	
Sinais de Infecção na UV	Ausente; presente (quais?)	
Tipo de exsudato da UV	Qual?Seroso; serosanguinolento; sanguinolento;purulento;purusanguinolento	
Quantidade de exsudato da UV	Pequena (até 3 gazes); média (de 3 a 10 gazes) grande (> que 10 gazes)	
Área da UV	Pequena (até 50 cm ²); média (> 50 a 150 cm ²); grande (> 150 cm ²)	
Profundidade da úlcera	Rasa ;profunda	
Condições da pele perilesional	Integra;edematosaRessecada;macerada ;prurido;Lipodermatoesclerose; hiperpigmentada ;eczema; hiperemiada; escoriação	
Condições das bordas	Delimitada;Não/delimitada Elevada; Fina; Regular; Irregular; sem crostas; com crostas; Macerada; Hiperemiada; Necrosada (isquêmica/liquefativa)	
Presença de dor	Escala Análoga visual (intensidade)	
Consulta com especialista	Não; sim (quem?)	
Técnica de curativo (domicílio/serviço de saúde)	Adequada;inadequada	
Telangectasias	Ausente; presente (região)	
Veias reticulares	Ausente; presente (região)	
Veias varicosas	Ausente; presente (região)	

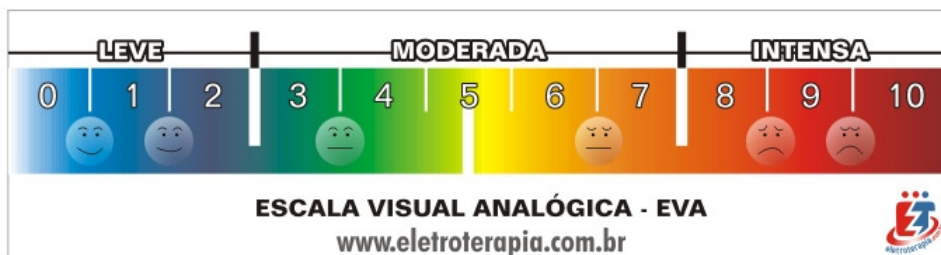
2. Avaliação do edema

Uma cruz () Duas Cruzes () Três cruzes () Quatro Cruzes ()

Escala de Cruzes	Classificação quanto a escala de cruzes
Um cruz (+)	Leve depressão, sem distorção visível, desaparece rapidamente.
Dois cruzes (+ +)	Edema um tanto mais deprimido que 1+, distorção não detectável imediatamente, desaparece em 10 a 15 segundos.
Três cruzes (+++)	Depressão muito perceptível, podendo perdurar por mais de 1 minuto, extremidade dependente parece maior e edemaciada.
Quatro cruzes (++++)	Depressão bastante profunda, dura de 2 a 5 minutos, extremidade dependente bastante deformada.

3- Avaliação da Dor

Nota: _____





**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Efetividade da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas

OBJETIVO: Verificar a eficácia da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas

RISCOS: Os riscos associados à participação neste estudo são principalmente naqueles pacientes portadores de insuficiência cardíaca, arterial e infecção na úlcera. Contudo esses e todos os pacientes serão previamente avaliados pelo angiologista e será monitorado constantemente, tanto pelo médico quanto pela equipe executora, onde estes decidirão pela suspensão do paciente da pesquisa no qual será tratado até que se restabeleça, e possa voltar ao tratamento fisioterapêutico.

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

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

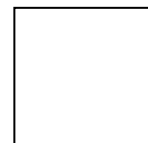
DANO ADVINDO DA PESQUISA: Se houver algum dano eventual decorrente desse estudo será de responsabilidade do pesquisador a indenização com cobertura financeira do possível dano imediato ou tardio que venham a ser comprovado.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decide não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. Como a coleta das informações deste estudo consistirá em responder a questionários, caso o entrevistado considere alguma pergunta constrangedora, o mesmo tem o direito de se recusar a responder tal questionamento.

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

Nome do participante: _____

Assinatura



COMPROMISSO DO PESQUISADOR: Eu Roberta Azoubel, CPF nº 871988195-91, RG 4691145-68, residente a Rua Felipe Nery, 35 Jequiezinho, CEP 45205-030 Jequié-Bahia, Tel: (73) 3526-1002 / 8833-4026, Email: robertaazoubel@hotmail.com discuti as questões acima apresentadas ao participante no estudo.

Jequié ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Pesquisador

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa UESB: Av. José Moreira Sobrino S/N, Jequiezinho. CEP 45205-000 Jequié-Bahia



UESB

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 20 de junho de 2007

Of. CEP 089/2007

Ilma. Sra.
Profa Roberta Azoubel
Departamento de Saúde- UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, na reunião de 19 de junho do corrente ano, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **059/2007**Projeto: ***Efetividade da Terapia Física Descongestiva na Cicatrização de Úlceras Venosas***Pesquisador: ***Profa Roberta Azoubel***

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Profa. Ana Angélica Leal Barbosa

Presidente do CEP/UESB

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho – Jequié-BA - Telefone: (73)3528-9600

SIPAR - Ministério da Saúde
 Registro Número:
 25000. 182897/2005-99
 25/11/05



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CARTA Nº 1442 CONEP/ CNS/ MS

Brasília, 25 de novembro de 2005

Senhor Coordenador,

Informamos a Vossa Senhoria que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, aprovou o registro do Comitê de Ética em Pesquisa da **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB**, por 3 anos a partir desta data.

Solicitamos o empenho de Vossa Senhoria para incorporação dos requisitos da Resolução CNS nº 196/96 e resoluções complementares.

Esclarecemos que conforme a Res. CNS nº 196/ 96, item IX.8, o CEP deverá encaminhar à CONEP relatórios trimestrais, conforme modelo disponível na home page: <http://conselho.saude.gov.br>, onde podem ser encontrados outros documentos de interesse do CEP e que também anexamos:

- Manual Operacional para Comitê de Ética em Pesquisa que inclui:

- Resoluções referentes à ética na pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 196/ 96; Res. CNS nº 251/ 97; Res. CNS nº 240/ 97; Res. CNS nº 292/ 99; Res. CNS nº 303 e 304/ 00)
- Folha de Rosto para projeto de pesquisa
- Formulário "Documentos para análise de projeto de pesquisa"
- Roteiro para Parecer Consubstanciado

- Modelo de Relatório Trimestral, que deverá ser encaminhado à CONEP regularmente.
 - Critérios do Programa de Avaliação dos CEPs.

Contamos com o seu apoio e imprescindível parceria para implantação no País, de uma cultura ética democrática, na defesa da comunidade científica, do cidadão e da sociedade.

Atenciosamente,


WILLIAM SAAD HOSSNE
 Coordenador
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Ao Senhor

Dr. Wilson Rocha de Almeida Filho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Avenida José Moreira Sobrinho, S/N - Jequiezinho
45206-510 – Bahia/BA

1. Warwick L, Willians PL, Dyson M, Bannister LH. Angiologia. In: Warwick L, Willians PL, Dyson M, Bannister LH. Gray Anatomia, 37 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1995; 763-765.
2. França,LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. *JVasc Br* 2003;2(4):318-28.
3. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44(3): 401-421.
4. Pitta GBB, Castro AA, Burihan E. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA. 2003. [citado 2009 Jan 25]. Disponível em; URL: <http://www.lava.med.br/livro>,
5. Torres GV, Santos AGN, Oliveira KML, Nóbrega WG, OliveiraMM. Aspectos sócio-demográficos dos portadores de úlceras vasculares atendidos no Ambulatório do HUOL em Natal. In: Anais do 58^o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2006 nov.05-09; Salvador, Bahia, Brasil
6. Maffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ, Lastoria S, Pinho W, Yoshida WB, Rollo H. Varicose veins and and chronic venous insufficiency in Brasil:prevalence among 1755 inhabitants of a country town.*Int. J. Epidemiol.*1986;15:210-217.
7. Pieper B, Caliri MHR, Cardoso LJ. Úlceras venosas e doenças venosas. 2002.[citado 2007] Set 10]. Disponível em<<http://www.erp.usp.br/projetos/feridas/uvenosa.htm>.
- 8.Maffei FHA. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. In Maffei FHA. Doenças vasculares periféricas. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002;(2):1581-1590.
- 9.Suzuki E. Avaliação da dor em úlceras crônicas de membros inferiores. 2001. Monografia (Curso de Especialização em Estomatoterapia) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- 10.Mayer W, Jochmann W, Partsch H. Varicose ulcer: healing in conservative therapy. A prospective study. *Wien-Med Wochenshr* 1994;144:250-252.
- 11.Nunes JP. Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidos no programa saúde da família do município de Natal/RN. [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2006.
- 12.Borges EL; Gomes, FSL Coberturas. In: Borges et al. Feridas como tratar. Belo Horizonte: Coopmed 2001;97-120.

13. Torres GV. Assistência aos portadores de úlceras venosas nas unidades de saúde da família do município de Natal/RN. Revista Olho Mágico, Londrina 2006;.13(2):700-700.
14. Ramos S. Úlceras de pernas: causas infrequentes. Rev. Méd Uruguai 2001; 17:33-41.
15. Oliveira BGRB, Castro JBA, Andrade NC. Técnicas para avaliação do processo cicatricial de feridas. Revista Nursing 2006 nov;102(9):1106-1110
16. Longo Júnior. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na insuficiência venosa de membros inferiores. Cir Vasc Angiol 2002;17:15-20.
17. Thomaz JB. Úlcera de estase venosa dos membros inferiores. In: Fundamentos de cirurgia vascular e angiologia. São Paulo: Fundação BYK, 1997.
18. Garrido MBM. Anatomia médico cirúrgica do sistema venoso dos membros inferiores. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi 1995;745-767.
19. Dadalti-Granja P, Abdala S. Uso de sulfadiazina de prata associada ao nitrato decério em úlceras venosas: relato de dois casos. An. Bras. Dermatol 2003;78(2).
20. Falanga V. Venous ulceration. In: Krasner D, Kane, D. Chronic wound care 1997;165-71.
21. Morison MJ et al. Nursing management of chronic wounds. 2 ed. Barcelona: Mosby 1997;177-218.
22. Hurlley JP. Chronic venous insufficiency ulcer and other consequences. In: KRASNER, D. Chronic wound care. King of Prussia: Health Management 1990;213-22.
23. Valenia, JC, Falabella RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency ulceration. J Am Acad Dermatol 2001;44(3): 401-402.
24. Neves OO. Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlcera venosa atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. [Dissertação]. Natal/RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte;2006.
25. Frade MAC et al. Úlcera de perna: um estudo de caso em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. An. Bras. De Dermatol 2005; 80(1):41-46.
26. Torres GV, Nunes JP, Vieira D, Melo GF, Fernandes RL. Portadores de úlceras venosas atendidos nas Unidades de Saúde da Família do município de Natal/RN: caracterização sócio-demográfica e de saúde. In: Anais do 58^o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2006 nov.05-09; Salvador, Bahia, Brasil.

27. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 506-517. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>
28. Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino NS. Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. *Jornal Vascular Brasileiro* 2005 jul; 4 (2): 195-200.
29. Castro e Silva M, Cabral ALS, Barror Jr N, Castro AA, Santos M. Diagnóstico e tratamento da doença venosa crônica. *J Vasc Br* 2005;2: 124-153.
30. Souza GC. Insuficiência venosa crônica. In Pereira AH. *Manual de Cirurgia Vascular*. Rio de Janeiro: Revinter;1998:227-223.
31. Ramelet AA, Monti M. *The Guide*. Paris: Elsevier; 1999.
32. Tuyama LY et al. Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização da assistência de enfermagem a nível ambulatorial. *Rev Nursing* 2004;74(7): 22-32.
33. Douglas WS, Simpson NB. 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* 1995;132:446-52.
34. Andrade MFC. Curso de linfologia. Diagnóstico e tratamento clínico do linfedema dos membros. *Revista de Angiologia e Cirurgia vascular* 2001;10(3):117-120.
35. Consensus Document of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology* 2003;36:84-91
36. Alberti LR et al. Efeito da actividade física na insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. *Acta Méd Port* 2008; 21: 215-20.
37. Godoy MFG, Godoy JMP. Drenagem linfática manual: novo conceito. *J. Vasc. Br.* 2004; 3:77-80.
38. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcer. *Cochrane database System.* 2003;1:135-155.

7- ABSTRACT

A venous ulcer is the most serious clinical manifestation of chronic venous failure, and the most frequent in lower limbs, accounting for 70% of all ulcers. Patients may suffer from this infirmity for several years without healing of the lesion if treatment is inadequate. The aim of this investigation was to verify the effectiveness of decongestive physical therapy in the healing of venous ulcers. This is a quasi-experimental, interventionist study, with paired, non-probabilistic sampling, composed of 50 patients divided into two groups: control and intervention, each composed of 25 patients. Both groups were identically treated for six months with daily dressings and the latter also underwent complex physical therapy consisting of a combination of the following techniques: manual lymphatic drainage, compression bandaging, lower limb elevation, myolymphokinetic exercises and skin care. The study was approved (Protocol no. 59/2007) by the Ethics Committee of the State University of Southeast Bahia. The Mann-Whitney and Chi-square tests were applied for data analysis. After statistical analysis the patients who underwent therapy showed a statistically significant difference with respect to wound contraction starting in the second month of treatment. Compared to the control, the intervention group showed a greater reduction in both pain and edema starting in the third and fourth month of therapy, respectively. To reinforce these findings, the mean percentage of tissue present at the base of the ulcer (granulation/fibrin ratio) was calculated. The intervention group showed greater granulation at the base of the ulcer compared to the control, significant from the second month of treatment on. It was observed in this study that lymphotherapy, when compared between the intervention and control groups, accelerated the healing process, and reduced pain and edema in the affected limbs. It is expected, therefore, that these results widen scientific knowledge and we suggest that this therapy be used

not only to reduce lymphedema, but also as a treatment option for venous ulcers, given its easy application and low cost. The data, therefore, demonstrated the importance of basic care on the part of a multiprofessional and transdisciplinary health team involved in the healing process of these infirmities, thereby contributing to better quality of life in these individuals.

KEYWORDS: varicose ulcer, wound healing, modalities of physiotherapy, nursing care, patient satisfaction.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)