

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

HEITOR FERNANDES AMORIM

Implementação e avaliação com indicadores assistenciais das ações de ambulatório
multidisciplinar para abordagem integral de pacientes com feridas crônicas

RIBEIRÃO PRETO-SP

2022

HEITOR FERNANDES AMORIM

Implementação e avaliação com indicadores assistenciais das ações de ambulatório multidisciplinar para abordagem integral de pacientes com feridas crônicas

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Gestão de Redes Organizacionais de Atenção à Saúde/Gestão de Organizações de Saúde

Orientador: Prof. Altacílio Aparecido Nunes

RIBEIRÃO PRETO-SP

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Amorim, Heitor Fernandes

Implementação e avaliação com indicadores assistenciais das ações de ambulatório multidisciplinar para abordagem integral de pacientes com feridas crônicas. Ribeirão Preto, 2022.

105p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Redes Organizacionais de Atenção à Saúde/Gestão de Organizações de Saúde

Orientador: Prof. Altacílio Aparecido Nunes

1. Doença Crônica. 2. Úlcera Cutânea. 3. Equipe Interdisciplinar de Saúde. 4. Instituições de Assistência Ambulatorial. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Economia da Saúde.

Nome: AMORIM, Heitor Fernandes

Título: Implementação e avaliação com indicadores assistenciais das ações de ambulatório multidisciplinar para abordagem integral de pacientes com feridas crônicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Ao meu pai, Georges Farias Amorim, que exerceu uma bela medicina, cuidando de pacientes preteridos por muitos profissionais, em ambientes com pouca infraestrutura e pouco prestígio acadêmico/profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir vivenciar este projeto acadêmico e aprender com este projeto profissional.

À minha esposa, Mariana, e à minha mãe, Itamar, que sempre me apoiaram em minhas progressões profissionais.

Aos meus irmãos, Yanna, Rachel e Rodrigo, e à família Teporini pela torcida e orações.

À equipe de enfermagem do setor SAD/MELHOR EM CASA, da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (Elizangela Santos, Fabiana Giroldo, Gislaine Balthazar, Miriã Prado, Sandra Marne, Rute Rezende, Susana Soares), pois muito me ensinam no dia a dia e dispendem muito amor no cuidado aos nossos pacientes.

Ao meu orientador, Prof. Altacílio Aparecido Nunes, que, mesmo em sua ampla carga horária de trabalho e em meio a tantas batalhas, esteve sempre disposto a me ajudar neste projeto.

E aos nossos pacientes, que confiaram e perseveraram em cada tratamento proposto. Vocês não apenas nos permitiram o cuidado, mas também o aprendizado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)

“Retém a instrução e não a largues; guarda-a, porque ela é a tua vida.”

Provérbios 4:13

LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO DA TESE

- Dependências da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto e seus setores (Melhor em Casa/Serviço de Atenção Domiciliar)
- CEAPS – Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

RESUMO

AMORIM, HF. Implementação e avaliação com indicadores assistenciais das ações de ambulatório multidisciplinar para abordagem integral de pacientes com feridas crônicas. (Dissertação). Ribeirão Preto-SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2022.

As feridas crônicas possuem um grande potencial de morbidade. Estão relacionadas a fatores como doenças crônicas, acesso à saúde limitado, adesão terapêutica questionável, dentre outros. O intuito de tratar pacientes em um ambiente extra-hospitalar decorre da necessidade de otimizar recursos financeiros e recursos hospitalares. Sendo as feridas crônicas uma realidade que requer tratamento para melhorar a qualidade de vida das pessoas, a criação de um ambulatório multidisciplinar de doenças crônicas amplia possibilidades e promove integralidade. Ainda, a descrição desse processo pode servir de base para que outros municípios criem serviços semelhantes. Os objetivos deste trabalho são demonstrar os processos envolvidos na implementação do ambulatório multidisciplinar de feridas crônicas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (PMRP) e divulgar indicativos assistenciais do seu primeiro ano. O estudo, com característica observacional, visa a descrever a estruturação de um ambulatório multidisciplinar com ações no campo do diagnóstico e terapêutico. Ainda, com seu componente analítico, avaliar com indicadores assistenciais as ações do ambulatório em questão. Aspectos a serem estudados: instituições, recursos humanos e físicos, financiamento, insumos, definição de fluxogramas de atendimento. A criação desse ambulatório seguiu os critérios adequados do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com recursos físicos e humanos compatíveis ao que é preconizado nos documentos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde. Foram 137 pacientes em análise: 83,2% com mais de 50 anos; 69,3% com sinais vitais alterados; 59,9% com úlcera venosa; 91,2% apresentavam alguma comorbidade; 35,8% necessitaram de tratamento de fase aguda, 16,1% de encaminhamento para emergência e 12,4% não apresentaram cicatrização de feridas. A criação de um ambulatório de feridas demanda não só habilitação profissional específica, mas disposição para trabalho com limitações existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Há uma necessidade constante de melhoria nos serviços, matriciamento com atenção básica, bem como nas estratégias para melhor adesão terapêutica dos pacientes.

Palavras-chave: Doença Crônica. Úlcera Cutânea. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Instituições de Assistência Ambulatorial. Sistema Único de Saúde. Economia da Saúde.

ABSTRACT

AMORIM, HF. Implementation and evaluation with care indicators of multidisciplinary outpatient actions for a comprehensive approach to patients with chronic wounds. (Dissertation). Ribeirão Preto-SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2022.

Chronic wounds have a great potential for morbidity. They are related to several factors (such as chronic diseases, limited health care, questionable therapeutic adherence, among others). The aim of treating patients in a non-hospital healthy service stems from the need to optimize financial and hospital resources. Since chronic wounds are a reality that requires treatment to improve people's quality of life, the creation of multidisciplinary ambulatory care facilities for chronic diseases expands possibilities and promotes integrality. Thus, the description of this process can serve as a basis for other cities to create similar services. The aims of this work are to describe the processes involved in the implementation of the multidisciplinary ambulatory care facility for chronic wounds of the Municipality of Ribeirão Preto (PMRP) and reveal care indicators of its first year. The observational study aims to describe the structuring of a multidisciplinary outpatient clinic with focus on diagnosis and treatment. Also, with its analytical component, to evaluate with care indicators the actions of the outpatient clinic in question. Aspects to be studied: Institutions, infrastructure, human resources, financing structures, specific inputs, adequate definition of service flowcharts. The creation of this ambulatory care facility followed the appropriate criteria of the Ministry of Health (MS) and National Council of Health Secretaries (CONASS), with physical and human resources compatible with what is recommended in the documents of the Federal Council of Medicine (CFM) and the Ministry of Health. There were 137 patients under analysis: 83.2% were over 50 years old, 69.3% had altered vital signs, 59.9% had venous ulcers, 91.2% had some comorbidity, 35.8% needed acute phase treatment, 16.1% were referred to emergency and 12.4% did not present wound healing. The creation of a wound clinic requires not only specific professional qualifications, but also a willingness to work with limitations existing in the Brazilian public health service (SUS). There is a constant need for improvement in services, matrix support with primary attention such as strategies for better therapeutic adherence of patients.

Keywords: Chronic Disease. Cutaneous Ulcer. Interdisciplinary Health Team. Outpatient Care Institutions. Unified Health System. Health Economics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa da USP
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DLP	Dislipidemia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59)
OHB	Oxigenoterapia Hiperbárica
PMRP	Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Tipos de curativos.....	18
Quadro II – Descritivo de coberturas interativas para curativos (anterior a 2020).....	30
Quadro III – Descritivo de coberturas interativas para curativos (a partir de 2020)...	30
Quadro IV – Descritivo de materiais obrigatórios para consultório do Grupo 3.....	55
Quadro V – Procedimentos e valores no SUS.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição demográfica da população do estudo.....	37
Tabela 2 – Condições clínicas dos pacientes.....	38
Tabela 3 – Pacientes com sinais vitais alterados.....	39
Tabela 4 – Procedimentos e exames.....	40
Tabela 5 – Dados relacionados com o tratamento.....	41
Tabela 6 – Associação entre exames realizados e variáveis independentes.....	42
Tabela 7 – Associação entre sinais vitais e variáveis independentes.....	43
Tabela 8 – Associação entre diagnóstico de ferida e variáveis independentes.....	44
Tabela 9 – Associação entre procedimentos e variáveis independentes.....	46
Tabela 10 – Associação entre escleroterapia e variáveis independentes.....	47
Tabela 11 – Cicatrização e tratamentos dos pacientes com úlcera venosa.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 METODOLOGIA	23
4 RESULTADOS	25
4.1 Resultados – Componente descritivo	25
4.2 Resultados – Componente analítico (dados assistenciais)	37
5 DISCUSSÃO	49
5.1 Discussão – Componente descritivo	49
5.2 Discussão – Componente analítico	56
6 CONCLUSÃO	66
7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

A saúde foi conceituada, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde – OMS – como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Existem diversos fatores envolvidos na promoção à saúde (saneamento básico, educação, empregos, habitação, redes comunitárias etc.).

As doenças crônicas não transmissíveis (como principais exemplos, podem-se citar doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) constituem problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por, aproximadamente, 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo (OMS, 2003) e corresponderam a 67% das causas de mortes no ano de 2012 (38 milhões dentre 56 milhões de mortes). Dentro dessa amostra, 16 milhões das mortes ocorreram em pacientes com até 70 anos de idade – sendo 48% das mortes ocorridas em países com baixa renda *per capita* (WHO, 2014).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações e estão entre as principais causas de amputações, de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. Desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (Schmidt et al., 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Esse impacto está principalmente relacionado não só aos gastos por meio do SUS, mas também às despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e

que se reúne periodicamente para discutir os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

A atenção multiprofissional deve produzir novas sistemáticas de cuidado a partir de arranjos no trabalho em equipe, tais como reunião de equipe, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais.

Em diferentes literaturas, há uma divisão simplificada dos pacientes com feridas crônicas em portadores de doenças neuropáticas, portadores de doenças venosas, portadores de doenças arteriais e portadores de úlceras crônicas de outras etiologias (reumatológicas, infectocontagiosas, neoplásicas, dermatológicas etc.). As úlceras de perna apresentam uma prevalência de 3 a 5% da população acima de 65 anos de idade. Sua incidência vem apresentando um aumento progressivo devido a uma maior sobrevivência da população e ao aumento dos fatores de risco para doença aterosclerótica como tabagismo, obesidade e diabetes.

As úlceras de perna, por exemplo, estão habitualmente associadas a doenças vasculares, sendo a doença venosa crônica responsável por cerca de 80% de todas as úlceras crônicas de perna. A doença arterial periférica e o diabetes constituem outras das causas frequentes (Brito et al., 2014).

O intuito de tratar pacientes com feridas crônicas em um ambiente extra-hospitalar decorre da necessidade de otimizar recursos financeiros, bem como recursos hospitalares.

Já é bem documentado que, em ambiente extra-hospitalar, o tratamento de uma mesma condição crônica de saúde se mostra menos dispendioso quando comparado ao tratamento no intra-hospitalar (Flik et al., 2015; Parry et al., 2001).

Para a efetividade das políticas de saúde, é importante que haja uma organização nos sistemas de serviços orientados para a atenção às condições crônicas, através de um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam ao longo da evolução de uma condição ou doença. Isso deve ser alcançado, dentre outras formas, por meio de uma rede integrada dos pontos de atenção à saúde que prestam uma atenção contínua (Mendes, 2002). No Brasil, há um modelo específico

de atenção às condições crônicas à saúde no contexto no SUS: o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC (Mendes, 2009).

O Ministério da Saúde editou diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Porém, na literatura, há uma discussão quanto à estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do SUS. É defendida a necessidade de elaboração e indução de um formato organizacional de serviços de cuidado especializado no SUS, a ser construído nos municípios (ou entre eles, em regiões).

Existem, ainda, dificuldades variadas, como poderes políticos e econômicos antagônicos, conflitos de interesses e vícios ético-políticos, sustentando a tolerância ao vazio de diretrizes inovadoras para a organização e a ampliação dos serviços de cuidado especializado dentro do SUS (Tesser et al., 2017).

A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – PMRP – dispõe de uma ampla rede de prestadores de serviços especializados, com ambulatórios funcionantes com servidores públicos municipais ou estaduais. Ainda, é utilizada a premissa da complementaridade do setor privado – com prestadores via organizações de saúde, hospitais filantrópicos ou prestadores de serviços via contratos. A Secretaria Municipal de Saúde possui protocolos de admissão/regulação/acompanhamento clínico bem definidos. Existe também a premissa de atualização constante na boa prática técnica profissional, com atualização dos protocolos e da rede de prestadores.

Sendo as feridas crônicas uma realidade que requer tratamento para viabilizar a vida e a qualidade de vida das pessoas, pergunta-se de que forma pode-se promover um melhor atendimento e tratamento a esses pacientes no âmbito da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. A criação de um ambulatório multidisciplinar de doenças crônicas amplia possibilidades e promove integralidade – princípio básico do SUS.

Um projeto com esse recorte temático traz uma boa contribuição sob a ótica científica, pois, além da possibilidade de servir de molde para outros serviços de saúde, pode viabilizar uma discussão e possibilidades de atuação por parte dos diversos profissionais envolvidos cotidianamente com a situação retromencionada.

Cabe salientar que essa pesquisa justifica-se no tocante à sua relevância social, visível na possibilidade de promoção à saúde e, conseqüentemente, na menor taxa de morbimortalidade. Para tanto, torna-se importante identificar fatores

limitantes, bem como buscar meios de potencializar recursos humanos, financeiros e acesso ao ambulatório pelos pacientes.

Fazendo um adendo para explicar melhor, as feridas crônicas são definidas como qualquer interrupção na continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, decorrente de traumas ou de afecções clínicas, que apresenta difícil processo de cicatrização, ultrapassando a duração de seis semanas (Oliveira et al., 2019).

Uma ferida piora a qualidade de vida do paciente. Gera dor, perda de mobilidade funcional, restrição das atividades e do lazer, redução da produtividade no trabalho e, algumas vezes, aposentadoria por invalidez (França et al., 2003).

É estimado que, em nações desenvolvidas, 1-2% da população irá sofrer com uma ferida crônica durante a vida. Nos Estados Unidos, há uma estimativa de que as feridas acometam, aproximadamente, 6,5 milhões de pacientes, sendo que o impacto ao sistema de saúde é estimado em mais de 25 bilhões de dólares por ano (Jarbrink et al., 2016).

O processo cicatricial de feridas é complexo, dinâmico e relacionado a diversos eventos celulares coordenados para um eficiente reparo de tecido lesado.

Há 4 fases bem descritas:

- Hemostasia: fase inicial (tampão plaquetário com prevenção de perda sanguínea e formação de matriz de fibrina);
- Inflamação: fase com remoção de debris e prevenção de infecção;
- Proliferação: formação do tecido de granulação e migração celular no intuito de regeneração de tecido: queratinócitos, fibroblastos, macrófagos,
- Remodelação: a matriz de colágeno depositada é remodelada e há retração cicatricial.

Como todo processo biológico, perturbações – inflamação crônica, doenças descontroladas, infecções, dentre outras – geram piora no processo cicatricial, o que pode ocasionar até a falha do processo (Wilkinson et al., 2020).

A *Wound Healing Society* classifica as feridas crônicas em quatro categorias maiores: feridas venosas, feridas arteriais, feridas diabéticas e feridas de pressão (Frykberg et al., 2015). O tratamento para cada tipo de ferida deve ser baseado na sua classificação.

Quadro I – Tipos de curativos (continua)

Curativo	Nomes comerciais	Ação	Indicações	Frequência de trocas	Contra-indicações	Vantagens	Desvantagens
Hidrogel	Duoderm Gel Hydrosorb Hydrosorb Plus	Polímeros hidrofílicos retêm água em sua estrutura. Absorvem a secreção da ferida, com diminuição da viscosidade do gel, que se torna líquido e libera água no leito da ferida.	Tratamento de queimaduras, remoção de crostas e tecidos desvitalizados (feridas secas e dolorosas)	Média de 12 ou 24 horas	Feridas infectadas e feridas com exsudação abundante	Promove o debridamento autolítico e não lesa a granulação; retém exsudato, diminui dor	Desidrata rapidamente e necessita de cobertura secundária.
Alginatos de cálcio	Algoderm Kaltostat,	Há uma troca de íons Ca ⁺⁺ /Na ⁺ transformando as fibras do alginato em gel suave não aderente; Umificador e debridante	Feridas com exsudação abundante com ou sem infecção; Feridas cavitárias e sangrantes.	Mediante a saturação do curativo, em média com 24 horas.	Hipersensibilidade	Alta capacidade de absorção e pode se associar a outros produtos	Alguns desses produtos, em contato com a pele sadia, podem macerá-la.
Hidrocolóides	Comfeel, Duoderm, Hydrocoll	Promove uma expansão da celulose ao absorver líquido da ferida, Faz um debridamento autolítico Facilita angiogênese e tecido de granulação protegendo terminações nervosas livres	Feridas limpas com média e pequena quantidade de exsudato, Prevenção de úlceras de pressão, Queimaduras de 2º grau, OBS: * hidrocolóides extrafinos podem ser usados na cobertura de incisões, suturas cirúrgicas e na fixação de tubos e drenos.* Em feridas cavitárias, pode-se usar hidrocolóides em forma de pasta ou grânulos.	Mediante a saturação do curativo, em média no 5º ou 6º dia. Neste caso, o hidrocoloide adquire uma coloração mais clara e consistência menos densa.	Feridas colonizadas ou infectadas.	Protege tecido de granulação; Adere a superfícies irregulares Resiste à água Não necessita cobertura secundária Oclusivo e semipermeável Retém exsudato	Pode gerar odor desagradável. Hipersensibilidade. Não permite visualização da ferida
Sulfadiazina de prata	Dermazine Pratazine Dermacerium	Prata: características bactericidas imediatas e bacteriostáticas residuais, provoca precipitação protéica e age na membrana citoplasmática bacteriana. Nitrato de cério: que potencializa o efeito bactericida.	Tratamento de queimadura, e lesões crônicas refratárias.	Mediante a saturação do curativo, em média 12 ou 24 horas	Hipersensibilidade de aos componentes da fórmula	Baixo custo. Fácil aplicação	Múltiplas trocas. Requer cobertura secundária

Quadro I – Tipos de curativos (continuação)

Curativo	Nomes comerciais	Ação	Indicações	Frequência de trocas	Contra-indicações	Vantagens	Desvantagens
Carvão ativado	Carboflex Actisorb	O carvão remove e retém moléculas do exsudato e bactérias. A prata tem efeito bactericida Estimula a granulação	Feridas fétidas, infectadas ou com grande quantidade de exsudato.	Mediante a saturação do curativo, em média 48 ou 72 horas.	Dermatite de contato	Favorece o debridamento autolítico e controla o odor, Não adere ao leito da ferida.	Pode necessitar de curativo secundário ou fixação externa direta com fita adesiva.
Solução fisiológica		Mantém o leito da ferida úmido. Favorece o debridamento autolítico e a granulação.	Limpeza e tratamento da ferida. OBS: lavagem com SF aquecida a temperatura corpórea evita a vasoconstrição local.	O curativo deverá ser substituído em média a cada 4 h.	Nenhuma	Custo baixo	Requer cobertura Múltiplas trocas secundária
Filmes transparentes	Bioclusive Hydrofilm Opsite, Tegaderm	Promovem a manutenção do meio úmido e apresentam permeabilidade seletiva	Cobertura de incisões cirúrgicas, Prevenção de úlceras de pressão Fixação de cateteres vasculares.	Em média sete dias.	Feridas abertas, exsudativas profundas e infectadas.	Adapta-se aos contornos do corpo, favorece a monitorização direta da ferida ou do acesso vascular.	
Óleo Mineral		Mantém umidade da ferida; Estimula granulação.	Lesões abertas não infectadas; Profilaxia de úlceras de decúbito	Mediante a saturação do curativo, em média 12/24h	Nenhuma	Fácil aplicação .Baixo custo	Múltiplas trocas. Requer cobertura secundária
Bota de Unna	UnnaFlex Flexi-Dress	Protege e imobiliza o membro. Favorece a granulação	Úlceras extensas, abertas, não infectadas	É indicada por 7 dias.	Infecção e/ou colonização	Baixo custo. Tempo prolongado de duração. Facilita retorno venoso.	Não permite visualização da ferida. Manutenção em serviço de saúde
Açúcar		Bactericida pelo efeito osmótico na membrana da parede celular bacteriana. Acelera a formação do tecido de granulação.	Em feridas limpas e infectadas com exsudação de intensa a moderada.	A cada 2 horas, pois se dissolve rapidamente no leito da ferida.	Indução de dor acentuada	Fácil disponibilidade Baixo custo	Múltiplas trocas. Requer cobertura secundária

Quadro I – Tipos de curativos (continuação)

Curativo	Nomes comerciais	Ação	Indicações	Frequência de trocas	Contra-indicações	Vantagens	Desvantagens
Pomadas enzimáticas	Irujol, Kollagenase e Fibrase	- Colagenase: atua seletiva- mente degradando o colágeno nativo provocando a necrólise. - Fibrinolisisina: dissolve o exsu- dato e os tecidos necróticos.	Em feridas limpas e infectadas	Mediante a saturação do curativo, em média 12 ou 24 horas	Hipersensi- bilidade	Fácil disponibi- lidade Baixo custo.	Pouco efetiva em grandes áreas necróticas.
Hidrofibra com prata	Urgo Clean Ag	Auxiliar o debridamento osmótico autolítico; indução de hemostasia, capacidade de absorção de com preservação de tecido vitalizado. Atividade antimicrobiana através da liberação controlada da prata.	Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas.	A placa pode permanecer na ferida por até 7 dias. Para queimaduras de 2º grau, até 14 dias.	Necrose seca ou tecido inviável. Hipersensi- bilidade a prata	Tempo prolongado de duração	Alto custo. Requer cobertura secundária.
Curativo hidroalginato de cálcio com prata	Aquacel Ag extra	Absorve e retém o exsudato, controla a atividade microbiana através da liberação sustentada da prata, promove hemostasia. Em contato com o exsudato, gelifica e reduz dor e traumas durante as trocas.	Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas.	A placa pode permanecer na ferida por até 7 dias. Para queimaduras de 2º grau até 14 dias,	Necrose seca ou tecido inviável; Hipersensibili- da de a prata ou alginato	Tempo prolongado de duração	Alto custo. Requer cobertura secundária
Barbatimão	Fitoscar	Formação de uma película protetora na região da lesão .Diminui o processo inflamatório e o inchaço do ferimento, estimula a formação da pele; exerce ação antisséptica e antimicrobiana.	Ferimentos abertos sem sinais de infecção	Troca 1 a 3 vezes por dia	Necrose seca ou tecido inviável. Hipersensi- bilidade aos componen- tes da formula.	Fácil disponibilidade Possibilidade de manipulação. Fácil aplicação	Múltiplas trocas

Quadro I – Tipos de curativos (continuação)

Curativo	Nomes comerciais	Ação	Indicações	Frequência de trocas	Contra-indicações	Vantagens	Desvantagens
Polihexametileno biguanida (PHMB)	Polihexam Pielsana	Descontaminante, mantém umidade, promove limpeza e debridamento da lesão, ação antimicrobiana contra bactérias, fungos e leveduras	Limpeza, debridamento, descontaminação, prevenção e tratamento da camada de biofilme, umidificação de lesões	Conforme saturação ou em até 3 dias	Não utilizar em cartilagem hialina.	Fácil aplicação	
Papaína 10%		Dissociação das moléculas de proteína (debridamento químico). Anti-inflamatório, bactericida e bacteriostático. Estimula a força tensil e acelera o processo cicatricial	Feridas com presença de tecido inviável, mas que tenha tecido viável > 50%.	Troca de 1 a 3 vezes por dia	-	Fácil aplicação. Fácil disponibilidade Possibilidade de manipulação Baixo Custo	Múltiplas trocas. Dor local
Calêndula		Atividade cicatrizante e reepitelizante pelos triterpenos, mucilagem, carotenos e flavonóides. Leva a melhor regeneração do tecido tissular.	Ferimentos abertos, infectados ou não	Troca 1 a 3 vezes por dia	Hipersensibilidade aos componentes. Não usar com antibiótico tópico concomitantemente.	Fácil disponibilidade Possibilidade de manipulação Baixo custo Fácil aplicação	Múltiplas trocas
Ácido graxo essencial (AGE)		Preserva tecido vitalizado e mantém o meio úmido para nutrição celular local. Acelera granulação tecidual. Evita a aderência. Protege de borda da lesão	Feridas não infectadas, em fases de granulação e epitelização (com ou sem exsudato) Proteção da pele peri-lesão Prevenção de úlcera por Pressão	Conforme saturação; ou em até 24 horas	Tecidos desvitalizados hipergranulação, lesões infectadas, feridas oncológicas,	Fácil disponibilidade Baixo custo Fácil aplicação	Múltiplas trocas

(conclusão)

Fonte: Adaptado de FRADE, MAC, 2003 e do *Manual de Curativos*, 2021.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Demonstrar os processos envolvidos na implementação do Ambulatório Multidisciplinar de Feridas Crônicas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, bem como divulgar indicativos assistenciais do seu primeiro ano de funcionamento.

2.2 Objetivos específicos

- Definir aspectos técnico-administrativos para criação do ambulatório;
- Caracterizar a população atendida (dados demográficos, comorbidades, origem);
- Otimizar fluxo de atendimento e protocolos,
- Expor o benefício promovido dentro da unidade de saúde e da saúde municipal.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenhado com dois braços metodológicos: uma parte descritiva/observacional e outra parte analítica/retrospectiva.

O estudo com característica observacional visa a descrever a estruturação de um ambulatório multidisciplinar com ações no campo do diagnóstico e terapêutico de pacientes com múltiplas comorbidades. Dessa forma, pretende-se expor os diferentes aspectos envolvidos, como: instituições envolvidas dentro da secretaria de saúde (com registros), natureza do regimento para definição de infraestrutura e recursos humanos, estruturas de financiamento, insumo específicos, parcerias, dentre outros.

O estudo também possui um componente analítico, com o intuito de avaliar com indicadores assistenciais as ações do ambulatório em questão. Os casos novos avaliados no primeiro ano desse ambulatório (entre junho de 2020 e maio de 2021) foram a população de pacientes estudada. Dessa forma, foram analisados dados como: sexo, faixa etária, distrito/zona de moradia do paciente (com base nos distritos de saúde de Ribeirão Preto), doenças de base, quantidade de atendimentos (primeira consulta e retornos), glicemia, pressão arterial, frequência cardíaca, último resultado de hemoglobina glicosilada (HBA1C), quantidade de retornos, procedimentos realizados, exames realizados, desfecho final do paciente, tratamento ou prevenção de eventos agudizantes, contrarreferência.

Os valores para sinais vitais considerados alterados foram:

- Para valores de glicemia:
 - Dextro ≥ 250 mg/dl
 - Dos diabéticos: última HBA1C (tolerável até 7,5mg/dl)
- FC ≥ 100 bpm
- Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmhg
- Pressão arterial diastólica ≥ 90 mmhg

Este estudo foi realizado nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde – SMS – da PMRP e seus setores (Melhor em Casa/SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar) com o auxílio da gerente da Unidade e da coordenadoria do complexo regulador da SMS/PMRP. Ainda, houve fornecimento de dados com o auxílio da divisão de informática da secretaria de saúde em questão.

A análise descritiva e comparativa dos dados foi realizada por meio do

software SPSS 20.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, EUA). O nível de significância foi de 5% para os testes de correlação de Pearson e qui-quadrado.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da PMRP em 20/09/2021 (Anexo B); pelo Comitê de Ética e Pesquisa da USP em 22/11/2021 (Anexo C) e aprovado no Exame de Qualificação do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da FMRP/USP em 23/02/2022.

Tendo em vista o desenho metodológico do estudo, a parte de resultados e a discussão foram divididas da seguinte forma, didaticamente, para melhor compreensão:

1. Componente descritivo (processos da implementação ambulatorial)
2. Componente analítico (dados assistenciais)

4 RESULTADOS

4.1 Resultados – Componente descritivo

- A. Parte técnico-administrativa
- B. Parte de estruturação
- C. Parte de ensino
- D. Atendimentos prestados e detalhes diversos

A. Parte técnico-administrativa

A ideia da criação de um Ambulatório de Feridas Crônicas na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto surgiu, em 2019, das demandas assistenciais percebidas por Patrícia Soares Pereira Lima (na época, médica coordenadora do Complexo Regulador – Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto) e da necessidade de otimização dos recursos materiais na rede (coberturas de alto custo) percebida por Miriã Avelino Prado, enfermeira coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. O objetivo do ambulatório, além de atender à grande demanda reprimida apontada pela regulação eletiva, também evidenciava a necessidade de educação permanente da equipe da rede na Atenção Primária por meio do matriciamento pelas equipes após o paciente ser avaliado no ambulatório, para o uso adequado dos materiais e seguimento adequado dos pacientes. Desde o início do projeto, houve a intenção de não contratualização de serviços externos, de forma a priorizar os recursos físicos e humanos já disponíveis na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Ainda no segundo semestre de 2019, após idealização, houve busca por espaço físico adequado em unidade de saúde, organização de materiais e insumos para assistência, recrutamento profissional, pré-seleção de pacientes e organização de horários de atendimento. Dessa forma, no mês de novembro de 2019, foi elaborado, pela coordenação do SAD, um documento para formalizar esse projeto na Secretaria Municipal de Saúde. Nesse arquivo, houve presença de dados assistenciais prévios, revisão de literatura, descrição de objetivos, operacionalização, recursos necessários, proposta de fluxograma de atendimento, critérios de admissão e de desligamento. Esse documento foi posteriormente reformulado para compor o protocolo de encaminhamento do ambulatório de feridas (Anexo D).

Fatores que impulsionaram/aceleraram a criação do ambulatório

- Diminuição temporária (devido à legislação da pandemia de covid-19) da oferta de consultas eletivas em diversos ambulatórios municipais e estaduais e manutenção da necessidade de atendimento de pacientes;
- Disponibilidade de parte de servidores municipais lotados no SAD com qualificação/especialização para assistência adequada (e não necessidade de realização de novos concursos/processos seletivos);
- Local físico disponível, em unidade de saúde, compatível com realização de procedimentos invasivos, bem como sala de urgência preparada para intercorrências clínicas,
- Otimização e priorização dos recursos materiais (coberturas interativas), uma vez que, por conta da pandemia de covid-19, esses recursos estavam escassos para a rede toda.

O ambulatório em questão foi vinculado ao SAD/Melhor em Casa pelos seguintes motivos:

- Ser o setor da PMRP responsável pela compra de coberturas especiais e distribuição delas na rede e pela educação permanente em rede;
- Acesso a materiais específicos;
- Coordenação da unidade com experiência e vivência diária no tratamento de pacientes com tal perfil;
- Presença de diversos profissionais lotados com qualificação adequada;
- A coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, historicamente, há anos acumular a coordenação da Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Lesões da PMRP – CAAPL;
- Coordenação e equipe envolvida no protocolo conforme Manual de Assistência Integral às pessoas com feridas da Secretaria Municipal da Saúde – SMS,
- Fluxo de atendimento não prejudicado devido à legislação vigente na pandemia de covid-19.

Primeiros pacientes

Os primeiros pacientes a serem avaliados foram:

- Pacientes com feridas pré-triados pelo complexo regulador (fichas de encaminhamento);

- Pacientes que necessitavam de avaliação judicial por solicitações de tratamentos com Oxigenoterapia Hiperbárica – OHB,
- Pacientes seguidos em salas de curativos de Unidades Básicas de Saúde – UBS –, que mantinham contato com profissionais de saúde do ambulatório.

Divulgação do serviço

Tendo em vista a necessidade de divulgação do novo serviço para os profissionais da rede municipal de saúde, assim como a organização do fluxo de atendimento, foram criados, pela equipe, protocolos de encaminhamento para a especialidade de cirurgia vascular (com orientações no caso de úlceras venosas e pé diabético – Anexo E) e um protocolo específico para o Ambulatório de Feridas Crônicas (Anexo D).

Durante o período pandêmico, de forma online, através da plataforma Google Meets, foi realizada aula para divulgação da criação do ambulatório e explanação de dúvidas dos profissionais de diversas unidades da rede municipal de saúde. Houve divulgação na página de entrada do Sistema HYGIA (sistema de prontuário da SMS/PMRP).

Os protocolos de encaminhamento se encontram disponíveis em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude245202205.pdf> (Ambulatório de Feridas) e em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude244202205.pdf> (Cirurgia vascular).

B. Processo de estruturação do ambulatório

Nas unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto, bem como em unidades de emergência, existem salas de curativos para tratamento de feridas diversas (agudas ou crônicas).

De forma geral, o Ambulatório de Feridas Crônicas veio ampliar a assistência à saúde dos pacientes no âmbito secundário, tendo em vista que já existiam, na cidade, serviços terciários de cirurgia vascular, dermatologia e cirurgia plástica referências para casos não resolutivos em unidades básicas de saúde.

A criação desse serviço secundário contribuiu para realizar uma melhor triagem dos casos (e redistribuição nos diferentes níveis de atenção à saúde) e como tentativa de tratamento de várias condições clínicas em nível extra-hospitalar.

O início das atividades do ambulatório, o qual mantinha-se funcionando de forma regular até o dia do depósito desta dissertação, foi no dia 03/06/2020.

Processos integrados no ordenamento de recursos humanos, infraestrutura, materiais para tratamentos específicos são descritos a seguir.

RECURSOS HUMANOS

De acordo com a intenção de não terceirização do serviço, houve uma seleção de profissionais concursados disponíveis e dispostos ao envolvimento na prática ambulatorial requerida:

- Médico cirurgião vascular – 20 horas semanais
- Enfermeira estomaterapeuta – 20 horas semanais
- Auxiliar de enfermagem – 30 horas semanais
- Médica nutróloga – 5 horas semanais

A escolha do médico se baseou na disponibilidade e experiência no tratamento de curativos de membros inferiores, além da formação adequada na área de ecografia vascular com doppler para atuação tanto na área diagnóstica quanto na área terapêutica (intervenções ecoguiadas).

A equipe de enfermagem foi escolhida por meio de processos seletivos internos, bem como pela disponibilidade de profissional com especialização na área.

Houve também disponibilidade de médica nutróloga para aperfeiçoamento no tratamento de comorbidades frequentes na população atendida.

Além dos profissionais do ambulatório, houve constante auxílio da coordenação do SAD – SMS/PMRP, intitulado como Melhor em Casa pelo Ministério da Saúde – MS –, e da coordenação do complexo regulador para construção de agenda e adaptação de horários de atendimento/acolhimento.

INFRAESTRUTURA

O SAD/Melhor em Casa e o ambulatório localizam-se nas dependências do Núcleo de Gestão Assistencial – NGA-59 (Ambulatório Regional de Especialidades), na Rua Minas, 895 (Ribeirão Preto-SP). Tal unidade foi escolhida devido à localização privilegiada – região central do município –, à infraestrutura adequada e por possuir profissionais que já desenvolviam atividades laborais na localidade. O ambulatório funciona em ambiente principal (sala de curativos), sendo utilizados como ambientes secundários a sala de procedimentos e a sala de emergência. Parceria adequada e saudável entre os gestores do SAD e do NGA-59.

Foram disponibilizadas pela gerência das unidades:

- **Sala de curativos**, com poltrona articulada elétrica/micro-ondas/pia/caixa Descarpack/aparelho de ultrassonografia)

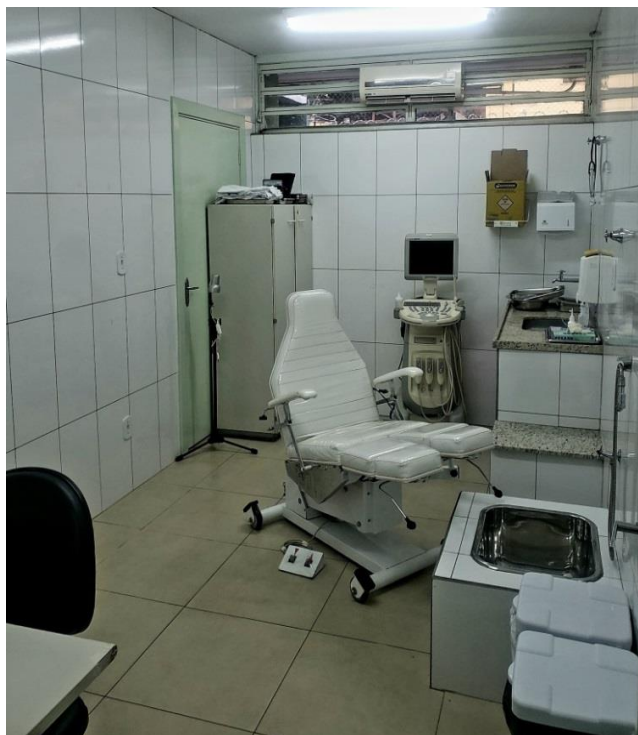


Foto – Sala de curativos no NGA-59. Fonte: o autor.

MATERIAIS PARA TRATAMENTOS

De forma atemporal, o setor de farmácia da PMRP tem produzido as seguintes coberturas:

- Papaína 2%, papaína 6%, papaína 10%
- Calêndula
- Barbatimão
- Sulfadiazina de prata
- Pasta de Unna
- Creme de ureia
- Ácido graxo essencial – AGE

Anteriormente ao ano de 2020, havia uma grande quantidade de coberturas contratualizadas pela PMRP para fornecimento às unidades de saúde (Quadro II).

Conforme evolução da prática em saúde, há uma necessidade de adaptações das tecnologias para melhor assistência aos pacientes. Além disso, para potencializar os recursos financeiros e para haver melhor assimilação de conhecimento pelos profissionais de saúde, houve a necessidade de reduzir variedades de coberturas disponibilizadas para a rede pública municipal (Quadros II e III).

Quadro II – Descritivo de coberturas interativas para curativos (anterior a 2020)

- Placa de alginato de cálcio e sódio
- Placa de alginato de cálcio com prata recortável
- Placa de hidrofibra com prata recortável
- Placa de hidrogel com alginato de cálcio
- Hidrogel sem alginato
- Agente limpador de feridas em frasco
- Hidrocoloide em placa
- Hidrocoloide em pasta
- Filme transparente adesivo em rolo
- Bandagem pronta para bota de Unna
- Creme barreira em tubo
- Película protetora de pele em frasco
- Espuma de poliuretano em placa
- Espuma de poliuretano com prata em placa
- Espuma de poliuretano com ibuprofeno em placa
- Espuma de poliuretano e silicone em placa (5 variações)
- Espuma com hidrofibra e prata
- Espuma de poliuretano com prata para cavidade

Fonte: Elaboração própria.

Quadro III – Descritivo de coberturas interativas para curativos (a partir de 2020)

- Placa de poliacrilato hidrodebridante e poliabsorvente com prata
- Hidrogel com alginato
- Placa de alginato de cálcio com prata recortável
- Placa de hidrofibra com prata recortável
- Agente limpador de feridas em frasco
- Hidrocoloide em placa
- Filme transparente adesivo em rolo
- Bandagem pronta para bota de Unna
- Creme barreira em tubo
- Película protetora de pele em frasco
- Espuma de poliuretano com prata em placa
- Espuma de poliuretano com ibuprofeno em placa
- Espuma de poliuretano e silicone em placa (4 variações)
- Espuma de poliuretano com prata para cavidade

Fonte: Elaboração própria.

Descartáveis: gazes, ataduras, solução fisiológica, fita microporosa, fita-crepe, esparadrapos, seringas, agulhas, compressas estéreis, lâminas de bisturi, dentre outros (insumos de materiais do subalmoxarifado de uso não específico do ambulatório).

Com a intenção de desenvolver melhoria na assistência profissional compatível com o nível de complexidade do ambulatório, foi iniciado o tratamento de úlceras venosas com a técnica de escleroterapia com espuma.

Para isso, houve a incorporação de materiais previamente não disponíveis:

- Polidocanol 1% (ampola 2 ml);
 - Polidocanol 3% (ampola 2 ml);
 - Atadura elástica (10 cm x 3 m);
 - Heparina 5000ui /0,25 ml (apresentação subcutânea) – (quimioprofilaxia para eventos tromboembólicos)
- **Sala de procedimentos** (para realização de biópsias, escleroterapia com espuma e cauterizações)
 - Material estéril não descartável/kits de curativo/kit de sutura/kit de pequenas cirurgias
 - Cautério/foco
 - Contratualização com instituições externas para realizar esterilização de materiais cirúrgicos; análises anatomopatológicas.

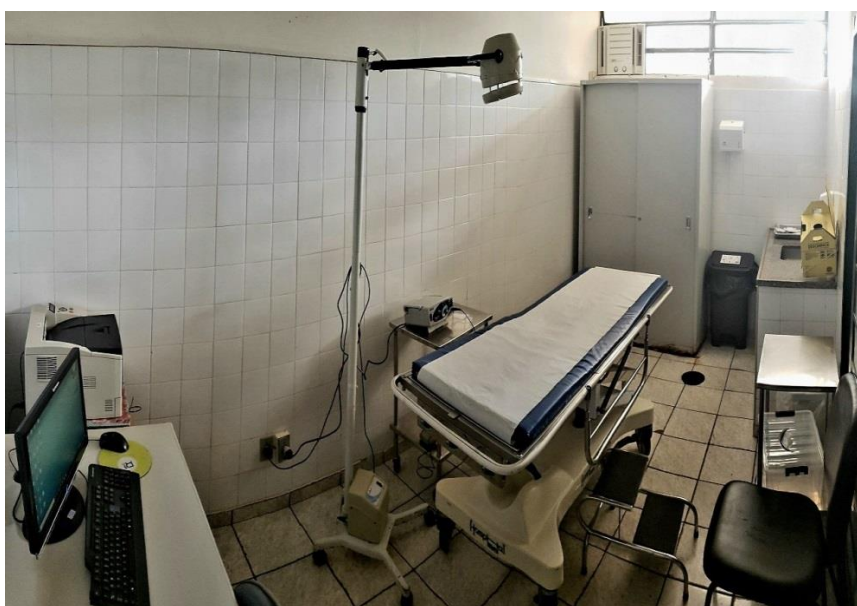


Foto – Sala de procedimentos. Fonte: o autor.



Fotos – Materiais da Sala de procedimentos. Fonte: o autor.

- **Sala de emergência**

- Infraestrutura e recursos

Equipamentos diversos: esfigmomanômetros (adulto, obeso, pediátrico); estetoscópio; glicosímetro; fita; lanceta; cateter de oxigênio; umidificador; extensão; monitor cardíaco; gel; eletrodos; comadre; papagaio; lençol; travesseiro; aspirador; frasco de aspiração, desfibrilador.



Fotos – Sala de emergência, equipamentos e materiais. Fonte: o autor.

Soluções: SF 0,9% 100 ml; SF 0,9% 250 ml; SF 0,9% 500 ml; SF 0,9% 1000 ml; SG 5% 500 ml; Ringer Lactato 500 ml; manitol 250 ml, bicarbonato de sódio 250 ml.

Medicamentos refrigerados: insulina regular; insulina NPH; calêndula pomada; hidróxido de alumínio; sulfadiazina de prata, papaína 2%-10%.

Medicamentos do carrinho de emergência: AAS 100 mg; adenosina; adrenalina; amiodarona; atropina; bicarbonato de sódio; carvão ativado; clopidogrel 75 mg; cloreto de potássio 19,1%; deslanosídeo; dopamina; enoxaparina 40 ui; furosemida; glicose 50%; gluconato de cálcio 10%; heparina sódica 5000 ui; hidralazina; hidrocortisona 500 mg; isordil 5 mg; metilergometrina; metoprolol; noradrenalina; SF 0,9% 10 ml; sulfato de magnésio 10 ml, terbutalina.

Medicamentos do armário: AAS 100 mg; água destilada 10 ml; amiodarona; anlodipino; atenolol; atensina; bromoprida; escopolamina + dipirona; escopolamina; captopril; ceftriaxona 1g; cetoprofeno; clisterol 12%; clopidogrel; complexo B; dexametasona; dexametasona pomada; diclofenaco; digoxina 0,25 mg; dimenidrato; dipirona em gotas; dipirona em comprimido; dipirona injetável; enalapril; espironolactona; furosemida; furosemida ampola; glicose 25%; glicose 50 %; hidrocortisona 100 mg; hidrocortisona 500 mg; hidroclorotiazida 25 mg; ipratrópio; isordil 5 mg; lidocaína gel; loratadina; losartana; metoclopramida 10 mg; metoclopramida; neomicina; omeprazol injetável; paracetamol em gotas; paracetamol em comprimido; prednisolona 5 mg; prednisona 20 mg; prometazina 25 mg; propranolol; salbutamol spray; SF 0,9% 10 ml; tiamina, vitamina K.

Medicações da caixa de psicotrópicos: clorpromazina; diazepam; diazepam 05 mg; diazepam 10 mg; etomidato; fenitoína; fenobarbital; flumazenil; haloperidol; midazolam 10 ml; midazolam 03 ml; morfina; suxametônio, tramadol.

Material de intubação: cânula orotraqueal nº 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5; 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5; 9; cadarço; seringa 20 ml bico; fio guia adulto; fio guia infantil; cânula de Guedel 1;2;3;4, máscara O2 infantil; máscara O2 adulto; kit laringoscópio adulto; kit laringoscópio infantil; Ambu adulto; Ambu infantil; pás de desfibrilação; extensão de oxigênio; pilha reserva C; pilha reserva AA, eletrodos.

Kit de oxigenoterapia e aspiração de vias aéreas: extensão de oxigênio; cateter nasal de oxigênio do tipo óculos adulto; cateter nasal de oxigênio do tipo óculos infantil; máscara de reservatório adulto; máscara de reservatório infantil; espaçador; frasco de aspiração; gaze; luva estéril, sonda de aspiração nº 8-14.

Kit material de curativo: gaze estéril; Zobec; faixa 10 cm; faixa 15 cm; esparadrapo; micropore; kit pequena cirurgia; lâmina bisturi nº 11; fio de nylon 3.0; clorexidina aquosa; anestésico sem vasoconstritor; seringa 5 ml; agulha 13 x 4,5; agulha 30 x 8, luva estéril nº 7,5.

Material de punção venosa: SF 0,9 % 250 ml; equipo macrogotas; equipo microgotas; torneirinha; abocath 14-24; escalpe 21-23; garrote; esparadrapo; micropore; seringa 3-5-10-20 ml; agulha 30 x 7, agulha 40 x 12.

Kit sondagem vesical; kit parto, kit sondagem gástrica.

C. Parte de ensino

De forma integrada na assistência ou com conteúdo teórico, os profissionais do ambulatório estiveram envolvidos em atividades educacionais diversas.

Conteúdo teórico

- Realização de aulas sobre úlcera venosa e pé diabético (online), disponíveis para toda a rede assistencial da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto;
- Criação de Protocolo de Encaminhamento do Ambulatório de Feridas Crônicas,
- Participação na atualização do *Manual de Assistência Integral às pessoas com feridas da Secretaria Municipal da Saúde – SMS*.

Ensino com aulas teóricas e práticas

- Treinamento de curativos com equipes multiprofissionais, com predominância dos alunos de enfermagem e medicina
- Treinamento teórico-prático para educação continuada de equipe multiprofissional (com o auxílio de empresas parceiras fornecedoras de coberturas diversas, já selecionadas pelo setor administrativo por processo de licitação)
- Aula prática, sendo cenário de aprendizagem para alunos de Enfermagem (USP- RP, Faculdade Estácio de Sá), residentes da especialidade Medicina de Família (USP-RP) e alunos do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da SMS – PMRP.



Fotos: Treinamento e aula de equipe multiprofissional. Fonte: o autor.

D. Atendimentos prestados e detalhes diversos

De forma sintética, os tipos de atendimento prestados são listados abaixo. Cabe salientar que, em grande parte dos atendimentos, é realizada uma combinação de vários dos itens a seguir.

Atendimentos

- Consultas de forma integral ao paciente (avaliação de exames prévios e prontuário do paciente)
- Curativos tópicos
- Curativos compressivos (bota de Unna)
- Debridamentos locais (com/sem anestesia local)
- Ultrassonografia vascular com doppler
- Biópsias e cauterizações de lesões
- Escleroterapia venosa com espuma densa

Para estabelecer um melhor procedimento sob o tocante jurídico, vale salientar que, para seguimento ambulatorial, bem como para a realização de procedimentos invasivos, foi desenvolvido (pelo médico responsável pelo

ambulatório e pela coordenadora do setor Melhor em Casa), de forma específica para cada procedimento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos F e G).

4.2 Resultados – Componente analítico (dados assistenciais)

Dados fornecidos pelo sistema hygiaweb apresentaram o número total de 177 casos novos durante o primeiro ano de atendimento, sendo excluídos 12 casos repetidos e 28 casos encaminhados erroneamente (feridas já cicatrizadas ou casos agudos). Dessa forma, os pacientes selecionados para análise foram 137.

Para realizar a análise estatística, optou-se pela coleta de dados com categorização das variáveis contínuas.

De forma geral, a análise descritiva geral dos dados demográficos coletados evidenciou, entre os pacientes acometidos, um equilíbrio na proporção entre sexo masculino e feminino (com leve tendência ao sexo masculino), havendo uma predominância na distribuição a partir dos 50 anos (sendo que pacientes abaixo de 20 anos não foram avaliados nesse ambulatório) e mais pacientes acometidos nas zonas Oeste e Norte de Ribeirão Preto (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição demográfica da população do estudo

Variáveis	Frequência n (%)
Idade	
20-30 anos	3 (2,2)
30-40 anos	5 (3,6)
40-50 anos	15 (10,9)
50-60 anos	28 (20,4)
60-70 anos	39 (28,5)
70-80 anos	31 (22,6)
>80 anos	16 (11,7)
Sexo	
Feminino	67 (48,9)
Masculino	70 (51,1)
Zonas de Ribeirão Preto	
Central	18 (13,1)
Norte	38 (27,7)
Sul	16 (11,7)
Leste	24 (17,5)
Oeste	41 (29,9)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 – Condições clínicas dos pacientes

Variáveis	Frequência n (%)
Diagnóstico da ferida	
Úlcera venosa	82 (59,9)
Pé diabético + Pós-operatório/Mal perfurante plantar	33 (24,1)
Úlcera arterial	3 (2,2)
Úlcera mista (venosa + arterial)	6 (4,4)
Úlcera oncológica (pura ou associada a IVC)	5 (3,6)
Úlcera de decúbito	2 (1,5)
Outras (Martorell/Reumatológica/Pioderma/Pós-traumática/Pós-operatória/Ortopédica)	6 (4,4)
Sinais vitais em primeira consulta	
Sem alteração	42 (30,7)
Com alteração	95 (69,3)
Comorbidades	
Apenas a doença relacionada com ferida	12 (8,8)
DM	5 (3,6)
HAS	11 (8,0)
HAS + DM	13 (9,5)
HAS + DM + DLP	8 (5,8)
HAS + DM + Obesidade	6 (4,4)
Hipotireoidismo	5 (3,6)
1 comorbidade	14 (10,2)
2 comorbidades	29 (21,2)
3 comorbidades	17 (12,4)
4 comorbidades	11 (8,0)
5 ou mais comorbidades	6 (4,4)
Retornos	
1 consulta – sem retorno	29 (21,2)
2 -5 consultas	64 (46,7)
6-10 consultas	27 (19,7)
11-15 consultas	7 (5,1)
16-20 consultas	7 (5,1)
> 20 consultas	3 (2,2)

Fonte: Elaboração própria.

Como achado na análise dos dados, é notório que os pacientes possuem comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica a principal delas. Outro

achado importante foi que, além da doença de base relacionada com a ferida, aproximadamente 66% (quase 2/3) dos pacientes possuem mais duas doenças crônicas não transmissíveis (a exemplo diabetes, hipotireoidismo, dislipidemia, obesidade, dentre outras).

Aproximadamente 21% dos pacientes receberam alta/contrarreferência na primeira consulta, por não precisarem de seguimento especializado ou não estarem dispostos a seguir com tratamento proposto. Uma parcela substancial foi seguida pela equipe multidisciplinar por até 10 consultas.

Cerca de metade dos pacientes da pesquisa apresentava descontrole de níveis pressóricos e aproximadamente 1/5 da amostra total apresentava descontrole de níveis glicêmicos. Quando avaliada a concomitância de DM e HAS com sinais de descontrole, 18 pacientes da amostra (13%) estavam com sinais alterados (Tabela 3).

Tabela 3 – Pacientes com sinais vitais alterados

	Quantidade	Relação com alterados (95)	Relação com total (137)	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Dextro (mg/dl)	7	*38,6%	*21,1%	438,85 (189,42)	279	794
HBA1C	30			9,713 (1,952)	7,5	15
FC (bmp)	33	34,7%	24,0%	109,27 (6,89)	102	122
PAS (MMGH)	68	71,5%	49,6%	161,57 (15,41)	140	200
PAd (MMGH)				97,46 (13,59)	60	120

Fonte: Elaboração própria.

OBS.:

- *Paciente com Dextro alterado sem HBA1C controle: 29 pacientes com indícios de DM mal controlado – considerados para dados n=29.
- 68 pacientes com alteração em pressão arterial, sendo que 18 apresentavam, concomitantemente, alteração em PA e valores glicêmicos alterados (13% do total).

- Alterações em frequência cardíaca: 33

Pacientes também em unidade com quadro de SIRS/sepsse.

Tabela 4 – Procedimentos e exames

Exame	
Exame Físico	43 (31,4)
Exame Físico +US DOPPLER	94 (68,6)
Procedimentos	
Curativo	59 (43,1)
Bota de Unna	36 (26,3)
Debridamento + Curativo	16 (11,7)
Debridamento + Curativo Compressivo	5 (3,6)
Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo	13 (9,5)
Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo + Debridamento	2 (1,5)
Debridamento + Biópsia + Curativo	6 (4,4)

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os recursos diagnósticos disponíveis, além do exame físico (que inclui palpação de pulsos e teste de sensibilidade), quase 70% dos pacientes foram submetidos a exame de ultrassonografia doppler (venosa e/ou arterial) para diagnóstico diferencial e planejamento terapêutico.

Acerca dos procedimentos realizados, curativos (com as coberturas disponibilizadas pela SMS – PMRP) foram realizados, exclusivamente, em 31% dos pacientes e, quando combinados com outros procedimentos, em 59,1% dos pacientes. Curativos compressivos (com bota de Unna e/ou ataduras elásticas) foram feitos em 40,9% dos pacientes, se contabilizada a associação com outros procedimentos.

A grande maioria dos pacientes não apresentou sinais de infecção durante o seguimento. Menos de 10% dos pacientes receberam antimicrobianos de forma profilática e 24% dos pacientes necessitaram de tratamento para infecção ativa (Tabela 5).

Durante seguimento, quase metade dos pacientes não foi referenciada a nenhum outro serviço: alguns pacientes mantiveram seguimento, alguns evoluíram para óbito e outros abandonaram o tratamento.

Tabela 5 – Dados relacionados com o tratamento

Variáveis	Frequência n (%)
Tratamento/Prevenção/Agudização	
Sem necessidade	88 (64,2)
ATB profilático apenas (benzilpenicilina)	12 (8,8)
Tratamento eczema (corticoterapia + antialérgicos)	4 (2,9)
Tratamento eczema + atb	4 (2,9)
ATB: ciprofloxacino + clindamicina	7 (5,1)
ATB: ceftriaxona	3 (2,2)
ATB: amoxicilina + clavulanato	4 (2,9)
ATB: cefalexina	4(2,9)
Outros tratamentos	11 (8,0)
Desfecho/Alta	
Ferida não cicatrizada	10 (7,3)
Ferida cicatrizada/Alta	39 (28,5)
Transferência para outro serviço	19 (13,9)
Abandono de tratamento	30 (21,9)
Alta administrativa > Mudança de cidade	5 (3,6)
Má adesão + Ferida não cicatrizada	7 (5,1)
Outras (Recidiva em outro local / Seguimento outro AMB)	5 (3,6)
Óbito por outra comorbidade	22 (16,1)
Contrarreferência/Urgência	
Não referenciado: abandono de tratamento/óbito/mantido seguimento	67 (48,9)
Seguimento clínico geral	34(24,8)
Encaminhamento Urgência	22 (16,1)
Encaminhamento Oncologia	2 (1,5)
Encaminhamento Ortopedia	3 (2,2)
Encaminhamento Dermatologia	4 (2,9)
Encaminhamento Outros	4 (2,9)
Encaminhamento Plástica	1 (0,7)

Fonte: Elaboração própria.

Os pacientes do estudo apresentaram uma taxa de 28,5% de cicatrização *versus* 7,3% de não cicatrização. Sete dos pacientes foram classificados como pouco aderentes ao tratamento proposto e tiveram manutenção de feridas no percentual de 5,1%.

Tabela 6 – Associação entre exames realizados e variáveis independentes

Variáveis	Exame			p-valor
	Físico	Físico + Doppler	Total	
	N	N	N	
Retornos				
1 consulta/Sem retorno	14	15	29	0,046
2-5 consultas	19	45	64	
6-10 consultas	8	19	27	
11-15 consultas	0	7	7	
16-20 consultas	2	5	7	
>20 consultas	0	3	3	
Contrarreferência – Urgência				
N/C: Abandono de tratamento/Óbito	15	30	45	0,015
Seguimento clínico geral	5	29	34	
ENC.: Urgência	11	11	22	
ENC.: Oncologia	1	1	2	
ENC.: Ortopedia	3	0	3	
ENC.: Dermatologia	1	3	4	
ENC.: Outros	1	3	4	
ENC.: Plástica	1	0	1	
Não encaminhado	5	17	22	
Procedimentos				
Curativo Simples	28	31	59	0,0001
Bota de Unna	1	35	36	
Debridamento + Curativo	11	5	16	
Debridamento + Curativo compressivo	1	4	5	
Escleroterapia com espuma + Curativo compressivo	0	13	13	
Escleroterapia com espuma + Curativo compressivo + Debridamento	0	2	2	
Debridamento + Biópsia + Curativo	2	4	6	
Diagnóstico Ferida				
Úlcera venosa	6	76	82	0,0001
Pé diabético/Pé diabético + Pós-operatório/ Mal perfurante plantar	28	5	33	
Úlcera arterial	0	3	3	
Úlcera mista (venosa + arterial)	1	5	6	
Úlcera oncológica (pura ou associada a IVC)	2	3	5	
Úlcera em decúbito	2	0	2	
Outras	4	2	6	

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 7 – Associação entre sinais vitais e variáveis independentes

Variáveis	Sinais vitais			p-valor
	Sem alteração	Com alteração	Total	
	N	N	N	
Idade				
20-30 anos	0	3	3	0,045
30-40 anos	2	3	5	
40-50 anos	2	13	15	
50-60 anos	9	19	28	
60-70 anos	9	30	39	
70-80 anos	10	21	31	
> 80 anos	10	6	16	
Comorbidade				
Somente DGN Ferida	5	7	12	0,034
DM	1	4	5	
HAS	6	5	11	
HAS + DM	2	11	13	
HAS + DM + DLP	0	8	8	
HAS + DM + Obesidade	1	5	6	
Hipotireoidismo	2	3	5	
1 Comorbidade	9	5	14	
2 comorbidades	7	22	29	
3 comorbidades	3	14	17	
4 comorbidades	4	7	11	
5 ou mais comorbidades	2	4	6	
Procedimentos				
Curativo Simples	19	40	59	0,048
BOTA UNNA	9	27	36	
Debridamento + Curativo	5	11	16	
Debridamento + Curativo Compressivo	0	5	5	
Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo	3	10	13	
Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo + Debridamento	2	0	2	
Debridamento + Biópsia + Curativo	4	2	6	

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 8 – Associação entre diagnóstico de ferida e variáveis independentes (continua)

Variáveis	Diagnóstico de Ferida								p-valor
	Úlcera Venosa	Pé Diabético / Pé Diabético + Pós-operatório / Mal Perfurante Plantar	Úlcera Arterial	Úlcera Mista (Venosa + Arterial)	Úlcera Oncológica (Pura ou associada a IVC)	Úlcera de Decúbito	Outras	Total	
	N	N	N	N	N	N	N		
Procedimentos									
Curativo Simples	23	21	3	4	1	2	5	59	0,0001
Bota de Unna	35	0	0	1	0	0	0	26	
Debridamento + Curativo	3	10	0	1	1	0	1	16	
Debridamento + Curativo compressivo	4	1	0	0	0	0	0	5	
Escleroterapia com espuma + Curativo compressivo	13	0	0	0	0	0	0	13	
Escleroterapia com espuma + Curativo compressivo + Debridamento	2	0	0	0	0	0	0	2	
Debridamento + Biópsia + Curativo	2	1	3	0	3	0	0	6	
Sexo									
Feminino	50	7	1	5	1	2	1	67	0,0001
Masculino	32	26	2	1	4	0	5	70	
Contrarreferência – Urgência									
N/C: Abandono de tratamento/Óbito	27	15	0	0	1	1	1	45	0,0001
Seguimento Clínico Geral	28	5	0	1	0	0	0	34	
ENC.: Urgência	5	9	2	3	2	0	1	22	
ENC.: Oncologia	1	0	0	0	1	0	0	2	
ENC.: Ortopedia	0	0	0	0	0	0	3	3	
ENC.: Dermatologia	3	0	0	0	1	0	0	4	
ENC.: Outros	2	1	1	0	0	0	0	4	
ENC.: Plástica	0	0	0	1	0	0	0	1	
Não encaminhado	16	3	0	1	0	1	1	22	

Desfecho Alta									
Ferida não cicatrizada	10	0	0	0	0	0	0	10	0,0001
Ferida cicatrizada / Alta melhorado	29	6	0	3	0	0	1	39	
Transferência para outro serviço	2	6	3	3	3	0	2	19	
Abandono de seguimento	20	9	0	0	0	1	0	30	
Alta administrativa > Mudança de cidade	3	2	0	0	0	0	0	5	
Má adesão + Ferida não cicatrizada	5	2	0	0	0	0	0	7	
Outras (Recidiva em outro local / Seguimento outro AMB)	2	0	0	0	0	0	3	5	
Óbito por outra comorbidade	11	8	0	0	2	1	2	27	

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9 – Associação entre procedimentos e variáveis independentes

Variáveis	Procedimento								p-valor
	Curativo Simples	BOTA UNNA	Debridamento + Curativo	Debridamento + Curativo Compressivo	Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo	Escleroterapia com Espuma + Curativo Compressivo + Debridamento	Debridamento + Biópsia + Curativo	Total	
	N	N	N	N	N	N	N		
Retornos									
1 consulta – Sem retorno	26	2	0	0	1	0	0	29	0,0001
2-5 consultas	29	15	10	1	6	0	3	64	
6-10 consultas	3	10	5	2	5	1	1	27	
11-15 consultas	1	4	0	1	1	0	0	7	
16-20 consultas	0	4	1	0	0	0	2	7	
> 20 consultas	0	1	0	1	0	1	0	3	
Desfecho Alta									
Ferida não cicatrizada	1	5	0	1	1	1	1	10	0,004
Ferida cicatrizada/Alta melhorado	14	13	3	1	8	0	0	39	
Transferência para outro serviço	12	1	4	1	0	0	1	19	
Abandono de seguimento	17	10	1	2	0	0	0	30	
Alta Administrativa	2	1	1	0	1	0	0	5	
Má adesão + Ferida não cicatrizada	1	3	2	0	0	1	0	7	
Outras	2	0	1	0	1	0	1	5	
Óbito por outra comorbidade	10	3	4	0	2	0	3	22	

(conclusão)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10 – Associação entre escleroterapia e variáveis independentes

Variáveis	Procedimentos			p-valor
	Escleroterapia	Demais Procedimentos	Total	
	N	N	N	
Sexo				
Feminino	12	55	67	0,013
Masculino	3	67	70	
Desfecho Alta				
Ferida não cicatrizada	2	8	10	0,026
Ferida cicatrizada / Alta melhorado	8	31	39	
Transferência para outro serviço	0	19	19	
Abandono de seguimento	0	30	30	
Alta administrativa / Paciente mudou	1	4	5	
Má adesão + Ferida não cicatrizada	1	6	7	
Outras (Recidiva em outro local/ seguimento concomitante/outro AMB)	1	4	5	
Óbito por outra comorbidade	2	20	22	
Contrarreferência – Urgência				
N/C: Abandono de tratamento/Óbito	2	43	45	0,020
Seguimento Clínico Geral	9	25	34	
ENC.: Urgência	0	22	22	
ENC.: Oncologia	0	2	2	
ENC.: Ortopedia	0	3	3	
ENC.: Dermatologia	0	4	4	
ENC.: Outros	0	4	4	
ENC.: Plástica	0	1	1	
Não encaminhado	4	18	22	
Diagnóstico Ferida				
Úlcera Venosa	15	67	82	0,011
Pé Diabético / Pé Diabético + Pós-operatório / Mal perfurante plantar	0	33	33	
Úlcera Arterial	0	3	3	
Úlcera Mista (Venosa + Arterial)	0	5	6	
Úlcera Oncológica (Pura ou Associada a IVC)	0	5	5	
Úlcera em Decúbito	0	2	2	
Outras (Martorell / Reumatológica / Pioderma/ Pós-traumática / Pós-operatória / Ortopédica	0	6	6	

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, na tentativa de comparar os grupos com menos desfechos, reduziu-se a população de pacientes com úlcera venosa para 44 – apenas os pacientes com desfecho de cicatrização ou não cicatrização. Os resultados, de fato, evidenciam que, além da adequada adesão terapêutica e dos outros recursos empenhados, a

opção terapêutica de escleroterapia com espuma traz benefício para os pacientes em questão (Tabela 11).

Tabela 11– Cicatrização e tratamentos dos pacientes com úlcera venosa

	Úlcera venosa submetida a tratamentos diversos	Úlcera venosa Submetida a tratamento escleroterápico	Total
Pacientes cicatrizados	21 (63,7%)	8 (72,8%)	29
Pacientes não cicatrizados	12 (36,3%)	3 (27,2%)	15
	33 (100%)	11(100%)	

Fonte: Elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

5.1 Discussão – Componente descritivo

Para a criação de um ambulatório de nível secundário, devemos entender o contexto sobre o funcionamento de unidades do SUS nesse processo.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica necessite da disponibilidade de profissionais especializados e da utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. Conceitualmente, difere-se da alta complexidade devido ao fato de, no contexto do SUS, envolver alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. Há portarias específicas (a exemplo da Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002), que definem procedimentos considerados de média/alta complexidade.

Essas áreas de atenção geram dificuldades para os gestores do SUS, pois foram sempre vistas de forma fragmentária: um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, não compatíveis na atenção primária em saúde, seja por aspecto financeiro ou por nível de tecnologia necessário.

Dessa forma, há uma dificuldade na alocação ordenada dos serviços e equipamentos de saúde (com desigualdades regionais), tendo em vista que esses procedimentos foram historicamente contratados/conveniados com os serviços de saúde, conforme a oferta dos prestadores (sejam privados, com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários) (CONASS, 2007).

Municípios que tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos (sem articulação regional) tiveram dificuldade para realizar procedimentos de maior complexidade devido ao mau dimensionamento dos serviços de saúde para as necessidades da população – serviços esses que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente (Mendes, 2001).

Sucintamente, essas são as razões que levaram à importante discussão dos gestores do SUS sobre a adoção de critérios para a organização dessas ações de maior complexidade, permitindo a aplicação do princípio de “regionalização” da assistência, sem o qual dificilmente o SUS poderá garantir a integralidade das ações de saúde para a população brasileira.

Dessa forma, em 2007, o CONASS publicou orientações aos gestores quanto aos aspectos gerais, bem como normas para a instituição e o acompanhamento de um serviço de média complexidade no Sistema Único de Saúde:

- A. Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade: a ser realizado com real conhecimento da situação de saúde e da oferta de serviços de saúde já existentes. Propostas de intervenção envolvendo reorientação da estrutura do sistema, modificação, ampliação ou criação de novos serviços devem ser realizadas com atenção na otimização de custos e eficiência na realização dos atendimentos.
- B. Diagnóstico da situação da rede assistencial de média e alta complexidade
- Inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região;
 - Insuficiência dos serviços de saúde existentes (incapacidade de atender a demanda);
 - Capacidade existente e adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio,
 - Oferta de serviços superior às necessidades.
- C. Fluxo geral de credenciamento/habilitação dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS: os serviços podem ser federais, estaduais ou municipais, da administração direta, indireta ou fundacional. A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação dá-se mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal).

Há, ainda, orientações acerca de financiamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS; avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS e dos Sistemas de informação do SUS (CONASS, 2007).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 6, 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes:

- Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

Conforme a última publicação do CONASS (2015) sobre o tema, em 2014, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 41,9 bilhões, valor 2,9 vezes maior que os recursos transferidos para atenção primária (R\$ 14,7 bilhões), mantendo-se, proporcionalmente, a mesma relação apresentada em 2011.

Tendo em vista que os serviços de saúde de média complexidade podem ser realizados por entes públicos ou particulares, a explicação para a configuração do serviço de saúde ser realizada em unidades de saúde da própria PMRP e com profissionais de saúde servidores públicos municipais pode ser realizada pela Teoria dos Custos de Transação e pelas estruturas de governança propostas por Williamson, a partir de 1979.

Esses estudos, que, de certa forma, englobam direito, economia e teoria das organizações, visam a responder à seguinte pergunta: “Por que uma empresa internaliza atividades que poderia obter a um custo inferior no mercado, supondo a existência de ganhos de eficiência provenientes da divisão do mercado?”.

Nesses estudos foram definidos os mecanismos de governanças de uma transação (arranjo entre unidades econômicas que governam as formas pelas quais essas unidades podem cooperar e/ou competir) com o intuito primordial de buscar uma escolha mais eficiente e minimizar os custos de produção e de transação envolvidos. Os mecanismos de governança seguem, basicamente, 3 (três) modelos:

- 1) Integração vertical/hierarquia (internalização de atividade sob estrutura hierárquica ou administração própria)
- 2) Mercado (buscar mercadorias/mão de obra externa da empresa)
- 3) Forma híbrida

As discussões acerca do tema econômico/administrativo são amplas e, no caso da implementação do ambulatório em questão, explicadas sem viés político ou administrativo.

Tendo em vista o cenário pré e pós-pandêmico, os serviços de saúde foram reorganizados na tentativa de se evitar a disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), vírus causador da covid-19, e o aumento do número de doentes (CONASS, 2020). Dessa forma, houve o direcionamento emergencial de recursos financeiros da saúde para o tratamento de pacientes com covid-19 em todo o Brasil e por isso optou-se, para o ambulatório em questão, a não utilização de recursos externos aos já disponíveis pela SMS da PMRP.

Assim, foram selecionados profissionais já servidores públicos da PMRP, além de unidade de saúde com reorganização de escalas e salas para uso de espaço de funcionamento, com uso de coberturas já contratualizadas pela secretaria de saúde e uso de equipamentos já existentes (ultrassom, micro-ondas, cadeira articulada, computador e outros itens de informática, armários).

Integrando os conceitos do autor Williamson, bem como o formato inicial das atividades ambulatoriais, houve, de fato, um mecanismo de governança do modelo de integração vertical/hierarquia.

Existem diversos manuais do Ministério da Saúde para tratamentos de feridas baseados na etiologia (a exemplo: *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas* – 2002; *Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado* – 2009; *Manual do pé diabético* – 2016). Porém, não há uma publicação específica referente às diretrizes e aos fluxos para o atendimento do paciente com ferida crônica no Brasil e, dessa forma, a literatura internacional acerca da importância da consolidação do tratamento ambulatorial é necessária para questões assistenciais (Andrade et al., 2022).

Tendo em vista a indisponibilidade de políticas, programas e diretrizes para tratamento, é comumente observado que secretarias municipais ou estaduais, através de comissões de curativo/feridas, geram seus próprios programas e o protocolo de prevenção e tratamento de feridas. De longa data já existe a Comissão de Curativos da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, assim como um setor da Secretaria de Saúde relacionado às doenças crônicas. Além da Comissão de

Curativos, houve a publicação, em 2013, de um manual próprio, que está em fase final de atualização.

Conforme os mesmos critérios orientados no manual do CONASS – necessidades na assistência em saúde de média complexidade; inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região e insuficiência dos serviços de saúde existentes –, foi criado o serviço ambulatorial municipal para prestação de assistência específica.

No início da pandemia, as autoridades de vários países (inclusive do Brasil) estabeleceram regras e normas para o funcionamento de serviços de saúde, que foram classificados como essenciais e não essenciais. As atividades relacionadas à atenção à saúde precisaram ser readequadas conforme o risco de transmissão da covid-19 (WHO, 2020).

As feridas crônicas são resultantes de múltiplos problemas causados por comorbidades que pioram o prognóstico de um paciente infectado por covid-19 (Oropallo et al., 2021). O tratamento adequado dessas feridas, pelo fato de diminuir a procura de atendimentos em serviços de emergência e prevenir internações hospitalares, foi classificado como essencial e não eletivo (Alliance of Wound Care Stakeholders, 2021).

Outra informação importante é que, durante o período da pandemia de covid-19, não foi incomum o contágio e o afastamento de profissionais de saúde. Isso ocorreu em serviços privados e públicos e, em alguns momentos, houve constante necessidade de ajuste de equipes, com retirada temporária de profissionais para garantir atendimento em diversos setores. Assim, durante algumas semanas, não foi possível contar com toda a equipe. Tal fato também ocorreu em outros serviços. (Andrade et al., 2022).

Após essa explanação do contexto do SUS e do contexto pandêmico, pode-se discorrer sobre a criação de um ambulatório de feridas. Dessa forma, devemos, primeiramente, diferenciar um ambulatório de feridas de uma sala de curativos.

A sala de curativos é um setor de unidade de saúde, com um profissional habilitado para assistência à saúde, destinado ao tratamento de pacientes com lesões. Deve possuir, no mínimo, 9 m² e bancada com pia, torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, armários sobre e sob-bancada, 1 mesa do tipo escritório com gavetas, 3 cadeiras, 1 mesa de exame clínico, 1 lava-pé que

possibilite a higienização dos pés dos pacientes, inclusive dos que estejam em cadeira de rodas, 1 mesa auxiliar ou carro de curativo, 1 escada com dois degraus e 1 biombo (Ministério da Saúde, 2018).

Tal ambiente é comumente contaminado por patógenos presentes em lesões durante a assistência (Rodrigues, 2014). É um modo de assistência que acaba não proporcionando um atendimento integral para os usuários (Martins, 2008).

Há descrição, na literatura, de que os pacientes que realizam os curativos na atenção primária continuam dependentes da assistência hospitalar (principalmente da especialidade angiologia – devido ao maior número de úlceras venosas). A falta de rede integrada de atendimento e de equipe capacitada é o principal fator contribuinte para ações sem efetividade (Martins, 2018).

Pensar em um ambulatório de feridas expande o conceito de tratamento das feridas para o tratamento integral do paciente. A avaliação das comorbidades, os diagnósticos diferenciais, a realização de procedimentos invasivos e o seguimento adequado e ordenado do paciente tendem a proporcionar melhor adesão ao tratamento, bem como melhor resolutividade dos quadros crônicos.

Assim, conforme orientado pela literatura e pela legislação vigente da PMRP, a marcação dos atendimentos foi feita por horário (garantindo a não aglomeração de pessoas nas salas de espera), com restrição do número de acompanhantes e utilização obrigatória de máscara de forma correta. Foi disponibilizado álcool em gel a 70%, além de terem sido priorizadas coberturas de trocas semanais (Andrade et al., 2022).

Conforme descrito no item RESULTADOS, a unidade de saúde na qual o Ambulatório de Feridas Crônicas se localiza é o NGA-59.

Segundo o Conselho Federal de Medicina – CFM –, no *Manual de Procedimentos Administrativos – Pessoa Jurídica* (2021), o NGA-59 é classificado como ambulatório (policlínica/centro médico/centro de especialidades). Dessa forma, é definido como unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo, ainda, ofertar outras especialidades não médicas.

No ambulatório em questão, são comumente realizados procedimentos invasivos, com necessidade de anestésicos e do polidocanol. Tais procedimentos necessitam de equipamentos e medicamentos mínimos para o atendimento de

intercorrências (todos os consultórios ou serviços classificados como GRUPO 3 realizam anestesia local sem sedação/procedimentos invasivos com riscos de anafilaxias).

Conforme orientação do CFM (2.153/2016), se o procedimento for realizado em ambiente que atende múltiplas especialidades, os equipamentos/medicamentos deverão ser acessíveis em até quatro minutos – o que é compatível com o ambulatório e a unidade de saúde em questão.

Quadro IV – Descritivo de materiais obrigatórios para consultório do Grupo 3

Cânulas orofaríngeas (Guedel)
Desfibrilador Externo Automático (DEA)
Medicamentos para atendimento de parada cardiorrespiratória e anafilaxia: adrenalina (epinefrina), água destilada, dexametasona, diazepam, dipirona, glicose, hidrocortisona, prometazina, solução fisiológica)
Fonte (fixa ou cilindro) de oxigênio com máscara aplicadora e umidificador
Oxímetro de pulso
Ventilador manual do tipo balão autoinflável com reservatório e máscara
Seringas, agulhas e equipo para aplicação endovenosa (<i>obrigatório</i>)
Escalpe, <i>butterfly</i> e intracath (com todo o material para a introdução)
Gaze
Algodão
Ataduras de crepe
Luvas estéreis
Caixa rígida coletora para material perfurocortante

Fonte: Elaboração própria.

Tendo em vista a legislação sanitária e as necessidades de assistência adequada aos pacientes, a infraestrutura de urgência e emergência disponibilizada para assistência na unidade em questão está adequada ao que é preconizado nos manuais do CFM e nas portarias do Ministério da Saúde (Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002; Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.).

Conforme a tabela do SIGTAP, os procedimentos mais realizados no ambulatório estão descritos no Quadro V, com os valores atualizados.

Quadro V – Procedimentos e valores no SUS

Procedimento	Código	Valor total ambulatorial
Curativo grau II c/ ou s/ debridamento	04.01.01.001-5	R\$ 32,40
Debridamento de úlcera / necrose	04.15.04.004-3	R\$ 29,86
Ultrassonografia doppler colorido de vasos	02.05.01.004-0	R\$ 39,60
Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores (unilateral)	03.09.07.001-5	R\$ 300,78

Perspectivas futuras

Já é consenso entre equipe e chefia da unidade que, para a melhoria na assistência à saúde, é preciso que haja, a curto/ médio prazo:

- Ampliação de equipe de trabalho (de preferência para a criação de um ambulatório específico para o pé diabético – inclusive com materiais e profissionais habilitados para a confecção de palmilhas/calçados);
- Ampliação no treinamento/matriciamento de profissionais na própria rede de atendimento da PMRP;
- Integração com serviços terciários e criação de fluxos adequados;
- Incorporação de novas tecnologias de baixo custo, fácil manuseio e aprendizado profissional (a exemplo: laser e led),
- Introdução da modalidade “telemedicina” para auxílio no seguimento dos pacientes.

5.2 Discussão – Componente analítico

Conforme o exposto na Tabela 1 (vide p. 37), quanto ao fato de os pacientes atendidos serem moradores de determinadas zonas de Ribeirão Preto (com mais números nas zonas Norte e Oeste), não necessariamente é possível afirmar que são as zonas com mais pacientes com feridas. A estatística mostra quais as zonas com mais pacientes encaminhados para avaliação com feridas crônicas. Conforme a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, a última estimativa populacional de cada distrito de saúde (zona) é datada de 2017. As zonas com mais pessoas são as zonas Leste (178.122 pessoas) e Oeste (com 180.847 pessoas). Dessa forma, há quatro hipóteses: 1. É possível que haja, nas zonas Norte e Oeste, um maior número de pacientes com feridas dependentes do SUS; 2. Que essas, realmente, sejam as duas zonas com mais pacientes com feridas; 3. Que essas sejam as zonas mais populosas da cidade (contudo a zona Norte, presente no estudo, não parece estar entre as duas mais populosas, de acordo com os dados demográficos oficiais) e, por último, 4. Há a hipótese de que haja uma pior capacidade de manejo de feridas pelos profissionais das unidades das zonas (com conseqüente maior número de encaminhamentos) – o que é menos provável de ser a explicação.

Os resultados indicam que a idade mais avançada do paciente está relacionada com feridas crônicas; ainda, há compatibilidade com o que é amplamente descrito na literatura, com a maior suscetibilidade a lesões nos pacientes com faixa etária mais avançada (O'Donnell et al., 2014; De Maeseneer et al., 2022).

A explicação é baseada nas alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes de modificações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas. Assim, há redução da espessura da epiderme, redução da elasticidade dérmica pela diminuição do número de fibroblastos, o que modifica as fibras de colágeno e elastina, redução dos vasos sanguíneos e fibras nervosas. Assim, quando idosos são acometidos por lesões, fisiologicamente há menor intensidade e velocidade em várias das fases de cicatrização, com conseqüente menor resposta inflamatória, redução da circulação, aumento da fragilidade capilar e do tempo de epitelização (Chiabante et al, 2015).

Estudos de uma metanálise publicada em 2018 evidenciam que feridas crônicas (etiologia variada) apresentam prevalência de 2,21 por 1.000 habitantes. No caso de feridas venosas crônicas, há uma prevalência de 1,51 por 1.000 habitantes (Martinengo et al., 2018).

Devido ao amplo agrupamento (etiologia multivariada) das feridas do trabalho desenvolvido, é difícil definir claramente quanto à equivalência ou não na literatura acerca desse equilíbrio entre sexo feminino/masculino.

Acerca do tema, existem estudos diversos que mostram que, a depender da etiologia da ferida, há tendência em predomínio masculino ou feminino – e o tema deve ser discutido dessa forma.

As duas principais etiologias encontradas neste trabalho são venosa e diabética (expostas a seguir). No presente estudo, demonstrou-se, entre as feridas venosas, maior predominância no sexo feminino e, nas feridas relacionadas com diabetes, maior predominância no sexo masculino (vide Tabela 2, na p. 38).

Há um estudo, realizado em um SAD de outra cidade, com resultados percentuais semelhantes, com certa equivalência entre os sexos e com leve tendência à predominância no sexo masculino (Sachett e Montenegro, 2019).

De acordo com o último guideline do *American Venous Forum* (O'Donnell et al., 2014), o sexo feminino apresenta maior relação com o desenvolvimento de úlceras venosas.

O estudo DecubicUs (estudo mundial observacional e prospectivo de pacientes internados em UTI e seguidos por 12 semanas) evidenciou o sexo masculino como o mais relacionado ao desenvolvimento de úlceras de pressão (Labeau et al., 2021).

Acerca das feridas relacionadas com o pé diabético, há uma tendência na severidade das lesões nos pacientes do sexo masculino (Jalilian et al., 2020).

Como as feridas crônicas, em sua grande maioria, são manifestações cutâneas de doenças crônicas, houve uma busca de compreensão acerca da sua relação com sinais vitais básicos dos pacientes.

No presente estudo, quase 70% dos pacientes apresentavam sinais vitais alterados em relação aos considerados fisiológicos pelas últimas diretrizes de hipertensão (Barroso, 2021) e diabetes (Pititto et al., 2022).

Com base no amplo percentual (quase 70%) de pacientes com sinais vitais alterados, é possível inferir que essas alterações podem estar relacionadas com má adesão terapêutica ou deficiência ao acesso aos serviços de saúde.

Há uma necessidade de seguimento adequado de pessoas com feridas crônicas, tendo em vista que se trata de um atendimento complexo e que os pacientes com feridas se encontram em um grupo de risco de elevada mortalidade e morbidade quando o cuidado em feridas é descontinuado de forma abrupta (Andrade et al., 2022).

Dessa forma, após todas as consultas, os pacientes só foram dispensados já com consulta de retorno agendada.

Houve uma tendência a seguimento ambulatorial prolongado em consultas da equipe multidisciplinar. Tendo em vista a limitação no atendimento de pacientes em unidades de saúde devido à pandemia de covid-19, a equipe prestou atendimento integral, inclusive com solicitação de exames de comorbidades e prescrição de medicamentos de uso habitual/novos medicamentos.

Conforme observado na Tabela 3 (vide p. 39) e na análise de toda a amostra, é alarmante a quantidade de pacientes com sinais vitais alterados em consultas. Na rotina clínica diária, foi notada uma grande parcela da amostra com falhas

importantes na adesão terapêutica (tanto previamente ao seguimento no ambulatório de feridas como durante o seguimento).

Na literatura, há a estimativa de que um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como um dos importantes determinantes desse problema (Santa Helena et al., 2010).

Essa má adesão é tida como um problema de saúde pública e tem sido denominada *epidemia invisível*, tendo seus níveis variando de 15 a 93%, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida (Brasil, 2016).

É conhecido que o autocuidado é um elemento fundamental para o tratamento de pacientes com doenças crônicas e que os pacientes aderentes possuem melhora clínica de forma significativa, com melhor qualidade de vida, menos hospitalizações e maior longevidade (Riegel et al., 2020; Jonkman et al., 2016).

Durante o seguimento dos pacientes, sempre houve estímulo para uma intensificação no autocuidado. Foi feita, rotineiramente, orientação aos pacientes e aos familiares, além do contato com unidades de saúde de seguimento para monitoramento conjunto.

Os curativos compressivos são tidos como classe I e nível A de evidência para manejo das feridas venosas. Ainda, são essenciais para prevenção de recorrência, bem como para redução da dor, controle do edema e efeitos da hipertensão venosa (De Maeseneer et al., 2022).

O debridamento de feridas descreve a remoção de tecidos necróticos, debris ou materiais estranhos da ferida. No caso da prática clínica ambulatorial vigente, todos os pacientes são, a cada consulta, submetidos a limpeza de ferida, com remoção de contaminantes de superfícies, bactérias e produtos remanescentes de coberturas prévias (De Maeseneer et al., 2022). Debridamentos cirúrgicos (com anestesia local) foram realizados em quase 20% dos pacientes.

A disponibilidade imediata na realização do exame de doppler venoso gera agilidade para o tratamento do paciente – tendo em vista a não necessidade de encaminhamento para avaliação por outro profissional (Tabela 4, vide p. 40).

De forma a aumentar as chances de cicatrização e a prevenção de recorrência de úlceras, as intervenções diretas no sistema venoso (com tratamento

de veias superficiais e perfurantes doentes) são tidas como classe I e nível A de evidência (De Maeseneer et al., 2022).

No primeiro ano do ambulatório, foi iniciado o tratamento de pacientes com feridas com a técnica de escleroterapia com espuma densa. Tal técnica foi realizada em 15 pacientes, com ótimo resultado quanto à cicatrização (a ser discutido posteriormente). A escolha da técnica foi baseada na experiência profissional, disponibilidade de aparelho de ultrassonografia e nos baixos custos relacionados (se comparados à termoablação venosa ou à cirurgia).

A literatura atual acerca dos tratamentos de agudização foi utilizada para nortear a prática clínica. As recomendações do último *guideline* europeu de doença venosa crônica, da última diretriz do *American Venous Forum* e, ainda, do último consenso de pé diabético da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vasculare foram as escolhidas em virtude do caráter mais recente e da confiabilidade das publicações. Dessa forma, em equipe, foi optado pela não prescrição de antimicrobianos sistêmicos de forma profilática ou para tratamento de feridas colonizadas ou com biofilme. A prescrição de antimicrobianos foi instituída como tratamento para pacientes com sinais de infecções ativas ou de forma profilática para pacientes com reinfecções frequentes. Alguns esquemas antimicrobianos tiveram que ser adaptados devido à indisponibilidade temporária de fármacos.

Um dado importante (contido na Tabela 5, na p. 41) é a presença de um grande número de pacientes encaminhados ao serviço hospitalar por motivo de urgência. Nesses casos, as patologias envolvidas foram feridas com infecções graves e doença arterial obstrutiva periférica com lesões tróficas. O destino dos demais pacientes foi baseado nas etiologias de feridas, na cicatrização das feridas ou na necessidade de intervenção terciária.

Uma grande quantidade de pacientes não manteve seguimento ambulatorial e, dessa forma, não foi possível a classificação apenas em “cicatrizados e não cicatrizados”. Um percentual importante de pacientes foi transferido a outros serviços, mudaram de domicílio ou apresentaram outros desfechos.

Classificamos a má adesão terapêutica como: trocas de coberturas em períodos irregulares, utilização de coberturas não orientadas pela equipe, faltas rotineiras em consultas agendadas, resistência a realizar tratamento proposto (inclusive a escleroterapia com espuma) e tendência a não manter curativos e

coberturas em bom estado. Classificamos como abandono de tratamento o fato de os pacientes não retornarem em consulta agendada e não contatarem a unidade para reagendamento.

Um dado alarmante foi o achado de, aproximadamente, 21% de pacientes com abandono de tratamento. Tal informação é condizente com um perfil de paciente que não adere a tratamentos propostos e evolui de forma indesejada no curso da doença crônica (no caso, das feridas). Uma quantidade importante também foi relacionada aos números de pacientes que evoluíram para óbito: aproximadamente 16%.

Após análise estatística com comparações entre variáveis, foram descritos os dados com relevância na associação (tabelas de 6 a 10).

A Tabela 6 (vide p. 42) relaciona os tipos de exames realizados e variáveis, sendo que algumas associações promovem discussão e comentários.

Foi notado que, em pacientes com retornos agendados, houve um maior percentual de exames realizados, se comparados com pacientes que receberam alta na primeira consulta. Isso denota que, muitas vezes, o diagnóstico de muitos casos é clínico e sem necessidade de exames complementares.

Quanto aos pacientes com encaminhamento para seguimento com clínico geral, houve uma tendência a uma substancial quantidade de pacientes encaminhados com exame de ultrassonografia doppler realizado. Tal informação sugere um encaminhamento consolidado quanto a diagnósticos diferenciais e segurança para seguimento não especializado.

Acerca dos exames e procedimentos, foi evidenciado, também, que praticamente todos os pacientes que foram submetidos a curativo com bota de Unna foram examinados com a ultrassonografia doppler. Todos os pacientes submetidos ao procedimento de escleroterapia com espuma foram ultrassonografados.

Nos pacientes com diagnóstico de úlcera venosa, houve um percentual de quase 93% de pacientes submetidos ao exame de ultrassonografia doppler. Em todos os pacientes com diagnóstico de úlcera arterial houve realização de ultrassonografia e, em 83% dos pacientes com diagnóstico de úlcera mista, foi realizado tal exame.

Em 84,8% dos pacientes com diagnóstico de pé diabético, foi realizado exame físico sem indicação de exame ultrassonográfico complementar.

O exame em discussão (ultrassonografia vascular com doppler) é uma modalidade de exame complementar não invasivo, com boa acurácia, de boa relação custo-efetividade, de fácil execução e reprodutibilidade e capaz de fornecer informações hemodinâmicas importantes para diagnóstico etiológico adequado e seguimento dos pacientes. Além disso, ajuda a descartar afecções como aneurismas, hematomas, cistos sinoviais, lesões musculares e neoplasias (Nardino et al., 2019).

Quando comparados dados acerca da alteração ou não de sinais vitais em primeira consulta, houve associação relevante com idade, comorbidades e procedimentos realizados (vide Tabela 7, na p. 43).

Todos os pacientes entre 20 e 30 anos apresentaram sinais vitais com algum grau de alteração. A única faixa etária com um maior percentual de pacientes com sinais vitais estáveis foi a de mais de 80 anos.

Tal informação nos mostra, claramente, todos os subgrupos com maior percentual de pacientes com sinais vitais alterados, sendo que a tendência a controle ocorreu apenas na faixa etária em extremo de vida.

Quanto às comorbidades e aos sinais vitais, foi perceptível uma maior tendência ao descontrole de sinais vitais nos pacientes com mais comorbidades. Quanto à associação DM + HAS (sejam apenas as duas doenças ou com obesidade ou dislipidemia associada), houve apenas 12,5% (3/24) de pacientes com controle de sinais vitais em primeira consulta. Exceto pelo DM e hipotireoidismo, pacientes com apenas uma comorbidade além da doença de base apresentaram melhores índices de controle de sinais vitais.

A Tabela 8 (vide p. 44) traz informações acerca da associação entre diagnóstico de feridas e outras variáveis.

Quanto à etiologia da ferida e ao sexo dos pacientes, houve uma forte associação entre feridas com etiologia venosa (associada ou não à doença arterial) e o sexo feminino. Ainda, pacientes do sexo masculino apresentaram uma forte associação com diabetes. Tais informações condizem com o que já foi detalhado na presente discussão.

Dentre os pacientes biopsiados, nem todos fecharam diagnóstico para doença oncológica. Houve maior relação entre os procedimentos curativos simples e debridamentos e pacientes com diagnóstico de pé diabético.

Em contrapartida, houve uma associação total entre pacientes com úlcera venosa (pura ou mista) e os procedimentos de escleroterapia com espuma e bota de Unna.

Pacientes com úlcera arterial, oncológica ou de outras etiologias comumente tiveram necessidade de encaminhamentos para outras especialidades. A maioria dos encaminhamentos foi feita para seguimento em unidade básica de saúde com clínico geral. No caso de outros encaminhamentos, a Urgência/Emergência se mostrou o destino principal, sendo o DM a patologia mais envolvida.

Quanto ao desfecho dos pacientes, toda a descrição de “feridas não cicatrizadas” está relacionada com as úlceras venosas. Na classificação de “má adesão + ferida não cicatrizada”, houve pacientes com DM incluídos na estatística.

A pequena quantidade de feridas não cicatrizadas encontradas pode não refletir sucesso ou insucesso na estatística geral: há de se considerar, ainda, um grande número de pacientes sem informações efetivas (como abandono de seguimento, transferência para outros serviços, mudança de domicílio e óbito).

Dentre os pacientes com diagnóstico de ferida “úlcera venosa”, 35,3% dos casos apresentaram cicatrização, havendo 24,3% de taxa de abandono de seguimento e 13,4% de óbitos.

Dos 33 pacientes com diagnóstico de ferida DM, 9 (27,2%) abandonaram o seguimento e 8 (24,2%) vieram a óbito, ou seja, não foi possível obter informações efetivas acerca da cicatrização das feridas de mais da metade deles. 18,1% (6/33) dos pacientes com tal diagnóstico apresentaram, no seguimento ambulatorial, cicatrização das feridas.

No grupo dos diabéticos, com o número total de 33 pacientes, entre todos os desfechos, apenas 8 (24,3%) se encontraram no binômio cicatrizados (18%) *versus* não cicatrizados (6,3%). Os 25 pacientes restantes acabaram não mantendo seguimento no ambulatório (correspondendo a 75,7%), o que pode demonstrar que a entidade clínica tende a necessitar de mais recursos que os já disponíveis.

De fato, a patologia pé diabético apresenta altas taxas de internação hospitalar e necessidade de seguimento em serviços com retaguarda hospitalar.

A Tabela 10 (vide p. 47) foi formatada para avaliação dos pacientes submetidos ao procedimento escleroterapia com espuma. Com base nas tabelas 8, 9 e 10, há uma clara demonstração de que pacientes encaminhados com

diagnóstico de úlcera venosa com potencial de cicatrização – e com todas as possibilidades terapêuticas ambulatoriais – praticamente não possuem necessidade de encaminhamento para outras especialidades. Os submetidos a escleroterapia com espuma não foram encaminhados para seguimento ambulatorial de outras especialidades.

Outra informação é que os pacientes submetidos a mais procedimentos tenderam a não abandonar o tratamento. Dessa mesma forma, os submetidos a escleroterapia com espuma não apresentaram abandono de tratamento e apresentaram uma substancial tendência a manter o tratamento clínico com boa adesão.

Tendo em vista, como já descrito, que cada ferida crônica deve ser tratada conforme sua etiologia, 100% de quem recebeu escleroterapia possuía diagnóstico de úlcera venosa e 100% de quem recebeu esse tratamento fez, além do exame clínico, ultrassom com doppler. De forma geral, 35,3% dos casos de úlceras venosas cicatrizaram durante o tratamento.

Em um estudo randomizado do HCFM/USP com pacientes que apresentavam úlcera venosa em atividade, 23 pacientes foram submetidos a escleroterapia com espuma e fizeram um seguimento adequado. Houve critérios de inclusão bem definidos (feridas com, no máximo, 5 cm de diâmetro, pacientes não diabéticos, refluxo em sistema superficial), sendo a idade 52.0 ± 5.05 anos e o seguimento adequado com elastocompressão (>30mmhg) iniciado no mínimo 6 meses antes do procedimento. Houve uma taxa de cicatrização em 91,3% dos tratados com escleroterapia com espuma (Campos Jr. et al., 2015).

Os resultados demonstrados na Tabela 11 (vide p. 48) (com 72,8% dos pacientes com úlcera venosa submetidos a tratamento escleroterápico apresentando cicatrização) evidenciam que, além da adequada adesão terapêutica e dos outros recursos empenhados, essa opção terapêutica traz benefício para os pacientes em questão.

A estatística de taxa de cicatrização em pacientes com feridas e realização de escleroterapia com espuma foi aquém de estudos maiores, tendo em vista que não foi possível selecionar pacientes. O perfil dos pacientes atendidos contemplava pacientes com uso questionável de elastocompressão (e sem uso prévio), diabéticos, refluxo também em sistema profundo, paciente com doença

reumatológica concomitante, predomínio de feridas maiores que 5 cm de diâmetro e idade predominantemente mais avançada.

6 CONCLUSÃO

Os objetivos do trabalho de demonstrar os processos envolvidos na implementação do Ambulatório Multidisciplinar de Feridas Crônicas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e de divulgar indicativos assistenciais do seu primeiro ano de funcionamento foram atingidos.

Além da descrição dos aspectos técnico-administrativos da implementação ambulatorial, foi feita uma revisão bibliográfica acerca da legislação atual sobre o tema. A população atendida pelo ambulatório no primeiro ano foi caracterizada (idade, sexo, endereço etc.), os fluxos de atendimento foram otimizados e os dados assistenciais, analisados.

A criação de um ambulatório de feridas demanda não só habilitação profissional específica, mas disposição para trabalho com limitações existentes no SUS. A organização com interação entre equipe assistencial e secretaria de saúde é muito importante para ajustes, tendo em vista que a prática diária evidencia muitas particularidades assistenciais e administrativas.

Acerca da parte analítica do trabalho, foi notado que há uma necessidade constante de matriciamento com atenção básica e de melhoria nos serviços e nas estratégias para melhor adesão terapêutica dos pacientes.

7 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

- Seguimento de pacientes em longo prazo
- Avaliação de recidiva ulcerosa nos pacientes
- Realização de relação entre tempo de ferida e potencial de cicatrização
- Investigação de pacientes não cicatrizantes com adesão terapêutica adequada

REFERÊNCIAS

Alliance of Wound Care Stakeholders. Wound care is an essential – not elective – service that prevents hospital admissions and ED visits among a fragile cohort of patients at high-risk of COVID-19. [Internet]; 2020 [citado 21 fev. 2021]. Disponível em: https://www.woundcareholders.org/images/Final2_Statement_-_Wound_Care_as_Essential.pdf.

Andrade PGR, Spira JAO, Borges EL, Frison SS. Atendimento à pessoas com feridas crônicas durante a pandemia da covid-19 no Brasil. *epitaya* [Internet]. 15 de janeiro de 2022 [citado mai. de 2022];1(9):116-28. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/226>. doi: <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021304p116>.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2021;116(3):516-658.

Bíblia Sagrada. São Paulo: Ave Maria; 2000. Provérbios 4:13.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.: il.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2015. [citado mai. 2022]. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTACOMPL_jun2015.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. [citado mai. 2022]. Disponível em: (<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/financiamento-da-media-e-alta-complexidades-mac>).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brito CJ, et al. Cirurgia vascular, cirurgia endovascular, angiologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

Campos W Jr, Torres IO, da Silva ES, Casella IB, Puech-Leão P. A prospective randomized study comparing polidocanol foam sclerotherapy with surgical treatment of patients with primary chronic venous insufficiency and ulcer. *Ann Vasc Surg.* 2015 Aug;29(6):1128-35. doi: 10.1016/j.avsg.2015.01.031. Epub 2015 May 21. PMID: 26004968.

Carla-Chibante C, Fátima F, Thayane T. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2015 [citado 21 set. 2022]; 31 (4) Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/895>.

Conselho Federal de Medicina. Manual de Procedimentos Administrativos – Pessoa Jurídica. Versão 3.0. [citado 12 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index9/?numero=26&edicao=4553#page/1>.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.153/2016, publicada no D.O.U. em 18 de setembro de 2017, seção I: 87.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. [Internet]; 2020 [citado 21 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>.

Consenso sobre duplex scan (ultrassom doppler colorido) para avaliação da doença venosa crônica dos membros inferiores – Consenso e recomendações da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional São Paulo e do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. 1a ed. [online] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. [citado jul. 2022]. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Consenso-para-a-Sociedade-Bras.-de-Angiologia-e-Cirurgia-Vascular_2020.pdf.

De Maeseneer MG, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* [Internet]. 2022 [citado jun. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2021.12.024>.

Facchin LA. Saúde do trabalhador na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas: planejamento e organização de serviços e pesquisas. *Caderno de Saúde Coletiva.* 1989;1(VIII): 43-58.

Flik CE, Laan W, Smout AJPM, et al. Comparison of medical costs generated by IBS patients in primary and secondary care in the Netherlands. *BMC Gastroenterol* 15, 168 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12876-015-0398-8>.

Frade MAC. Úlcera de perna: caracterização clínica e perfil imunohistopatológico da cicatrização na presença da biomembrana de látex natural da seringueira *Hevea brasiliensis* [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2003 [citado 2022-10-22]. doi:10.11606/T.17.2003.tde-17042012-215000.

Frykberg RG, Banks J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*. 2015;(4;9): 560-582. doi:10.1089/wound.2015.0635.

França LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. *J Vasc Bras (Porto Alegre)*. 2003;2(4):318-328 [citado jun. 2022]. Disponível em: http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/789/ARTIGO_insufici%c3%aanciavenosacr%c3%b4nica.PDF?sequence=1.

Gross LER. Programa de Criação do Ambulatório Integrado de Doenças Ocupacionais de Juiz de Fora-MG. *Caderno de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 1989;1(VII):41-42.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050 – Revisão 2006. Rio de Janeiro, 2010.

Jalilian M, Ahmadi Sarbarzeh P, Oubari S. Factors Related to Severity of Diabetic Foot Ulcer: A Systematic Review. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2020 May 25;13:1835-1842. doi: 10.2147/DMSO.S256243. PMID: 32547145; PMCID: PMC7259447.

Järbrink K, Ni G, Sönnnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, Car J. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2016 Sep 8;5(1):152. doi: 10.1186/s13643-016-0329-y. PMID: 27609108; PMCID: PMC5017042.

Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, Ågren S, Atienza F, Blue L, Bruggink-André de la Porte PW, DeWalt DA, Hebert PL, Heisler M, Jaarsma T, Kempen GI, Leventhal ME, Lok DJ, Mårtensson J, Muñiz J, Otsu H, Peters-Klimm F, Rich MW, Riegel B, Strömberg A, Tsuyuki RT, van Veldhuisen DJ, Trappenburg JC, Schuurmans MJ, Hoes AW. Do Self-Management Interventions Work in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Circulation*. 2016 Mar 22;133(12):1189-98. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26873943; PMCID: PMC5180429.

Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, Calvino-Gunther S, Chaboyer W, Coyer F, Deschepper M, François G, Honore PM, Jankovic R, Khanna AK, Llaurodo-Serra M, Lin F, Rose L, Rubulotta F, Saager L, Williams G, Blot SI; DecubICUs Study Team; European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group Collaborators. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Med*. 2021 Feb;47(2):160-169. doi: 10.1007/s00134-020-06234-9. Epub 2020 Oct 9. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2021 Apr;47(4):503-520. PMID: 33034686; PMCID: PMC7880913.

Martinengo L, Olsson M, Bajpai R, Soljak M, Upton Z, Schmidtchen A, Car J, Järbrink K. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*. 2019 Jan;29:8-15. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.10.005. Epub 2018 Nov 12. PMID: 30497932.

Martins MA. Avaliação de feridas crônicas em pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Goiânia [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2008. [citado em set. 2022]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/698/1/dissertacao%20marleneandrade.pdf>.

Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Editora Casa da Saúde. Coleção Saúde Coletiva; 2001.

Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2a ed. [citado mai. 2022]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf).

Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 [online]. [citado set. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. [online]. [citado set. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.

O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, Lurie F, Henke PK, Gloviczki ML, Eklöf BG, Stoughton J, Raju S, Shortell CK, Raffetto JD, Partsch H, Pounds LC, Cummings ME, Gillespie DL, McLafferty RB, Murad MH, Wakefield TW, Gloviczki P; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery ® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014 Aug;60(2 Suppl):3S-59S. doi: 10.1016/j.jvs.2014.04.049. Epub 2014 Jun 25. PMID: 24974070.

Oliveira AC, Rocha DM, Bezerra SM, Andrade EM, Santos AM, Nogueira LT. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019;32(2): 194-201. [citado 22 out. 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027>>. Epub 10 jun. 2019. ISSN 1982-0194.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.

Parry D, Bryan S, Gee K, Murray E, Fitzmaurice D. Patient costs in anticoagulation management: a comparison of primary and secondary care. *Br J Gen Pract.* 2001 Dec;51(473):972-6. PMID: 11766869; PMCID: PMC1314189.

Pititto B, Dias M, Moura F, Lamounier R, Calliari S, Bertoluci M. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). doi: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-65-5941-622-6.

Prefeitura Municipal de Campinas. Manual de curativos [Internet]. [citado set. 2022]. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Manual_Curativos.pdf.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Núcleo de Gestão Assistencial. [online]. [citado set. 2022]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/nga-59>.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede Hora Certa – Especialidades Médicas. 1a ed. 2013;1.

Riegel B, Westland H, Iovino P, Barelds I, Bruins Slot J, Stawnychy MA, Osokpo O, Tarbi E, Trappenburg JCA, Vellone E, Strömberg A, Jaarsma T. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Apr;116:103713. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103713. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32768137.

Rodrigues EG. Contaminação de superfícies ambientais, equipamentos e artigos por *Staphylococcus spp.* na atenção básica: olhar da segurança dos trabalhadores e usuários. [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2014.

Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010; 6(12):2389-98.

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

SBACV-SP. Consenso no tratamento e prevenção do pé diabético. 1a ed. [online]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020. [citado set. 2022]. Disponível em: <https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-pe-diabetico-24112020.pdf>.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Epub 2011 May 9. PMID: 21561658.

SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. [citado jun. 2022]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Tesser CD, Poli P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017;22(3):941-951. [citado 22 out. 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>>. ISSN 1678-4561.

Wilkinson HN, Hardman MJ. Wound healing: cellular mechanisms and pathological outcomes. *Open Biol.* 2020 Sep;10(9):200223. doi: 10.1098/rsob.200223. Epub 2020 Sep 30. PMID: 32993416; PMCID: PMC7536089.

Williamson, Oliver E. Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *Journal of Law and Economics.* 1979 Oct.; 22(2):233-261 Published by: The University of Chicago Press.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, Switzerland: WHO; 2014 Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.

World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. [Internet]; 2020 [citado 21 fev 2020]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1.

ANEXOS

ANEXO A – Equipe de Trabalho

Heitor Fernandes Amorim – Mestrando em Gestão de Organizações de Saúde – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Especialista em cirurgia vascular, com experiência em tratamento de feridas.
Função no projeto: pesquisador principal

Prof. Altacílio Aparecido Nunes – Prof. Doutor associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Função no projeto: orientador

Miriã Avelino Prado – Enfermeira coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar – Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Função: gerenciamento do ambulatório de feridas crônicas, revisão de conceitos técnicos e legislativos (apoio técnico e administrativo)

Patrícia Soares Pereira Lima – Médica coordenadora do setor de Controle e Avaliação – Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Função: organização do fluxo de pacientes, criação de protocolos, revisão de conceitos técnicos e legislativos (apoio técnico e administrativo)

Beatriz De Souza – Discente do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).
Função: coleta e análise de dados (apoio técnico e administrativo)

Susana Soares de Azevedo – Auxiliar de enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar – Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto; discente do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Pitágoras Unopar Anhanguera.
Função: coleta e análise de dados (apoio técnico e administrativo)

ANEXO B – Parecer CAPP – PMRP



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OFICIO 3210/2021 – CAPP

RACG/racg

Ribeirão Preto, 29 de setembro de 2021.

Prezado senhor,

Informo que a Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar, a Coordenadora do Complexo Regulador, o Supervisor III do NGA e o Chefe da Divisão de Informática da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto manifestaram concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO COM INDICADORES ASSISTENCIAIS DAS AÇÕES DE AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR PARA ABORDAGEM INTEGRAL DE PACIENTES COM FERIDAS CRONICAS”** sob a responsabilidade do pesquisador Heitor Fernandes Amorim e do orientador Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador se apresentar com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início da coleta de dados do projeto de pesquisa.

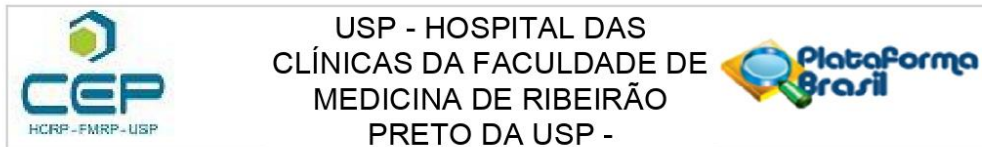
Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que o pesquisador encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Rute Aparecida Casas Garcia
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Orientador
Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
NESTA

ANEXO C – CEP/Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO COM INDICADORES ASSISTENCIAIS DAS AÇÕES DE AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR PARA ABORDAGEM INTEGRAL DE PACIENTES COM FERIDAS CRONICAS

Pesquisador: HEITOR FERNANDES AMORIM

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52674021.6.0000.5440

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da FMRP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

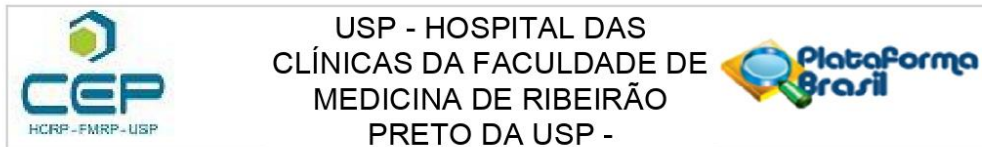
Número do Parecer: 5.118.890

Apresentação do Projeto:

As feridas crônicas possuem um grande potencial de morbidade. As mesmas estão amplamente relacionadas a vários fatores (como doenças crônicas, atenção à saúde de forma limitada, adesão terapêutica questionável, dentre outros). O intuito de tratar pacientes com feridas crônicas em um ambiente extra hospitalar decorre da necessidade de otimizar recursos financeiros bem como recursos hospitalares. Sendo as feridas crônicas uma realidade que requer tratamento para viabilizar a vida e sua qualidade das pessoas, a criação de um ambulatório multidisciplinar de doenças crônicas amplia possibilidades e promove integralidade – princípio básico do SUS. Assim, há uma hipótese adicional para esse trabalho: que a descrição desse processo pode servir de base para outros municípios criarem serviços semelhantes. Objetivos: Demonstrar os processos envolvidos na implementação do ambulatório multidisciplinar de feridas crônicas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto bem como divulgar indicativos assistenciais do seu primeiro ano. Metodologia: O estudo com característica observacional visa descrever a estruturação de um ambulatório multidisciplinar com ações no campo do diagnóstico e terapêutico de pacientes com múltiplas comorbidades. Ainda, com seu componente analítico, avaliar com indicadores assistenciais das ações do ambulatório em questão. Aspectos a serem estudados: Instituições Envolvidas, infraestrutura, recursos humanos, estruturas de financiamento, insumo específicos, parcerias, definição adequada de fluxogramas de atendimento. Será realizado nas dependências

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

ANEXO C – CEP/Plataforma Brasil



Continuação do Parecer: 5.118.890

da secretaria de saúde de Ribeirão Preto e seus setores (MELHOR EM CASA / Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: demonstrar os processos envolvidos na implementação do ambulatório multidisciplinar de feridas crônicas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto bem como divulgar indicativos assistenciais do seu primeiro ano.

Objetivos específicos: definir aspectos técnico-administrativos para criação do ambulatório; caracterizar a população atendida (dados demográficos, comorbidades, origem); otimizar fluxo de atendimento e protocolos; expor o benefício promovido dentro da unidade de saúde e da saúde municipal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não faz referência a riscos, o que aparentemente não se aplica dada a natureza e objetivos do trabalho. Pode trazer benefícios a outros municípios que desejem implantar serviço semelhante, ao divulgar as informações sobre implementação do serviço e indicadores de resultados do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está descrito de forma bastante simples e reduzida, mas demonstra mérito, podendo trazer benefícios tanto ao gestor municipal, contribuindo para a análise dos resultados alcançados pelo serviço em questão, quanto para outros municípios e, de modo indireto, à comunidade, com o levantamento de indicadores que poderão reverter em políticas públicas dirigidas a doenças crônicas e suas comorbidades.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita dispensa de TCLE, considerando que serão analisados documentos, registros e informações obtidas através do sistema de dados de saúde do município. Há autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto para a realização da pesquisa, com compromisso de que pesquisador envie o Relatório final para a secretaria..

Recomendações:

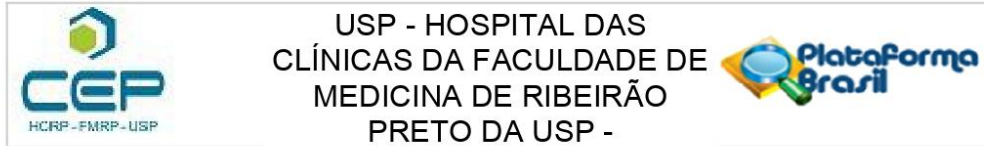
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

ANEXO C – CEP/Plataforma Brasil



Continuação do Parecer: 5.118.890

na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1837402.pdf	19/10/2021 15:48:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_2021_Heitor_Fernandes_Amorim_atualizado.docx	19/10/2021 15:46:08	HEITOR FERNANDES AMORIM	Aceito
Outros	heitor_amorim_UPC_dispenza_11953.pdf	19/10/2021 15:44:03	HEITOR FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_dispenza_tcle_HEITOR_AMORIM.docx	19/10/2021 15:42:37	HEITOR FERNANDES AMORIM	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ASSINADO_HeitorFAMorim.pdf	10/10/2021 16:10:35	HEITOR FERNANDES	Aceito
Declaração de concordância	Oficio_Concordancia_n_3210_2021_Heitor_Fernandes_Amorim.pdf	10/10/2021 15:38:01	HEITOR FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Novembro de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



AMBULATÓRIO DE FERIDAS COMPLEXAS (AFC)

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Ribeirão Preto, maio de 2022.

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ferida é qualquer interrupção na continuidade da pele que afete sua integridade. É definida como uma deformidade ou lesão, que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica (OLIVEIRA, 2019).

Quanto à etiologia as feridas podem ser do tipo traumáticas, cirúrgicas (deiscências, anomalias congênitas), necrotizantes ou infecciosas (Fournier, picadas por animais peçonhentos), por pressão, em pacientes diabéticos, vasculares (venosas, arteriais etc.), inflamatórias por vasculite, por irradiação, podem ser oncológicas e também congênitas como na hipodermólise bolhosa, onfalocele, etc.

Vários também são os fatores envolvidos no processo de cicatrização, e algumas feridas podem se tornar complexas, ou seja, possuem um ou mais dos fatores: extensa perda de partes moles, infecção, material necrótico e/ou comorbidades. Sendo a pele o maior órgão do corpo, ela também pode entrar em falência.

O tratamento de feridas se constitui um complexo problema de saúde pública, uma vez que acomete a população de forma geral e causa importante prejuízo na qualidade de vida e no convívio social do indivíduo (CAMPOS et al., 2016).

O município de Ribeirão Preto apresenta alta demanda de pacientes com feridas aguardando por avaliação especializada. Em 16/10/2020 **2230** pacientes estavam aguardando para consulta de cirurgia vascular, sendo a maioria dos casos venosos e que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária em Saúde o que demonstra necessidade de matriciamento da rede na especialidade.

Em Ribeirão Preto até então o acompanhamento das pessoas com feridas tem sido realizado na Atenção Primária à Saúde que conta com 63 unidades de saúde, em sua maioria com salas de curativo e com a disponibilidade de cobertura de alto custo, que nem sempre eram utilizadas de forma otimizada. As lesões complexas eram encaminhadas via regulação para especialidade médico vascular, com difícil atendimento da demanda em prazo e de forma oportuna, conforme descrito acima; e/ou para atendimento em nível hospitalar.

A fim de somar na organização do fluxo de atendimento das pessoas com feridas no município, foi criado o **Ambulatório de Feridas Complexas** o qual se espera que a atuação perpassa a criação de fluxo de atendimento às pessoas com feridas complexas na APS, a

2

Atualizado em maio de 2022

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



otimização o uso das coberturas complexas com indicação de um tratamento mais assertivo e resolutivo, a otimização dos recursos financeiros, e a capacitação dos profissionais da APS por meio da discussão de caso e contra referência, além da educação permanente dos profissionais por meio do matricialmente pelo Serviço de Atenção Domiciliar

OBJETIVOS

Geral

Auxiliar na reorganização do fluxo de atendimento das pessoas com lesões complexas na Rede de Atenção Municipal de Ribeirão Preto.

Específicos

- Acolher, avaliar e tratar pessoas com feridas complexas cuja cicatrização não tem respondido a tratamentos convencionais na APS;
- Estabelecer e seguir protocolos clínicos e técnicos a fim de melhorar a assistência a ser dispensada à pessoa com ferida.
- Otimizar e padronizar o uso das coberturas de alto custo no Município de Ribeirão Preto.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Em acordo com o fluxo de atendimento:

- Residir no município de Ribeirão Preto;
- Estar em acompanhamento na Atenção Primária em Saúde (APS) e seguindo as orientações do Manual de Assistência Integral às pessoas com feridas da SMS;
- ou
- Ser encaminhado da Clínica Vascular de Hospital de leito terciário;
- ou
- Ter solicitação de Processo Judicial para oxigenoterapia hiperbárica.

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



Em acordo com a doença de base:

Acometimento	Crítérios
Diabetes	Sensibilidade protetora ausente; Deformidade significativa; Úlcera ativa sem resposta ao tratamento após quatro semanas, exemplo: mal perfurante plantar, úlcera classificação Wagner 1 e 2 (Anexo 2);
Doenças venosas	Ausência de resolutividade por mais de quatro meses de terapia compressiva inelástica (bota de Unna). Para diagnóstico diferencial de lesão venosa ou arterial; OBS: Iniciar tratamento para insuficiência venosa conforme o protocolo de encaminhamento Cirurgia Vascular – PMRP. Disponível on line: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauade/pdf/cirurgia_vascular.pdf
Lesões crônicas de outra etiologia	Sem resolutividade por mais de quatro meses de terapia

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PELO COMPLEXO REGULADOR

- Número de cadastro na CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde);
- Relatório contendo história clínica, evolução, uso de tabaco atual ou prévio (informar tempo de uso), doenças associadas (informar se estão controladas ou não) e antecedentes pessoais;
- Exame físico:
 - IMC (Índice de Massa Corporal);
 - Frequência e característica do pulso;
 - Avaliação da ferida: localização, tamanho, tecido, exsudato, borda, presença de túnel/ descolamentos e sinais flogísticos;
 - Exame do pé diabético (Procedimento Operacional Padrão PMRP > Exame do Pé diabético com monofilamento, p. 211);

4

Atualizado em maio de 2022

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



- Exames complementares: informar os exames realizados e obrigatoriamente hemoglobina glicada se paciente diabético;
- Hipótese diagnóstica: enumerar;
- Tratamento: relatar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso atual (informar se foi obtido resultado com o tratamento proposto na APS) se paciente já foi operado para tal fim, se já fora realizado biopsia, se já fez seguimento intra-hospitalar, e se já realizado tratamento com Bota de Unna.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO / HOSPITAL

Algumas condições dos pacientes com feridas complexas não deverão ser encaminhadas para o Complexo Regulador por exigir atendimento de urgência e muitas vezes, regulação para Hospital Terciário, como por exemplo:

- Pacientes que apresentarem sinais e sintomas de isquemia crítica: dor de repouso ou durante sono, palidez e pele mosqueada dos pés, hiperemia e rubor pendente, úlcera isquêmica ou gangrena, ou então sinais e sintomas de infecção: celulites e abscessos.
- Complicações de úlceras em pé diabético:
Infecção moderada: Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (rubor, dor, calor ou enduração/edema) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estável. Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes: Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera. Presença de linfangite. Acometimento abaixo da fáscia superficial. Abscesso de tecidos profundos. Gangrena. Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.
- Infecção grave: Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação (rubor, dor, calor ou enduração/edema) em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

5

Atualizado em maio de 2022

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



- Insuficiência arterial: Casos com lesões devem ser encaminhados com prioridade para Cirurgia Vascular Hospitalar. Conferir item 4 – Insuficiência Vascular Arterial no Protocolo de encaminhamento Cirurgia Vascular – PMRP.

CONTRARREFERÊNCIAS PARA APS

- Meta estabelecida no plano terapêutico foi atingida: cicatrização da lesão ou controle e melhora da lesão.
- Evolução clínica não satisfatória: instabilidade da doença de base por não seguimento e ou uso inadequado das medicações;

CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- Não seguimento das orientações recebidas no AFC, faltas consecutivas e injustificadas;
- Melhora do quadro clínico com melhora ou cicatrização da lesão;
- Mudança para outro município;
- A pedido do paciente;
- Óbito.

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE FERIDAS COMPLEXAS

O paciente deverá ser regulado pelo Hygia para a especialidade “Ambulatório de Feridas Complexas” conforme os critérios indicados acima. A guia do paciente com a data do agendamento será encaminhada para a unidade de saúde que o paciente é adscrito e que deverá fazer o contato telefônico para orientar sobre a data da consulta, conforme já acontece com os demais encaminhamentos no município.

O paciente deverá comparecer ao AFC pontualmente no horário agendado.

Os **casos novos** serão atendidos por médico e equipe de enfermagem. Os **retornos** serão avaliados pela equipe de enfermagem. Quando necessário o paciente será encaminhado para avaliação de fisioterapia e nutrição.

Os pacientes que passarem por atendimento no AFC deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Serão utilizados indicadores clínicos como por exemplo, características da lesão (grau, evolução), tempo de cicatrização. De forma complementar propõe-se a utilização de um indicador financeiro a fim de avaliar o custo relacionado ao tratamento, com base nos recursos utilizados.

FUNCIONAMENTO

Segunda-feira a sexta-feira das 13:00 às 18 horas.

RECURSOS HUMANOS

Médico cirurgião vascular	20 horas
Enfermeiro	20 horas
Auxiliar de Enfermagem	30 horas

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde

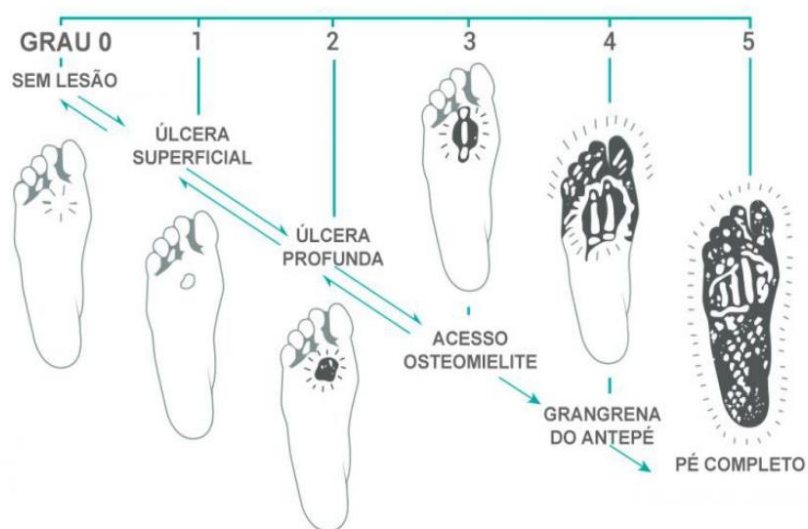


PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



ANEXO 1

CLASSIFICAÇÃO WAGNER DE ÚLCERAS DO PÉ DIABÉTICO



ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde

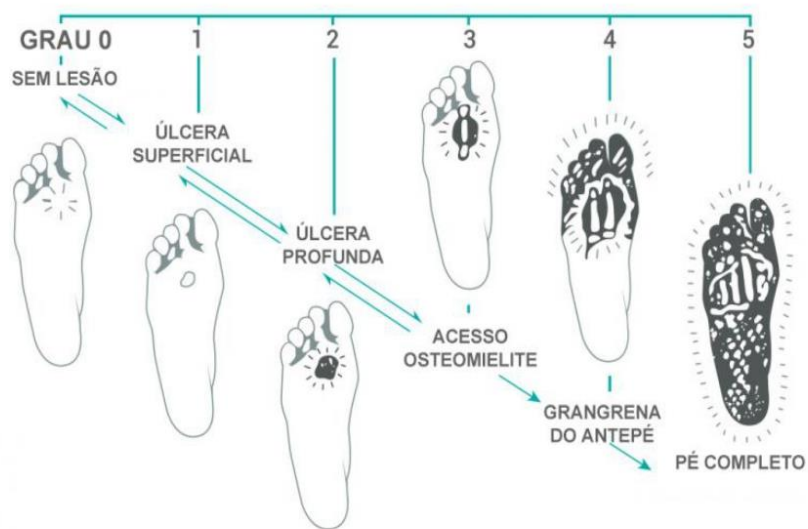


PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



ANEXO 1

CLASSIFICAÇÃO WAGNER DE ÚLCERAS DO PÉ DIABÉTICO



ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



ANEXO 2

TERMO DE RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO

Eu _____ CPF: _____
Residente na _____, responsável
pelo paciente _____ Hygia: _____
Telefone: _____ CNS: _____ CROSS: _____
Endereço: _____

- Autorizo o acompanhamento realizado pela equipe do Ambulatório de Feridas Complexas;
- Autorizo a equipe a tirar fotografias do paciente, desde que a mesma assegure o sigilo das informações pessoais e que os dados sejam usados apenas para acompanhamento e fins acadêmicos;
- Comprometo-me a seguir as orientações recebidas pela equipe em relação à saúde do paciente e a informar imediatamente sobre alterações como de prescrição médica, internações, alta hospitalar, óbito, mudança de telefone e mudança de endereço, etc.
- Comprometo-me a providenciar cuidador na companhia do paciente se necessário;
- Comprometo-me a realizar ou providenciar os meus cuidados de higiene, ou quando necessário o cuidador providenciará;(banho, curativo, administração de dieta, medicação, exercícios de fisioterapia etc.), conforme orientação da equipe;
- Compreendo que devo manter o acompanhamento com a Atenção Primária em Saúde, e que o seguirei integralmente durante o seguimento e após a alta do Ambulatório de Feridas Complexas.

Estou ciente de que faltas sem comunicar, poderá resultar no desligamento do ambulatório;
O não cumprimento das orientações poderá resultar em possíveis complicações sob total responsabilidade do paciente ou cuidador.

Concordo ter sido previamente informado sobre os procedimentos realizados e quanto aos meus cuidados gerais.

Ribeirão Preto, ___/___/____. Assinatura _____

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Ficha de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Feridas Crônicas

Unidade: _____ Nome: _____ idade: _____

Hygia: _____ Data Ferimento: _____ Tratam.: início- _____ alta: _____

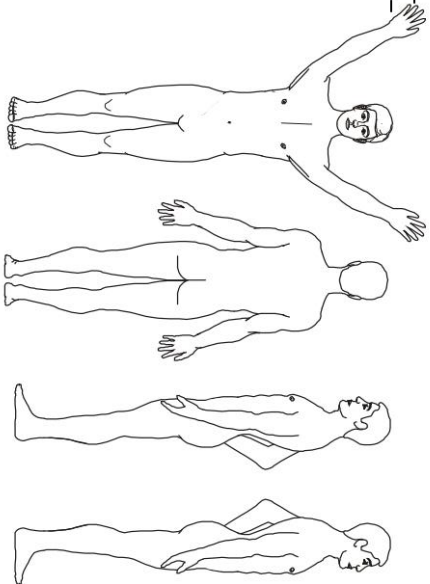
Realização Curativo: Unidade de Saúde () Domicílio ()

Exame dos Pés

Anote a presença (P) ou ausência (A)

() História prévia de úlcera
 () Sensibilidade protetora plantar
 () SIM () NÃO
 () Calosidades
 () Deformidades
 () Calçados / Palmilhas Especiais
 () Micoses, rachaduras, fissuras, pele seca

Marque a área de teste na figura abaixo:
 Monofilamento de 10g + sim - não



Doenças e Antecedentes

- Alcoolismo () Hipertensão ()
- Tabaqismo () Doenças Vasculares ()
- Diabete ()
- Outros _____

Mobilidade

- Deambula ()
- Deambula c/ auxílio ()
- Acamado Parcial ()
- Acamado Total ()

Tipos/Causas de Feridas

- IC – incisão cirúrgica
- | | | |
|----------------|-------------------------|------------------|
| A – abrasão | UP – úlcera de pressão | B - bolha |
| L – laceração | UN – úlcera neuropática | |
| CO – contusão | UA – úlcera arterial | D- deiscência |
| Q - queimadura | UV – úlcera venosa | |
| F – fixadores | | C - cisalhamento |

Presença de Pulso em Membros Inferiores:

- () SIM
- () NÃO

Qual:

IMC: _____ SSVV/ PA: _____ X _____ FC: _____ FR: _____ SAT: _____ GLICEMIA: _____

Ingesta (Vide Escala de Braden) : _____

() muito pobre () pobre () boa () excelente

Estágios da Lesão por Pressão – LP

Lesão por pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Estágio 4	Ferida da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não Classificável	Coloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.
Tissular Profunda	
Relacionadas a dispositivos médicos	Definições adicionais
Em membranas mucosas	Resultado do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o estágio apropriado. Quando há evidência de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Descrição da Ferida

Cor : R – rósea A – amarela C – cinza P – pretolíncrose V- vermelha

Odor : D – discreto M – moderado F – forte

Exsudato : S – seroso SS – serossanguinolento P – purulento

QUANTIDADE: N – nenhum P – pouco ME – média G – Grande

Pele Redor: N – normal V – vermelha I – induração M – macerada

ED – edema H – hematoma C – ciarrose B – bolha F – frito Q – quente

ANEXO D – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Feridas Crônicas)



Secretaria da
Saúde



PREFEITURA DA CIDADE
RIBEIRÃO PRETO
GLOBAL E ACOLHEDORA



REFERÊNCIAS

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs, 2020. 501 p.

OLIVEIRA, AC et al . Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 194-201, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200194&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2020. Epub June 10, 2019.

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

IWGDF Guidelines. 34º Congresso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Diretrizes do IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético**. Brasília, 2020.

NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Wachington, 2016. Disponível em: <<http://www.npiap.com>>. Acesso em: 15/01/2021.

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CIRURGIA VASCULAR

Prestadores: NGA, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Santa Casa, Hospital Estadual de Ribeirão Preto, UNAERP, Hospital Estadual de Serrana, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Idade:

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| • NGA | 13 anos |
| • Hospital Beneficência Portuguesa | 16 anos |
| • Hospital Santa Casa | Todas |
| • UNAERP | 13 anos |
| • Hospital Estadual de Ribeirão Preto | 15 anos |
| • Hospital estadual de Serrana | 18 anos |
| • Hospital das Clínicas | 16 anos |

Principais motivos do encaminhamento:

- Varizes de MMII – encaminhar pacientes a partir do grau CEAP 2 (olhar figura 1)
- Insuficiência vascular arterial e venosa
- Aneurismas (exceto aneurisma de aorta torácica e artérias cerebrais – observar quadro de sugestões de tratamento – item 5)
- Trombose venosa profunda (observar quadro de sugestões de tratamento - item 3)
- Pé diabético
- Ulceras venosas
- Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais)

Informações necessárias para o encaminhamento:

- História clínica sucinta, informando início da doença, evolução, uso de tabaco e/ou álcool (informar tempo de uso), doenças associadas (informar se estão controladas ou não) e medicações em uso;
- Exame físico: IMC; sinais flogísticos e/ ou e complicações; em caso de feridas localização, tamanho, presença de secreções; presença de pulso; exame do pé diabético (observar anexo 1);

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



- Exames complementares: informar os realizados;
- Hipótese diagnóstica: enumerar;
- Tratamento: reatar os tratamentos empregados previamente e a medicação em uso atual (informar se obtiveram resultado com o tratamento proposto na unidade);
- Número CROSS.

Figura 1 (classificação CEAP)



C1
Telangectasias



C2
Veias varicosas



C3
Veias varicosas
+ edema



C4
Hiperpigmentação



C5
Úlcera venosa
Cicatrizada



C6
Úlcera ativa

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



SUGESTÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO:

1 - VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

- MEV (atividade física regular aeróbica);
- Elastocompressão (meia $\frac{3}{4}$ 20-30mmhg);
- flebotônico oral (diosmina + hesperidina 500 mg 12/12h, Venalot 12/12h, Capilarema 75mg 12/12h, dobesilato de cálcio 500mg 12/12h) ou flebotônico tópico (venalot creme / vecasten gel /fletop 12/12h)
- Perda de peso se IMC > 29,9

OBS: Encaminhar paciente se sintomas de dor / edema refratários ao tratamento clínico; varicorrágia, dilatações varicosas importantes.

Telangiectasias + edema (sem varizes) = tratamento clínico!

2 – INSUFICIÊNCIA VASCULAR VENOSA / LINFEDEMA:

Edema de membros inferiores não associados a varizes / insuficiência cardíaca.
Encaminhar C4, C5 e C6

Iniciar tratamento clínico em UBS com as seguintes sugestões:

- MEV (atividade física regular aeróbica);
- Elastocompressão (meia $\frac{3}{4}$ 20-30mmhg);
- Flebotônico oral (diosmina + hesperidina 500 mg 12/12h – melhor para C5 e C6 / Capilarema 75mg 12/12h , dobesilato de cálcio 500mg 12/12h –Melhores para Linfedema)
- Perda de peso se IMC >29,9

OBS:

- IVC C4 C5 – **Meia elástica diariamente**
- C6 – **Bota de Unna (troca semanal – discutir caso com enfermeira da unidade)**

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascul)



3 - TROMBOSES VENOSA PROFUNDA DE REPETIÇÃO E SÍNDROME PÓS TROMBÓTICA

Síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, ulcera venosa) com evidência de refluxo ou obstrução venosa proximal, refratária ao tratamento conservador na Atenção Primária a Saúde por 6 meses, encaminhar para o vascular com história previa de 2 ou mais episódios documentados de trombose venosa profunda. Descrever exames, veias acometidas e tratamento prévio ou atual.

Mesmo o paciente encaminhado, o profissional da unidade básica poderá iniciar o tratamento clínico para síndrome pós trombótica com as seguintes sugestões:

- **Não medicamentoso:** -MEV (at física regular aeróbica regular); + Elastocompressão (meia $\frac{3}{4}$ 20-30mmhg);
- **Medicamentoso:** flebotônico oral (diosmina + hesperidina 500 mg 12/12h, Venalot 12/12h, Capilarema 75mg 12/12h, dobesilato de cálcio 500mg 12/12h) ou flebotônico tópico (fletop 12/12h; venalot creme / vecasten gel)

4 –INSUFICIÊNCIA VASCULAR ARTERIAL:

Pacientes com alterações de pulso periféricos, claudicação intermitente (dor muscular ao deambular) refratários ao tratamento clínico no período de 06 meses ou com doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial), encaminhar para o vascular.

(Obs: no caso descrito com sinais ameaçadores ao membro, encaminhar na prioridade e comunicar o complexo regulador via e-mail).

Tratamento sugerido na doença vascular arterial

- Atividade física
- Cilostazol
- Antiagregante
- Cessar tabagismo
- Controle de HAS, DM e DLP

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



5 – ANEURISMAS (exceto aneurisma de aorta torácica e artérias cerebrais)

Presença de massa pulsátil em trajeto arterial acompanhado ou não de sopros.

Se em Aorta abdominal:

- Aneurisma sintomático não-rotor da aorta abdominal, excluídas outras causas para os sintomas e não operados após avaliação em serviço de emergência; ou
- Aneurisma da aorta abdominal assintomático: com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou - com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em 6 meses); ou - em paciente com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou em paciente com vasculopatia periférica sintomática.

Aneurismas já documentados em exames de imagem (descrever em ficha de regulação dimensões. Orientar paciente a não perder exame e levar em consulta especializada).

Outros Aneurismas:

- Artéria Ilíaca, Poplítea, Artérias viscerais (mesentéricas, esplênicas)

Obs:

- Aneurisma de aorta Torácica Ascendente: Cirurgia Cardíaca
- Aneurisma de aorta Torácica Descendente: Cirurgia Vascular (ENDOVASCULAR)
- Artérias cerebrais: Neurocirurgia

6 – Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas e Vertebrais)

Encaminhar pacientes quando:

- AVCI ou AIT em pacientes com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;
- Paciente com estenose de carótida maior ou igual a 50% sintomática (AIT/amaurose fugaz);

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



- Paciente com estenose de carótida maior ou igual a 70% independente se for assintomático ou sintomático.

7 - Úlceras em pé diabético

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a cirurgia vascular ambulatorial :Infecção leve- / Infecção moderada sem sinais de gravidade – ver classificação em anexo 2

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



Anexo 1

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca ou fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade do pé	Diminuída, abolida ou alterada (parestésias)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querostático, periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querostático dolorosas

*Fonte: Dealey.2006: International Diabetes Federation

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br



SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

Anexo 2

Tabela 1- Classificação do grau da infecção

Classificação do grau de infecção	Características da lesão
1- Sem infecção	<ul style="list-style-type: none">Sem sinais de inflamaçãoÚlcera sem exsudato purulento
2- Infecção leve	<ul style="list-style-type: none">Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamaçãoQuando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlceraA infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiaisNão há outras complicações locais ou acometimento sistêmico
3a- Infecção moderada sem sinais de gravidade	<ul style="list-style-type: none">Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveisCom celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera
3b- Infecção moderada com sinais de gravidade	<p>São sinais de gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none">IsquemiaPresença de linfangiteAcometimento abaixo da fáscia superficialAbscesso de tecidos profundosGangrenaEnvolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso
4- Infecção grave	<ul style="list-style-type: none">Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- Suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) (ver quadro 1);
- Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) (ver quadro 2);
- Suspeita clínica de oclusão arterial aguda ou isquemia crítica (dor em repouso, palidez, ausência de pulso, temperatura fria, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena)

Atualizado em maio de 2022

ANEXO E – Protocolo de Encaminhamento Ambulatorial (Cirurgia Vascular)



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

- Suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta; ou paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita de ruptura iminente, progressão/complicação aguda ou sintomas não controláveis.
- Complicações de úlceras em pé diabético: Infecção moderada com sinais de gravidade / Infecção grave (Tabela 1 do anexo 2)

Quadro 1 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).

Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, parestesia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por 3 ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação a perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	- 2
Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até 4 horas. • 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável. 	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2015).

Quadro 2 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP

Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável)

Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1,5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5
TVP ou TEP prévio	1,5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP	
<ul style="list-style-type: none"> • Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência. • 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência. 	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2015).

Atualizado em maio de 2022

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Escleroterapia com espuma



Prefeitura Municipal
de Ribeirão Preto
Secretaria da Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NGA 59 – NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL
MELHOR EM CASA
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
RUA MINAS, 895 – CAMPOS ELÍSEOS



PACIENTE:

HYGIA:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CFM n. 1.931/2009 – Código de Ética Médica)

Tratamento Escleroterápico de Varizes

Por meio deste instrumento particular, eu abaixo assinado (a), procurei a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para o tratamento de minha doença venosa / úlcera venosa e por isso autorizo a realização deste procedimento, estando ciente das seguintes condições:

- 1 – Fui informado (a) do meu diagnóstico e que o tratamento pode não ser definitivo e recebi as instruções relativas aos cuidados que deverei tomar após este procedimento.
- 2 – O objetivo do tratamento é a melhoria da circulação sanguínea, tentativa de cicatrização de feridas.
- 3 – Fui informado (a) da possibilidade de tratamentos escleroterápicos adicionais, possibilidade de acompanhamento angiológico regular.
- 4 – Declaro que além das informações constantes neste Termo fui esclarecido (a) verbalmente pelo médico a respeito do meu tratamento onde pude dirimir minhas dúvidas.
- 5 – Autorizo a documentação do tratamento que poderá ser utilizado com finalidade científica, obedecendo-se o sigilo imposto pela legislação vigente.
- 6 – Os fatores que podem ser favoráveis são:
 - não requer internação ou licença do trabalho, podendo voltar a suas atividades senão no mesmo dia, no dia seguinte.
 - baixo risco do procedimento (somente algumas picadas de agulha) para pacientes que tem alto risco cirúrgico.
 - maior eficiência em pacientes com úlceras abertas ou recém cicatrizadas ou que tenham já a pele endurecida nas pernas, que não poderiam ser operadas.

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Escleroterapia com espuma

7- Estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais frequentes:

- leve e passageira dor de cabeça ou tontura, que ocorre geralmente naqueles que tem tendência a ter dor de cabeça ou enxaqueca.
- opressão ou aperto no peito, que ocorre em segundos e é passageira.
- reações alérgicas que são próprias da injeção de qualquer substância química no organismo sendo que os relatos de reações alérgicas ao polidocanol são muito raros.
- flebites ou endurecimento pouco doloroso nos cordões varicosos. Levam algumas semanas para que haja desaparecimento do quadro e eventualmente necessitam de drenagem.
- hiperpigmentação ou mancha escurecida na pele sobre as varizes que foram tratadas. Geralmente essas manchas desaparecem no prazo de até um ano. As manchas nas pernas que já existiam antes do tratamento podem não desaparecer;
- formação de trombos ou coágulos no sistema venoso profundo, podendo ser localizados ou mais extensos, com necessidade ou não de tratamento com remédios anticoagulantes. A partir da trombose, outra complicação possível é a embolia pulmonar, isto é, um coágulo que se desprende da perna, cai na circulação sanguínea e pára nos pulmões. É importante esclarecer que essa complicação, que é talvez a pior, ocorre em aproximadamente 0,4% dos pacientes e na grande maioria são trombos menores que não necessitam de tratamento, em pacientes que tem uma comunicação anormal entre o lado direito e esquerdo do coração, normalmente detectável desde a infância, este coágulo em vez de parar no pulmão poderá ir para outros órgãos (cérebro, intestino, rins, etc). entre os mais de 250.000 pacientes tratados, esses casos foram raramente vistos.

8 - Importante salientar que a cirurgia convencional também apresenta as mesmas complicações que foram apresentadas para a aplicação, isto é, flebite com endurecimento e nódulos na pele, hiperpigmentação ou manchas, formação de coágulos nas veias profundas, além do risco aumentado de lesão de nervos e vasos linfáticos.

9 - As opções ao tratamento proposto por este termo de consentimento são: terapia compressiva perene e tratamento medicamentoso.

10- O paciente deverá ficar com as pernas enfaixadas ou com meia elástica por alguns dias (a critério médico) e será acompanhado nas primeiras semanas para diminuir o risco de possíveis complicações

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre o tratamento com proposto e tive minhas dúvidas esclarecidas. Concordo em me submeter a procedimento descrito acima, tendo em vista que decidi conjuntamente com meu médico que é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Autorizo a documentação do tratamento que poderá ser utilizado com finalidade científica, obedecendo-se o sigilo imposto pela legislação vigente.

_____/_____/_____

Dr. (a) HEITOR FERNANDES AMORIM

Médico Cirurgião Vascular – CRM 160828

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Escleroterapia com espuma

INFORMAÇÃO PRÉ PROCEDIMENTO

TRAGA PARA A UNIDADE DE SAÚDE

- 1) Documentos pessoal / Cartão de Saúde;
- 2) Termo de Consentimento assinado;
- 3) Roupas confortáveis (de preferência não apertadas em local de procedimento).

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS

- 1) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas, cigarros ou outras substâncias químicas 24 horas antes do procedimento.
- 2) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Caso faça uso de medicamentos, fique atento: Tomar os medicamentos como de costume;
-- Caso seja necessário suspensão de algum medicamento, o médico irá orientar previamente.
- 2) Em caso de febre ou mal estar nos dias anteriores ao procedimento, entrar em contato com a unidade de saúde previamente;
- 3) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pela equipe da Prefeitura, podendo ocorrer atrasos;
- 4) Não é necessário realização de jejum no dia da cirurgia ou no dia anterior.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Biópsia



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NGA 59 – NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL
MELHOR EM CASA
RUA MINAS, 895 – CAMPOS ELÍSEOS



PACIENTE:

HYGIA:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CFM n. 1.931/2009 – Código de Ética Médica)

“EXÉRESE DE PEQUENAS LESÕES DE PELE E MUCOSAS”

Por meio deste instrumento particular, eu abaixo assinado (a), procurei a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para o tratamento de minha lesão e por isso autorizo a realização deste procedimento, estando ciente das seguintes CONSIDERAÇÕES:

DEFINIÇÃO: Procedimento que consiste na retirada de lesões da pele e mucosa.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO: Diagnosticar a causa dos sinais e sintomas que o levaram a procurar nosso serviço e esclarecer seu problema.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos;
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue);
3. Formação de equimoses (manchas roxas);
4. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos);
5. Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico mostrar invasão na borda cirúrgica;
6. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CID: D-22.0 / D-22.1 / D-22.2 / D-22.3 / D-22.4 / D-22.5 / D-22.6 / D-22.7 / D-22.9 / D-23 / D-23.0 / D-23.1 / D-23.2 / D-23.3 / D-23.4 / D-23.5 / D-23.6 / D-23.7 / D-23.9 / D-24 / L-98.8 / L-98.9

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga as unidades de saúde a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte da unidade de saúde, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Biópsia

OUTRAS INFORMAÇÕES: Para o procedimento pode ser necessário a remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos. Após são utilizados anti-sépticos apropriados. A anestesia é local e o paciente não tende a sentir dor durante o procedimento

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE		IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: <input checked="" type="radio"/>
CIRURGIA DO MEMBRO:		
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO	
<input type="checkbox"/> Olho direito	<input type="checkbox"/> Olho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Orelha direita	<input type="checkbox"/> Orelha esquerda	
<input type="checkbox"/> Pulmão direito	<input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo	
<input type="checkbox"/> Ombro direito	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo	
<input type="checkbox"/> Braço direito	<input type="checkbox"/> Braço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Antebraço dir.	<input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Mão direita	<input type="checkbox"/> Mão esquerda	
Se Dedo, qual:	Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Rim direito	<input type="checkbox"/> Rim esquerdo	
<input type="checkbox"/> Glúteo direito	<input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo	
<input type="checkbox"/> Coxa direita	<input type="checkbox"/> Coxa esquerda	
<input type="checkbox"/> Perna direita	<input type="checkbox"/> Perna esquerda	
<input type="checkbox"/> Joelho direito	<input type="checkbox"/> Joelho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Pé direito	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo	
Se Dedo, qual:	Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Outros:		

Declaro ter sido esclarecido (a) que apesar dos cuidados estéticos, o procedimento possui como objetivo a retirada de lesões. Dessa forma declaro, ainda, que foi plenamente esclarecido que em todos os procedimentos necessitam de seguir as orientações com relação a curativos e cuidados com a ferida cirúrgica (auto-cuidados do paciente) para minimizar os riscos das complicações acima mencionadas nos dias que seguem ao procedimento. Caso haja existência de tatuagens ou outros adomos em região da lesão, pode haver comprometimento estético.

Declaro, ainda, não possuir conhecimento de ter apresentado alguma reação alérgica ao anestésico local ou medicamentos utilizados em procedimentos anteriores.

Declaro, ainda, não estar em uso de medicações anticoagulantes e está ciente que o uso desses medicamentos contraindica a realização do procedimento por aumentar significativamente as chances de sangramento.

Finalmente, declaro estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre o tratamento com proposto e tive minhas dúvidas esclarecidas. Concordo em me submeter a procedimento descrito acima, tendo em vista que decidi conjuntamente com meu médico que é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Autorizo a documentação do tratamento que poderá ser utilizado com finalidade científica, obedecendo-se o sigilo imposto pela legislação vigente.

_____/_____/____

Médico - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Biópsia

INFORMAÇÃO PRÉ PROCEDIMENTO

TRAGA PARA A UNIDADE DE SAÚDE

- 1) Documentos pessoal / Cartão de Saúde;
- 2) Termo de Consentimento assinado;
- 3) Roupa confortável (de preferência não apertada em local de procedimento).

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS

- 1) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas, cigarros ou outras substâncias químicas 24 horas antes do procedimento.
- 2) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Caso faça uso de medicamentos, fique atento: Tomar os medicamentos como de costume;
-- Caso seja necessário suspensão de algum medicamento, o médico irá orientar previamente.
- 2) Em caso de febre ou mal estar nos dias anteriores ao procedimento, entrar em contato com a unidade de saúde previamente;
- 3) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pela equipe da Prefeitura, podendo ocorrer atrasos;
- 4) Não é necessário realização de jejum no dia da cirurgia ou no dia anterior.