

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MÁRCIO ANTÔNIO LEITE LIMA

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE E O ATENDIMENTO NO SUS/ES**

VITÓRIA-ES

2021

MÁRCIO ANTÔNIO LEITE LIMA

**TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE E O ATENDIMENTO NO SUS/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM – como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L732t Lima, Márcio Antônio Leite
Trombose venosa profunda : um olhar sobre a atenção da política de saúde e o atendimento no SUS/ES / Márcio Antônio Leite Lima. - 2021.
56 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Política pública de saúde – Espírito Santo (Estado). 2. Trombose venosa – mulheres. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) – atendimento. 4. Pobreza - classe social. 5. Mulheres – saúde. I. Silva, Valmin Ramos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.143

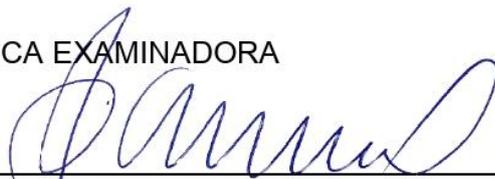
MARCIO ANTÔNIO LEITE LIMA

**TROMBOSE VENENOSA PROFUNDA: UM OLHAR SOBRE A
ATENÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E O ATENDIMENTO NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador



Profª. Drª. Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. José Aires Ventura
Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica
e Extensão Rural - ENCAPER

Dedico ao meu pai/padrinho, Arlindo Jovino Francisco, vítima de cirrose hepática aos 85 anos em 2020. A sua falta é sentida até hoje por toda a sua família, mas sua luta sempre foi motivo de inspiração para mim, e ao meu irmão Amarildo Lima que salvou a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha saúde e pela força que me sustentou durante toda essa longa caminhada.

À minha esposa, Joelma, companheira na batalha da vida que nunca me deixou desanimar com esse trabalho.

Para minhas filhas Gabriela e Ana Alice, por me consolarem nos momentos de dificuldade.

Aos meus antepassados, honradas pessoas de fibra altaneira, avós sempre atenciosos e solícitos a tudo.

Para minhas mães, Ana e Lucia e meu falecido pai Luiz (de 1935 a 2020), que não mediram esforços para apoiar esse sonho de ser mestre.

Aos meus irmãos pelo incentivo em forma de ajuda e principalmente o apoio nas horas das dificuldades.

Aos meus mestres do aprendizado em medicina durante toda a vida, em especial ao Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva, pela orientação insistente e sólida, pela confiança que teve em mim como aluno, sempre me incentivando como pesquisador.

“Conheci um homem que disse uma vez que a morte sorri a todos nós e tudo que podemos fazer é sorrir de volta”. “O que fazemos nesta vida ecoa na eternidade”. GLADIADOR

RESUMO

Introdução: Este estudo tem como tema a trombose venosa profunda, uma doença que atinge todas as camadas sociais, independente de gênero e/ou idade. O acometimento pela doença ocasiona uma mudança brusca na vida do acometido, uma vez que o processo de doença acontece de maneira lenta, insidiosa e gradativa, levando a invalidez temporária ou definitiva, deixando marcas indeléveis no indivíduo e entre seus familiares. Contudo, é uma doença que pode ser controlada, mas seu agravamento é bastante comum devido à dificuldade de acesso ao profissional especializado, bem como, pela dificuldade de realização de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. **Objetivo:** Avaliar aspectos sociodemográficos e o acesso a atenção à saúde dos pacientes com trombose venosa profunda. **Métodos:** Estudo descritivo, de corte transversal. Aplicado instrumento de avaliação contendo variáveis sociodemográficas, de qualidade do atendimento aos usuários e perguntas sobre recursos financeiros aos gestores, e perguntas sobre materiais/insumos e satisfação no trabalho para enfermagem. Estudo realizado em três unidades terciárias do SUS no estado do Espírito Santo. **Resultados:** Os 200 participantes se caracterizaram por serem do sexo feminino (86,5%), não brancos (79,5%), com renda até um salário-mínimo, ensino fundamental incompleto (68,0%), procedência de área rural (82,5%), maior faixa etária entre 51 a 60 anos (25,5%). Feitas críticas quanto a acesso a consulta, exames complementares e leito hospitalar e na qualidade aos serviços prestados (81%). A enfermagem identificou amadorismo na assistência e reenviou investimento em capacitação. Os gestores identificaram financiamento limitado pelo estado e pedem participação com *royalties* do petróleo e do capital privado. **Conclusão:** Os participantes se caracterizaram por serem do sexo feminino, não brancos, com baixa renda, ensino fundamental incompleto, procedência de área rural e maior faixa etária entre 51 e 60 anos (25,5%). Relataram limitação ao acesso a consultas, leitos hospitalares e exames complementares. A enfermagem sente necessidade de capacitação e os gestores ressentem-se de maior investimento para melhorar a qualidade no atendimento aos pacientes.

Palavras-chave: Política pública de saúde. Varizes. Classe social. Pobreza.

ABSTRACT

Introduction: This study has as its theme deep vein thrombosis, a disease that affects all social strata, regardless of gender and/or age. Affliction by the disease causes a sudden change in the life of the affected person, since the disease process happens slowly, insidiously and gradually, leading to temporary or permanent disability, leaving indelible marks on the individual and among their families. However, it is a disease that can be controlled, but its aggravation is quite common due to the difficulty in accessing a specialized professional, as well as the difficulty in performing diagnostic tests and therapeutic procedures. **Objective:** To assess sociodemographic aspects and access to health care for patients with deep vein thrombosis. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study. An assessment instrument was applied containing sociodemographic variables, quality of service to users and questions about financial resources for managers, and questions about materials/inputs and job satisfaction for nursing. Study carried out in three tertiary units of the SUS in the state of Espírito Santo. **Results:** The 200 participants were characterized by being female (86.5%), non-white (79.5%), with income up to one minimum wage, incomplete primary education (68.0%), coming from a rural area (82.5%), older age group between 51 to 60 years (25.5%). Criticisms were made regarding access to consultations, complementary exams and hospital beds and the quality of services provided (81%). Nursing identified amateurism in care and resent investment in training. Managers have identified limited state funding and are asking for participation with royalties from oil and private equity. **Conclusion:** Participants were characterized by being female, non-white, with low income, incomplete primary education, coming from a rural area and older age group between 51 and 60 years (25.5%). They reported limited access to appointments, hospital beds and complementary exams. Nursing feels the need for training and managers resent greater investment to improve the quality of patient care.

Keywords: Public health policy. Venous leg ulcer. Varicose veins. Social class. Poverty.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAP	Classificação Etiológica/Anatômica/Patofisiológica – Classificação de Insuficiência Venosa de Membros Inferiores
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease (doença) 2019
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DD	D dímero
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EP	Embolia Pulmonar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HCFM	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
HEABF	Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias
HERAS	Hospital Estadual Roberto A. Silveiras
HEUE	Hospital Estadual de Urgência e Emergência
HFN	Heparina Não Fracionada
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
PCR	Proteína C reativa
QV	Qualidade de Vida
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamento, Órteses, Próteses, Materiais e Medicamentos Especiais do SUS
SPT	Síndrome Pós-Trombótica
SUS	Sistema Único de Saúde
TEV	Tromboembolismo Venoso
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TFM	Trombólise Fármaco Mecânica
TVP	Trombose Venosa Profunda
UBS	Unidade Básica de Saúde
UV	Úlcera Venosa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Caracterização demográfica da população com trombose venosa profunda, avaliado em três hospitais do Sistema Único de Saúde, ES, Brasil (n=200).....	39
Tabela 2 - Variáveis de interesse, com as frequências e suas respectivas porcentagens, em valores absolutos na trombose venosa profunda, em usuários do Sistema Único de Saúde, ES, Brasil (n=200).....	40
Tabela 3 – Investigação sobre o trabalho dos profissionais de enfermagem, no cuidado aos pacientes com Trombose Venosa Profunda (n=20)	41
Tabela 4 – Visão dos gestores em relação ao financiamento dos serviços prestados aos pacientes com Trombose Venosa Profunda (n=14)	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição da Trombose Venosa Profunda de acordo com o CID-10.....	19
Quadro 2 - Escore do modelo Caprini.....	25
Quadro 3 - Escore de Wells – Escore de risco para desenvolver trombose venosa profunda nos membros inferiores.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 TIPO DE ESTUDO	18
3.2 LOCAL DE PESQUISA	18
3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	18
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	19
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	19
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	20
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
4.1 CONCEITOS E PREVALÊNCIAS	21
4.2 PROBLEMAS SOCIAIS DEVIDO À COMPLICAÇÃO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	22
4.3 CAUSAS DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	24
4.4 COMPLICAÇÕES DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	27
4.5 DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO.....	28
4.6 DIFICULDADES PARA O TRATAMENTO	32
4.7 LEIS, PORTARIAS E NORMAS QUE REGULAM O SUS	33
5 RESULTADOS.....	39
6 DISCUSSÃO.....	42
7 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	52

APÊNDICE A - Entrevista aos pacientes quanto ao acesso em unidades do SUS/ES	52
APÊNDICE B - Entrevista com os gestores em unidades do SUS/ES	53
APÊNDICE C - Questionário aos profissionais da enfermagem	54
ANEXOS	55
ANEXO A - Parecer do CEP Emescam	55

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a trombose venosa profunda e foi motivado pelo fato do autor exercer a profissão médica há 28 anos e ter se deparado com determinadas doenças de maior incidência em diferentes classes sociais. A doença pesquisada nesta dissertação de mestrado destaca o cotidiano dos trabalhadores, que em sua maioria, têm sua vida, convívio social, lazer e rotina de trabalho interrompidos por um processo patológico que acontece de maneira lenta, insidiosa e gradativa, levando a invalidez temporária ou permanente, deixando marcas indeléveis no indivíduo e entre seus familiares, causada, em parte, pela enorme dificuldade de acesso a profissionais especializados, dificuldade de realização de exames laboratoriais e procedimentos terapêuticos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, é definido pela Lei 8.080, de 1990, mas, no contexto geral, e na dimensão das políticas públicas, apresenta inúmeros desafios para usuários com trombose venosa profunda de membros inferiores. Esse é um problema evitável, que afeta grupos e indivíduos, em especial aqueles em maior vulnerabilidade social, o que caracteriza a situação como uma iniquidade em saúde, um traço marcante da situação de saúde no Brasil.

A trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores é definida como um coágulo sanguíneo nas veias profundas das extremidades afetadas, que pode ocorrer espontaneamente ou estar associada a fatores de riscos específicos, com potencial para complicações letais, com aumento da morbimortalidade, incluindo a embolia pulmonar, em que, mais de 90% dos casos são provenientes de trombos de membros inferiores (HATTAB *et al.*, 2017). A doença é a maior causa de morbimortalidade no pós-operatório devido à inadequada profilaxia e à falta de diagnóstico precoce. Uma atenção secundária adequada pode contribuir para evitar ou minimizar as consequências econômicas, clínicas e sociais, além das implicações médico-legais (CRUZ, 2018).

Nas últimas décadas, a pirâmide populacional tem passado por transformações nas faixas etárias, com redução da natalidade e aumento da expectativa de vida, ocasionando algumas preocupações relacionadas às alterações fisiológicas que

predispõem ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com crescente impacto econômico e social. Dessa forma, a promoção da saúde apresenta como objetivo o controle dos fatores de risco dessas doenças combinadas com educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de alto risco (RAMOS, 2003).

Nos países em desenvolvimento, as DCNT representam 50% do número total de doenças, afetando a expectativa de vida dos indivíduos doentes, resultando em algum grau de incapacidade na realização das atividades cotidianas (JUNIOR; SILVA; DAIN, 2006).

Dentre as DCNT, a TVP, quando evolui para insuficiência venosa crônica (IVC), se torna um problema de saúde pública. Seu aparecimento se dá devido ao aumento na pressão venosa, em decorrência do *deficit* do retorno venoso causado pela incompetência valvular, pela obstrução venosa, pela disfunção dos músculos das pernas ou pela combinação desses fatores, gerando assim, alterações clínicas da pele, edema, lipodermatoesclerose, dermatite ocre (FRANÇA; TAVARES, 2003).

A trombose venosa profunda (TVP) e a Úlcera Venosa (UV), que é uma das principais complicações da insuficiência venosa crônica (IVC), apresentam prevalência estimada de 1% a 2% na população mundial, em especial, nas pessoas maiores de 65 anos de idade, contribuindo para o aumento dos gastos com saúde e piora da qualidade de vida nesse grupo (GUIMARÃES BARBOSA; NOGUEIRA CAMPOS, 2010).

No Brasil estima-se que cerca de 3% da população acometida de trombose venosa profunda (TVP) apresenta úlcera venosa (UV). Há evidências que esse índice chega a 10% quando associado a outras doenças de base, como o diabetes e a hipertensão (PRESTI; JUNIOR, 2015).

Para Kelechi e Johnson (2012), a trombose venosa profunda (TVP) que evolui para a úlcera venosa (UV) exerce uma sobrecarga para a sociedade em termos de custos com os cuidados. Também se caracteriza a partir de lesões graves da pele e tecidos subjacentes, causando sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, incapacidade e alterações psicossociais nos indivíduos acometidos (TORRES, 2015).

Além do aumento com gastos públicos, a úlcera venosa, de maneira geral, piora a qualidade de vida do indivíduo, interferindo nas atividades de seu cotidiano e de seus familiares e produzindo alterações biopsicossociais e econômicas (SOARES; MOREIRA; MONTEIRO, 2008). Esses indivíduos podem apresentar também, alteração da autoimagem corporal, diminuição da mobilidade e dor, logo, esses fatores podem levar ao isolamento social e a alterações na saúde física e mental, simultaneamente, gerando impactos negativos à qualidade de vida (SOARES; MOREIRA; MONTEIRO, 2008).

O tratamento da trombose venosa profunda e da úlcera venosa exigem tratamento medicamentoso, cirurgia, psicoterapia, alterações no estilo de vida e a coparticipação de forma efetiva dos indivíduos envolvidos, assim como, dos profissionais de saúde que atuaram no processo de cuidado (COSTA, 2011). Neste sentido, a promoção da saúde propicia o estreitamento na relação entre profissionais e usuários, tornando-os assim, ativos e conscientes de sua condição de vida e realizando uma educação em saúde para que eles sejam capazes de realizar seu autocuidado de maneira autônoma e efetiva (COSTA, 2011).

Para verificar a qualidade da assistência, foi realizado um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, que incluiu 30 participantes e que teve como objetivo identificar a qualidade e o conhecimento do direito à saúde das pessoas com úlcera venosa crônica, atendidas no Sistema Único de Saúde. O grupo avaliado foi em maioria do sexo feminino e acusaram como boa a qualidade da assistência prestada e demonstraram conhecimento inadequado sobre seus direitos à saúde no SUS, porém, mostraram interesse em adquirir mais informações (ANGELICO, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar aspectos sociodemográficos, o acesso e a atenção à saúde dos pacientes com trombose venosa profunda.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas dos pacientes com trombose venosa profunda.
- Avaliar como se dá o acesso aos profissionais especializados, aos exames e às terapias aos pacientes com trombose venosa profunda.
- Avaliar, pela ótica dos gestores e da enfermagem, quanto a disponibilidade de materiais/equipamentos dispensados para a atenção às pessoas acometidas por trombose venosa profunda.

3 METODOLOGIA

Avaliar como se dá o acesso aos profissionais especializados, aos exames e às terapias aos pacientes com trombose venosa profunda.

Avaliar, pela ótica dos gestores e da enfermagem, quanto a disponibilidade de materiais/equipamentos dispensados para a atenção às pessoas acometidas por trombose venosa profunda.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, de corte transversal, prospectivo, de natureza quantitativa.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi realizado no Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE - Vitória), Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias (HEABF – Vila Velha), e Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HERAS – São Mateus), hospitais de referência para a Região Metropolitana da Grande Vitória e Região Serrana para o tratamento de trombose venosa profunda (TVP) e úlcera venosa (UV).

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento de avaliação, não validado, contendo as 14 variáveis que contemplam os dados sociodemográfico e relacionadas ao atendimento aos pacientes (APÊNDICE A). Para avaliar a disponibilidade de recursos nos hospitais avaliados foi aplicado um instrumento, não validado, a 14 gestores (APÊNDICE B). Foi também elaborado um instrumento de avaliação e aplicado a enfermeiros e gestores dos hospitais participantes do estudo.

Para investigar a satisfação do trabalho do enfermeiro e avaliação dos gestores foi aplicado e utilizado um instrumento de avaliação (APÊNDICE C).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Moradores do estado do Espírito Santo, atendidos no período de 1º de dezembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, com diagnóstico de TVP definido pelo Eco Doppler Venoso de membros inferiores, descritas no CID-10 (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição da Trombose Venosa Profunda de acordo com o CID-10

CID 10	Descrição
180.1	Flebite e tromboflebite da veia femoral
180.2	Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores
180.3	Flebite e tromboflebite dos membros inferiores, não especificada
180.8	Flebite e tromboflebite de outras localizações
180.9	Flebite e tromboflebite de localização não especificada
182.0	Outra embolia e trombose venosas
182.1	Tromboflebite migratória
182.8	Embolia e trombose de outras veias especificadas
182.9	Embolia e trombose venosas de veia não especificada

Fonte: CID 10 – Classificação internacional das Doenças

Os critérios de inclusão para os gestores hospitalares foram estar em atividade de gestão nas unidades em questão e para os enfermeiros foi estar na assistência a enfermarias da angiologia/cirurgia vascular e no ambulatório de feridas e úlceras de membros inferiores. Não foram aplicados critérios de exclusão.

Os dados referentes aos 200 participantes foram organizados no software Microsoft Excel for Windows 10® e analisados no software SPSS, versão 21.1.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Realizada estatística descritiva com apresentação dos dados em frequência, percentual, média, mediana e desvio padrão. Quando indicada, as comparações foram feitas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson, considerando como significativos valores de $p < 0,05$, intervalo de confiança de 95%.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, parecer número 3.849.807.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CONCEITOS E PREVALÊNCIAS

A trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores é uma doença que se caracteriza pela formação aguda de trombos nas veias profundas dos membros. A condição local depende, em grande parte, da extensão da trombose e das veias afetadas e pode ser acompanhada de manifestações sistêmicas. Embora essa condição possa causar desconforto para o paciente, a complicação mais importante e de maior risco é a embolia pulmonar (EP) (MAFFEI, 2015).

Nos EUA e na Europa, foi estimada uma incidência anual de tromboembolismo venoso (TEV), incluindo trombose venosa profunda e embolia pulmonar de 1 a 3 casos por 1.000 habitantes/ano, sendo a terceira doença cardiovascular mais comum e responsável por 300.000 a 600.000 hospitalizações por ano. A mortalidade anual relatada é de 50.000 pessoas acometidas por embolia pulmonar. No Brasil, o TEV também parece ser comum (ROCHA; PAIVA; BERNARDO, 2009; FORTES *et al.*, 2007).

Há relatos de EP em 19,1% de necropsias em São Paulo, sendo a causa da morte em 3,7%. Um estudo no mesmo estado e serviço identificou entre 1979 e 1988, em 4.813 autópsias, uma frequência de EP de 10,6%, com mortalidade semelhante (ROCHA; PAIVA; BERNARDO, 2009).

Outros autores brasileiros encontraram menor incidência de EP na revisão de necropsias, porém, mortalidade semelhante à anteriormente relatada. Esses dados são semelhantes aos verificados na literatura internacional, embora essa incidência pareça estar diminuindo ao longo dos anos. Outra complicação da TVP, que não é fatal, mas causa grandes problemas socioeconômicos, é a insuficiência venosa crônica (IVC), neste caso, também denominada síndrome pós-trombótica (SPT) (MAFFEI, 2015).

Sem o uso de meias elásticas após o episódio inicial de TVP, em torno de 5% dos pacientes desenvolveram SPT, sendo grave em 1/5 desses casos. A prevalência de úlcera de estase tem variado de 0,18 a 3,9% nos diversos países (MAFFEI, 2015).

A prevalência da úlcera venosa (UV) está em torno de 1,5% e 60% dessas alterações e são devidas à TVP prévia. Em geral, a TVP dos membros inferiores é dividida em proximal e distal. É proximal quando atinge as veias poplítea, femoral ou ilíaca com ou sem trombose nas veias da perna. É distal quando a trombose atinge apenas as veias da perna. Essa diferenciação entre TVP proximal ou distal tem importância prática, porque já se comprovou que a probabilidade de uma EP grave ser causada por uma TVP distal é baixa, entretanto, é importante também se fazer o diagnóstico da TVP distal e tratá-la precocemente, pois, 6 a 31% das TVP distais podem evoluir para uma TVP proximal (MAFFEI, 2015).

A TVP é uma doença muito frequente, em especial como complicação de outras afecções cirúrgicas ou clínicas. Ocorre também espontaneamente em pessoas aparentemente hígdas. A partir de dados de internação nos três hospitais na cidade de Botucatu, que internavam pacientes com TVP, estimou-se uma frequência de TVP diagnosticada clinicamente e confirmada por flebografia ou ultrassonografia (US) em 60 casos por 100.000 habitantes/ano. Nos EUA, com base em dados de Olmsted Country, Minnesota, foi estimado a ocorrência de 48 casos com episódios de TVP por 100.000 habitantes/ano e 69 por 100.000 habitantes/ano de EP associados ou não à TVP, perfazendo 117 casos de TEV por 100.000/ano (LFTUS *et al.*, 2000).

Em trabalho mais recente, Naess *et al.* (2007), em estudo populacional em uma cidade da Noruega, encontrou uma incidência um pouco maior, de 93 casos com episódios de TVP por 100.000 habitantes e 50 casos de EP/100.000 habitantes, estimando uma incidência de TEV de 143 por 100.000 habitantes ano.

4.2 PROBLEMAS SOCIAIS DEVIDO À COMPLICAÇÃO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

A promoção da saúde estreita a relação entre profissionais e usuários, permite a coparticipação dos indivíduos no cuidado com sua saúde, tornando-os ativos e

conscientes de sua condição de vida. Os indivíduos que possuem úlceras venosas apresentam impacto socioeconômico devido a sua recorrência e cronicidade.

Os indivíduos com UV sofrem estigma, preconceitos e rejeição. Necessitam de tratamento e acompanhamento mais adequado para a diminuição das complicações decorrentes da UV. A falta de material adequado para a realização dos curativos e o despreparo dos profissionais pode estar associado ao longo tempo de tratamento e dificuldade de cicatrização (GONÇALVES, 2017).

Ao investigar o sentimento de integração social entre pacientes com úlcera venosa, foi realizado um estudo qualitativo com oito pessoas acometidas pela doença, atendidas em uma clínica de curativos em João Pessoa (PB). Os resultados mostraram que as pessoas com úlcera venosa acreditavam que a lesão, além de dolorosa, as estigmatizavam e preferiam permanecer em casa assistindo TV. Algumas pessoas se sentiam integradas à sociedade, enquanto outras sofriam isoladas e longe de suas famílias. É necessário repensar as práticas de assistências inclusivas e receptivas que vão além das técnicas de cuidar da doença e compreender a complexidade humana (ALVES *et al.*, 2015).

Outro estudo avaliou a qualidade de vida em 50 paciente com úlcera venosa, caracterizada por apenas uma lesão, tempo de lesão de até cinco anos, repouso inadequado, dor intensa, edema e lesões colonizadas. Na entrevista identificou-se discriminação social e piora na qualidade de vida após o surgimento das úlceras, que foi tão mais negativa quanto maior a duração e o tamanho da lesão (NOBREGA, 2016). O tratamento foi iniciado na Unidade Básica de Saúde, quatro meses depois do surgimento da úlcera, com acesso ao serviço utilizando transporte coletivo. O tratamento tópico mais utilizado foi o cicatrizante e, raramente, a terapia elástica compressiva foi empregada.

Úlcera Venosa é uma doença das extremidades inferiores causada pelo retorno insuficiente de sangue venoso dos pés ou pernas para a veia cava e o átrio direito. Embora não sejam fatais, essas feridas crônicas prejudicam gravemente a qualidade de vida (QV) dos pacientes, ocasionando grandes mudanças, por vezes, nas esferas familiar, social, econômica e psicológica (COSTA, 2011).

4.3 CAUSAS DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é uma doença que tem epidemiologia de alta prevalência e está associada a múltiplas causas. Coágulos se contraem em trombos que se formam nas veias levando a descontinuidade do fluxo sanguíneo normal, iniciando geralmente nos membros inferiores. A trombose venosa profunda de membros inferiores é uma doença que acomete pessoas de ambos os sexos, nas diversas fases do ciclo de vida, sendo pouco enfatizada entre os profissionais da saúde, assim evoluindo rapidamente para seu estado crônico (ORRA, 2002).

Apresenta foco no pós-operatório e grande incidência devido à hereditariedade. No caso de pacientes em leitos, a doença aparece principalmente em cirurgias de grande porte em que o paciente fica muito tempo acamado, com severa diminuição da circulação pela imobilização. Quando associada a fatores genéticos, é uma doença silenciosa, iniciando nas panturrilhas, causando dores, vermelhidão e até mesmo edema (ORRA, 2002).

O tratamento da TVP é feito por fármacos anticoagulantes, diminuindo os trombos ao deixar o sangue menos coagulável. Os indivíduos acometidos pela doença devem se submeter a profilaxia individual, a fim de reduzir o tromboembolismo e impedindo a evolução da doença para hemorragias e/ou embolias. Apesar da complexidade, medidas de intervenção farmacológicas e não-farmacológicas devem ser realizadas precocemente (SOUZA; RODRIGUES, 2017).

Ao determinar a causa e incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia em pacientes internados e submetidos a procedimentos cirúrgicos vasculares e ortopédicos, detectou-se incidência global de trombose venosa profunda de 7,5% e, embora a maior parte dos pacientes pode ser considerada de alto e altíssimo risco para trombose venosa profunda, na prática médica, persiste a deficiência na aplicação da profilaxia (OKUHARA *et al.*, 2014).

Os fatores de risco para trombose venosa foram estratificados conforme modelo de Caprini (Quadro 2), para a avaliação da qualidade da profilaxia compararam-se as

medidas adotadas com as diretrizes de profilaxia do Colégio Americano de Pneumologia.

Quadro 2 - Escore do modelo Caprini

Características do paciente	Escore*	Características do paciente	Escore
AVC há menos de um mês	5	Restrição ao leito > 72 horas	2
Artroplastia de quadril/joelho	5	Idade 41-60	1
Fratura quadril/pelve	5	Cirurgia grande porte há <1 mês	1
Politrauma	5	Doença inflamatória intestinal	1
Trauma raquimedular	5	Cirurgia de pequeno porte	1
Idade ≥ 75 anos	5	Doença pulmonar grave	1
Anticoagulante Lúpico	3	DPOC	1
Fator V de Leiden	3	Gravidez e pós-parto < 1 mês	1
História familiar de TVP	3	Contraceptivo oral/reposição hormonal	1
Homocisteína elevada	3	IAM	1
Protrombina 020210a	3	ICC	1
Trocitopenia induzida por Heparina	3	Obesidade com IMC ≥ 30	1
Idade entre 61-74 anos	2	Perda fetal/aborto	1
Cateter venoso central	2	Varizes de membros inferiores	1
Cirurgia de grande porte > 60 minutos		Escore total	Soma de cada paciente

Fonte: CAPRINI *et al.* (2005)

***Escore:** 0 = risco muito baixo. 1-2 = risco baixo. 3-4 = moderado. ≥5 = alto risco

A finalidade desse escore é estratificar o grau de risco de ser acometido de trombose venosa profunda e ajuda o médico a orientar o paciente a tomar medidas de prevenção.

A síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavírus tipo 2 (COVID-19) causou uma pandemia global em apenas alguns meses, causando milhões de infectados. Quase 20% dos pacientes com COVID-19 apresentam anormalidades graves de coagulação, que podem ocorrer em quase todos os casos graves e críticos de COVID-19 (ZHAI, 2020).

O vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, determina de maneira avassaladora uma pneumonia viral que afeta extensamente os pulmões de alguns pacientes e pode levar à morte em casos graves. Os acometidos necessitam dos cuidados de terapia intensiva, bem como, intensa dedicação de toda a equipe e também, a colaboração do paciente, no sentido de tentar evitar a intubação. A infecção também pode ter

manifestações extrapulmonares, sendo umas das mais comuns as hematológicas e as reumatológicas. Estudos apontam alta incidência de eventos tromboembólicos, como trombose venosa profunda (TVP), tromboflebite superficial e tromboembolismo pulmonar na COVID-19, onde a tríade de Virchow, que inclui o estado de hipercoagulabilidade, tem importante papel, associado a estase e aos traumas e a trombotrombolina pode ser responsável por um melhor prognóstico. Desta forma, torna-se imprescindível e necessária a avaliação do perfil desses pacientes, bem como os benefícios e a duração da trombotrombolina após a doença, uma vez que, o tromboembolismo venoso (TEV) está relacionado a maior gravidade e mortalidade, e sequelas, como a diminuição da capacidade pulmonar e laborativa dos trabalhadores, bem como a úlcera crônica de perna, que torna inviável a vida social, deteriora a autoestima do indivíduo afetado, se tornando um peso familiar, social e financeiro para o erário público (SILVEIRA *et al.*, 2021).

As manifestações clínicas da infecção pelo SARS-CoV-2 são múltiplas, assim como os processos fisiopatológicos que as proporcionam. Desde o início, o número de eventos tromboembólicos tem chamado a atenção de médicos e pesquisadores, evocando a necessidade de sua compreensão para que os desfechos clínicos mais sombrios sejam evitados [...] O principal mecanismo de acesso do SARS-CoV-2 ao meio intracelular se dá pela interação de sua glicoproteína de superfície S com a glicoproteína humana ECA2, presente tanto no plasma como na membrana de diversos tipos celulares. Nesse processo, a ECA2 atua como receptor de membrana, contando ainda com a interação de outros efetores, como a serina protease transmembrana tipo 2 [...] (CASSELA, 2020, p. 1).

É importante reconhecer que complicações tromboembólicas como a TVP podem ocorrer mesmo após vários dias da infecção. É necessário estar alerta aos sinais e sintomas de TEV em pacientes curados da COVID-19, especialmente nos casos mais graves, a fim de estabelecer um diagnóstico rápido, eficaz e evitar complicações. Cabe avaliar a necessidade de profilaxia e sua duração após a infecção, uma vez que, a ocorrência de eventos tromboembólicos tardios foi evidenciada mesmo após a cura da doença (SILVEIRA *et al.*, 2021).

O tromboembolismo venoso concomitante (TEV), uma causa potencial de mortes inexplicáveis, tem sido frequentemente relatado em casos de COVID-19, mas seu tratamento ainda é desafiador devido à complexidade entre terapia antitrombótica e distúrbios da coagulação. Com base na experiência prática da linha de frente e no estado da arte, sobre o tema, um painel de especialistas e médicos da China e da

Europa desenvolveram um consenso baseado em evidências e opiniões sobre a profilaxia e o gerenciamento do TEV associado ao COVID-19. Esta declaração tem como foco os clínicos que tratam o COVID-19 e fornece recomendações práticas em situações detalhadas, por exemplo, como escolher medidas trombo profiláticas para pacientes com alto potencial de gravidade da doença e risco de sangramento ou que tipo de anticoagulante deve ser prescrito. Com experiência limitada em TEV associado ao COVID19, essa declaração de consenso de especialistas deve ser útil para clínicos em todo o mundo com sugestões específicas (ZHAI *et al.*, 2020). Os detalhes devem ser vistos em ZAhai *et al.* 2020.

4.4 COMPLICAÇÕES DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

A embolia pulmonar (EP) é causada por um trombo formado no sistema venoso profundo. O trombo se desprende das veias profundas dos membros inferiores, acendem e passa pela cavidade direita do coração e são bombeadas a jusante, bloqueando a artéria pulmonar ou um de seus ramos, portanto, o termo é usado para muitos tipos de doenças venosas que causam tromboembolismo. No Ocidente, sua incidência na população geral é estimada em 5/10.000 pacientes, se não houver tratamento, a mortalidade é quatro vezes maior. Não é uma doença que só aparece em um consultório ou pronto-socorro, mas, que se apresenta na forma de doenças graves ou complicações em qualquer área médica. A EP constitui um paradoxo óbvio na medicina moderna. Com o desenvolvimento de novas tecnologias e avanços na medicina, há cada vez mais casos de tromboembolismo quando os pacientes em estado crítico são submetidos a repouso prolongado e tratamento invasivo. No entanto, os avanços proporcionaram mais oportunidades para diagnóstico e tratamento precoces (CARAMELLI *et al.*, 2004).

A insuficiência venosa crônica dos membros inferiores (IVC) é uma doença caracterizada por sintomas ou sinais produzidos pela hipertensão venosa nos membros inferiores devido a anormalidades estruturais ou funcionais das veias e alterações de pele. Entre 10% e 35% dos adultos nos EUA têm um distúrbio venoso crônico que resulta em varizes simples a úlceras venosas, que afeta 4% da população acima de 65 anos. A venografia tem sido considerada a técnica de referência no diagnóstico dessas doenças, muito embora, atualmente, o Ultrassom Doppler seja o

método mais prático, rápido, e de menor custo financeiro, se tornando assim, o método de escolha para avaliar a insuficiência venosa (CALDERON, 2016).

Um profundo conhecimento da anatomia, bem como as possíveis alterações funcionais detectadas pelo estudo Doppler, são de importância crucial para a avaliação dessa doença e para a criação de um "mapa de ultrassom", que permita aos cirurgiões vasculares escolher o tratamento mais adequado e apropriado para cada paciente.

A combinação de ultrassom em tempo real com Doppler colorido e Doppler de potência permitiu um grande progresso no estudo de doenças arteriais e venosas, produzindo uma mudança radical no diagnóstico de insuficiência venosa. Em um único exame é possível fazer um estudo morfológico adequado da parede da veia e seu lúmen, sendo capaz de avaliar em tempo real e sem a necessidade de meios para contrastar, tornando o exame não invasivo. São necessários estudos para entender o comportamento dessas doenças, com uma abordagem administrativa para avaliar a importância da presença da dicotomia tecnológica nos centros hospitalares nacionais, bem como o uso adequado dessas tecnologias (CALDERON, 2016).

4.5 DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO

A trombose venosa profunda (TVP) é uma doença frequente e importante causa de morbidade e mortalidade, apresentando complicações potencialmente fatais como o tromboembolismo pulmonar. A dificuldade no diagnóstico é um dos aspectos mais problemáticos, devido a disponibilidade limitada dos meios de diagnósticos por imagem e exames séricos específicos. Por se tratar de uma doença com sintomas e sinais inespecíficos, a realização de exames complementares é mandatória para o diagnóstico de certeza e início da terapia anticoagulante (MAFFEI, 2015).

No estudo de Santos (2013) foi avaliada a eficácia do protocolo de Wells e D-dímero (DD) como um método diagnóstico para TVP em comparação com mapa duplex (MD) (também chamado de Doppler venoso de extremidade inferior) e analisa a proteína C reativa (PCR) e DD. Em 13 meses, foram selecionados 203 pacientes com sintomas e sinais de TVP, que compareceram aos dois prontos-socorros de referência de

Manaus. Após serem submetidos a anamnese e exame físico geral para preenchimento da ficha de avaliação e do protocolo de Wells (Quadro 3) e coleta de material para dosagem de DD e PCR, os pacientes foram submetidos ao MD para confirmação ou exclusão da TVP onde, 133 (65,5%) tiveram o diagnóstico de TVP confirmado por MD (SANTOS, 2013).

Quadro 3 - Escore de Wells – Escore de risco para desenvolver trombose venosa profunda nos membros inferiores

Escore de Wells*	Pontos
TVP* ou TEP** prévios	+ 1,5
Frequência Cardíaca > 100 bpm	+ 1,5
Cirurgia recente ou imobilização	+ 1,5
Sinais Clínicos de TVP**	+ 3
Diagnóstico Alternativo Menos Provável que TEP***	+3
Hemoptise	+1
Câncer	+1
Baixa probabilidade	0-1
Intermediária probabilidade	2-6
Alta Probabilidade	> 7

Fonte: elaborado pelo autor (2020)

*Este escore é usado para calcular o risco de desenvolver trombose venosa profunda e orientar os médicos de como realizar a prevenção e o tratamento quando necessário

** TVP = trombose venosa profunda. *** TEP = tromboembolismo pulmonar.

Em pediatria, o diagnóstico é um dos passos que apresenta grande dificuldade, porém, é indispensável na condução clínica da TVP e da EP, tanto em recém-nascidos como em crianças e adolescentes. Deve-se pensar em TVP quando ocorre edema unilateral, seguido ou não de dor e surgimento de circulação colateral observável no membro em questão. Em casos raros, como a trombose de veia cava, geralmente ocorre edema bilateral acompanhado de circulação colateral visível na parede abdominal. Em alguns outros casos, notadamente em crianças maiores e adolescentes, o primeiro sintoma pode ser a dor, que deve ser valorizada pelo médico. Os sinais e sintomas de embolia pulmonar em crianças são os mesmos que ocorrem em adultos: dispneia, dor pleurítica, tosse, taquicardia, hemoptise e cianose (MATIDA, 2010).

Os antecedentes pessoais auxiliam no diagnóstico: história recente de trauma, cirurgia, neoplasia, e adolescentes do sexo feminino em uso de anticoncepcional oral, gravidez ou puerpério. A presença de edema em membro com cateter intravenoso ou aparecimento de circulação colateral local são sinais de suspeita de trombose na veia após passagem de cateter. A história familiar de tromboembolia venosa, embora pouco frequente, ajuda no diagnóstico (MATIDA, 2010).

Feita a suspeita clínica de trombose venosa profunda e, considerando-se os inconvenientes de dificuldade no diagnóstico de um lado e, do outro o risco do tratamento anticoagulante, torna-se indispensável, a estes pacientes, a confirmação diagnóstica. Essa confirmação é feita por ecografia vascular com a Ecografia Doppler venoso colorido ou Doppler de intensidade, que permite o estudo dos membros inferiores e superiores, sendo essencial uma boa experiência do médico, sendo este especializado no diagnóstico venoso. Nos casos em que não se consiga realizar a ecografia ou que seus resultados forem inconclusivos, a flebografia poderá ser realizada (MATIDA, 2010).

A tomografia pode ser utilizada para estudo das veias torácicas, abdominais e pélvicas. A confirmação da EP também pode ser feita pela cintilografia pulmonar de ventilação/perfusão, geralmente associada a pesquisa de TVP periférica. Em casos duvidosos, e com grande suspeita clínica, pode-se realizar a arteriografia pulmonar. Para o diagnóstico de TVP em membro superior, a ultrassonografia é menos sensível que a flebografia, devendo esta ser realizada frente a uma forte suspeita clínica, aquela que se mostrar normal ou duvidosa. As dosagens de dímero-D (normal abaixo de 350, intermediário entre 351 e 499; positivo acima de 500) para eventos de trombose e fator VIII podem auxiliar na determinação do diagnóstico e no tempo de tratamento (DEMELO-RODRIGUEZ *et al.*, 2020).

O mapeamento colorido com Doppler venoso é usado hoje como primeiro exame de escolha para o rastreamento de trombose venosa profunda, entretanto, há dificuldade de diagnóstico quando a trombose envolve a pelve, o abdome e o tórax (GIOLO *et al.*, 2015).

A TVP distal ou da panturrilha ocorre nas veias abaixo do joelho, com as veias tibiais posteriores, veias da perna e veias musculares da panturrilha (plexo muscular da panturrilha). Enquanto a sensibilidade e a especificidade da ultrassonografia de compressão na TVP proximal são elevadas e o tratamento com anticoagulantes já está estabelecido, na TVP distal estas apresentam menores índices de sensibilidade, sendo esta de 50 a 75% e especificidade de 90 a 95%.

O estudo Calthro, com 431 pacientes sem TVP proximal e com avaliação do segmento distal, demonstrou TVP distal em 15,3% da amostra estudada (PALARETI *et al.*, 2010). Observou-se diferença significativa para a ocorrência de novos eventos em três meses nos pacientes que apresentaram TVP distal, a conclusão do estudo foi de que, a presença de desfecho desfavorável em pacientes com TVP distal, que não receberam tratamento, pode ser relevante. Entretanto, os últimos estudos demonstraram que a importância do diagnóstico e tratamento da TVP abaixo do joelho pode ser, no mínimo, questionada, pela ausência de melhora em relação à recanalização, progressão e complicações da TVP, além da possibilidade do aumento do número dos diagnósticos de TVP distal pela ecografia vascular, além de também, determinar um aumento do número de pacientes que recebem terapia anticoagulante, implicando em excesso de tratamento. Clifford *et al.* (2010), em estudo retrospectivo, não evidenciaram diferença significativa do tratamento anticoagulante em relação à progressão da trombose em pacientes com TVP distal.

Em estudo randomizado, realizado por Schwartz *et al.* (2010), com 107 pacientes, sendo 54 utilizando heparina de baixo peso molecular por um prazo curto e 53 pacientes com compressão venosa, não houve diferença entre os grupos em relação à embolia pulmonar, morte, hemorragia e grau de recanalização. Neste estudo não houve diferença significativa entre o grupo que recebeu anticoagulante e o grupo que não recebeu, em relação à progressão, recanalização, embolia pulmonar ou morte.

A recomendação atual do Colégio Americano de Pneumologia é para o tratamento da TVP distal com anticoagulantes por 3 meses. Diante dos estudos conflitantes expostos aqui, no manejo dos pacientes com TVP distal persiste o dilema para a prática clínica diária. Recentemente, uma revisão sistemática realizada por Masuda *et al.* (2012), avaliando mais de 1.500 artigos sobre o tema, demonstrou que, embora nenhum

estudo encontrado tenha sido capaz de resolver a controvérsia do tratamento ideal de TVP distal de perna, os achados do estudo mostraram que, devido aos riscos de propagação do processo trombótico, embolia pulmonar e recorrência, a opção de não fazer nada diante de uma TVP distal deve ser considerada inaceitável. Na ausência de fortes evidências, tanto do uso de anticoagulantes ou da vigilância com imagem e anticoagulantes seletivos, estes permanecem como formas aceitáveis de tratamento. Para De Martino *et al.* (2011), em recente meta-análise publicada para avaliar a eficácia e segurança de anticoagulantes em pacientes com TVP de panturrilha, demonstrou-se que episódios de embolia pulmonar e a propagação da trombose foram menos frequentes no grupo tratado com anticoagulante.

O advento da ecografia vascular revolucionou o diagnóstico e o manejo da TVP, permitindo uma abordagem não invasiva e com elevada acurácia de vários aspectos anatômicos e funcionais determinados pela formação trombótica e suas sequelas. A experiência clínica, acumulada ao longo desses 30 anos, tem possibilitado um melhor entendimento de vários aspectos controversos. Entretanto, ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas e somente a realização de estudos com metodologias adequadas permitirão a elucidação de tais questões (BARROS; PEREIRA; PINTO, 2012).

4.6 DIFICULDADES PARA O TRATAMENTO

No Espírito Santo, das três unidades do Sistema Único de Saúde abordadas, apenas uma conta com a dispensação, mesmo que ainda limitada, da rivaroxabana. Essa dificuldade em obter a rivaroxabana é o que determina a necessidade de internação e adequação do INR através da heparina venosa ou heparina de baixo peso molecular associado a medicação oral com a varfarina, o que aumenta, exponencialmente, o custo para o sistema e, em consequente, para o erário público.

A trombose venosa profunda é uma doença comum e intimamente relacionada às neoplasias. Novos anticoagulantes orais foram lançados nos últimos anos, entre eles, a rivaroxabana. O estudo de Sampaio, Renni e Costa (2019), realizado com população oncológica sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde, analisou o custo-efetividade e o impacto orçamentário da rivaroxabana versus enoxaparina, e

observou que a rivaroxabana demonstrou não ter inferioridade terapêutica em comparação com a enoxaparina, que tem custo mais elevado.

4.7 LEIS, PORTARIAS E NORMAS QUE REGULAM O SUS

A história escrita da saúde do brasileiro passa, entretanto, pela caridade e filantropia. Principalmente pelo cunho religioso e pela caridade. A população era atendida pelas instituições e médicos filantropos. Ao mesmo tempo que isso acontecia, o governo fazia algumas pequenas ações de saúde diante de tragédias epidêmicas, como ações a favor de vacinação e/ou de investimento em saneamento básico. Outrossim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra a varíola (CARVALHO, 2013).

Além do enfoque nas tragédias epidêmicas e em campanhas de vacinação, o Estado intervia em outras doenças, tais como, hanseníase, tuberculose entre outras, que eram negligenciadas e as pessoas acometidas eram discriminadas. Contudo, atendimento às emergências e internações só foram ser enfoque alguns anos depois.

Frente as demandas de saúde dos trabalhadores, em 1923 é decretada a Lei Elói Chaves, onde, “a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência, passa a ser parte integrante de um sistema para os trabalhadores mais pobres. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregado de todos: o INPS” (CARVALHO, 2013, p. 7).

Destarte, a saúde, atrelada a planos que a garantissem de forma ampla e irrestrita à população, contou com alguns episódios marcantes, sendo eles:

O primeiro deles refere-se a um esforço de guerra na extração da borracha e do manganês. Foi criado um sistema de saúde para atender as populações envolvidas. Teve inspiração e financiamento dos Estados Unidos, que iniciaram o projeto através de um programa de ajuda. Eram denominados como Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), mais tarde transformado em Fundação SESP. Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento na história do país. [...]. Foi, em quase todos os locais onde se implantou, o único recurso de saúde existente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A inovação não era só na proposta de intervenção, mas também na gestão de pessoas. Já se trabalhava com uma equipe multidisciplinar dentro da disponibilidade da época. Organizava-se a partir de unidades denominadas mistas, onde se fazia o atendimento básico, primeiro atendimento, urgência-emergência e internações hospitalares. O

outro marco foi a terceira Conferência Nacional de Saúde no final de 1963 que coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde (CARVALHO, 2013, p. 7).

Desta conferência relatada por Carvalho (2013), duas diretrizes foram concebidas: sendo uma um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos e dever do Estado) e a outra, que este sistema se apresente de forma organizada e descentralizada (protagonismo do município).

Já no período do Regime Militar, as propostas de planos não foram bem-sucedidas, em real, o poder público não tinha interesse que estes projetos fossem adiante, muito embora tenham “existido” alguns projetos privatizantes, tais como o Vale Consulta, o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS) e os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), sendo o primeiro uma releitura da fundação SESP (CARVALHO, 2013).

Nos porões da Ditadura Militar gestava-se um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado. Essa organização em defesa de um sistema público de saúde, com integralidade e universalidade, acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação (CARVALHO, 2013, p. 8).

Porém, a luta pelo acesso universal à saúde no Brasil acaba por transcender o palco político restrito ao plenário e, entre os vários protagonistas envolvidos nesta luta destacavam-se alguns:

Movimentos populares – Em primeiro lugar, o cidadão politizado de bairros periféricos, principalmente de São Paulo, e que nenhuma cobertura tinha à saúde e vivia as consequências de ser indigente. Destacam-se, nessa luta social do cidadão, três grandes protagonistas: os movimentos populares, as associações de bairros e vilas e a Igreja Católica, que sofria um choque de povo com a dita preferência pelos mais pobres. Nasceram na Igreja as Comunidades Eclesiais de Base, que também voltadas para o terreno de combate às iniquidades sociais, traziam lutas pela justiça, sendo uma das bandeiras o direito à saúde. Essa efervescência começa a buscar por propostas concretas. Algo que não ficasse apenas no discurso ou na simples reivindicação;

Universidades – Outro protagonista veio das faculdades de medicina, com dois momentos inovadores. O primeiro, a necessidade de colocar os estudantes em contato com a realidade local, saindo apenas do ambiente hospitalar. Desenvolveu projetos de integração docente assistencial. O segundo, a transformação dos antigos departamentos de higiene em departamentos de medicina social, mais engajados com a realidade. Esses dois meios começam a gerar profissionais com uma nova visão do Brasil e seu momento. Profissionais comprometidos com o social. Passamos a ter

assim um outro protagonista dessa história, os médicos dedicados ao social, muitos deles especializados em saúde pública;

Partidos políticos progressistas – Na década de 1970 o Brasil estava colocado dentro dos limites do bipartidarismo estrito. De um lado, a Arena, que era considerada o partido dos conservadores, guiado pelos militares da ditadura. De outro lado, o MDB histórico, representando a resistência à ditadura, abrigando progressistas ditos de esquerda. O MDB abrigava em suas fileiras todos os militantes da esquerda que eram impossibilitados de se constituírem como partidos. Todas as correntes ditas comunistas lá estavam. Os vários grupos se juntaram numa única sigla. O MDB buscava o trabalho junto com a comunidade na periferia dos grandes centros urbanos e em algumas prefeituras. De início, conseguiram emplacar alguns deputados, e na segunda investida, no ano 1976, expandiram-se assumindo prefeituras importantes de cidades médias. A grande bandeira: "não seremos prefeituras apenas tocadoras de obras, mas prefeituras voltadas para o social". Nesse social estava a saúde do cidadão, que nenhuma cobertura tinha além dos planos de saúde para as empresas de maior porte e o INAMPS, voltado para cuidar da saúde do trabalhador registrado e de empresas menores que não aderiram a planos de saúde. Depois do MDB, foi a vez dos partidos progressistas se libertarem da sigla emprestada. Além de grupos que aproveitaram siglas anteriores, houve grupos novos que fundaram partidos, como o PT, de corte do coletivo dos trabalhadores. Esses partidos tinham em comum a defesa da saúde juntando população e técnicos da saúde;

Prefeituras com bandeiras progressistas – Ao trio faltava um outro ator que no caso é o município, não acontece isso nem no âmbito federal, nem no estadual, mas no municipal. Os municípios, por estarem mais perto das necessidades da população, carregavam o problema e a angústia do que não se fazia em saúde e prejudicava sua população. Nesse cenário, em 1976, surgiram várias administrações municipais com a proposta de se comprometer com o social e não ser apenas prefeituras tocadoras de obras. Assim se definiu e assim surgiu o que mais tarde se denominou como movimento municipalista de saúde. Sem nenhum dinheiro novo, com o apoio de algumas raras universidades e com uma turma quixotesca de sanitaristas e simpatizantes com a proposta de fazer saúde para toda a população, em especial às camadas sociais mais desfavorecidas. Coincide o tempo com o movimento mundial que culminou na reunião de Alma-Ata e sua declaração com ênfase na atenção primária à saúde. Nasceram, nos municípios, imitando o que acontecia no mundo, as equipes de atenção primária construída por três profissionais, principalmente: o médico, o enfermeiro e a nova categoria denominada agentes de saúde (CARVALHO, 2013, P. 8-9).

Para além destes movimentos, em 1980 a previdência entra em crise, o que ocasiona o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), estas eram uma associação que tinham como cerne a parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários, e ambulatoriais; transferência de recursos da previdência para que fossem realizadas essas ações pelos Estados e municípios. Portanto, essas associações passaram por um remodelamento a partir do ano de 1987, estas remodelações consistiram no aprimoramento das AIS, surgindo assim os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que durou até 1991 quando se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO, 2013).

A discussão de uma proposta inovadora e universal com a comunidade e os técnicos resultou naquilo que se denominou Projeto da Reforma Sanitária. Foi emprestada a Tancredo Neves e apropriada como Proposta de Saúde da Nova República. O movimento foi crescendo e culminou com uma grande assembleia em 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com cerca de cinco mil pessoas do Brasil inteiro que referendaram a proposta da Reforma Sanitária. Essa presença maciça dos cidadãos usuários foi possível, pois as AIS introduziram Conselhos de Saúde, com participação comunitária, em cada município como condição de adesão à proposta (CARVALHO, 2013, p. 9-10).

“A proposta da reforma sanitária, referendada pela população, por técnicos gestores foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social” (CARVALHO, 2013, p. 10).

A política pública do Sistema Único de Saúde é regida pelos artigos de 196 a 200.

Seção II da saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - No caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - No caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:(incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - Os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - As normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297. De 2006) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

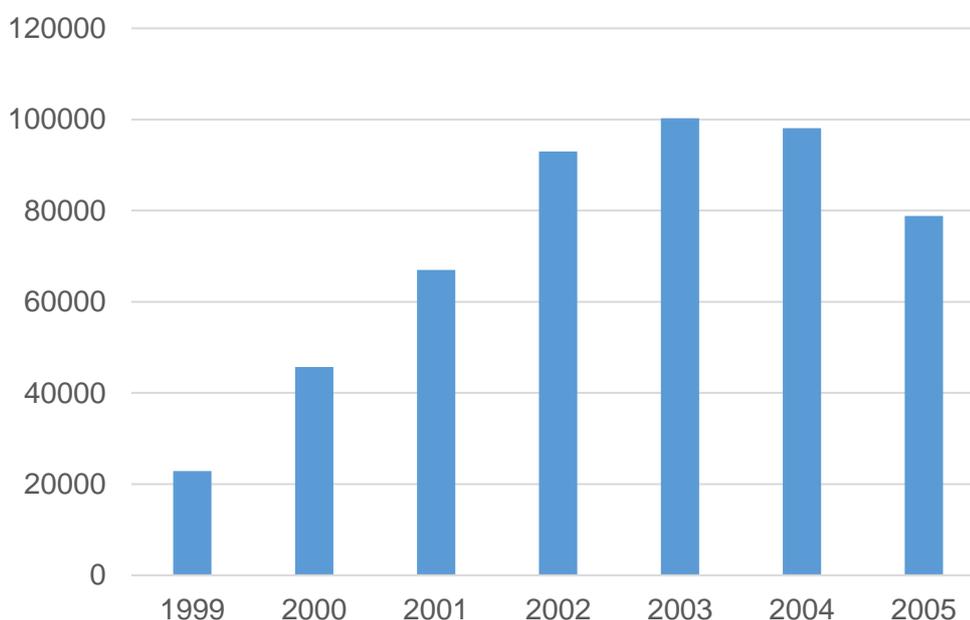
IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

- VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

No início de 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas, medida que visava ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência hospitalar, devido a dificuldades enfrentadas pelos usuários do Sistema único de Saúde (SUS) para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. Nos primeiros 3 anos de campanha, o número de cirurgias de varizes realizadas pelo SUS saltou de 25.500/ano para 50.000/ano. Tendo em vista o sucesso da campanha, os mutirões vêm sendo renovados a cada ano desde então, na intenção de diminuir as filas por espera de cirurgia de varizes de membros inferiores, conforme Gráfico 1 (VIRGINI-MAGALHÃES *et al.*, 2007).

Figura 1 - Distribuição das cirurgias de varizes de membros inferiores realizadas desde a implementação da Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas



Fonte: Ministério da Saúde

5 RESULTADOS

Os 200 participantes avaliados se caracterizaram por serem, na sua maioria, do sexo feminino (86,5%), não brancos (79,5%), com renda referente a 1 salário-mínimo, ensino fundamental incompleto (68,0%), procedência de área rural (82,5%), faixa etária de maior acometimento entre 51 a 60 anos (25,5%), conforme indicado na Tabela 1.

Tabela 1– Caracterização demográfica da população com trombose venosa profunda, avaliado em três hospitais do Sistema Único de Saúde, ES, Brasil (n=200)

Variáveis de interesse	Frequência	%
Sexo		
Masculino	22	11,0%
Feminino	173	86,5%
Sem informação	5	2,5%
Cor/Raça		
Branco	39	19,50%
Não branco	133	66,50%
Afrodscendentes	11	5,50%
Indígena	7	3,50%
Outros	8	4,0%
Sem Informação	2	1,00%
Renda		
0-1 salário-mínimo	16	8,0%
1 salário-mínimo	154	77,0%
1.5 salários-mínimos	2	1,0%
2 salários-mínimos	19	9,5%
3 salários-mínimos	8	4,0%
3+ salários-mínimos	1	0,5%
Escola		
Ensino fundamental incompleto	136	68%
Ensino fundamental completo	25	12,50%
Médio incompleto	13	6,50%
Médio completo	6	3,0%
Nunca estudou	10	5,0%
Superior completo	10	5,0%
Procedência		
Rural	165	82,5%
Urbana	35	17,5%
Faixa Etária		
Menos de 40 anos	37	18,5%
41 a 50 anos	29	14,5%
51 a 60 anos	51	25,5%
61 a 70 anos	44	22,0%

Mais de 70 anos

39

19,5%

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao acesso a consulta e leito hospitalar, críticas ou sugestões de melhorias frente aos serviços prestados, 118 (59%) não apresentam sugestões de melhorias, 82 (41,0%) acreditam haver necessidade de melhorias nos serviços prestados, 162 (81,0%) fizeram alguma crítica ao trabalho e 38 (19,0%), não se manifestaram nesse quesito. Maiores detalhes são mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis de interesse, com as frequências e suas respectivas porcentagens, em valores absolutos na trombose venosa profunda, em usuários do Sistema Único de Saúde, ES, Brasil (n=200)

Variáveis de interesse	Frequência	%
Acesso ao serviço		
Sim	153	76,5%
Não	47	23,5%
Melhorias dos serviços prestados		
Sim	82	41,0%
Não	118	59,0%
Críticas ao SUS		
Sim	162	81,0%
Não	38	19,0%
Demora para acessar o Angiologista		
Sim	172	86,0%
Não	28	14,0%
Necessidade de Internação		
Sim	41	20,5%
Não	159	79,5%
Realização de cirurgia		
Sim	34	17,0%
Não	166	83,0%
O acesso ao Hospital foi fácil		
Sim	45	22,5%
Não	155	77,5%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3 – Investigação sobre o trabalho dos profissionais de enfermagem, no cuidado aos pacientes com Trombose Venosa Profunda (n=20)

Variáveis de Interesse	Frequência	%
Intervenção com curativo		
Difícil	3	15,0%
Fácil	17	85,0%
Disponibilidade / facilidade de materiais para curativo		
Não	17	85,0%
Sim	3	15,0%
Dedicação ao trabalho de enfermagem para o cuidado		
Difícil	13	65,0%
Fácil	7	35,0%
Necessidade de melhorias nas condições de trabalho		
Sim	20	100,0%
Críticas ao SUS na gestão profissional		
Sim	16	80,0%
Não	4	20,0%

Fonte: Preparado pelo autor

A principais críticas dos profissionais de enfermagem se referem à ocorrência de amadorismo na gestão de pessoal, e falta de investimento em curso de gestão para enfermeiros.

Os 14 gestores avaliados indicaram que a maior parte do financiamento para o atendimento aos pacientes com TVP é estadual e limitado, que seria adequado se houvesse financiamento pelos *royalties* do petróleo. Existe pressão e intervenção de capital privado e a maioria está insatisfeita com a gestão e que existe falta de leitos hospitalares. Conforme mostrado abaixo na Tabela 4.

Tabela 4 – Visão dos gestores em relação ao financiamento dos serviços prestados aos pacientes com Trombose Venosa Profunda (n=14)

Variáveis de interesse	Frequência	%
Financeiro (De onde vem o recurso)		
Estadual (Exclusivamente)	10	71,4%
Estadual e Federal	4	28,6%
O Recurso financeiro é suficiente		
Não	13	92,9%
Sim	1	7,14%
Trâmite financeiro, qual a burocracia		
Difícil	12	85,71%
Fácil	2	14,29%
Royalties do petróleo recebidos pelo ES.		
Fazem falta	14	100,0%
Se há pressão do capital privado		
Não	14	100,0%
Gostam de gestão		
Satisfeito	1	7,14%
Insatisfeito	13	92,86%
Quais as Demandas dos gestores?		
Gestão Profissional	8	57,14%
Nenhuma	5	33,71%
Não respondeu	1	7,14%
Sugestão para o legislativo		
Emenda Parlamentar	8	57,14%
Nenhuma	6	42,86%
Sugestão para o executivo		
Gestão Profissional	8	57,14%
Nenhuma	6	42,86%
Carência de leitos		
Sim	14	100,0%

Dentre os resultados obtidos com as entrevistas a gestores, fica claro que a questão orçamentária pesa no que tange a uma boa oferta de serviços à população, isto pode ser denotado nas respostas que refletem sobre os recursos financeiros, sobre os trâmites e sobre os *Royalties* do Petróleo. Respectivamente as repostas são que, 92,9% dos gestores consideram os recursos insuficientes, que os trâmites financeiros são difíceis (85,71%) e que os *Royalties* do petróleo fazem falta na gestão de recursos. Com isso pode-se inferir a carência de determinados serviços, como denotado nas entrevistas anteriores, de usuários e enfermeiros e, também nesta, onde os 14 gestores sinalizam que há carência de leitos no estado do Espírito Santo.

6 DISCUSSÃO

Este estudo trouxe a angústia para os pacientes do que significa conviver com a possibilidade de interrupção da vida na fase aguda da doença e os impactos na qualidade de vida ao conviver com a úlcera de perna na fase crônica da doença. Isto se reflete na baixa resolutividade do sistema associado a automedicação, adversidade, ambiguidade, indiferença, descrédito, limitações/incapacidades, medo do futuro, perda da motivação, bem como, a dificuldade de conviver com familiares e amigos e com a cronicidade da doença.

Dentre as características sociodemográfica percebe-se que os participantes se caracterizam por serem do sexo feminino, não brancos, pobres e de menor escolaridade. Poucos casos foram relatados em pacientes de comunidades tradicionais. Observa-se que mais de 80% dos acometido são de região rural, mas acomete as pessoas em todos os ciclos de vida. Isso pode estar associado à conhecida relação entre doença e pobreza, refletida na perversa desigualdade social vivenciada pela população brasileira e evidenciada pelas tensões entre a questão social, os direitos sociais, as atuais políticas de austeridade e suas implicações nos cuidados em saúde da população mais pobre. Este é o resultado das políticas de austeridade impostas pelo neoliberalismo, que resultou no desmonte das políticas sociais na saúde da população (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

O trabalhador rural demonstra estar muito comprometido com a terra, mas negligente com o autocuidado e culturalmente pouco preocupado com a sua saúde, o que exige ação política que trate da produção agrícola e a promoção da saúde do trabalhador rural (MENEGAT; FONTANA, 2010), com o desenvolvimento de ações prioritárias em relação à saúde dessa população rural, com o desenvolvimento de ações específica e pontuais, para a prevenção de riscos (HIRSCHMANN *et al.*, 2020), incluindo aqueles associados à trombose venosa profunda, que foi altamente prevalente na população avaliada.

Apesar da existência da Estratégia Saúde da Família para o atendimento à população rural, ainda existem dificuldades no acolhimento, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte (GARNELO *et al.*, 2018), o que exige um olhar integral

para a promoção e manutenção da saúde dessa população (MIRANDA; DURAES; VASCONCELLOS, 2020), que sofre dos efeitos da pobreza e suas consequências para a sua saúde.

Em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica (AB), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Estratégia Saúde da Família como prioritária para a expansão e consolidação da AB. Essa estratégia é operacionalizada por meio dos seguintes princípios: a Universalidade; Equidade; e Integralidade. Como diretrizes: a Regionalização e Hierarquização, setorização, população assistida, cuidado centrado na pessoa, resolutividade e coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. No entanto, pouco se sabe sobre a eficácia das intervenções e sua sustentabilidade em áreas rurais (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em relação à questão de gênero, o sexo feminino sofre com hipertensão arterial sistêmica, insuficiência venosa e cardiopatias (CHARLO; HERGET; MORAES, 2020), que junto com o uso de anticoncepcional representam os principais fatores de risco para a ocorrência de trombose venosa nesse grupo, verificado como o mais afetado neste estudo, que não se propôs a avaliar a etiologia da doença.

A equipe de enfermagem, do mesmo modo, vivencia a angústia diária de lidar com a falta de recursos e até de capacitação para cuidar desse grupo de doentes. A literatura mostra que a equipe de enfermagem tem conhecimentos parciais sobre a doença, mas reivindica receber capacitação para melhor atender aos pacientes (BARBOSA; SILVA; SOUZA, 2020). Apesar disso, a literatura indica que enfermeiros e técnicos de enfermagem demonstraram ter conhecimento adequado e parcialmente adequado, indicando a necessidade de capacitação e tecnologia educacional para melhor atender aos doentes (PESSOA *et al.*, 2020).

Mesmo assim, há evidências de que o Enfermeiro intervém na prevenção de TVP através da realização de ensinamentos sobre mobilização precoce, de exercícios respiratórios profundos e de estimulação da tosse, de massagem dos membros inferiores, da aplicação de meias de compressão e da administração de terapia antitrombótica (RODRIGO *et al.*, 2020).

Os gestores se mostram desmotivados com a gestão ao terem que lidar com a falta de recursos e de leitos para atender a demanda pública. Essa questão parece anteceder a gestão sistêmica antes da criação do SUS, quando se refere ao pouco investimento para readequação do modelo de atenção hospitalar entre a Constituição de 1988 e o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar em 2003. Embora o plano governamental da Política Nacional de Atenção Hospitalar de 2013 tenha produzido um conjunto de problemáticas e estratégias de gestão sistêmica e dos serviços hospitalares, como regionalização, instâncias de governança e adoção de modelos de gestão indireta (SANTOS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a comunicação interna, pouco discutida no âmbito hospitalar, impacta positivamente na satisfação com o trabalho e no comprometimento dos funcionários com a organização. A comunicação hospitalar interna, com poucos canais formais de comunicação, com organograma verticalizado e gestão decisória não democrática afeta a qualidade do trabalho. Canais de comunicação adequados que valorizam a condição de gênero e escolaridade do grupo proporcionam, nas equipes de trabalho, mais orgulho em pertencer a organização (BLÜMKE; CERVI; CERVI BLÜMKE, 2020). Essa foi uma questão apontada pela equipe da enfermagem.

A gestão hospitalar é desafiadora, considerando que quase metade do orçamento hospitalar é consumido na administração de materiais, onde a gestão de estoque estratégica é importante para otimizar os gastos em saúde, o que demanda melhoria contínua em seus processos, no sentido de melhorar o fluxo logístico na previsão de consumo (DUARTE *et al.*, 2020).

7 CONCLUSÃO

As características sociodemográficas dos avaliados são representadas por serem do sexo feminino, não brancos, pobres, de menor escolaridade e a maioria procedente da região rural. Todos os indicadores remetem para a situação de pobreza, gerada pela desigualdade social e associada à etiologia das doenças crônicas mais prevalentes.

A gestão é acometida pela falta de recursos para investimento em meios de diagnóstico e resolução do tratamento, confirmando o pensamento da equipe de enfermagem que se ressentem da falta de investimento em capacitação para melhor lidar com os pacientes afetados pela trombose venosa profunda.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. F.; SOUSA, A. T. O.; SOARES, M. J. G. O. Sentimentos de inclusão social de pessoas com úlcera venosa social. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p.193-203, 2015.
- ANGELICO, R. C. P. **Qualidade da assistência e o conhecimento sobre o direito à saúde das pessoas com úlcera venosa crônica**. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2011.
- BARBOSA, D. B.; SILVA, R. C. da S.; SOUZA, S. A. de. Percepção da equipe de enfermagem quanto a deambulação precoce no puerpério na prevenção de trombose venosa profunda." **Ensaio USF**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2020.
- BARROS, M. V. L.; PEREIRA, V. S. R.; PINTO, D. M. Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 11, n. 2, p. 137-143, 2012.
- BLÜMKE, S. V.; CERVI, C.; CERVI BLÜMKE, A. Diminuindo barreiras organizacionais a comunicação interna como estratégia de gestão hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 9, n. 2, p. 173-192, 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.
- CALDERON, M. P. C. **Comportamiento clínico y radiológico de la insuficiencia venosa crónica y trombosis venosa en miembros inferiores de los pacientes atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”**. 2016. 50 f. Dissertação (Postgrado de Radiología) - Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (NI), 2016.
- CAPRINI, J. A. *et al.* physician knowledge, attitudes, and beliefs. **J Vasc Surg.**, v. 42, n. 4, p. 726-733, 2005.
- CARAMELLI, B. *et al.* Diretriz de Embolia Pulmonar. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 83, supl. 1, p. 1-8, 2004.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Saúde Pública**, v. 27, n. 78, p. 5-26, 2013 .
- CASSELLA, I. B. Fisiopatologia da trombose associada à infecção pelo SARS-CoV-2. **J Vasc Bras.**, v. 19, e20200128, p. 1-2, 2020.
- CHARLO, P.B.; HERGET, A. R.; MORAES, A. O. Relação entre trombose venosa profunda e seus fatores de risco na população feminina. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 1, e-10, 2020.

CLIFFORD, M. S. *et al.* Management of isolated soleal and gastrocnemius vein thrombosis. **J Vasc Surg.**, v. 52, n. 5, p. 1251-254, 2010.

COSTA, I. K. F. **Qualidade de Vida de Pessoas com úlcera venosa:** associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão. 2011.145 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2011.

CRUZ, T. C. **Comparação dos diferentes medicamentos empregados no tratamento da trombose venosa profunda, uma revisão sistemática.** Orientador. Wendel Coura Vital 1018. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) - curso de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, 2018.

DE MARTINO, R. R. *et al.* A meta-analysis of anticoagulation for calf deep venous thrombosis. **J Vasc Surg.**, v. 56, n. 1, p. 228-237, 2011.

DEMELO-RODRIGUEZ, P. *et al.* Pulmonary Embolism: A Practical Guide for the Busy Clinician. **Heart Fail Clin.**, v. 16, n. 3, p. 317-330, jul. 2020. Doi: 10.1016/j.hfc.2020.03.004.

DUARTE, G. D. *et al.* Desafio na gestão hospitalar: diferenças entre o planejamento de consumo e o consumo efetivo de medicamentos. **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n.81, 2020.

FORTES, V. B. *et al.* Avaliação do modelo de predição clínica de Wells *et al.* no diagnóstico da trombose venosa profunda dos membros inferiores. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 1, p. 7-16, 2007.

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

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GIOLO, S. M. F. *et al.* **Dificuldade diagnóstica na ausência de confirmação Laboratorial:** trombose de veia cava superior em paciente Anticoagulado como manifestação da doença de behçet. Clínica Médica. 2015. Disponível em: <<https://clinicamedica2015.iweventos.com.br/upload/trabalhos/3PlcjEaePiDOkUxd3UKExNVOFnp3.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

GONÇALVES, O. **Condições de saúde e vida de usuários da rede de atenção básica com úlcera venosa em membros inferiores.** 2017. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Franca (SP), 2017.

GUIMARÃES BARBOSA, J. A.; NOGUEIRA CAMPOS, L. M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermaria global**, n. 20, p. 1-13, out. 2010.

HATTAB, Y. *et al.* Deep venous thrombosis of the upper and lower extremity. **Crit Care Nurs Q.**, v. 40, n. 3, p. 230-236, 2017.

- HIRSCHMANN, R. *et al.* Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.
- JUNIOR, G. B.; SILVA, P. L. B.; DAIN, S. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica.** Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.
- KELECHI, T. J.; JOHNSON, J. J. Guideline for the Management of Wounds in Patients With Lower-Extremity Venous Disease: An Executive Summary, **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, n. 6, v. 39, p. 598-606, 2012.
- LFTUS, E. *et al.* Ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: incidence, prevalence, and survival. **Gut**, v. 46, n. 3, p. 336–343, 2000.
- MAFFEI, F.H.A. **Doenças vasculares periféricas.** Rio de Janeiro: Medsi, 2008.
- MASUDA, E. M. *et al.* The controversy of managing calf vein thrombosis: A systematic review. *J Vasc Surg.* 2012;55(2):550-61. Epub 2011 Oct 26
- MATIDA, C. K. **Trombose venosa profunda dos membros inferiores em crianças e adolescentes tratados em um único centro no Brasil: epidemiologia e evolução.** 2010. 101 f. Tese (Doutorado em Saúde) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu (SP), 2010.
- MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 52-59, 2010.
- MIRANDA, S. V. C. de; DURAES, P. S.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1519-1528, 2020.
- NAESS, I.A *et al.* Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. **J Thromb Haemost**, v. 5, n. 4, p. 692-9, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2007.02450.x> Acesso em: 29 abr. 2021.
- NOBREGA, W. G. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas atendidas no Ambulatório de um Hospital Universitário.** 2016. 140 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016.
- OKUHARA, A. *et al.* Incidência de trombose venosa profunda e qualidade da profilaxia para tromboembolismo venoso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 1, p. 02-06, 2014.

OLIVEIRA, A. R de *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190328, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ORRA, H. A. **Trombose venosa profunda**. Texto para obtenção do título de membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2002. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340061483trombose.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

PALARETI, G. *et al.* Evolution of untreated calf deep-vein thrombosis in high risk symptomatic outpatients: The blind, prospective CALTHRO study. **Thromb Haemost**, v. 104, n. 5, p. 1063-1070, 2010.

PESSOA, M. R. *et al.* Knowledge of the team nursing about deep venous thrombosis: subsidies for educational technology/Conhecimento da equipe de enfermagem sobre trombose venosa profunda: subsídios para tecnologia educacional/Conocimiento del equipo de enfermería acerca de la trombose venosa profunda: subvenciones para tecnología educativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, 2020.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, C. de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1699-1708, 2020.

PRESTI, C.; JUNIOR, F. M. **Trombose venosa profunda: diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes SBACV. 2015. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

RAMOS, M. H. R. **Metamorfoses sociais e políticas urbanas**. São Paulo: Editora Dp&a, 2003.

ROCHA, A.T.; PAIVA, E. F.; BERNARDO, W. M. Atualização em tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - Parte III. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 5, p. 519-520, 2009.

RODRIGUES, A. *et al.* Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 87-99, 2020.

SAMPAIO, T. B. P.; RENNI, M. J. P.; COSTA, R. S. Tratamento da trombose venosa profunda em pacientes, análise de custo-efetividade e impacto orçamentário de anticoagulantes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 3, 2019.

SANTOS, N. J. N. **Diagnóstico da trombose venosa profunda dos membros inferiores, utilizando o Modelo Clínico de Wells et al. (2003), Dímero-D, Mapeamento Dúplex e avaliação da Proteína C Reativa**. 2013. 95 f. Tese (Doutorado em Saúde) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu (SP), 2013.

- SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3597-3609, 2020.
- SCHWARZ, T. *et al.* Therapy of isolated calf muscle vein thrombosis: A randomized, controlled study. **J Vasc Surg**, v. 52, n. 5, p. 1246-1250, 2010.
- SILVEIRA, G. C. *et al.* Trombose venosa profunda tardia após covid-19: relato de caso. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 25, p. 101131, 2021.
- SOARES, A. H. R.; MOREIRA, M. C. N.; MONTEIRO, L. M. C. A qualidade de vida de jovens portadores de espinha bífida brasileiros e norte-americanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup. 2, p. 2215-2223, 2008.
- SOUZA, E. L.; RODRIGUES, A. M. Trombose venosa profunda: causa, relato e consequência. *In*: CONGRESSO INTERDISCIPLINAR, 4, 2017, Anápolis, Goiás. **Anais...** Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/cifaeg/article/view/652>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- TORRES, D. M. **Incidência de trombose venosa profunda e fatores associados em mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Instituto Nacional de Câncer (INCA) no período 2007-2012**. 2015. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2015.
- VIRGINI-MAGALHÃES, C. E. *et al.* Cirurgia de varizes em regime de mutirão. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 3, p. 231-237, 2007.
- ZHAI, Z. *et al.* Prevention and treatment of venous thromboembolism associated with coronavirus disease 2019 infection: a consensus statement before guidelines. **Thieme Public Health Emergency Collection**, v. 120, n. 6, p. 937-948, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista aos pacientes quanto ao acesso em unidades do SUS/ES

- 1 – O acesso a esta unidade foi fácil? () não () sim
- 2 - Você teve melhorias com os serviços oferecidos? () não () sim
- 3 - Você acha que os serviços oferecidos merecem críticas? () não () sim
- 4- Houve muito tempo de demora entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o atendimento? () não () sim
- 5- Precisou internar? () não () sim
- 6- Precisou de cirurgia? () não () sim
- 7-Se sim, o acesso ao hospital foi rápido? () não () sim
- 8- Qual sua idade?anos.
- 9- Qual seu sexo? () masculino () feminino () não informado.
- 10-Qual sua cor/raça? () branco () pardo () afrodescendente () indígena () outros.
- 11-Qual sua renda mensal? () menos de um salário mínimo () um salário mínimo () |1,5| um e meio salários mínimos () dois salários mínimos. () mais de três salários mínimos.
- 12-Escolaridade
() nunca estudou
() primeiro grau incompleto
() primeiro grau completo
() segundo grau incompleto
() segundo grau completo
() superior

APÊNDICE B - Entrevista com os gestores em unidades do SUS/ES

1 - De onde vêm os recursos para o financiamento da unidade em

Questão? () federal; () estadual; () municipal; () outros.

2 - Qual a parcela assumida por cada ente Federal, Estadual e Municipal neste processo?

3 - O dinheiro é suficiente para a manutenção da política pautada neste trabalho, bem como as outras finalidades? Não () sim ()

4 - O trâmite burocrático é de fácil acesso? não() sim() ou se há muitas dificuldades neste sentido? Não () sim ()

5 – A diminuição dos recursos em 2013 do Fundap e dos Royalties do petróleo, afetou a política pública de saúde na sua unidade? não() sim()

6 - Nossos gestores entrevistados governam estes recursos com tranquilidade e sem pressão do capital privado com as terceirizações do sistema públicos de saúde?

Não () sim ()

7 - Gostariam de continuar exercendo seus cargos - Não () sim ()

Se sim por qual período de tempo?.....

8 - Que demandas gostariam de deixar registradas neste trabalho?.....

9 - Com relação ao poder legislativo sugere que há algo para ser feito? Não ()

sim ()

10 - Com relação ao poder executivo, sugere que há algo para ser feito? Não () sim

()

APÊNDICE C - Questionário aos profissionais da enfermagem

1 - No seu dia a dia, como ocorre a sua dedicação aos pacientes com trombose?

- () fácil
- () difícil
- () outros.....

2 - Como é a intervenção junto a esses pacientes?

- () fácil
- () difícil
- () outros.....

3 - Há recursos disponíveis em quantidade e qualidade suficientes para sua intervenção junto a esses pacientes?

- () não
- () sim

4 - Que melhorias você acha necessárias no atendimento a estes pacientes?

- () aumento de leitos
- () aumento de vagas nos ambulatórios
- () aumento de campanhas de prevenção junto às unidades básicas de saúde
- () outros: quais?

5 - Que críticas você faz ao sistema de saúde?.....

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do CEP Emescam

Pesquisador: Marcio Antonio Leite Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26503519.9.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.849.807

Assentimento / Justificativa de Ausência	020.pdf	11:33:33	Leite Lima	Aceito
Outros	RESSALVAHEABF.pdf	28/11/2019 15:46:45	Marcio Antonio Leite Lima	Aceito
Outros	TERMOHERAS.pdf	21/11/2019 22:09:07	Marcio Antonio Leite Lima	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_HEUE_AUTORIZADO PDF.pdf	21/11/2019 20:38:49	Marcio Antonio Leite Lima	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_HEABF_AUTORIZADO PDF.pdf	21/11/2019 20:37:18	Marcio Antonio Leite Lima	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PDF.pdf	21/11/2019 20:35:23	Marcio Antonio Leite Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 19 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))