**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TATIANE APARECIDA VENÂNCIO BARBOZA

**DIMENSÕES TECNOLÓGICAS PRESENTES NO PROCESSO DE
REESTRUTURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO PSF:
ESTUDO DE CASO À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**SÃO PAULO
2007**

TATIANE APARECIDA VENÂNCIO BARBOZA

**DIMENSÕES TECNOLÓGICAS PRESENTES NO PROCESSO DE
REESTRUTURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO PSF:
ESTUDO DE CASO À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:

Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Anna Maria Chiesa

SÃO PAULO

2007

*Aos meus pais,
que muito me apoiam
na busca do conhecimento e
do aprimoramento profissional.*

AGRADECIMENTOS

À professora Anna Maria Chiesa, pelos momentos de orientação, paciência e confiança, acreditando no resultado positivo do trabalho.

À professora Beth, que despertou em mim o interesse pela pesquisa.

À professora Lislaine, por ter me aceitado como bolsista de iniciação científica, quando eu não sabia nem o que era iniciação científica.

À Carla Andrea, companheira no trabalho desenvolvido na UBS e amiga, por tudo.

Aos funcionários da UBS Jd Boa Vista, sempre tão receptivos, por fazerem do meu estágio curricular uma experiência tão rica.

Ao Sr. G (*in memoriam*), Sra. D e familiares, por serem os personagens de um processo de mudança tão importante.

À todos que, de alguma forma, participaram da realização desse trabalho.

Barboza TAV. **Dimensões Tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: Estudo de caso à Luz da Promoção da Saúde** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Introdução: A partir da implantação do PSF como estratégia de operacionalização das diretrizes do SUS, surgiu a necessidade de reorganização da assistência, principalmente, em relação às demandas até então desconhecidas pelos profissionais. No caso específico da UBS Jd. Boa Vista, os usuários portadores de lesões de pele crônica, demandou uma reestruturação das práticas de cuidado. O presente estudo, portanto, foi desenvolvido no âmbito das tecnologias na atenção para o cuidado de famílias com pessoas portadores de lesões de pele, tendo como objeto, a reconstrução das práticas de enfermagem na UBS Jd. Boa Vista à luz da Promoção da Saúde. **Objetivo:** Descrever as tecnologias presentes na intervenção de enfermagem realizada na UBS Jd. Boa Vista. **Caminho Metodológico:** A metodologia escolhida para desenvolver a pesquisa insere-se na abordagem qualitativa, a partir de dois casos selecionados do projeto de intervenção realizado na UBS Jd Boa Vista. O método escolhido para o desenvolvimento do trabalho foi o "fluxograma analisador", um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimento, com a perspectiva de "desenhar" um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho. A escolha desse método para o tema em questão, diz respeito à perspectiva de compreensão e análise com vistas aos processos emancipatórios do

campo da promoção da saúde. **Resultados e Discussão:** Considerando a complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, este estudo evidenciou que somente as tecnologias-duras (equipamentos, materiais e infra-estrutura) não são suficientes para se transformar a realidade. Ao realizar uma intervenção em saúde, é essencial a utilização dos nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço (tecnologias leves), além de incorporar às ações, conceitos como empowerment, advocacy, educação em saúde e abordagem familiar.

Descritores: Enfermagem, Saúde Coletiva, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Dimensões tecnológicas.

ABSTRACT

Introduction: From the implantation of the PSF as strategy of operation of the lines of direction of the SUS, the necessity of reorganization of the assistance appeared, mainly, in relation to the demands until then unknown for the professionals. In the specific case of the UBS Jd. Boa Vista, the carrying users of chronic injuries skin, it demanded a reorganization of the practical of care. The present study, therefore, was developed in the scope of the technologies in the attention for the care of families with carrying people of skin injuries, having as object, the reconstruction of the practical of nursing in the UBS Jd. Boa Vista to the light of the health Promotion.

Objective: To describe the technologies existing in the intervention of nursing carried through in the UBS Jd. Boa Vista, from cases of carrying users of chronic injuries of skin **Method:** The chosen methodology to develop the research is inserted in the qualitative boarding, from two selected cases of the project of intervention carried through in the UBS Jd Boa Vista. The method chosen for the development of the work was the "analytic flowchart", a very used diagram for different fields of knowledge, with the perspective "to draw" a certain way of organization of a set of work processes. The choice of this method for the subject in question says about to the perspective of understanding and analysis with sights to emancipation processes of the field of the health promotion. **Results:** Considering the complex technological configuration of the work in health, this study evidenced that the main technologies that we have to use to carry through the actions are much more in our knowledge of how to as work the relation of

citizenship between the user and the service and the activities of group of management, instead to equipment, physical spaces, and others, although to be necessary. Beyond concepts as empowerment, advocacy, education in health, familiar boarding and education in health, to reveal essential for the concretion of an intervention in health.

Key Words: Technological of the Health Promotion, reestruturation of the practical of nursing, dimensions.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
1 INTRODUÇÃO	03
1.1 A estratégia do Programa de Saúde da Família	03
1.1.1 Desafios da mudança do modelo	03
1.1.2 Problemas emergentes na Atenção Básica a partir da territorialização	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Promoção da Saúde	12
2.2 A Práxis da Enfermagem em Saúde Coletiva	15
2.3 Tecnologias em Saúde	19
3 OBJETIVO	22
4 CAMINHO METODOLÓGICO	23
4.1 Opção Metodológica	23
4.2 Material e Método	25
4.3 Cenário	29
4.3.1 Distrito de Saúde Butantã	29
4.3.2 UBS Jd Boa Vista	32
5 RESULTADOS	24
5.1 Estruturação dos processos de atenção por meio do fluxograma analisador	34
5.1.1 CASO I: Sr. G.	34
5.1.2 CASO II: Sra. D.	40
5.2 Os fluxogramas analisadores e as possibilidades de direção do processo de trabalho	45
6 DISCUSSÃO E ANÁLISE: IDENTIFICANDO “OS RUÍDOS” DO PROCESSO DE TRABALHO	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da re-estruturação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva surgiu no período entre agosto e dezembro de 2004, durante a realização do estágio curricular do curso de graduação em Enfermagem da USP, na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista.

Tal serviço encontrava-se em processo recente de reorganização da assistência, devido à implantação do Programa Saúde da Família. O processo de cadastramento das famílias e a maior vinculação com a população permitiram identificar uma demanda, até então desconhecida, de pessoas portadoras de lesões de pele crônicas.

Tal processo de cadastramento das famílias no território permitiu inclusive, identificar diversos problemas, queixas, sofrimentos não contemplados pelos programas tradicionais. As “feridas” passaram a ser um aspecto para a assistência de enfermagem no PSF.

No referido estágio, foi iniciada juntamente com docente e enfermeira especialista do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, uma intervenção de enfermagem junto ao serviço, envolvendo os profissionais de saúde da família dessa unidade, visando atender tal demanda.

A partir das situações surgidas nesse período, identificou-se a necessidade de rever a intervenção com vistas a superar a falta de capacitação dos profissionais para lidarem com problemas emergentes na Atenção Básica; sobretudo na instrumentalização dos familiares responsáveis pelo cuidado e na atualização clínica para assistir pessoas com lesões de pele; tendo como perspectiva a superação da atenção estritamente biológica.

Essa necessidade motivou a implementação do “Processo de reconstrução das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele na UBS JD Boa Vista”, onde o usuário do serviço, que portava algum tipo de lesão de pele, passou a ser assistido pela equipe de saúde da família da UBS juntamente com a enfermeira especialista da EEUSP e a aluna de graduação. Esse processo foi documentado desde o início quando da capacitação dos profissionais até o período atual onde a melhoria da assistência é visivelmente reconhecida, tanto pelos profissionais como pela população.

O referido projeto, também, foi utilizado como fonte de discussão durante a disciplina ENS 235 do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, visando a melhoria do ensino de graduação na área (Anexo I).

Dentre as situações de assistência que levaram à reconstrução do cuidado, selecionamos duas para serem discutidas e analisadas no presente estudo, com vistas a identificar os principais elementos que constituem as dimensões tecnológicas da assistência de enfermagem na atenção básica no âmbito da Saúde Coletiva.

Cabe destacar ainda, que esta pesquisa integra, o conjunto de produções desenvolvidas no grupo de pesquisa “Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde”, em que as discussões desenvolvidas no grupo contribuem com o embasamento teórico acerca do tema estudado.

O presente estudo, portanto, foi desenvolvido no âmbito do tema: tecnologias na atenção para o cuidado de famílias com pessoas portadores de lesões de pele, tendo como objeto, a reconstrução das práticas de enfermagem na UBS Jd. Boa Vista à luz da Promoção da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ESTRATÉGIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

1.1.1 DESAFIOS DA MUDANÇA DO MODELO

As propostas da Reforma Sanitária explicitaram-se e sistematizaram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foram criadas as condições no plano político-ideológico para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este tem como princípios a universalização, a equidade e a integralidade da atenção a partir dos preceitos administrativos de regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa, bem como gestão democrática dos serviços e controle social dos mesmos (Barboza, Fracolli, 2005).

Entretanto, o SUS tem enfrentado alguns desafios para garantir a implantação de seus princípios e diretrizes na prática, pois necessita concretizar operacionalmente um modelo tecno-assistencial que altere a produção dos serviços e goze de legitimidade social. O desafio de garantir uma abrangência universal e pública da saúde necessita de novos modelos de gestão, capazes de superar o modelo neoliberal e médico-hegemônico, baseado na medicina de grupo (Barboza, Fracolli, 2005).

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), como uma forma de

reorganização da produção de cuidados de saúde no âmbito da atenção básica dos serviços. O desenvolvimento dessa estratégia tinha como objetivo.

"reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital". (Brasil, 1998: 1).

Assim, a estratégia do PSF pressupunha que a atenção básica à saúde estivesse centrada na família, a qual deveria ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que favorece às equipes de saúde da família, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e traz à tona a necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Outro aspecto que merece destaque na proposição do PSF é a necessidade de organização dos cuidados a partir do reconhecimento das necessidades da população local, ao invés de disponibilizar atividades de programas sanitários de forma vertical e padronizada. Isto implica em ampliar o leque de problemas e necessidades a serem identificados e atendidos a partir dessa nova perspectiva.

A análise dos princípios do PSF revela que embora sua concepção teórica se baseie na Vigilância à Saúde, o programa reconhece que a mudança do modelo assistencial dar-se-á, a partir da reorganização do processo de trabalho em saúde. Por elaborar uma crítica, ao modelo tradicional de saúde, que tem nas ações e saberes médicos, a centralidade dos modos de fazer assistência, o PSF propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde, adotando a constituição de

equipes multiprofissionais no desenvolvimento do trabalho (Barboza, Fracolli, 2005).

O PSF possibilita aos profissionais realizarem ações de saúde tanto curativas como preventivas, não se restringindo somente ao âmbito da Unidade Básica de Saúde, o que favorece um envolvimento maior com a população atendida e amplia, também, o objeto de atuação desses profissionais, uma vez que inclui as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde.

A partir da maior capilaridade no território que o PSF permite alcançar, destaca-se o potencial de operacionalizar a equidade em saúde, um dos princípios fundamentais do SUS. Ou seja, ao conhecer melhor a população que constitui as diferentes áreas de abrangência das equipes, isto possibilita realizar ações diferenciadas, voltadas para as reais necessidades de saúde. Com isso, a equidade potencializa a resolubilidade nessa nova perspectiva de estruturação da atenção básica (Chiesa, Batista, 2004).

Outro aspecto que merece ser destacado é a oportunidade de ampliar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolver novas tecnologias de atenção apropriadas para a dimensão da Promoção da Saúde (Chiesa, Batista, 2004). Dessa forma, o PSF configura-se como produtor e ao mesmo tempo capturador de demandas por novas tecnologias em saúde (Campos, 1992).

No município de São Paulo, o PSF foi implantado em 1996 através da Secretaria Estadual de Saúde em parceria com instituições como a Casa de Saúde Santa Marcelina e em 1998 com a Fundação Zerbini. Somente a partir de 2001 a

implantação do PSF se deu como uma diretriz da Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo, 2002).

As equipes se constituem por médico (um), enfermeira (uma), auxiliar de enfermagem (dois) e agentes comunitários de saúde (cinco ou seis). As equipes de PSF no Município trabalham com cerca de 800 a 1000 famílias (até 4000 pessoas).

Os profissionais das equipes de Saúde da Família são responsáveis por: cadastrar as famílias, fazer vigilância sanitária e epidemiológica rumo à vigilância à saúde, conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, elaborar um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral na recuperação da saúde, na prevenção das doenças, na promoção da saúde e na reabilitação, realizar consulta médica, consulta de enfermagem, acolhimento à demanda espontânea, grupos programáticos, atividades lúdicas e de exercício físico e visitas domiciliárias (Brasil, 2004).

O PSF, como uma estratégia de implantação do SUS, por estar "em realização" e por apresentar uma organização do trabalho em bases não tradicionais, pode ser gerencialmente instrumentalizada, para organizar sua produção de cuidados, de forma a planejar intervenções voltadas para as necessidades, contando com a participação popular (Barboza, Fracolli, 2005).

Na medida em que o profissional incorpora os princípios e bases teóricas no dia a dia do seu trabalho e não age somente como mais uma tarefa a ser cumprida, as ações passam a serem direcionadas aos usuários dos serviços e não à instituição, respeitando suas necessidades, tornando mais

acessíveis os programas de assistência à saúde.

Considerando a estratégia do PSF como um novo campo de práticas, que envolve o âmbito familiar dos indivíduos, os profissionais deveriam basear-se em novos enfoques da relação entre as intervenções individuais e coletivas, assim como entre os saberes clínicos e epidemiológicos no cotidiano das ações de saúde.

De modo geral, espera-se que o profissional do PSF reproduza práticas assistenciais, cientificamente comprovadas e legitimadas pelo saber biomédico; por outro lado, é desejado também um comportamento mais “humano” dos profissionais no lidar com a clientela. O que acontece muitas vezes é uma assistência burocratizada, centrada na queixa biológica por falta de compreensão do objetivo principal do trabalho em que estão inseridos (Franco, Merhy, 1999).

O desenvolvimento deste novo saber e de novas práticas implica em uma nova disposição para conhecer a realidade e, ao pensar em mudanças no saber e na racionalidade que fundamentam a Clínica, é preciso pensar que estas transformações ocorrerão numa atividade que tem as características de um ofício. Logo, estas transformações precisam compreender as condições dos cenários de atuação, o contato com outros saberes no cotidiano, bem como os mecanismos de reprodução do conhecimento e de comunicação interprofissionais (Franco, Merhy, 1999).

Por outro lado, a ampliação da dimensão da Clínica como uma prática voltada ao cuidado integral pressupõe a valorização da fala e da escuta dos sujeitos envolvidos e a concepção de que o limiar entre a saúde e a doença é singular,

ainda que seja influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o sócio-econômico (Franco, Merhy, 1999).

É na valorização da fala e da escuta e, conseqüentemente, da narrativa como meio e fim da prática clínica, que podem ser repensadas e transformadas as técnicas instrumentalizadoras e formuladoras do ato e do saber clínico, desenvolvendo novas habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, ao integrar às suas práticas, elementos como: a escuta, capaz de contextualizar a história e as “estórias” de vida das pessoas; o silêncio receptivo, e um discurso que incorpore a ética através de uma relação mais eqüidistante entre aquele que cuida e é cuidado (Franco, Merhy, 1999).

Podemos dizer que o PSF favorece o desenvolvimento de um cuidado ampliado ao processo saúde-doença uma vez que há uma continuidade no cuidado do indivíduo, pois a Unidade de Saúde da Família é referência para atendimento. Dessa forma, os profissionais das ESF podem ter uma percepção clara das reais condições sócio-econômicas dos indivíduos e suas famílias, planejando sua assistência em função das necessidades de saúde da população; sendo possível identificar os cuidadores diretos e indiretos, a estrutura familiar dos indivíduos e as redes de apoio disponíveis, a fim de garantir uma assistência adequada. Com isso, a atuação em saúde tem maior potencial para abarcar as dimensões singulares, particulares e estruturais do processo saúde-doença no seu território de atuação.

1.1.2 PROBLEMAS EMERGENTES NA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DA TERRITORIALIZAÇÃO

As equipes de saúde da família (ESF), responsáveis por colocar em prática as ações de saúde propostas pelo PSF, incorporando os princípios básicos do SUS, trabalham com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área.

Ao desenvolver suas atividades, segundo o Ministério da Saúde, a ESF deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na população, elaborar um plano de ações para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença dessa população, programar atividades educativas e intersectoriais relacionadas com os problemas de saúde e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Para, além disso, poder propiciar o levantamento de necessidades dos diferentes grupos sociais (Brasil, 2004).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo, 2002), são três os grupos de problemas para a implantação do PSF:

- os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde;
- aspectos afetos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos;
- e, o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF.

A declaração de Alma Ata (OMS, 1978) propõe *“os cuidados primários de saúde”* como a saída para os problemas do setor, caracterizando especificamente esses cuidados como,

“uma educação concernente aos problemas de saúde que se colocam, assim como os métodos de prevenção e de luta que lhes são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentarem e nutricionais, um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluído o planejamento familiar, a vacinação contra grandes doenças infecciosas, a prevenção e o controle de endemias locais, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais” (OMS, 1978: 2).

A citação acima reforça a importância desse âmbito em nível internacional, destacando-se a necessidade de instrumentalizar a população em direção à busca de seus direitos e construção de cidadania, promovendo assim, o alcance do que foi proposto.

Essa ruptura com o modelo médico centrado, requer dos profissionais mudanças *“nos microprocessos de trabalho em saúde”* (Franco, Merhy, 1999: 25), o que consiste em um desafio para as práticas da enfermagem na Atenção Básica. Alguns autores indicam que a ênfase das ações de enfermagem no modelo tradicional da Atenção Básica volta-se mais para a gerência dos processos meio da Unidade Básica (provisionamento de material, supervisão do pessoal, elaboração de rotinas, etc) do que para a assistência propriamente dita (Brasil, 1997) (Almeida, 1997).

No entanto, a partir do PSF, a dimensão assistencial assume uma importância maior no cotidiano dos enfermeiros, que passaram a lidar com essas novas demandas a partir da

substituição do modelo tradicional.

Ao invés da demanda programática antes existente, a população passou a ser atendida respeitando a sub-divisão em micro-áreas, tendo uma equipe multiprofissional responsável por sua assistência; e os profissionais passaram a ser responsáveis por cadastrar, conhecer e atender essas famílias.

Esse processo de mudança fez com que questões como, o despreparo em lidar com demandas até então desconhecidas viessem à tona, e a falta de recursos e tecnologias para se operar o trabalho em saúde ficassem evidentes. A partir daí, medidas de reestruturação e capacitação desses profissionais passaram a ser mais desenvolvidas, principalmente através de estudos que contribuem com o aprimoramento do trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva.

Segundo Franco e Merhy (1999), uma resposta para essas questões está em se realizar,

“o acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problemas de saúde, a criatividade posta a serviço do outro, e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, como potência para a mudança do modelo” (Franco, Merhy, 1999: 32).

Diante disso, o presente estudo se propõe a recuperar uma experiência de reconstrução das práticas de enfermagem, numa UBS que atua com a estratégia do PSF, visando contribuir para identificar os processos decisórios e as instâncias de atuação de enfermagem que consolidam novas tecnologias no âmbito da Atenção Básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, e, além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, surge certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (Czeresnia, Freitas, 2003).

A idéia da promoção da saúde traduz-se em expressões próprias na realidade atual, como ´políticas públicas saudáveis`, ´colaboração intersetorial`, ´desenvolvimento sustentável`. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e ressalta-se o quanto múltiplos elementos – físicos, psicológicos e sociais – estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais (Czeresnia, Freitas, 2003).

Observa-se ainda que, em um mundo globalizado, a promoção da saúde apresenta um ´forte componente internacionalista`, presente em todos os seus documentos de natureza mais política, seja no entendimento dos problemas, seja nas propostas de intervenção (Czeresnia, Freitas, 2003) .

Outra característica a se destacar refere-se ao entendimento dos problemas e às respostas aos mesmos: a problemas com multideterminações são propostas respostas

com múltiplas estratégias, medidas e atores. Com isso, o discurso prevalente no campo da promoção da saúde procura caracterizá-la pela ‘integralidade’, seja no entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado, seja nas respostas propostas aos mesmos (Czeresnia, Freitas, 2003).

A grande valorização do ‘conhecimento popular’ e da participação social conseqüente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde (Czeresnia, Freitas, 2003).

Ao se considerar a possibilidade de intervenções voltadas para o controle de danos, riscos e de causas (determinantes sócio-ambientais e necessidades sociais), pensava-se na perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto articulado de medidas adotadas pelo SUS.

As ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar. Do mesmo modo, tais ações setoriais seriam capazes de se integrarem à intervenção social organizada e às políticas públicas intersetoriais ou transectoriais que configuram o espaço da promoção da saúde (Czeresnia, Freitas, 2003).

A Carta de Ottawa (2001) define promoção da saúde como

“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2001:19).

Essa definição supera uma visão idealista de conquista de qualidade de vida através da modificação de comportamentos individuais nocivos. A chamada “nova promoção da saúde”

resgata a produção social da saúde, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (*empowerment*), salientando a necessidade do protagonismo social mais do que a esfera técnica na transformação da sociedade. Destaca ainda, seus papéis de defesa da causa da saúde (*advocacy*), de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os vários setores envolvidos (Czeresnia, Freitas, 2003).

Segundo Laverack e Labonte *apud* Becker (2004), o *empowerment* pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças em direção a uma maior igualdade nas relações sociais de poder, ou seja, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e/ou influência, por exemplo.

Para a promoção da saúde, tanto o *empowerment* comunitário quanto o individual são considerados importantes, assim como suas dimensões, auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio (Becker, 2004).

Wallerstein (1992) enfatiza que, idealmente, o *empowerment* deve ser avaliado em todas as suas dimensões, individual e coletiva, tanto em seu processo como em seus resultados. Essas avaliações devem ter um caráter participativo e que gerem, pelo seu próprio processo, uma maior mobilização da população na busca de seus direitos.

Cinco campos de atuação para a promoção da saúde são preconizados pela carta de Ottawa: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária;

o desenvolvimento de habilidades pessoais; e, a reorientação do sistema de saúde (Czeresnia, Freitas, 2003).

Neste estudo, a promoção da saúde é compreendida como um campo que muda o eixo de poder nas relações, buscando desconstruir a centralidade do poder no técnico, e instrumentalizar o outro para a conquista de sua emancipação no processo do cuidado, através da incorporação dos conceitos de saúde-doença ampliada, integralidade e equidade.

Essas “novas práticas” podem ser estruturadas pelos conceitos de *advocacy*, *empowerment* e pela articulação com as políticas públicas intersetoriais, permitindo, dentro do eixo de reorientação dos serviços de saúde, a ampliação do objeto de intervenção para os determinantes sócio-ambientais da saúde, contribuindo assim em uma práxis transformadora.

2.2 A PRÁXIS DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

A práxis consiste na dialética existente entre a teoria e a prática, e segundo Konder *apud* Egry (1996), a práxis no sentido marxiano, é,

“a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a em si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática” (Egry, 1996: 87).

Segundo Vázquez *apud* Trapé (2005) a práxis se refere à ação do homem que, fundamentada por uma teoria, transforma a natureza. Ainda segundo o autor, além da práxis que nos é apresentada como uma atividade material, transformadora e ajustada a objetivos, há a atividade teórica que não se materializa. Por isso, não há como a práxis ser uma atividade puramente material, uma vez que, tem de haver a produção de finalidades e conhecimentos, que caracterizam a atividade teórica.

A legislação relativa ao exercício profissional da enfermagem no art. 8º do decreto 94406, de 1987, faculta, como atividade privativa do enfermeiro, a consulta e a prescrição de enfermagem e, como integrante da equipe de saúde, a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; e a participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral.

Na rede básica de saúde são atribuídas aos enfermeiros: responsabilidade, autoridade e autonomia para desenvolver diferentes atividades, entre elas a coordenação e gerenciamento do ambulatório, a consulta de enfermagem e atividades educativas. Deste modo, o enfermeiro participa da equipe multiprofissional atuando como agente facilitador da comunicação e promovendo a continuidade do programa de prestação de cuidados ao cliente (Kubo, 2003).

Essas ações, entretanto, vinham sendo desenvolvidas, via de regra, de acordo com as concepções de cada indivíduo,

sem uma padronização ou avaliação de acompanhamento de seus resultados; ou seja, o “autogoverno” que o trabalhador de saúde possuía sobre o modo de se fazer assistência, muitas vezes acabava por determinar o perfil do modelo dessa assistência, seja esse perfil coerente ou não com a forma que os serviços de saúde estão organizados (Franco, Merhy, 1999).

Considerando a práxis um processo mais complexo de atuação profissional, se faz necessário recuperar o perfil do enfermeiro que, além de competência técnica deve comprometer-se com a responsabilidade, além de reconhecer-se como sujeito ativo do processo de transformação da realidade, instrumentalizando os usuários na mesma direção, visando a concretização das diretrizes mais gerais do SUS.

No campo da saúde Coletiva, Egry (1996) desenvolveu a Teoria da intervenção Prática de enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), como referencial Teórico Metodológico para subsidiar as intervenções.

“trata-se da sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado, de intervir nesta realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção”(Egry, 1996: 11).

Segundo Chiesa, Bertolozzi e Fonseca (2000) o trabalho em saúde,

“opera a partir da análise de um complexo de determinações expressas nos níveis macro e microepidemiológicos, integrando diferentes saberes e práticas que até então haviam permanecido compartimentalizados e isolados”.

Para que a intervenção em enfermagem na realidade objetiva seja apreendida na sua totalidade, três dimensões são consideradas: a dimensão estrutural, a particular e a singular.

A dimensão estrutural refere-se aos aspectos macro-estruturais do objeto em questão, compreendendo os processos de desenvolvimento das relações de produção e da formação econômica e social. Já a dimensão particular compreende os processos de reprodução social a partir dos perfis epidemiológicos e de saúde-doença de classe, considerando as necessidades de saúde (Egry, 1996).

Cabe aqui ressaltar, perfis epidemiológicos, como o resultado da conjunção entre os perfis de reprodução social e os perfis de fortalecimento e desgaste dos grupos sociais, que devem ser monitorados como atividade nuclear no controle de saúde do coletivo (Bertolozzi, Fracolli, 2001).

“sob essa orientação, o método epidemiológico alimentará as ações de monitoramento e vigilância voltadas para os determinantes (perfis de reprodução social – formas de trabalhar e de viver) e os resultados (perfis saúde-doença - manifestações de fortalecimento e desgaste)” (Bertolozzi, Fracolli, 2001:10).

Sob a perspectiva de necessidades em saúde, não se deve pensar em uma prática articulada em torno das necessidades biológicas, e sim, considerar os diferentes níveis de necessidades em saúde (qualidade de vida, enfrentamento das discriminações sociais, autodesenvolvimento humano), a fim de descaracterizar a hierarquização e a sua ordenação em uma relação e prática centralmente individualizada (Almeida, Mandu, 1999).

E, por fim, a dimensão singular considera as formas individuais de trabalho e vida, ou seja, a participação

individual na organização social e na expansão de sua consciência. Na saúde coletiva, a perspectiva de TIPESC possibilita uma compreensão mais profunda e complexa dos fenômenos que caracterizam o processo saúde-doença (Egry, 1996).

Nessa proposta, para que os profissionais da saúde possam lidar com as questões de saúde a partir de um conceito mais amplo, o Estado tem um papel regulador das práticas e da formação desses profissionais, buscando preparar os trabalhadores para que sejam sensíveis à conscientização sobre os problemas da realidade, numa perspectiva de trabalho conjunto que se valha de outros saberes. Trata-se do desafio de articular ações sobre as dimensões descritas, extrapolando o âmbito biológico e curativo das intervenções em saúde, sem negligenciar a qualidade da assistência.

Sendo assim, para que a práxis transformadora se concretize, se faz necessário a incorporação de novas tecnologias, a fim de instrumentalizar os profissionais para a prática do trabalho em saúde.

2.3 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Merhy org (1997) aposta na possibilidade de se constituir tecnologias de gestão do trabalho, que permitam identificar ruídos e quebras, ocorridos nos processos de trabalho, que sejam fontes potenciais para a abertura de linhas de fuga aos processos de trabalho instituídos, ou seja, permitem identificar as falhas durante o desenvolvimento do trabalho e os possíveis caminhos a serem tomados para se efetivar, da melhor maneira, o trabalho.

Para Gonçalves (1994), tecnologia seria,

“o conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (Gonçalves, 1994:32).

E os instrumentos tecnológicos somente adquirem existência concreta enquanto agem nas relações entre homens e objetos dentro das relações sociais de produção.

Segundo Mendes e Schraiber apud Meneses (1998), em Saúde Coletiva, a linha de pensamento dominante, que constitui o referencial teórico de tecnologia do trabalho em saúde, pode ser condensada em uma formulação teórica e organizativa de modelo tecno-assistencial. Modelo esse que subordina o saber clínico ao epidemiológico, baseada também em uma concepção de objeto coletivo e de perfil de necessidades.

Geralmente, a discussão das tecnologias traz à tona a idéia de recursos materiais como equipamentos, aparelhos e instrumentos sofisticados. Segundo Cecílio org (1994), no entanto, este arsenal é somente produto do saber acumulado num dado momento histórico e serve a uma determinada lógica de organização das práticas.

Acreditando que, na atenção básica, as principais tecnologias que dispomos para realizar as ações estão muito mais em nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço e as atividades de grupo de gestão, ou seja, são necessárias tecnologias leves, muito mais centradas em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc, do que tecnologias duras e/ou leve-duras, que consistem em equipamentos,

espaços físicos, entre outros, constituem o conceito principal de tecnologia no âmbito desse estudo (Cecílio org, 1994).

Para Merhy (1997), estas tecnologias de gestão do trabalho consistem no uso de instrumentos analisadores e autoanalíticos, como tecnologias potentes para propiciar avaliações do trabalho desenvolvido nos Serviços de Saúde.

A idéia de "*Instrumentos analisadores*" se baseia no conceito de "*analisador*" proposto por Barembliit (1996), trazido da psicanálise e utilizado na análise institucional. Para a psicanálise, um *analisador* é um fenômeno resultante de uma combinação, de uma mistura, da articulação de uma transição ou de uma transação entre as instâncias mentais, que têm como característica, exprimir a problemática de um sujeito para que o mesmo possa manifestá-la e denunciá-la.

Tendo em vista estas considerações teóricas, o presente estudo teve a finalidade de identificar os principais aspectos relacionados às transformações das práticas de enfermagem.

3 OBJETIVO

- Descrever as tecnologias presentes na intervenção de enfermagem realizada na UBS Jd. Boa Vista, a partir de casos de usuários portadores de lesões de pele crônicas.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

A metodologia escolhida para desenvolver a pesquisa insere-se na abordagem qualitativa a partir do estudo de dois casos selecionados do projeto de intervenção do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, anteriormente mencionado.

A abordagem qualitativa considera a relação dinâmica que existe entre o mundo real e o sujeito e permite captar os aspectos específicos dos dados e acontecimentos no contexto em que ocorrem. O objeto, não é considerado um dado inerte e neutro e, sim, rico em significados e relações com os sujeitos (Chizzotti, 2001).

"neste tipo de pesquisa o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, são conectados por uma teoria explicativa, onde o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado" (Chizzotti, 2011: 79).

A fenomenologia e a dialética compõem as orientações filosóficas da pesquisa qualitativa, onde a primeira considera a necessidade de se ir além das manifestações imediatas para se alcançar a essência dos fenômenos; a segunda afirma a relação dinâmica existente entre o sujeito e o objeto no processo do conhecimento, valorizando a contradição entre o fato observado e a atividade do sujeito que observa (Chizzoti, 2001) (Gil, 1994).

O pesquisador é parte fundamental nos estudos

qualitativos, devendo deixar de lado preconceitos e predispondo-se a assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, permitindo-se alcançar a compreensão global dos fenômenos, sem adiantar explicações (Gil, 1994).

Essa compreensão, segundo Chizzotti (2001), será alcançada com uma conduta participante que partilhe da cultura, das práticas, das percepções e experiências dos sujeitos da pesquisa, procurando compreender a significação social por eles atribuída ao mundo que os circunda e aos atos que realizam.

Os casos selecionados foram tomados como unidades significativas, sendo suficientes para fundamentar um julgamento fidedigno, permitindo fazer comparações aproximativas, generalizações a situações similares ou autorizar inferências em relação ao contexto da situação analisada (Chizzotti, 2001).

Segundo Chizzotti (2001), um caso é considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e, tanto retrata uma realidade, quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (Chizzotti, 2001) (Gil, 1994).

Yin (1984) define o estudo de caso como uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência.

Segundo Mazzotti (2006), o maior problema da maioria de trabalhos apresentados como estudo de caso é o fato de alguns autores não o situarem dentro de uma discussão acadêmica mais ampla, simplesmente por serem desenvolvidos em apenas uma unidade (uma escola, uma turma), sem a preocupação da construção coletiva do conhecimento.

Apesar de, Bogdan e Biklen *apud* Mazzotti (2006), disseminarem a idéia de que estudos de caso são um tipo de pesquisa mais fácil, por lidar com poucas unidades, desconsiderando a complexidade desse tipo de pesquisa, bem como as dificuldades que lhe são inerentes; foi o caminho metodológico adotado por englobar as características favoráveis para o desenvolvimento desse estudo, favorecendo o alcance de seus objetivos.

4.2 MATERIAL E MÉTODO

O método escolhido para o desenvolvimento do trabalho foi o "fluxograma analisador" proposto por Merhy (1997), que se constitui num instrumento que permite a análise na medida em que interroga os *para que*; *os que* e *os como* dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-los.

Os como revelam qualitativamente o modo de operar o cotidiano da construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos, *os que* revelam o que os produtos deste modo de trabalhar, permitindo que se identifiquem também os resultados obtidos; *os para quê* revelam os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e a realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços, sendo um momento favorável para se interrogar os princípios éticos-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde (Merhy, 1997).

O contato com o método se deu a partir da realização de projeto de iniciação científica durante o curso de graduação em enfermagem, cuja temática foi a reorganização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família a partir do uso do "Fluxograma Analisador". (Barboza, Fracolli, 2005)

A escolha desse método para o tema em questão diz respeito à perspectiva de compreensão e análise com vistas aos processos emancipatórios do campo da promoção da saúde.

"o 'fluxograma analisador' é um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas presentes nos mesmos, bem como os saberes e práticas predominantes. (...) sendo um instrumento potente para operar na direção de se produzir serviços e profissionais de saúde mais responsabilizados e criativos com seu processo de trabalho" (Barboza, Fracolli, 2005: 1042).

O "*fluxograma analisador*" é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimento, com a perspectiva de "desenhar" um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si, em torno de

uma certa cadeia de produção. Alguns dos símbolos utilizados para a construção desse diagrama, são padronizados universalmente.

Por exemplo, com o desenho de uma **elipse**, retrata-se tanto o começo da cadeia produtiva, quanto o fim, chamando a isso uma representação da entrada e da saída do processo global de produção em análise.

Por meio de um **retângulo**, retrata-se o momento nos quais se realizam etapas de trabalhos importantes da cadeia produtiva, em que se realiza o consumo de recursos e produção de produtos bem definidos, que vão servir para abrir novas etapas na cadeia.

Através de um **losango** representam-se momentos em que a cadeia produtiva enfrenta processos de decisão, de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e são sempre momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingirem etapas seguintes e distintas.

Neste estudo também são utilizadas cores a fim de diferenciar os diferentes âmbitos de desenvolvimento das ações, sendo caracterizadas, pela cor vermelha as ações desenvolvidas em uma unidade de pronto-atendimento da região; a cor azul identifica as ações no âmbito da atenção básica, desenvolvidas na unidade de saúde da família; a cor verde caracteriza as ações realizadas, em hospital de atenção secundária, fora da região de referência da UBS; e, as ações desenvolvidas em unidade pertencente à área de referência, ficam caracterizadas pela cor amarela.

Os momentos em que, a participação do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da USP, foi decisiva no processo de trabalho esquematizado, estão caracterizados por figuras com linhas duplas.

A seguir, a legenda produzida para este estudo, ilustra as caracterizações dos momentos de início, término, produção e decisão do processo de trabalho, assim como os caminhos seguidos e as possíveis direções a serem tomadas.

Os casos utilizados para o desenvolvimento desse estudo foram estruturados na forma de um fluxograma analisador, os inícios e fins do processo de trabalho foram selecionados e identificados conforme a legenda acima, a seguir, todas as

etapas do processo de trabalho de enfermagem realizado foram organizadas conforme a ordem dos acontecimentos seguindo o mesmo padrão de caracterização.

4.3 CENÁRIO

A administração do Município de São Paulo é dividida em 31 subprefeituras (ANEXO II), sendo a do Butantã a responsável pela administração do Distrito de Raposo Tavares, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde Jd Boa Vista, na qual se desenvolveram as ações de enfermagem utilizadas nesse estudo.

4.3.1 DISTRITO DE SAÚDE BUTANTÃ

A Sub-Prefeitura do Butantã BT é formada por cinco distritos administrativos, criados pela Lei no. 11.220, de 20/05/92. Os distritos são os seguintes: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. A área total é de 56,1 km², o que corresponde a 3,75% da área total do Município de São Paulo.

Os limites territoriais da sub-prefeitura do BT são os seguintes:

- norte: Lapa (pelas avenidas Corifeu de Azevedo Marques e Nossa Senhora da Paz);
- oeste: municípios de Osasco e Taboão da Serra;
- sul: Campo Limpo (pelas avenidas Marechal Juarez Távora, Rua Marechal Hastimphilo de Moura, Av. Giovani Gronchi, Rua Flávio Américo Murano, Av. Morumbi);
- leste: Pinheiros e Santo Amaro (rio Pinheiros).

A área do BT é cortada por importantes eixos rodoviários que fazem a ligação norte-sul do país, além da ligação entre o município de São Paulo e o interior sul e oeste do Estado. São os seguintes os principais eixos viários: av. Prof. Francisco Morato, que dá acesso à rodovia Régis Bittencourt; av. Eliseu de Almeida; av. Corifeu de Azevedo Marques; av. Vital Brasil; av. Morumbi; av. Rio Pequeno, rodovia Raposo Tavares e rodoanel viário Mario Covas.

A Supervisão Técnica de Saúde da Subprefeitura do Butantã congrega uma população de 377.351 habitantes, predominantemente feminina, sendo maior o número de pessoas com idade entre 25 e 59 anos (CEInfo, 2005).

Dentre as cinco principais causas de morte estão, as doenças isquêmicas do coração; as doenças cerebrovasculares; pneumonias; bronquite, enfisema e asma; e, em quinto lugar, os homicídios (CEInfo, 2005).

No âmbito da política municipal de saúde, a subprefeitura do Butantã pertence à Coordenação Regional de Saúde Centro-Oeste, juntamente com Pinheiros, Lapa e Sé. A rede municipal de saúde, na área de abrangência, conta com um hospital, um ambulatório de especialidades, um pronto atendimento, um centro de referência em DST-Aids, um centro de convivência e cooperativa, além de 14 unidades básicas de saúde (ANEXO III).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuem-se nos distritos administrativos da seguinte forma, 03 no DA Butantã, Centro de Saúde (CS) do Caxingui, CSII Butantã e CS Escola Samuel B. Pessoa; 02 no DA Vila Sônia: CS Vila Sônia e UBS Jardim Jaqueline; 01 no DA Morumbi: CSII Morumbi; 04 no DA Rio Pequeno: CSII Rio Pequeno, UBS DR. José Marcílio Malta Cardoso, UBS Jardim D'Abril e UBS Eg^o. Guilherme Pinto Coelho (UBS Vila Dalva); e, 04 no DA Raposo Tavares UBS Jd Boa Vista, UBS Paulo VI, UBS São Jorge e UBS Vila Borges.

São compostas por equipes de Saúde da Família o CS Escola Samuel B Pessoa (CSE Butantã), UBS Jd Boa Vista, UBS São Jorge, e a UBS Eg^o. Guilherme Pinto Coelho (UBS Vila Dalva). A UBS JD'Abril se encontra em processo de implantação de equipes de saúde da família.

O desenvolvimento das ações de enfermagem, utilizadas nesse estudo, se deu na UBS Jd Boa Vista.

4.3.2 UBS JD BOA VISTA

A Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista pertence ao Distrito Administrativo de Raposo Tavares e tem sob sua responsabilidade, segundo IBGE (2000), um total de 22.000 habitantes.

Desde 2002, essa unidade vem se estruturando segundo a estratégia do Programa de Saúde da Família e, para tanto conta, no momento, com seis equipes de Saúde da Família no seu interior.

Para organizar o processo de trabalho da UBS, segundo a proposta do PSF, a unidade Jardim Boa Vista foi dividida em seis macro áreas, caracterizadas por cores: branca, vermelha, azul, amarela, verde e lilás. Cada macro área possui sob sua responsabilidade 800 a 1000 famílias e a cada macro área corresponde uma equipe de saúde da Família. A divisão dessas macro áreas envolveu aspectos territoriais e demográficos.

Cada Equipe de Saúde da Família da UBS Boa Vista é composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A implantação do PSF no município contou com a participação de instituições parceiras, sobretudo para viabilizar a contratação dos ACS. Na região em questão, a parceria se dá com a Fundação Faculdade de Medicina da USP.

A atuação dos ACS se dá principalmente na área de abrangência da equipe, de forma que cada ACS fica responsável por uma micro área, com no máximo 200 famílias.

A UBS conta ainda, com o investimento do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP em disponibilizar um técnico, nível superior, com uma carga de trabalho de 20 horas semanais na unidade para desenvolvimento de atividades de apoio ao ensino e pesquisa.

Em relação à articulação com a rede hierarquizada e regionalizada, as referências priorizadas por esta unidade são: ambulatório de Especialidades do Peri-Peri; Pronto Atendimento Bandeirante (Dr. Caetano Virgílio Neto), Hospital Mario Degni e Hospital Universitário.

Apesar de pertencer a uma região com um índice de desenvolvimento humano elevado e de contar com a estrutura que a Universidade de São Paulo oferece, a realidade da população atendida pela UBS Jd. Boa Vista é muito diferente dos dados estatísticos.

Encontramos lugares com péssimas condições de saneamento básico, áreas de ocupação, moradias precárias e famílias numerosas de inserção social precária. Essas características fazem com que as formas de cuidado construídas tornem-se um desafio aos profissionais, que necessitam a todo o momento rever as estratégias de intervenção e avaliar se o alvo que se pretende, está sendo atingido.

5 RESULTADOS

5.1 ESTRUTURAÇÃO DOS PROCESSOS DE ATENÇÃO POR MEIO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR

5.1.1 CASO I: Sr G

No segundo semestre de 2004, Sr G, de 83 anos, sofreu uma queda em sua residência, onde morava sozinho, evoluindo com quadro de confusão mental.

A filha procurou uma unidade de Pronto Socorro Municipal para atendimento do pai, este foi avaliado por um médico que identificou o quadro de rebaixamento do nível de consciência e orientou que o idoso ficasse aguardando a realização de exames para descartar a hipótese de traumatismo crânio-encefálico (TCE).

Após 15 dias mantido na maca do Pronto Socorro “em observação” a hipótese de TCE foi descartada, mas ao ser reavaliado, foi diagnosticada broncopneumonia decorrente do tempo de permanência no PS, e a equipe médica solicitou transferência para tratamento em hospital de referência. Na ausência de vaga permaneceu mais um período de 10 dias em maca no PS de onde recebeu alta para casa após tratamento da BCP, com sérias úlceras por pressão.

A família não recebeu orientação sobre os cuidados necessários das lesões, nem mesmo sobre os sinais de piora ou melhora. Diante da insegurança solicitou visita da UBS próxima à residência da filha, com quem o idoso passou a residir devido à perda de sua autonomia para o autocuidado.

A enfermeira da equipe de saúde da família realizou uma visita domiciliar e, ao avaliar as condições do Sr. G, concluiu que a UBS não dispunha dos recursos necessários para o atendimento, solicitando auxílio de alunos e docentes da EEUSP.

A enfermeira da equipe de Saúde da Família juntamente com a docente, a técnica especialista do Departamento e a aluna da EEUSP iniciam o atendimento às lesões de pele com material comprado pela família, pois a UBS não dispunha dos materiais necessários. A assistência de enfermagem no momento incluiu a orientação da família quanto às necessidades de cuidado do idoso acamado.

Em paralelo, iniciou-se um processo de capacitação dos profissionais da UBS em lidar com as lesões de pele, assim como a organização da sala de curativos existente, resgatando o protocolo de curativos da Secretaria Municipal de Saúde.

Após um período de três semanas com atendimento domiciliar diário, foi identificada a piora de duas das cinco lesões de pele, sendo identificada a necessidade da realização de um debridamento cirúrgico. O encaminhamento para hospital de referência foi realizado pela ESF, mas na ausência de vaga, o procedimento foi realizado em um hospital fora da região por intermédio do conhecimento pessoal de uma agente comunitária de saúde que também era amiga da família. Para que o debridamento fosse realizado foi necessária a participação de um familiar do Sr. G (seu neto) auxiliando o médico, pois não havia profissional disponível no Hospital, segundo relato da família.

O tratamento prosseguiu na UBS e a família foi orientada pela técnica especialista e aluna da EEUSP sobre os direitos existentes a uma assistência integral à saúde. Após 20 dias aproximadamente foi observado piora do estado geral do Sr. G, e um novo encaminhamento ao hospital de referência foi realizado pela ESF. A família conseguiu a vaga, mas mesmo após receber a assistência necessária, Sr G. evoluiu mal e foi a óbito.

Após o óbito do Sr G. a família decidiu doar os materiais que sobraram para a UBS, o que possibilitou o início da assistência à lesão de pele da Sra D., o caso II que será descrito a seguir.

5.1.2 CASO II: SRA D

Sra D., de 75 anos, possuía uma lesão em membro inferior direito há 10 anos sem tratamento efetivo, seguindo uma prescrição médica de limpeza com água e sabão e manutenção da lesão descoberta. Após o início da capacitação dos auxiliares de enfermagem da UBS na atualização do cuidado em feridas, a Sra. D foi visitada por uma auxiliar de enfermagem da equipe de saúde da família que identificou o problema e deu início a um novo tratamento dessa ferida.

Devido a auxiliar de enfermagem conhecer o trabalho desenvolvido anteriormente com o Sr G., solicitou visita da enfermeira da UBS, da aluna e enfermeira especialista da EEUSP para avaliar o caso.

Após levantarem as condições de trabalho e vida familiar, avaliaram a lesão de pele e agendam nova visita para início do tratamento com os materiais doados pela família do Sr G., pois a Sra D. não possuía condições financeiras de adquirir o material necessário. A referida lesão limitava a autonomia da Sra. D, que permanecia em casa em decorrência da mesma.

A família foi orientada quanto ao tratamento que seria estabelecido, o tipo de produto utilizado e sobre as dificuldades da UBS em fornecer os materiais de forma regular, esclarecendo dúvidas e expectativas. Em paralelo foi solicitado material para curativo às UBS vizinhas para resolução imediata do problema.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo já havia elaborado um Manual de Tratamento de Feridas, preconizando o uso dos materiais e soluções atualizados. Porém, no âmbito do Distrito do Butantã, esse tipo de material não era solicitado, inclusive por falta de previsão da quantidade necessária. Com isso, houve o esclarecimento do projeto junto aos ACS para que os mesmos auxiliassem na

busca ativa de pessoas portadoras de lesões de pele, visando o provisionamento adequado do material.

A partir do levantamento realizado pelos agentes comunitários de saúde, dos casos de pessoas portadoras de lesões de pele crônica, atendidas ou residentes próximas à UBS, foi elaborada uma lista com os principais materiais necessários à assistência adequada dessas lesões.

Essa lista foi encaminhada à Subprefeitura do Butantã e à Secretaria Municipal de Saúde juntamente com um pedido de compra, especificando a cota mensal necessária. A compra foi realizada e a UBS recebeu esses materiais em março de 2007. Até então o projeto se efetivou com o uso de materiais emprestados.

Ainda em relação à Sra. D, apesar de haver melhora importante da lesão e da família não referir dúvidas em relação ao tratamento após 15 dias, foi observada uma resistência em relação ao mesmo. Ao retornar às VDs era freqüente a história de retirada dos materiais da pele antes do tempo determinado, o não cumprimento das condutas estabelecidas, sendo que houve, também, uma dificuldade em identificar o cuidador direto, uma vez que havia divergências entre a filha solteira que residia com a Sra D. e outra filha que residia no mesmo quintal.

Foi necessário realizar uma intervenção no âmbito familiar e após essa interferência as filhas optaram por continuar o tratamento na UBS mesmo sendo diferente da conduta médica anteriormente estabelecida.

A assistência passou a ser efetuada com maior freqüência e foi observada melhora na adesão ao tratamento. Identificou-se a necessidade de realizar um exame complementar (doppler) para que a conduta estabelecida fosse reavaliada.

A família recebeu o encaminhamento para o hospital de referência e foi orientada quanto aos seus direitos.

O exame foi realizado e a necessidade de se modificar a conduta confirmada, pois tratava-se de uma úlcera mista e não exclusivamente venosa como se havia presumido no início. O tratamento seguiu com condutas adequadas à nova situação e, após oito meses do início, a lesão cicatrizou. Os ACS relatam que é comum encontrar a Sra. D. caminhando no bairro e, além disso, observou-se melhora das relações familiares.

5.2 OS FLUXOGRAMAS ANALISADORES E AS POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Seguem-se os dois casos utilizados nesse estudo, estruturados sob a forma de *fluxogramas*, e que “ilustram” o processo de trabalho completo realizado na UBS Jd. Boa Vista.

É importante ressaltar que os diagramas, sem preenchimento de cores, indicam outras direções possíveis de serem tomadas no decorrer do desenvolvimento das ações.

CASO I: SR G

CASO II: SRA D

6 DISCUSSÃO E ANÁLISE: IDENTIFICANDO “OS RUÍDOS” DO PROCESSO DE TRABALHO

A partir das informações apresentadas nos fluxogramas, passaremos a descrever as dimensões tecnológicas das intervenções de enfermagem realizadas nos dois casos descritos.

A representação gráfica da trajetória dos processos de trabalho, que se conseguiu com os fluxogramas, nos permite antecipar os momentos iniciais de análise, uma vez que o próprio fluxograma, devido à sua extensão e configuração, é, em si, um “ruído”, evidenciando as descontinuidades nas relações entre os níveis de assistência, a descrição de movimentos unidirecionais no sistema e a frequência dos trajetos realizados desnecessariamente, que resultaram no prolongamento do seguimento clínico e no adiamento da resolução dos problemas nos dois casos apresentados (Meneses, 1998).

“falhas” e “ruídos”, em vez de serem escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo de ação, fundamentalmente no campo das necessidades, seriam vistas como “disfunções” a serem corrigidas” (Merhy, 1997:124).

Todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde” que perseguem a “produção do cuidado”, e que esta produção, a partir dos interesses impostos pelos vários atores em ação, permite a realização de distintos resultados, que podem estar comprometidos mais ou menos com os interesses dos usuários e com os processos autonomizantes (Merhy, 1997).

O início do processo de trabalho no caso do Sr. G. se dá a partir da assistência recebida em uma unidade de Pronto Atendimento, que evidencia problemas na estruturação desse serviço, desde a atenção ao aspecto biológico e familiar, quanto à articulação com as unidades de referência e contra-referência. Esse fato reforça a idéia que não existe uma única porta de entrada no sistema de saúde e sim de que os serviços precisam estar articulados em rede, para dar prosseguimento a partir de qualquer momento de entrada, sempre visando a articulação e complementaridade.

O processo de avaliação clínica realizada para confirmação de um trauma teve duração de quinze dias aproximadamente. Essa demora se deu por dificuldades em se realizar um exame de imagem complementar, e, durante esse período não foram contempladas as necessidades básicas de higiene e conforto, ocasionando problemas secundários. Estas últimas são de responsabilidade específica do serviço de enfermagem da instituição.

Considerando a complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, a qualidade da assistência é conseguida somente quando o profissional de saúde está claramente preocupado com a defesa possível da vida do usuário, o controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema, buscando desenvolver ações que permitam um maior grau de autonomia do usuário (Franco, Merhy, 1999).

No caso apresentado, apesar do idoso estar sempre acompanhado, não houve o envolvimento do familiar no cuidado durante a permanência no Pronto Socorro, ou seja, diante da perda de autonomia desse usuário, não se buscou alternativas para suprir essa necessidade. Não nos cabe o

julgamento da situação, mas é preciso ressaltar que a assistência de enfermagem realizada com maior autonomia e de forma sistematizada, pode garantir os cuidados necessários independentemente do esclarecimento do diagnóstico clínico.

O art.16, da lei no. 10.714, garante a presença de acompanhante durante a permanência de idosos em unidades de saúde, poderia ser aproveitada para realizar uma prática educativa, orientando o familiar quanto aos cuidados e necessidades do idoso; muitas vezes é vista de forma errônea pelos profissionais.

Ao invés de incluir os familiares de forma ativa e respeitosa no cuidado, acabam suportando a presença por ser um direito adquirido, ou envolvendo-os numa prática de trabalho alienado como substituição da mão de obra.

O usuário recebeu alta da unidade com feridas graves, a família não foi orientada quanto ao cuidado no domicílio, não houve comunicação entre a unidade de Pronto Atendimento e a UBS próxima da residência, apesar de pertencerem à mesma região de abrangência, cabendo somente à família dar continuidade a esse cuidado.

Além da qualidade da assistência de enfermagem prejudicada, que já foi mencionada, destaca-se a falta de comunicação dos serviços, mesmo em uma região administrativa delimitada. O comprometimento da integralidade é identificado, levando a um prejuízo do custo-benefício das ações disponibilizadas.

A partir da iniciativa da família de procurar auxílio na Unidade de Saúde da Família próxima à residência da filha é que se inicia o processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica.

Por se tratar de uma unidade de PSF, há a potencialidade de se realizar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, além dos muros da unidade básica de saúde, o que favorece maior envolvimento das equipes com a população atendida, além de ampliar também o objeto de atuação da área da saúde, não se limitando mais somente à dimensão biológica, mas incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde (Merhy, 1999).

Esse caso gerou uma demanda que evidenciou a responsabilidade dos profissionais das equipes de saúde da família a responderem por lesões de pele crônicas, que exigiam um maior preparo técnico, antes desconhecido no modelo tradicional.

Apesar da existência de um Manual disponível no âmbito central (São Paulo, 2002), que recomendava as ações referentes a essa assistência, os equipamentos de saúde da região, mais especificamente a UBS Jd Boa Vista, não desenvolviam suas ações baseadas nesse material existente.

Tal fato evidenciou a falta da sistematização da assistência de enfermagem para estes pacientes, a necessidade de um processo de atualização e capacitação permanente entre os profissionais e dificuldades na incorporação dos conhecimentos e habilidades dos profissionais para desenvolver uma assistência efetiva.

Identificamos a falta de insumos adequados, a dificuldade dos profissionais em assistir essas famílias, muitas vezes solicitando encaminhamentos para atenção secundária sem necessidade e a existência de uma sala de curativos funcionando de forma precária e desatualizada.

Tanto o caso do Sr. G quanto da Sra.D. evidenciam que, na atenção básica, as principais tecnologias que temos que usar para realizar as ações estão muito mais em nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço e as atividades de grupo de gestão, do que em tecnologias duras e/ou leve duras, que consiste em equipamentos, espaços físicos, entre outros. Apesar de serem necessários, não são suficientes de forma isolada, ou seja, são necessárias tecnologias leves, muito mais centradas em nossas sabedorias, experiências, atitudes compromissos, responsabilidades, etc (Merhy, 1997).

A participação da Universidade de São Paulo fez diferença nesse processo de trabalho, uma vez que importantes questões teóricas puderam ser discutidas, retomadas e reavaliadas com os profissionais e com as famílias envolvidas, gerando um ambiente de estudo e aprimoramento permanente das ações.

No caso da Sra. D. encontramos muita dificuldade de adesão ao tratamento estabelecido apesar das condutas serem estabelecidas juntamente com a família e de ser visível a melhoria da lesão. Foi necessário atentar mais para as relações familiares, a fim de entender o que de fato influenciava no tratamento, para intervir posteriormente.

O fato de ser um problema crônico, sem resolutividade há anos, apesar de muitos tratamentos e promessas, favoreceu a resistência inicial ao cuidado estabelecido pelos profissionais da UBS, muito diferente dos anteriormente estabelecidos.

Os produtos utilizados, desconhecidos pela família até então, geravam opiniões diferentes entre as duas filhas, uma acreditava ser melhor seguir as condutas uma vez que, se em tantos anos nada de fato foi efetivo, dessa vez seria diferente. Já a outra, que além de filha era a cuidadora, discordava da irmã, acreditando que se nem os tratamentos médicos resolveram, não seria esse novo modo de tratar a lesão que resolveria o problema.

Foi necessário então uma intervenção no âmbito familiar, onde, além de se falar sobre o tratamento realizado, foram abordadas questões de relacionamento familiar e dificuldade de entendimento entre eles. Novamente as condutas foram aceitas e reiniciou-se o tratamento.

Segundo Ribeiro (2004) a abordagem de família no cenário do PSF deve ser realizada segundo os critérios: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; e família/família; dentre os quais, alguns se aplicam à abordagem de família realizada por esse estudo.

Na abordagem família/indivíduo, o foco real de atenção é o indivíduo, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação de treinamento. Essa orientação deve considerar a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, de forma

multidimensional, mas acabam sendo esquecidas por parte dos profissionais, além de serem objeto de juízos de valor (Ribeiro, 2004).

A família/domicílio compreende a estrutura material da família, e as condições de cuidado do ambiente são o foco de atenção, uma vez que o domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco sócio-ambiental (Ribeiro, 2004).

O caso da Sra. D. demandou uma ação de mudança importante no domicílio. Havia um cachorro que dormia dentro da residência, tendo acesso inclusive à cama da paciente, que se recusava a deixar a lesão ocluída e os pêlos do animal ficavam aderidos no leito da ferida.

Foi necessário conversar com a filha, que era a dona do animal, e explicar a importância de mantê-lo fora da casa, pelo menos até que a Sra. D. concordasse em ocluir a ferida. O fato favoreceu a concordância da paciente em ocluir a lesão e impedir o acesso do animal à sua cama, que propiciou a diminuição da contaminação do local, o que favoreceu o sucesso da intervenção.

Dado o foco do PSF que inclui a família como objeto das práticas em saúde é fundamental que se busque a instrumentalização profissional para atuar nessa dimensão relacional. A família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, de acordo com o conceito de família/família, que requer ainda a definição do real-funcional e simbólico dos seus recursos

afetivos, emocionais e espirituais, da capacidade de cuidar e cuidar-se, da sua história de fracasso *versus* sucesso para atender as demandas requisitadas, em suas diferentes fases e momentos, além de sua capacidade de julgar e fazer escolhas (Ribeiro, 2004).

A forma como se realizou a abordagem das famílias, através do envolvimento e participação, favoreceram em ambos os casos o sucesso das intervenções, pois na medida em que se intervém utilizando o conceito de *empowerment* junto a essa família, sobretudo acerca dos seus direitos, e a incentiva a ter voz ativa para participar das decisões, sem impor condutas já estabelecidas, temos como consequência uma melhor adesão ao tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a Unidade de Saúde da Família é considerada como a porta de entrada e deve estar integrada a uma rede de serviços que engloba os diferentes níveis de complexidade da assistência, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes. Entretanto, os dois casos descritos nesse estudo evidenciam as dificuldades em se estabelecer um sistema de referência e contra-referência eficiente.

Neste sentido,

“A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme conhecimentos disponíveis (Hartz, Contandriopoulos, 2004: 5332)”.

Entretanto, nos casos estudados, houve muita dificuldade em se encaminhar um paciente da Atenção básica para um serviço de nível secundário, no caso do Sr G, o que, num primeiro momento foi alcançado somente por intermédio de relações particulares de amizade e influência, em um serviço alheio ao território, no qual não houve o compromisso da continuidade.

Num segundo momento, após ter-se utilizado na mesma referência de *empowerment*, de diálogo junto a essa família quanto aos seus direitos, a conquista de uma vaga no hospital de referência da região foi conseguida mais facilmente, o que também aconteceu com a Sra. D. diante da necessidade de se realizar um exame complementar.

O conceito de *empowerment* relaciona-se com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estritamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual.

Para a promoção da saúde, é de fundamental importância considerar as dimensões do *empowerment*, tais como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio, a fim de contribuir para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas intenções que promove, conferindo “poder” ao sujeito social envolvido (Czeresnia, Freitas, org, 2003).

Em relação aos profissionais de saúde da UBS, o conceito de *empowerment* também se aplica, isso porque, uma vez envolvido na rotina do processo de trabalho, o profissional tende a se alienar das razões pelas quais executa as tarefas, sendo necessário lançar mão de estratégias para autonomizar e direcionar esses profissionais.

Observou-se que, diante das novas demandas surgidas na UBS, os profissionais tendiam a se distanciar da responsabilidade do cuidado, por medo do desconhecido talvez, encaminhando o paciente para outro serviço sempre que possível. Mas, através da atuação da Universidade junto à rotina de trabalho dessa unidade foi possível estabelecer uma relação de parceria e comprometimento, auxiliando esses profissionais nessas novas questões.

Foram envolvidas todas as categorias, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, na busca ativa dos casos de lesões de pele crônicas da região, para que deixassem de ser desconhecidos, e possibilitasse construir uma estratégia de intervenção.

Em todo o processo, o conhecimento e a opinião de todos foram considerados, assim como as dificuldades e resistência de se operacionalizar o trabalho. Num primeiro momento houve a dificuldade em vislumbrar como a UBS iria "dar respaldo" aos funcionários para responder à essa nova demanda, alegando-se que seria uma outra frente de trabalho.

Na medida em que, principalmente os auxiliares de enfermagem, adquiriam conhecimento técnico e maior domínio dos casos, das condutas, e, principalmente, sentiam-se respaldados com o auxílio da EEUSP, a assistência às lesões de pele na unidade avançou muito em qualidade e objetividade.

No andamento do Projeto, foi possível implementar as mudanças cabíveis e de forma consensuada, de modo que essa impressão de "nova demanda" não existe mais.

Outro aspecto que também vale ser destacado foi o registro das ações realizadas no projeto onde se encontram 12 pacientes, com seguimento periódico e evolução precisa. É importante ressaltar que a demanda da unidade é maior, entretanto, o atendimento é restrito, devido à falta do material necessário.

Anteriormente ao Projeto de Reconstrução das Práticas de Enfermagem às lesões de pele crônicas, o registro efetuado na sala de curativos era voltado somente para a quantidade de material utilizado, para fins de provisionamento do estoque. Atualmente, os registros incluem dados mais gerais do paciente, da lesão, dos procedimentos e da evolução observada pelos profissionais (ANEXO IV). Esses dados indicam que o Projeto contribuiu para desalienar os trabalhadores nessa instância

Considerando *advocacy* a defesa ou representação do cliente e dos seus interesses, junto de instituições políticas e sociais, e da sociedade em geral, objetivando sempre a negociação dos direitos das pessoas ou grupos excluídos, ou diminuídos em poder, esse conceito foi aplicado na busca de conseguir os materiais necessários à uma assistência adequada (Williams, Labonte, 2003).

Todo o processo de elaboração da lista com os produtos para curativo necessários à população atendida pela UBS, a insistência junto à subprefeitura do Butantã e a posterior conquista de compra pela Secretaria Municipal de Saúde em 2007, fazem parte da aplicação desse conceito.

Podemos dizer ainda, que todo esse “Processo de reconstrução das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele”, realizado na UBS Jd Boa Vista, teve sua efetividade, por trabalhar com as três dimensões necessárias a um projeto de intervenção, a estrutural, a particular e a singular.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo se deu no âmbito das tecnologias na atenção, para o cuidado de famílias com pessoas portadoras de lesões de pele, a partir da reconstrução das práticas de enfermagem na UBS Jd Boa Vista, à luz da Promoção da Saúde.

O objetivo de descrever as tecnologias presentes nessa intervenção, a partir de dois casos de usuários portadores de lesões de pele crônicas, foi alcançado em sua totalidade.

O método escolhido, estruturar os dois casos selecionados sob a forma do fluxograma analisador, a fim de “ilustrar” todo o processo de trabalho, se mostrou viável para o desenvolvimento do estudo, favorecendo a melhor identificação das lacunas deixadas no decorrer da intervenção, e, propiciando também a visualização dos caminhos possíveis de serem tomados.

A questão do uso das tecnologias duras e leve-duras na atenção básica, como materiais de primeira linha para a realização de curativos, exames mais complexos como um doppler ou um RX e até mesmo uma intervenção cirúrgica num setor em nível de atenção secundária, mostrou, durante todo o desenvolvimento das ações de intervenção, não bastar por si só.

Evidenciando que, para garantir o sucesso de uma intervenção, a fim de que a realidade seja transformada é necessário, uma articulação dessas tecnologias, com as chamadas tecnologias leves, compostas por fatores como o estabelecimento de uma relação de cidadania com o usuário, a partir de suas necessidades de saúde.

Nos dois casos a intervenção no âmbito familiar se mostrou importante para garantir a adesão ao tratamento, a família foi incluída no cuidado de forma participativa, considerando suas potencialidades e limitações, recuperando sempre que necessário, a finalidade da assistência prestada.

No campo da Promoção da Saúde, conceitos como *empowerment*, *advocacy*, mostraram-se eficientes para a conquista de um processo de atenção emancipatório, identificando o usuário como portador de direitos.

Como resultados da aplicação desses conceitos, encontram-se exemplos desde o fortalecimento da família para conquista de vaga em hospital de referência para realização de exame complementar enquanto direito adquirido, até a responsabilização do poder público pela aquisição dos materiais necessários a uma assistência adequada às lesões de pele dos usuários da UBS.

No que diz respeito à educação em saúde, a forma como o trabalho de instrumentalização dos profissionais para lidarem com as lesões de pele crônicas foi realizado, tendo sempre como foco a autonomia desses profissionais, favoreceu as mudanças na dimensão estrutural do serviço.

É importante ressaltar que o processo de reestruturação da assistência de enfermagem aos usuários da UBS Jd Boa Vista portadores de lesões de pele crônica, de forma alguma, se limitou às intervenções realizadas nos dois casos descritos neste estudo.

Até a conquista dos materiais solicitados à Secretaria de Saúde, que se deu em março de 2007, o aperfeiçoamento das ações de enfermagem aos usuários e suas famílias quanto às lesões de pele, foi sendo incorporado à dinâmica do processo de trabalho da unidade, mostrando que a instrumentalização dos profissionais é o melhor caminho para que as mudanças, tanto no estrutural, quanto no âmbito das políticas de saúde aconteçam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, et al. O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de Trabalho em Saúde Coletiva – Rede básica de Saúde. São Paulo: Cortez; 1997. O trabalho da enfermagem.

Almeida MCP, Mandu ENT. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 1999;52(1):54-66.

Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2005;2(4):1036-1044.

Baremlitt GF. Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa do Tempo; 1996.

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência e Saúde coletiva. 2004;9(3):655-667.

Bertolozzi MR, Fracolli LA. O perfil epidemiológico na prática do enfermeiro no Programa de Saúde da Família: Manual de Enfermagem. 2001. Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem.

Brasil. Associação Brasileira de Enfermagem. A classificação das Práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Série didática: enfermagem no SUS. Brasília; 1997.

Brasil. Lei nº 10.714, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 out. 2003. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Anais da Reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família de 26 a 28 de maio de 1999. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Declaração de Alma Ata. Projeto Promoção da Saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Programas e Projetos: Saúde da Família. Brasília; 1998.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Cecílio LCO, Campos GWS, Merhy EE, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Saúde em Debate; 1994.

São Paulo. CEInfo: Coordenação de Epidemiologia e Informação [home page na Internet]. São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>.

Chiesa AM, Batista KBC. Desafio da Implantação do Programa de Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. Rev. O mundo da Saúde. 2004.

Chiesa AM, Bertolozzi MR, Fonseca RMGS. A enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade? O Mundo da Saúde. 2000;24(1):67-71.

Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez; 2001.

Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Franco T. Merhy EE. PSF: Contradições e novos desafios. [online]. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo:Atlas; 1994.

Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública. 2004;20(2) 5331-5336.

Brasil. IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [home page na Internet] 2002. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cgi-bin/prtabl>

Kubo CH, Ribeiro PJ, Aguiar LAK, Toledo CF, Barros SMO, Borges DR. Construção e implementação de ações de enfermagem em ambulatório de gastroenterologia. Rev. Lat. Am. Enf. 2003;11(06): Nov/Dez.

Mazzotti AJ. Uso e abuso dos estudos de caso. Cadernos de Pesquisa. 2006;36(129): 637-651.

Meneses CS. A unicidade do sistema único de saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. [dissertação] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade - Qualificação da Estratégia Saúde da Família: Manual Técnico. Brasília; 2004.

Organisation Mondiale de la Santé. La Declaration D'Alma Ata. 1978.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de saúde da Família. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 2004; 12(4):658-664.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Atenção à Saúde: Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. São Paulo; 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Implantando o PSF no Município de São Paulo: balanço de 20 meses. São Paulo; 2002.

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 1992; 6: 197-205.

Williams L, Labonte R. Changing health determinants through community action: power, participation and policy. *Promotion e education*. 2003; X(2):65-71.

Yin RK. Case study research: design and methods. London: Sage; 1984.

ANEXO I

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –
Cerqueira César - CEP 05403-000**

Tel.: (11) 3066-7652 - FAX (11) 3066-7662 - Cx. Postal: 41633 CEP 05422-970
e-mail: enssecre@edu.usp.br

**PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM LESÕES DE PELE -
UBS JD. BOA VISTA**

Carla Andréa Trapé
Profa. Dra. Anna Maria Chiesa

**1- Levantamento de problemas em relação ao cuidado de pessoas com
lesões de pele**

Em estágios anteriores conduzidos pelo departamento foi identificado que no serviço e nas visitas domiciliárias (VD) os curativos eram realizados utilizando-se substâncias e técnicas não indicadas pelo que é preconizado atualmente pelos protocolos de enfermagem do Programa de Saúde da Família- Secretaria Municipal de Saúde , como por exemplo, o uso de iodo e a utilização de técnica não estéril em feridas cirúrgicas. Outro ponto essencial na caracterização do problema é que a assistência se restringia à realização de procedimentos, não considerando a história de vida do usuário e suas necessidades relativas à sua inserção social.

Assim, a intervenção a partir dos problemas detectados se tornava difícil na medida em que os profissionais de saúde não estavam sensibilizados e não percebiam a situação como problema.

Com base na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) procurou-se ampliar o reconhecimento do problema

envolvendo os trabalhadores neste processo (Egry, 1996).

A práxis diz respeito à unidade entre teoria e prática. "É a ação que (...) precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos (...)" (Konder, 1992)¹.

A TIPESC é "a sistematização (...) de captar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade (...) dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção (...). [Na sua proposta], as (...) etapas são cinco: a) captação da realidade objetiva, b) interpretação da realidade objetiva, c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva, d) intervenção na realidade objetiva, e) reinterpretação da realidade objetiva" (Egry, 1996)².

2- Percepção dos problemas pelos trabalhadores de enfermagem do serviço

Na disciplina Estágio Curricular de Enfermagem em Saúde Coletiva de 2004 a estudante acompanhou o trabalho da enfermeira de uma das áreas atendidas pelo serviço de saúde. Em uma visita domiciliar, que tinha o objetivo de realizar o cuidado a um usuário idoso com úlceras de pressão, explicitou-se a dificuldade do serviço em lidar com pessoas com lesões de pele extensas.

1º. Caso – Sr. Geraldo (início: setembro de 2004)

O Sr. Geraldo tinha 83 anos e passou a morar com a filha em um condomínio após internação no PS Bandeirantes por ter sofrido dois episódios de queda seguidos de quadros de confusão mental. Depois da segunda queda, o quadro de confusão se acentuou e a família procurou o PS Bandeirantes. No hospital aguardou a avaliação por alguns dias na maca do

¹ Konder, L O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI. São Paulo, Paz e Terra, 1992.141p.

pronto-socorro e acabou contraindo pneumonia, ficando então 22 dias internado em condições precárias. Devido à falta de cuidados o Sr. Geraldo desenvolveu extensas úlceras de pressão com áreas de necrose nos calcâneos e na região sacra e após a melhora dos sintomas da pneumonia recebeu alta.

Assim que o Sr. Geraldo saiu do hospital, a família solicitou a visita da enfermeira, pois não sabia lidar com as lesões. Em uma dessas visitas, a estudante acompanhou e ofereceu apoio já que havia realizado há pouco tempo uma capacitação em curativos e a enfermeira solicitou informações atualizadas. A estudante solicitou a minha presença nas VD's e com a orientação de uma professora do departamento solicitamos à família os materiais de curativo que precisariam ser adquiridos. O neto que morava no apartamento ao lado foi o principal cuidador, sendo que tinha condições financeiras favoráveis, pois possuía uma mecânica e poderia comprar as coberturas já que a UBS somente dispunha de soro fisiológico e gaze.

A partir de então as visitas tornaram-se praticamente diárias. A assistência não se restringiu ao curativo, sendo realizado o exame físico, pois o Sr. Geraldo tinha o estado geral comprometido, hipertensão, imobilidade quase total, dificuldade para se alimentar e utilizava *uopen* apresentando diurese escurecida com odor forte. E principalmente, foi oferecido apoio à família que estava com dificuldades para lidar com a situação. O neto estava sobrecarregado e saía varias vezes do trabalho para cuidar do avô, sendo que a filha praticamente não se envolvia mantendo-se distante.

Através do contato diário foi possível intervir junto à família sobretudo por meio das seguintes ações: demonstração das técnicas para mobilização e higiene, estímulo para melhorar a comunicação, envolvimento do familiar mais disponível para assumir o cuidado direto e identificação de condições de risco no ambiente.

As orientações ao neto incluíram o reforço ao seu direito de apresentar queixa em relação à falta de cuidado de enfermagem para a ouvidoria do PS Bandeirantes, baseado na Lei dos Direitos dos Usuários.

² Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo, Ícone, 1996)

A despeito do aprimoramento dos cuidados, a atenção não estava sendo efetiva em relação à melhoria do quadro clínico e solicitou-se à médica da equipe que fizesse um encaminhamento pois seria necessário desbridamento cirúrgico na região dos calcâneos. O HU não recebeu o paciente, pois, segundo a família, foi dito que o PS Bandeirantes é que deveria se comprometer. A família, por outro lado, não queria que ele voltasse a esse hospital. Enfim, por intermédio de uma agente comunitária de saúde da UBS que tinha contatos em um hospital, seu Geraldo foi operado no Hospital Geral de Taipas, para onde foi locomovido com dificuldade, sendo que a cirurgia foi auxiliada pelo neto pois não havia assistentes no momento.

Após o retorno de Sr. Geraldo para casa, as visitas realizadas por mim e pela estudante continuaram para prestar os devidos cuidados pelo interesse acadêmico e a necessidade da família. A enfermeira nem sempre podia estar presente, pois os curativos demoravam cerca de duas horas para serem realizados. Algumas auxiliares de enfermagem da unidade passaram a acompanhar as visitas já que os curativos precisavam ser feitos por duas ou três pessoas. Ao realizarem as visitas essas auxiliares começaram a se interessar pelo material que não conheciam e a levar esse interesse para os demais trabalhadores de enfermagem da unidade.

Apesar da melhora das lesões, o Sr Geraldo estava muito debilitado e foi novamente internado, dessa vez no HU, onde veio a falecer dois meses depois de iniciada a nossa intervenção.

Depois de sua morte, a família procurou a enfermeira para doar o material que sobrou para a unidade. Em contato com esse material, os auxiliares de enfermagem se mostraram cada vez mais interessados propiciando a abertura para a discussão do cuidado voltado aos usuários com lesões de pele.

O aumento de interesse e a percepção da necessidade de reestruturar as práticas se intensificaram a partir do caso de Dona Diva.

2º. Caso- Dona Diva (início- 3/10/04)

Dona Diva tem 75 anos, mora nos fundos com uma filha solteira e na casa da frente mora a outra filha com a família, sendo que as duas irmãs apresentam problemas de relacionamento e não se falam. Está tentando receber o dinheiro do INSS e a filha que mora com ela estava desempregada mas começou a trabalhar em um escritório.

Dona Diva tem artrose em joelhos que apresentam-se deformados, tem varizes há mais de 15 anos e desenvolveu úlceras algumas vezes sendo que a última surgiu há aproximadamente nove meses em MIE na região de terço inferior medial e nos 1º e 2º dedos. Segundo Dona Diva, o ortopedista não quer intervir no joelho por causa das varizes e o médico vascular não quer operar as varizes por causa da lesão na perna. Ressalta-se que as informações fornecidas por ele para o cuidado da lesão estavam incorretas pois ele orientou que se esfregasse o leito da ferida com gaze para retirar o esfacelo, sendo que as condutas estabelecidas aumentaram o tamanho da lesão.

Uma das auxiliares responsáveis pela área, ao saber da nossa experiência com o Sr. Geraldo, solicitou a minha avaliação e da estudante e em conjunto com outra enfermeira, recém-contratada da unidade, passamos a realizar os curativos utilizando os materiais doados. Foi difícil começar o tratamento, pois iniciamos o contato com a filha que morava na casa da frente e quando retornamos, quem estava presente era a outra filha que não queria aceitar as nossas recomendações. Segundo as auxiliares de enfermagem responsáveis pela área, a filha que morava com dona Diva não deixava a irmã entrar em casa ou falar com a mãe. Não conseguíamos conversar a esse respeito com a filha que morava com Dona Diva, pois não havia nenhuma abertura. Esta colocava que já tinha as devidas orientações e que não necessitava de ajuda para mudanças. Seu posicionamento demonstrava que a família deveria se conformar com o problema pelo seu caráter crônico e não se dispunha a investir em tentar resolver ou melhorar a situação da mãe.

Após varias conversas em que discutíamos as vantagens dos novos materiais e de novas técnicas, bem como a dificuldade de se adquirir as coberturas, a filha foi compreendendo e passou a nos auxiliar participando ativamente do cuidado.

Buscava-se revezar as auxiliares que acompanhavam o curativo, chamando-se inclusive as auxiliares de outras áreas e assim o interesse pela nova técnica e pelos materiais se generalizou.

A lesão em MIE evoluía lentamente para melhor – o pequeno ponto de necrose não se formava mais, o volume de esfacelo diminuía, a secreção tornava-se menos fétida e a lesão se tornava mais rasa, passando do estágio III (que atingia tecido subcutâneo) para estágio II (derme e epiderme). Entretanto, a lesão do segundo dedo estava piorando, com edema, acúmulo de secreção, hiperemia e dor intensa. Então solicitamos ao médico da equipe que fizesse um novo encaminhamento para outro médico vascular com pedido de urgência. Assim, o vascular foi marcado para trinta dias (início de dezembro). Na consulta ele solicitou um raio X e um doppler para o qual não havia previsão de vaga e não receitou nenhum medicamento a despeito dos sinais de inflamação e infecção no dedo. Dona Diva realizou o Raio X e voltou em 15 dias para o médico avaliar. Segundo a filha, o médico diagnosticou osteomielite, mas disse que somente poderia indicar um medicamento para o dedo após o resultado do doppler. Diante disso, contatamos novamente o médico da UBS que receitou um antibiótico, sendo que após 10 dias de tratamento não houve melhora. Sugeriu-se então que o médico solicitasse outro raio X para nova avaliação do dedo. A família foi orientada a procurar um pronto-socorro o mais rapidamente possível, pois marcar consulta demoraria muito e o dedo estava piorando rapidamente. Foi orientada também a exigir que alguém avaliasse o raio X no mesmo momento, o que nem sempre acontece. A família conseguiu levar Dona para o HU, o raio X foi realizado mas os atendentes da recepção diziam que não havia médico para avaliá-lo, segundo a filha de dona Diva. A filha então discutiu com os atendentes e algum médico acabou avaliando e prescrevendo outro antibiótico.

Na VD seguinte, sete dias depois da realização do raio X, fizemos o curativo e avaliamos o dedo que apresentou discreta melhora, sendo que as outras lesões evoluíam bem. Nesse momento, estava próximo o período que a faculdade entraria de recesso de fim de ano e eu não poderia acompanhar o

caso. Então Dona Diva e a filha foram orientadas que caso o dedo não melhorasse, na próxima consulta com o vascular, elas exigiriam que ele tomasse providências pois o dedo precisaria de outra conduta como desbridamento e caso ele não realizasse o encaminhamento para cirurgia, deveria então escrever uma carta se responsabilizando.

Após as férias, em nova VD, Dona Diva disse que o dedo havia melhorado muito e que por isso não disse nada ao médico. O dedo estava realmente melhor e a ferida continua evoluindo bem, pois a enfermeira da equipe continuou realizando as visitas e mantendo o tratamento. Dona Diva conseguiu realizar o doppler e terá novo retorno em março no médico vascular. Dessa forma a lesão continua em franca melhora.

Proposta de discussão:

- 1- Nos casos relatados, quais exemplos operacionalizam os princípios do SUS? Quais são esses princípios?
- 2- Apontem no relato onde vocês percebem que a atuação se deu no âmbito da singularidade, extrapolando a atenção ao indivíduo.
- 3- Qual o caráter da intervenção educativa realizada tanto no que diz respeito ao usuário e à família quanto em relação aos profissionais de saúde da UBS.
- 4- No processo de trabalho de assistência discutido qual o objeto, instrumentos e finalidade?
- 5- Como vocês procederiam em uma situação na qual seria necessário realizar um processo de reconstrução das práticas diante dos problemas levantados na unidade?

ANEXO II

MAPA DAS SUBPREFEITURAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

01. Perus
02. Pirituba
03. Freguesia do Ó
04. Casa Verde
05. Santana/Tucuruvi
06. Jaçanã/Tremembé
07. Vila Maria/Vila Guilherme
08. Lapa
09. Sé
10. Butantã
11. Pinheiros
12. Vila Mariana
13. Ipiranga
14. Santo Amaro
15. Jabaquara
16. Cidade Ademar
17. Campo Limpo
18. M'Boi Mirim
19. Capela Do Socorro
20. Parelheiros
21. Penha
22. Ermelino Matarazzo
23. São Miguel
24. Itaim Paulista
25. Mooca
26. Aricanduva
27. Itaquera
28. Guaianazes
29. Vila Prudente
30. São Mateus
31. Cidade Tiradente

ANEXO III

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE SUBPREFEITURA DO BUTANTÃ

Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

ANEXO IV
INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA ASSISTÊNCIA ÀS LESÕES DE
PELE NA UBS JD BOA VISTA A PARTIR DO PROCESSO DE
RECONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-
000
Tel.: (011) 3066-7652 - FAX 3066-7662

CASO NOVO – AVALIAÇÃO DE LESÕES DE PELE *³

Data: ____/____/____

1. Dados de identificação:

Nome _____ n°
matr.: _____
Religião _____ Data de nascimento: ____/____/____
sexo: () M () F Cor: _____ Est.civil: _____ Natural: _____

2. Dados sobre trabalho e vida

- a) Profissão _____ registro em carteira () sim () não
- b) Escolaridade _____
- c) No. de moradores em casa _____
- d) Nome e grau de parentesco dos moradores _____

e) Acesso a: água encanada() esgoto encanado() coleta de lixo regular()
f) Recebe ajuda de programas do governo ou de instituições civis? (igreja, ONG,etc)

g) Participa de algum grupo ou associação? Qual?

h) Quem realiza os curativos em casa? Apresenta alguma dificuldade? Quais?

3. Hábitos Pessoais

³ Adaptado do Protocolo de Avaliação de Feridas da Divisão Regional de Especialidades de Taubaté – DIR XXIV pela Enfermeira Carla Andrea Trapé do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

- a) Tabagismo: () Sim () Não Quanto tempo: _____ nº Cigarros/dia: ____
 b) Etilismo: () Sim () Não Quanto tempo: _____
 c) Sono: insônia () Sim () Não Uso de medicação Sim () Não ()
 d) Hábito intestinal e Vesical

f) Atividade Física:

g) Alimentação (deixa de comer alguma coisa pois acredita que atrapalhará a cicatrização?)

g) Observações:

4- História Clínica/ exame físico

Dificuldade de deambulação () Sim () Não Acamado () Sim () Não

Alergia () Não Sim () A que _____

Peso _____ Altura _____ IMC _____

Sinais vitais: PA _____ mm/Hg Pulso _____ bpm R _____

Problemas associados: () cardiopatia HA () DM () Nefropatia ()

() Anemia

() Neoplasia () Reumatológico () DPOC ()

Outros _____

Medicações utilizadas:

Vacina contra tétano atualizada? Sim () Não () Qual dose em atraso?

Pele:

MMSS -

MMII -

Extremidades:

MMSS -

MMII -

HISTÓRICO DA LESÃO DE PELE

Feridas anteriores: Não () Sim () Tipo:

Tempo de evolução e como começou (lesão Atual)

Como a ferida interfere na sua vida:

Teste de sensibilidade: Negativo () Positivo ()

Força muscular:

Pé caído () Não Sim (): Especifique: _____

Dedos em garra () Não Sim (): Especifique: _____

Pulsos: pedioso – presente () () ausente () filiforme ()

Tibial posterior – presente () () ausente () filiforme ()

Poplíteo – presente () () ausente () filiforme ()

Resultado de exames realizados

Valores de referência

Hemoglobina _____

13 a 17g/dl (homens) –

12 a 16 g/dl (mulheres)

Leucócitos _____

4000 a 10000 cel/mm³

Plaquetas _____

140000 a 450000/mm³

Glicose em jejum _____

60 a 100mg/dl

Albumina _____

3,5 a 5,5 g/dl

Glicemia capilar _____

Hemoglobina glicosilada _____

Cultura da secreção

6- Avaliação da ferida

Pele perilesional: Ressecamento () Hiperqueratose () Eczema ()

Fissura () Descamação () Maceração () Maceração () Micose
interdedos ou ungueal ()

Etiologia da ferida: Arterial () Venosa () Neurotrófica () Diabética ()

Úlcera de pressão () Cirúrgica complicada Outras ()

Número de feridas: _____

Localização: _____

Profundidade (mais profunda) _____ cm

Extensão: (somatória ou mais extensa) vertical _____ cm
horizontal _____ cm

Classificação da extensão: () pequena-menor que 50 cm²
() média – maior que 50cm² e menor que 150 cm²
() grande – maior que 150 cm² e menor que 250 cm²
() extensa – maior que 250 cm²

Classificação: () estágio I (epiderme) () estágio II (até a derme) ()
estágio III (até subcutâneo) () estágio IV (músculo e estrutura adjacente)

Presença de tecido: () desvitalizado () granulação () epiteliação ()
) necrótico

Sinais de infecção: () não () sim Quais?

Exsudato: não () () sim

Odor: () ausente () discreto () acentuado

Característica: () seroso () sanguinolento () purulento ()
fibrinoso

() serosanguinolento () seropurulento ()
)serofibrinoso

Volume: () pequena quantidade () média quantidade () grande
quantidade

() abundante quantidade

Dor/escore: () ausente () 1 leve () 2 moderada () 3 intensa

Edema: () ausente () +/++++ () ++/++++ () +++/++++
() ++++/++++

Solapamento: () ausente () presente _____ cm

Deiscência: () ausente () presente _____ cm

Fístula () ausente () presente _____ cm

Prescrição de enfermagem

Exames solicitados

Encaminhamentos:

Assinatura do profissional e COREN

- AÇÕES DESENVOLVIDAS EM UBS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- AÇÕES DESENVOLVIDAS EM HOSPITAL FORA DA REGIÃO
- AÇÕES DESENVOLVIDAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
- INDICAM POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- INDICA OS MOMENTOS DE TOMADA DE DECISÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
- APRESENTA OS MOMENTOS DE PRODUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
- INDICAM A DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO