**ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARCELO HENRIQUE DA SILVA

**A ADESÃO DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA AO
CUIDADO ORIENTADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA
ABORDAGEM COMPREENSIVA**

**SÃO PAULO
2016**

MARCELO HENRIQUE DA SILVA

**A ADESÃO DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA AO
CUIDADO ORIENTADO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA
ABORDAGEM COMPREENSIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUSP-PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus

**SÃO PAULO
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:

Data____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Marcelo Henrique da

A adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado por profissionais de saúde: uma abordagem compreensiva / Marcelo Henrique da Silva. São Paulo, 2016.

148p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Úlcera varicosa. 2. Cooperação do paciente.
3. Enfermagem. 4. Pesquisa qualitativa. I. Título.

Nome: Marcelo Henrique da Silva

Título: A adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado por profissionais de saúde: uma abordagem compreensiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUSP-PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutorem Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A minha mãe, pelo amor e incentivo ao longo desses anos, dedico mais uma vitória da
minha vida.*

*A todos as pessoas acometidas por lesões crônicas de pele. Que o fruto das reflexões feitas
neste trabalho possa ajudar os profissionais de saúde a melhorar o cuidado a essas pessoas.*

AGRADECIMENTOS

À Orientadora e Amiga, Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Pinto de Jesus, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da ideia até a sua síntese.

À Professora Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi pelas valiosas contribuições, desde a concepção do projeto até a conclusão do trabalho.

Às Professoras Dr.^a Deise Moura de Oliveira e Dr.^a Florence Romijn Tocantins pela leitura final do material e reflexões que contribuíram para o aprimoramento do manuscrito.

À família, em especial à minha irmã Mônica, por ter me apoiado em todos os momentos da vida.

A Lourdes e Antoon Dewolf por acreditarem e incentivarem minha trajetória logo no início da minha vida acadêmica.

Aos queridos amigos, próximos e distantes, que acompanharam e apoiaram minha trajetória, desde já, compartilho mais essa vitória.

Aos usuários e funcionários do Serviço de Bota de Unna do Instituto das Clínicas Especializadas de Juiz de Fora, sem os quais seria inviável a construção deste trabalho.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

Silva MH. A adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado por profissionais de saúde: uma abordagem compreensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: apesar de todo o avanço científico e tecnológico voltado para o cuidado de pessoas com úlcera venosa crônica, muitas apresentam dificuldades para aderir ao cuidado necessário à cicatrização dessa lesão, o que traz impactos negativos às suas vidas. **Objetivo:** compreender a ação das pessoas com úlcera venosa crônica em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. **Método:** pesquisa de abordagem fenomenológica, realizada em uma cidade do interior de Minas Gerais. Participaram cinco homens e sete mulheres com úlcera venosa crônica, com idade média de 61 anos e tempo médio da lesão de 13 anos. Para obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista aberta com as seguintes questões norteadoras: fale-me sobre as orientações que você recebeu do profissional de saúde sobre o cuidado com a ferida. Como está sendo para você seguir estas orientações? O que você tem em vista quando procura o profissional de saúde para cuidar da sua ferida? A organização e análise foram realizadas seguindo os passos preconizados por estudiosos da fenomenologia social de Alfred Schütz. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o Parecer nº 1.235.302, de 18 de setembro de 2015. **Resultados:** o típico da ação vivida por pessoas com úlcera venosa crônica frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde caracteriza-se como aquele que age em busca da adesão aos cuidados com vistas à cicatrização da úlcera venosa crônica e à manutenção da integridade da pele dos membros inferiores o maior tempo possível, vislumbrando a retomada das atividades do cotidiano. Além disso, inclui a expectativa do estabelecimento de uma boa relação interpessoal com o profissional no serviço de saúde. Embora intencionalidade se volte para a adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, as atividades cotidianas impedem a concretização dessa intencionalidade, dificultando a realização do repouso, prática de exercícios físicos, dieta e uso da terapia compressiva. Também a falta de infraestrutura dos serviços de saúde interfere na adesão ao cuidado, o que pode dificultar a cicatrização da úlcera venosa crônica. **Conclusões:** a fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu desvelar o típico da ação de pessoas com úlcera venosa crônica frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, trazendo elementos importantes para a reflexão acerca da dificuldade para a adesão a esse cuidado. A perspectiva das pessoas com úlcera venosa crônica aponta questões alocadas no universo intersubjetivo e cultural dos participantes, além daquelas relacionadas à operacionalização dos cuidados nos serviços de saúde, que precisam ser refletidas no âmbito da assistência, gestão, ensino e pesquisa na área de saúde e enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera Varicosa; Cooperação do Paciente; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

Silva MH. The adherence of people regarding care chronic venous leg ulcers guided by health professionals: a comprehensive approach [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: despite all the scientific and technological advances meant for the care of people with chronic venous ulcers, many people with this wound have difficulty adhering to the care necessary for the healing of this wound, which brings negative impacts to their lives. **Objective:** To understand the action of people with chronic venous ulcer in relation to adherence to care guided by health professionals. **Method:** phenomenological research, carried out in a city in Minas Gerais. The study included five men and seven women with chronic venous ulcers, with mean age of 61 years and mean duration of 13 years injury. To obtain the data we used the open interview with the following guiding questions: Tell me about the prescriptions you received from health professionals about the care of the wound. How it is for you to follow these recommendations? What you have in mind when looking for health professional to take care of your wound? The organization and analysis were carried out following the steps recommended by researchers of social phenomenology of Alfred Schütz. The project was approved by the Ethics Committee in Research with human beings of the University of São Paulo School of Nursing, Protocol number 1,235,302, September 18, 2015. **Results:** the typical action experienced by people with venous ulcers front adherence to care guided by health professionals is characterized as one who acts in pursuit of adherence to care with a view to healing of chronic venous ulcers and skin integrity maintenance of the lower limbs as long as possible, seeing the resumption of daily activities. It also includes the expectation of establishing good interpersonal relationship with the professional in the health service. Although intentionality will return to adherence to care guided by health professionals, everyday activities do not allow the realization of this intention, hindering the realization of rest, physical exercise, diet and use of compression therapy. The lack of infrastructure of health services interferes with adherence to care which can hinder the healing of chronic venous ulcers. **Conclusions:** social phenomenology of Alfred Schütz allowed reveal the typical action of people with chronic venous ulcers front adherence to care guided by health professionals, bringing important elements for reflection on the difficulty adhering to this care. The perspective of people with chronic venous ulcers point issues allocated in the intersubjective and cultural universe of participants, as well as those related to operationalization of care in health services, which need to be reflected in assistance, management, teaching and research in health and nursing.

KEYWORDS: Varicose Ulcer; Patient Compliance; Nursing; Qualitative Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Objeto, inquietações e objetivo do estudo. São Paulo, 2016	30
Figura 2 – Tipo de estudo, Cenário, Participantes e Questões da entrevista. São Paulo, 2016.	67
Figura 3 – Figura 4: Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2016	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Características das pessoas não preparadas para o autocuidado e das autocuidadoras, São Paulo, 2016	37
Quadro 2 –Nível de evidência para a recomendação de cuidados para a cicatrização da UVC, São Paulo, 2016	39
Quadro 3 –Nível de evidência para a recomendação de cuidados de prevenção de recidivas da UVC, São Paulo, 2016	40
Quadro 4 –Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2016	89

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Melitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICE	Instituto das Clínicas Especializadas
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
MMII	Membros Inferiores
OMS	Organização Mundial de Saúde
SING	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
UVC	Úlcera Venosa Crônica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Justificativa	30
2 CONTEXTUALIZANDO AS QUESTÕES INSCRITAS NA ADESÃO AO CUIDADO DA ÚLCERA VENOSA CRÔNICA	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	51
3.1 Opção pela fenomenologia	51
3.2 Pressupostos conceituais da fenomenologia social de Alfred Schütz em interface com a temática estudada	52
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	61
4.1 Cenário da pesquisa	61
4.2 Participantes do estudo	63
4.3 Descrição do processo de obtenção dos depoimentos	64
4.4 Análise compreensiva	65
4.5 Aspectos éticos	66
5 RESULTADOS	71
5.1 Caracterização dos participantes	71
5.2 Categorias emergidas da ação vivida	74
5.2.1 A intencionalidade de aderir ao cuidado da úlcera venosa crônica orientado pelos profissionais de saúde: “motivos para”	74
5.2.2 O contexto social que interfere na adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde: os “motivos porque”	79
5.3 Tipologia da ação vivida: “Adesão de pessoas com úlcera venosa crônica frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde”	90
6 DISCUSSÃO	93
7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	115
8 CONCLUSÕES	123
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE	141
ANEXOS	145

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Minha inquietação com a temática “cuidado às pessoas com úlceras vasculogênicas” remonta à graduação, entretanto minha vivência como enfermeiro Estomaterapeuta permitiu maior aprofundamento nas questões relativas ao manejo da úlcera venosa crônica (UVC). Entre essas, destacam-se os desafios envolvidos na criação de estratégias para estimular a adesão das pessoas ao cuidado necessário à cicatrização da lesão, como também à prevenção de recidivas por meio do controle da insuficiência venosa crônica (IVC).

A IVC pode ser definida como uma perturbação do fluxo venoso dos membros inferiores, provocada pelo mau funcionamento do sistema venoso, associado à insuficiência valvular. Pode envolver o sistema venoso superficial ou profundo dos membros inferiores (MMII), ou ambos. Trata-se de uma condição crônica que, se não devidamente tratada, culmina com o aparecimento da UVC. Essa pode ser definida como uma área de descontinuidade da pele que dura por quatro semanas ou mais. A UVC pode ser também denominada de úlcera por insuficiência venosa, úlcera venosa de perna, úlcera de estase ou ainda úlcera varicosa (Nelson, Adderley, 2016; Kasperczak, Ropacka-Lesiak, Breborowicz, 2013; Borges, 2011).

Em relação ao cuidado da UVC, salienta-se que a terapia compressiva constitui-se na melhor opção terapêutica, aumentando significativamente as taxas de cicatrização, especialmente quando associada aos curativos interativos e ou bioativos, como, por exemplo, os hidrocoloides, alginato de cálcio, espumas, colágeno, entre outros (Palfreyman et al., 2014).

A terapia compressiva pode ser feita com a utilização da compressão elástica, representada pelas faixas de curto ou longo estiramento e pelas meias elásticas. Outra modalidade de compressão é a terapia compressiva inelástica, cuja eficácia no aumento da função de bombeamento venoso e diminuição da hipertensão venosa é reconhecida no meio científico (Nelson, Adderley, 2016). No Brasil, a Bota de Unna é a terapia inelástica mais conhecida e utilizada na prática clínica (Borges, 2011).

Além da terapia tópica e compressiva, são recomendados outros cuidados à pessoa com UVC, que incluem o desenvolvimento de comportamentos de saúde a

serem adotados por toda a vida. Entre estes cuidados destacam-se o repouso e a atividade física com o objetivo de melhorar o retorno venoso e fortalecer a musculatura dos MMII, bem como a educação alimentar para o controle do peso (Nelson, Adderley, 2016; Shannon et al., 2013).

Uma vez obtida a cicatrização, faz-se necessária a adoção de cuidados com os MMII por toda a vida. Além do uso contínuo da meia elástica, recomenda-se proteger a pele contra traumas, fazer hidratação da pele dos MMII, além de manter visitas regulares a profissionais especializados. Todos esses requisitos exigem um esforço de readequação da vida em função dos cuidados necessários à lesão, que nem sempre são compreendidos e aceitos pela pessoa que tem esta condição crônica. Isso pode repercutir na motivação da pessoa para adesão ao cuidado com a UVC (Shannon et al., 2013; Finlayson, Edwards, Courtney, 2010).

Considerando que o cuidado com a úlcera varicosa implica um comportamento complexo que inclui a combinação de aspectos relacionais e volitivos, pressupõe-se a participação ativa e consciente da pessoa no planejamento terapêutico e na busca de recursos, em conjunto com o profissional de saúde, para obter sucesso no controle dessa doença. Nesse sentido, a adesão aos cuidados nas condições crônicas deve ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre a pessoa e a equipe de saúde (Vilaça, 2012; Martins, Alvim, 2012; Polejac, Seidl, 2010).

A adesão é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um comportamento de seguir as recomendações acordadas com um profissional de saúde para determinada terapêutica (WHO, 2003). Salienta-se, contudo, que a adesão total a essas recomendações nem sempre acontece, visto que as pessoas podem apresentar momentos de maior ou menor adesão aos cuidados referentes à sua condição crônica (Vilaça, 2012).

Neste estudo, a adesão das pessoas com UVC em relação às orientações dos profissionais de saúde para o cuidado apresenta um significado que transcende a quantificação do grau de adesão. Implica uma relação em que o cuidado profissional é compartilhado com a pessoa acometida pela lesão, pressupondo a corresponsabilização de ambos.

Acredita-se que a ação consciente e voluntária de ir ao serviço de saúde para o cuidado da lesão expressa, a princípio, a intenção do usuário para assumir o cuidado com sua condição crônica e sua motivação para seguir as orientações do profissional

de saúde. Contudo, a literatura sobre adesão ao cuidado da UVC mostrou que é baixa a taxa de adesão à terapia compressiva (Silva et al., 2015a; Shannon et al., 2013; Cataldo et al., 2012; AlGahtani et al., 2009), sendo também grande o número de pessoas que não conseguiram aderir às práticas de exercício físico e repouso, o que contribui para a cronicidade da lesão (O'Brien, Finlayson, Kerr, Edwards, 2016; O'Brien et al., 2013; Heinen et al., 2012; Szewczyk et al., 2010, Silva et al., 2012).

As taxas de recidiva da UVC são bastante elevadas, variando entre 45% e 87% dos casos, o que demonstra a importância de as pessoas aderirem aos cuidados após a cicatrização da lesão, com vistas à prevenção do retorno da mesma (Weller et al., 2013).

Estudos nacionais e internacionais referiram que as dificuldades para aderir aos cuidados com a UVC podem estar alocadas no âmbito pessoal, por desconhecimento acerca da doença (Silva et al., 2014; Van Hecke et al., 2013), presença de crenças relacionadas à cicatrização (Silva et al., 2014, Novais et al. 2009), desmotivação para o tratamento devido à recidiva (Silva et al., 2014; Van Hecke et al., 2013) e, no âmbito do serviço e dos profissionais de saúde, há que se considerar que estes nem sempre estão preparados para responder às necessidades de atendimento dessa clientela (Silva et al., 2015a; Silva et al., 2014; Van Hecke et al., 2013).

No município em que atuo como enfermeiro, observo que a maioria das pessoas com UVC, apesar de frequentarem as unidades de saúde para o cuidado com a ferida, permanecem com a úlcera em um ciclo vicioso de cicatrização e recidivas. Isso conduziu-me aos seguintes questionamentos: como as pessoas com UVC agem frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde? O que elas têm em vista quando procuram o profissional de saúde para cuidar da UVC?

Diante do exposto, ressalta-se a relevância de compreender as questões inscritas na adesão de pessoas com UVC ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. Essa compreensão resultará em aprofundamento das discussões sobre a temática no âmbito da assistência, ensino e pesquisa.

Os profissionais de saúde, ao se apropriarem dessas reflexões, poderão fundamentar o desenvolvimento de estratégias voltadas para o estímulo à adesão aos cuidados com a UVC. Quanto às pessoas acometidas por esta doença crônica, ao se voltarem para a reflexão acerca da importância da adesão ao cuidado orientado pelo profissional de saúde, poderão repensar suas atitudes frente a esse cuidado.

Considerando que a adesão ao cuidado da UVC pode constituir-se em um desafio para as pessoas que convivem com essa doença e para os profissionais que delas cuidam, o presente estudo tem como objeto a “ação de pessoas com úlcera venosa crônica frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde” e como objetivo compreender a ação das pessoas com úlcera venosa crônica em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde.

A Figura 1 apresenta de modo esquemático o objeto, as inquietações e o objetivo deste estudo.

Figura 1 – Objeto, inquietações e objetivo do estudo. São Paulo, 2016
Fonte: o autor

1.1 Justificativa

O cuidado da UVC passou por avanços científicos e tecnológicos nas últimas décadas, permitindo que os profissionais de saúde tenham à sua disposição produtos de alta tecnologia, cursos de aperfeiçoamento na área (Carmo et al., 2007) e vasta literatura acerca do assunto, que consolidam os níveis de evidência científica sobre as ações profissionais voltadas para o cuidado de pessoas acometidas por esta condição crônica (Palfreyman et al., 2014; O'Meara, Cullum, Nelson, 2012).

Porém, mesmo com todo o avanço científico e tecnológico voltado para o manejo da UVC, muitas pessoas apresentam dificuldades para aderir ao cuidado necessário à cicatrização e prevenção das recidivas, o que traz impactos negativos às suas vidas (Van Hecke et al., 2013; Van Hecke et al., 2011a).

Entre as diversas ações que visam ao cuidado da pessoa com UVC, a terapia compressiva mostra-se como a principal medida para o controle da IVC e ainda pode ser associada a coberturas que aumentam as taxas de cicatrização da lesão (Palfreyman et al., 2014; Borges, Caliri, Haas, 2007; O'Meara, Cullum, Nelson, 2012). Entretanto, por ser uma terapêutica complexa, que exige cuidados contínuos ao longo da vida, é comum as pessoas com UVC não conseguirem cumprir todos os requisitos necessários à cicatrização da lesão, o que contribui para a cronicidade da ferida (Van Hecke, Gryphonck, Defloor, 2009).

Nas condições crônicas, as pessoas, ao procurarem atendimento para seus problemas de saúde, deparam-se com uma variedade de fatores ligados às questões pessoais e relacionais que influenciam a continuidade da terapêutica proposta pelos profissionais de saúde (Vilaça, 2012).

Nesse sentido, a adesão à terapêutica necessária não é tarefa fácil, constituindo um desafio que necessita ser enfrentado de forma contínua e com envolvimento tanto da pessoa acometida por uma doença crônica, como pelo profissional de saúde. Em relação à pessoa, os desafios dizem respeito às crenças e valores vivenciados no contexto familiar e social. Quanto ao profissional, a dificuldade centra-se em tornar a pessoa ativa e participante, corresponsabilizando-a pelo tratamento (Cruz et al., 2013).

Pensa-se a adesão ao cuidado da UVC orientado pelos profissionais de saúde como uma ação condicionada a diversos fatores, entre os quais incluem aqueles relacionados ao próprio paciente e sua família, às características da doença/tratamentos, às questões sociais e ao sistema de saúde/equipe/profissional (Vilaça, 2012). Considerando as condições envolvidas na adesão da pessoa ao cuidado da UVC, ressalta-se a importância de aprofundar a discussão das questões relacionais envolvidas nesse cuidado e a necessidade de avançar em estudos, sobretudo no que diz respeito à intencionalidade da pessoa para o cuidado da doença, considerando as orientações dos profissionais de saúde.

Um estudo de revisão apontou a necessidade de investimento contínuo em pesquisas que abordem a temática da adesão/não adesão, principalmente sobre

aspectos que vão além da sua epidemiologia. Grandes contribuições podem advir de estudos que discutam os modelos teóricos e correntes de compreensão da adesão e de estratégias de intervenção nos problemas encontrados no cuidado de doenças crônicas (Reiners et al., 2008).

Portanto, a relevância deste estudo consiste no seu caráter qualitativo que possibilita trazer evidências científicas que vão além do aspecto biológico, envolvendo questões socioeconômicas e culturais e as inscritas na adesão da pessoa com UVC aos cuidados orientados pelo profissional de saúde.

2 CONTEXTUALIZANDO AS QUESTÕES
INSCRITAS NA ADESÃO AO CUIDADO DA
ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

2 CONTEXTUALIZANDO AS QUESTÕES INSCRITAS NA ADESÃO AO CUIDADO DA ÚLCERA VENOSA CRÔNICA

Etimologicamente, o termo “adesão” tem origem no latim *adhaesione* e significa abraçar um partido ou ideia (Cunha, 2010). Também é definido como assentimento, aprovação, concordância ou manifestação de solidariedade a uma ideia ou uma causa (Ferreira, 2009).

A OMS define adesão como o comportamento de uma pessoa, tal como tomar medicação, seguir uma dieta, e/ou executar mudanças de estilo de vida, que correspondem às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003).

No que tange ao conceito da OMS, chama a atenção a ideia de que a adesão é uma ação “acordada” entre usuário e profissional de saúde para o seguimento de determinado(a) comportamento/atitude de saúde. Contudo um estudo de revisão concluiu que, em geral, a autonomia do indivíduo para decidir sobre a continuidade do seu tratamento não é considerada pelos profissionais de saúde, cabendo a ele ser o “paciente”, o que implica ser submisso às recomendações. A maioria dos fatores apontados pelos autores como contribuintes para a não adesão ao tratamento está relacionada à pessoa, mostrando que a maior carga de responsabilidade pela adesão/não adesão é sempre conferida a ela (Reiners et al., 2008).

A crença corrente ainda afirma que, se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou de estilos de vida inadequados, as mesmas tornam-se responsáveis por suas enfermidades. A OMS adverte que a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igualitário a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde. Portanto, caso isso não aconteça, os profissionais não podem responsabilizar as pessoas acometidas por suas condições crônicas (Mendes, 2012).

Neste momento, cabe destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, sobretudo no que se refere à adesão das pessoas aos cuidados das condições crônicas de saúde. Esses cuidados exigem a quebra do paradigma do atendimento ao episódio agudo, passando para o cuidado contínuo das condições

crônicas, o que envolve a atenção à saúde com a participação do cidadão e da sociedade (Mendes, 2012).

A baixa adesão aos cuidados de pessoas com doenças crônicas é bastante comum, contribuindo para um agravamento substancial da doença, morte e aumento dos custos de cuidados de saúde. Os profissionais devem olhar para a baixa adesão e trabalhar esta situação, sublinhando o valor do cuidado para a pessoa, fazendo com que o esquema terapêutico seja o mais simples possível e personalizando-o ao estilo de vida desta (Rocha et al., 2008).

Há que se considerar a adesão aos cuidados das condições crônicas como um fenômeno fortemente ligado à vivência da pessoa no decorrer da terapêutica. Nesse percurso, podem surgir mudanças no comportamento de adesão. Como este não é um processo linear, dificuldades podem ocorrer, ocasionando momentos de maior ou menor adesão. Portanto, “ser aderente” não é uma característica da pessoa, mas sim uma condição momentânea (Rocha et al., 2008). Nesse sentido, é preciso reconhecer a adesão como um fenômeno dinâmico, considerando que, muitas vezes, as pessoas com doenças crônicas têm seus momentos de não adesão (Nemes et al., 2009).

A adesão aos cuidados de uma condição crônica implica inicialmente a capacidade da pessoa em autocuidar-se. Para se tornarem autocuidadoras, as pessoas necessitam ter uma compreensão da sua condição crônica com vistas a se automotivarem para aderirem a comportamentos/attitudes de cuidado saudáveis. Ou seja, bons autocuidadores são pessoas informadas e proativas (Bodenheimer, Laing, 2007).

Nesse sentido, salienta-se a importância do autocuidado apoiado, o qual tem por finalidade prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; e da ajuda às pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento da doença. Algumas pessoas tornam-se boas autocuidadoras, independentemente da equipe de saúde; outras nunca conseguem se autocuidar, mesmo com ajuda de uma equipe de saúde, mas a maioria torna-se melhor autocuidadora quando recebe o apoio regular e de qualidade de uma equipe de saúde (Bodenheimer, Laing, 2007).

O Quadro 1 apresenta as principais características diferenciadoras entre as pessoas ainda não preparadas para autocuidar-se em relação às condições crônicas e as autocuidadoras.

Quadro 1 – Características das pessoas não preparadas para o autocuidado e das autocuidadoras, São Paulo, 2016

Pessoa não preparada para o autocuidado	Pessoa autocuidadora
Cumprir as prescrições da equipe de saúde	Compartilha com a equipe a responsabilidade por sua saúde
Atua passivamente	Atua proativamente
Expõe sua queixa e narra sua história quando solicitada pela equipe de saúde	É assertiva, partilha sua queixa e sua história e elabora, conjuntamente com a equipe de saúde o plano de cuidados, de acordo com suas necessidades, seus valores e suas preferências
Segue as prescrições da equipe de saúde	Decide o que fazer em conjunto com a equipe de saúde
Confia exclusivamente na equipe de saúde para resolver seu problema	Busca apoio e orientação na equipe de saúde para resolver seu problema
Aprende sobre a sua condição crônica com a equipe de saúde	Se autoinforma e aprende com a equipe de saúde sobre sua condição crônica
Responde às questões da equipe de saúde sobre a evolução de sua condição crônica	Compartilha com a equipe de saúde a evolução de sua condição crônica e a monitora nos períodos entre os contatos com os profissionais
Recebe prescrições sobre medicamentos da equipe de saúde	Torna-se corresponsável pelo tratamento medicamentoso com a equipe de saúde
Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade	Demanda o sistema de atenção à saúde quando sente necessidade, mas é contatada ativamente pelo sistema, conforme o plano de cuidado

Fonte: Mendes, 2012

A UVC, a exemplo do que ocorre em todas as condições crônicas, necessita, para seu controle, da adesão da pessoa aos cuidados ao longo da vida, tanto para favorecer a cicatrização da lesão como para prevenir sua recorrência (Van Heck, Grypdonck, Defloor, 2009).

Um estudo evidenciou que pelo menos 28% das pessoas com UVC experimentam mais de dez episódios de ulceração em suas vidas, com taxas de recorrência estimada entre 45% e 87%. As razões que explicam essas altas taxas de

recorrência foram multifatoriais, sendo o diagnóstico e tratamento precoces importantes para o cuidado da doença (Weller, Buchbinder, Johnston, 2013).

Para prevenir recidivas da UVC, faz-se necessário que a ação da própria pessoa culmine com a aquisição de hábitos e atitudes que promovam a consciência para a realização do cuidado. Nesse sentido, a adesão ao cuidado orientado é imprescindível para o controle da condição crônica e o sucesso da terapia proposta (Taddeo et al., 2012).

Contudo, não basta apenas orientar para a realização do cuidado, é preciso sair da postura prescritiva para a construção compartilhada do cuidado. No cuidado compartilhado, profissionais de saúde/pessoas com doenças crônicas refletem juntos e analisam criticamente a pertinência, ou não, de determinada prática de saúde e, quando considerada inadequada ao contexto destas, ambos se mobilizam para a mudança. Para tanto, a participação ativa da pessoa acometida pela doença crônica é imprescindível na atividade desenvolvida, pois favorece o processo de conscientização sobre as formas de cuidado, o que pode contribuir para sua saúde (Martins, Alvim, 2012).

A linha-guia escocesa *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) faz uma série de recomendações aos profissionais no que diz respeito ao cuidado da pessoa com UVC. Tais recomendações devem ser sustentadas por evidências científicas que justifiquem sua utilização clínica (SIGN, 2010). O nível de evidência¹ é classificado de acordo com a robustez dos estudos científicos, o impacto da recomendação na prática clínica e a possibilidade de benefício ou dano da recomendação (OCEBM, 2011).

Entre as recomendações previstas na linha-guia supracitada, salientou-se a importância dos profissionais de saúde em explicar à pessoa que a terapia compressiva é mais importante que a aplicação de curativos tópicos, a necessidade de fazer a mudança do dispositivo de compressão conforme orientação do profissional

¹ (A) Estudos de nível 1. Estudo com forte recomendação na escolha; são excelentes os níveis de evidência para recomendar rotineiramente a conduta. Os benefícios possuem peso maior que o dano. Há boas evidências para apoiar a recomendação.

(B) Estudos de nível 2 e 3 ou generalização de estudos de nível 1. Estudo que recomenda a ação; são encontradas evidências importantes no desfecho, e a conclusão é de que há benefício na escolha da ação em relação aos riscos do dano. Há evidências razoáveis para apoiar a recomendação.

(C) Estudos de nível 4 ou generalização de estudos de nível 2 ou 3. Encontra mínimas evidências satisfatórias na análise dos desfechos, mas conclui que os benefícios e os riscos do procedimento não justificam a generalização da recomendação. Há evidências insuficientes, contra ou a favor.

(D) Estudos de nível 5 ou qualquer estudo inconclusivo. Estudos com pobre qualidade. Há evidências para descartar a recomendação.

de saúde, a higiene corporal com protetores impermeáveis para não molhar as bandagens, a hidratação dos MMII. Há que se orientar também quanto ao uso dos medicamentos prescritos para ajudar o fluxo sanguíneo e cicatrização, importância dos exercícios físicos específicos e repouso com membros elevados acima do nível do coração, a elevação dos pés da cama à noite para auxiliar no retorno venoso, evitar traumas nos MMII, medidas para o controle da dor e a necessidade do acompanhamento regular nos serviços de saúde (SIGN, 2010).

O Quadro 2 apresenta o nível de evidências para a recomendação de cuidados para a cicatrização da UVC.

Quadro 2 – Nível de evidência para a recomendação de cuidados para a cicatrização da UVC, São Paulo, 2016

Recomendação de cuidados para a cicatrização da UVC	Nível de evidência
Coberturas simples não aderentes	Evidência A (SIGN, 2010)
Bandagens de alta compressão em multicamadas	Evidência A (Dogra, Sarangal, 2014; SIGN, 2010)
Exercícios para os músculos da panturrilha	Evidência B (Dogra, Sarangal, 2014)
Uso de antibióticos de modo rotineiro	Nível de Evidência C (SIGN, 2010)
Mudanças no estilo de vida com adoção de medidas gerais, tais como: elevação dos membros inferiores, modificações de dieta, suplementos nutricionais, cessação do tabagismo, redução de peso, manutenção do estado cardíaco saudável e suportes psicossociais	Existem poucos estudos de intervenção que abordam os efeitos da modificação do estilo de vida nas taxas de cicatrização de úlceras venosas (SIGN, 2010)

Fonte: Dogra, Sarangal, 2014; SIGN, 2010

A *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* recomenda ainda que, após a cicatrização da UVC, seja prescrita e enfatizada às pessoas a necessidade do uso de meias de compressão, assim que levantem pela manhã até irem para a cama à noite, com renovação das meias a cada três a seis meses. Explicar também que pode haver a possibilidade de tratamentos cirúrgicos para prevenir recorrência da úlcera, mas que isso não é adequado para todos. Contudo, para manter a pele íntegra, é importante manter os cuidados referentes à realização de exercícios físicos, repouso, higiene corporal e hidratação dos MMII (SIGN, 2010).

Conforme o Quadro 3, o uso da compressão com a meia elástica é a recomendação com o nível mais elevado de evidência científica para a prevenção da recidiva da UVC.

Quadro 3 – Nível de evidência para a recomendação de cuidados de prevenção de recidivas da UVC, São Paulo, 2016

Recomendação de cuidados para prevenção de recidivas da UVC	Nível de evidência
Uso da meia elástica de compressão graduada abaixo do joelho	Evidência A (Dogra, Sarangal, 2014; SIGN, 2010)
Exercícios para os músculos da panturrilha	Evidência B (Dogra, Sarangal, 2014)
Elevação dos membros inferiores	Evidência D (Shenoy, 2014)
Medidas gerais, tais como modificações de dieta, suplementos nutricionais, a cessação do tabagismo, redução de peso, a manutenção de um estado cardíaco saudável e suportes psicossociais	Evidência D (Dogra, Sarangal, 2014; Shenoy, 2014)

Fonte: Dogra, Sarangal, 2014; Shenoy, 2014; SIGN, 2010.

Apesar de a terapia compressiva ser considerada o cuidado mais eficaz para a UVC, as pessoas nem sempre conseguem aderir a esta terapêutica. Estudo de revisão realizado na Bélgica mostrou que vários fatores podem estar envolvidos na não adesão ao uso da terapia compressiva, entre eles, destacam-se a dor e o desconforto causados pela compressão dos MMII, além da falta de aconselhamento profissional suficiente sobre a importância desta terapia (Van Heck, Grypdonck, Defloor, 2009).

Um estudo analisou a concordância com o tratamento compressivo, na modalidade de multicamadas, relacionando as características dos participantes e de suas feridas (gravidade da ferida, estado de saúde e independência da pessoa com relação às atividades da vida diária). Verificou que pouco menos da metade (48,8%) dos participantes concordou com o uso da compressão em multicamadas. Concluiu que, para cada ano de elevação da idade, houve um aumento de 1,079 na probabilidade de não concordância com a terapia compressiva em multicamadas. Para o aumento de uma unidade na escala de dor, houve 1,271 de aumento da não concordância. Para um acréscimo de 1mm de área ferida, houve um aumento de 1,001 de não concordância com a terapia compressiva. Quanto ao crescimento de

1mm de profundidade, houve uma diminuição de 0,589 na concordância (Miller et al., 2011).

Em Juiz de Fora, MG, uma investigação realizada com 25 pessoas, sobre o manejo clínico da UVC na Atenção Primária à Saúde (APS), destacou que 48% dos entrevistados, apesar de terem recebido a prescrição da terapia compressiva, não aderiram a ela, alegando como motivos a dor e o incômodo causados pela compressão. O receio de usar a compressão em ferida aberta e a dificuldade de aquisição do material compressivo por questões financeiras também foram motivos citados. A meia elástica foi referida como medida preventiva para recidiva da úlcera venosa por 20% dos usuários, porém não era utilizada como coadjuvante do tratamento da lesão (Silva et al., 2012).

Porém, nem sempre os profissionais de saúde indicam rotineiramente o uso da terapia compressiva às pessoas acometidas pela UVC. Um estudo realizado em Goiânia, GO, apontou que essa terapia teve uma indicação inexpressiva pelos profissionais de saúde que atendiam a clientela com UVC na rede municipal de saúde daquele município. A compressão inelástica (Bota de Unna), por exemplo, foi aplicada em apenas 3,9% dos participantes, não havendo utilização de outras modalidades de terapia compressiva (Sant'Ana et al., 2012).

Considerando a força da evidência científica acerca do uso da terapia compressiva para o tratamento da UVC e prevenção de sua recidiva, destaca-se a importância de estimular as pessoas acometidas por esta lesão a aderirem a este tipo de cuidado.

Uma revisão sistemática da literatura concluiu que há uma escassez de estudos de intervenção que estimulem a adesão à terapia compressiva para o cuidado da UVC. Os autores apontaram os *Leg Club®* (centros de convivência onde as pessoas com UVC recebem apoio e onde se fomenta a socialização) e o *LivelyLegs®* (programa de autogestão comunitária, que visa ao aconselhamento e modificação de comportamentos. Inclui o ensino do uso da terapia compressiva, exercícios com os MMII e atividade física) como estratégia de promoção à adesão à terapia compressiva e demais cuidados relacionados ao tratamento da UVC (Weller, Buchbinder, Johnston, 2013).

Na Inglaterra, uma pesquisa descreveu a validação e o desenvolvimento preliminar de um instrumento denominado de *VeLUSET*, que se apoia na mudança de comportamento da pessoa, utilizando-se da abordagem comportamental para

identificar áreas onde os pacientes podem experimentar dificuldade em realizar o autocuidado. As intervenções são desenvolvidas para fortalecer as crenças de autoeficácia em realizar atividades de cuidado com sucesso. A escala *VeLUSSET* objetiva medir o quão confiantes os pacientes se sentem na realização das atividades de autocuidado, que podem ajudar a reduzir a recorrência da UVC. Os pesquisadores esperam que profissionais que orientam essa clientela tenham melhores condições de identificar os pacientes que podem precisar de apoio adicional para executar o autocuidado a contento (Brown et al., 2014).

Os resultados preliminares da investigação mencionada indicaram que o *VeLUSSET*, embora necessite de uma validação adicional, pode ser considerado um instrumento confiável para medir os níveis de autoeficácia do paciente em realizar o autocuidado com a UVC, já que o estudo inicial mostrou taxas mais elevadas de adesão ao autocuidado, sobretudo com a terapia compressiva. Esse conhecimento pode beneficiar clínicos e pacientes, no sentido de favorecer o desenvolvimento de estratégias para maior adesão (Brown et al., 2014).

Além da terapia compressiva, exercícios físicos focados no fortalecimento da musculatura da perna, sobretudo da panturrilha, são importantes para favorecer o retorno venoso. Além disso, as pessoas acometidas pela UVC apresentam limitações significativas da mobilidade articular do tornozelo, portanto, os exercícios físicos supervisionados podem melhorar a mobilidade dessa articulação. A atividade física deve fazer parte de um programa ampliado de cuidados para pessoas com UVC (Szewczyk et al., 2010).

Estudo realizado na Bélgica fez uma intervenção de enfermagem no domicílio das pessoas com UVC, com a intenção de aumentar a adesão dos pacientes à terapia compressiva, aos exercícios para os membros inferiores, à atividade física e à elevação da perna. A intervenção consistiu de três a cinco sessões ao longo de um período de três meses e pautou-se em componentes educacionais, cognitivos e comportamentais. O plano de ação era baseado nas necessidades dos pacientes detectadas após serem ouvidos (Van Hecke et al., 2011b).

Os resultados do estudo supracitado mostraram que, ao final do seguimento, os pacientes realizaram mais e com maior frequência e duração os exercícios com as pernas. A frequência média de exercício aumentou entre as pessoas que não se exercitavam no início do estudo. Já a adesão à caminhada e à ação de elevar as

pernas de forma adequada não teve aumento significativo ao fim da intervenção (Van Hecke et al., 2011b).

Em relação à terapia tópica, a literatura ressalta que as coberturas (hidrocoloides, espumas, alginatos e outras) usadas no tratamento tópico de úlceras venosas são importantes para o controle do exsudato, da carga bacteriana e para o favorecimento do desbridamento da UVC (Palfreyman et al., 2014), entretanto estudos brasileiros apontam que, em geral, as pessoas usam produtos oriundos do senso comum, como, por exemplo, plantas e produtos caseiros, em detrimento das orientações do profissional de saúde (Silva et al., 2012; Sant'Ana et al., 2012; Melo et al., 2011).

No que diz respeito aos medicamentos venotônicos, a pentoxifilina é um fármaco que tem sido utilizado para o tratamento da UVC. Uma revisão sistemática incluiu estudos que comparavam o uso da pentoxifilina e placebo, pentoxifilina com a terapia compressiva, pentoxifilina sem o uso de componente compressivo, revelando que este medicamento mostrou-se um adjuvante eficaz tanto na presença quanto na ausência da terapia compressiva (Jull et al., 2012).

Como se não bastasse a necessidade de dedicação aos cuidados necessários ao controle da UVC, a pessoa acometida por essa lesão ainda pode conviver com outras comorbidades que interferem no cuidado com a ferida. Entre essas podemos citar a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM). Assim, os cuidados incluem o controle dessas doenças com objetivo de favorecer a cicatrização e prevenir recidivas da UVC (Medeiros et al., 2014).

A obesidade constitui um fator de risco para IVC, tanto em homens quanto em mulheres, pois o aumento da pressão intra-abdominal causa maior resistência ao retorno venoso. A pessoa obesa tem dificuldade em sua mobilização e deambulação, o que a leva ao sedentarismo e pode provocar a hipertensão venosa, interferindo na cicatrização de feridas. A obesidade atua também como doença imunossupressora, o que pode causar inibição da reação inflamatória e, conseqüentemente, alteração da cicatrização (Brasil, 2008).

A HAS e o DM interferem no processo cicatricial da lesão, por gerarem complicações vasculares que ocasionam a má circulação, produzindo uma cicatrização deficiente das feridas (Brasil, 2008).

Estudos apontam grande prevalência de obesidade, HAS e DM na população acometida por UVC (Shannon et al., 2013; Silva et al., 2012; Sant'Ana et al., 2012;

Medeiros et al., 2014). Estes achados sugerem que a ação do profissional e da pessoa acometida pela UVC deve considerar a prevenção e o controle dessas doenças. Para isso, também, a orientação alimentar deve ser enfatizada a essa clientela, pois a adesão a uma alimentação saudável, rica em proteínas, vitaminas e minerais é essencial para a cicatrização da lesão. Neste contexto, destaca-se a população idosa, mais acometida pela UVC e outras comorbidades, que necessita de orientação nutricional frente a sua maior vulnerabilidade às doenças crônicas (Lozano et al., 2014).

Outros fatores podem influenciar na adesão aos cuidados com a UVC. Estudos mostram que as pessoas com esta doença crônica, de modo geral, possuem baixa escolaridade, têm baixa remuneração e estão, geralmente, na quinta ou sexta década de vida. Tais fatores podem impactar a compreensão da doença e seu tratamento, além de dificultar o acesso aos recursos disponíveis para o cuidado da UVC (Cataldo et al., 2012; Silva et al., 2012).

Além dos aspectos pessoais, há que ser considerados os relacionados à organização das instituições e preparo dos profissionais para o cuidado às pessoas com UVC. No Brasil, ainda é incipiente o número de instituições que atendem pessoas com feridas crônicas, adotando protocolos com recomendações baseadas em evidências científicas (Silva et al., 2012; Sant'Ana et al., 2012), o que pode gerar orientações destoantes entre os diversos profissionais, contribuindo para a não adesão aos cuidados, com a consequente manutenção da ferida.

Quando se pensa em promover a adesão da pessoa aos cuidados da UVC, a ação do profissional deve deslocar-se da esfera biologicista, centrada unicamente na ferida, para considerar o cuidado como algo que se constrói a partir do encontro entre os atores envolvidos no cuidado – o usuário e o profissional de saúde. A promoção da adesão ao novo estilo de vida requerido para a pessoa com UVC pressupõe uma relação de confiança e reciprocidade entre esta e o profissional que dela cuida (Van Hecke et al., 2011a).

No entanto, esta relação nem sempre ocorre. Um estudo mostrou que os profissionais tendem a considerar o comportamento das pessoas frente à adesão ao cuidado da UVC sob três perspectivas: consideram que elas não são cooperativas; não têm motivação ou não possuem informação suficiente para aderir ao cuidado. Por outro lado, consideram que o enfermeiro possui limitações de tempo e/ou conhecimento que impedem a elaboração das estratégias de adesão (Cullen, Philips,

2009). Nesse sentido, quando se trata de usuários não aderentes, geralmente, os profissionais exploram pouco os obstáculos e problemas experienciados por eles, ficando seu foco de ação limitado ao tratamento tópico da ferida (Van Hecke et al., 2011a; Van Heck, Grypdonck, Defloor, 2009).

Considerar a gama de fatores que envolvem a adesão à terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante para o profissional. Como a adesão à terapêutica proposta depende de vários fatores, inclusive relacionados ao usuário, o profissional deve orientá-lo, apontando caminhos que conduzam a comportamentos/attitudes favoráveis à cicatrização da ferida e, ao mesmo tempo, ter compreensão de que a adesão aos cuidados não depende apenas da sua atuação profissional (Maldaner et al., 2008).

Planejar os cuidados à pessoa com UVC a partir de seu cotidiano, valorizando e respeitando sua realidade vivencial, leva a pessoa a sentir que as condutas terapêuticas nasceram dos detalhes que permeiam seu viver, o que pode facilitar a compreensão da importância do seu cuidado. Além disso, permitirá que tenha maior facilidade para aderir às orientações, desenvolvendo um comportamento de cuidado com vistas a sua recuperação em consonância com ao plano terapêutico proposto pela equipe de saúde (Cruz et al., 2013).

A falta de informação sobre os cuidados necessários à cicatrização da UVC e à manutenção da integridade da pele é um fator que pode dificultar a adesão ao cuidado. Um estudo realizado na Austrália ratificou esta afirmativa, revelando que muitos pacientes com UVC têm informações deficitárias sobre o autocuidado. A maioria dos participantes desconhecia a UVC como causa da sua ferida e atribuía sua ocorrência aos problemas locais ou sistêmicos da pele e a traumas de membro inferior (Finlayson, Edwards, Courtney, 2010).

Estudo brasileiro apontou a educação como um instrumento indispensável para comportamentos de autogestão da saúde, que contribui para a redução das comorbidades e fatores de riscos existentes, além de criar condições fisiológicas favoráveis a uma melhor cicatrização (Fonseca et al., 2012).

Denota-se a importância da interação efetiva entre o profissional de saúde e o usuário, base para a ação educativa (Salomé, 2010). Isso permitirá o desenvolvimento de um comportamento de adesão ao cuidado da UVC, com envolvimento da pessoa acometida pela lesão (Van Heck, Grypdonck, Defloor, 2009).

Salienta-se que a qualidade da relação terapêutica é um importante determinante da adesão ao cuidado das doenças crônicas. Relações de tratamento eficazes são caracterizadas por uma atmosfera em que meios terapêuticos alternativos são explorados, o regime é negociado, a adesão é discutida e o acompanhamento está previsto (WHO, 2003). Esta ação pode ser uma consequência da boa relação profissional de saúde e usuário, pois facilita a aproximação das pessoas com seu cuidado (Reis et al., 2010).

Assim, vê-se a adesão aos cuidados de saúde como a transformação de uma ação que a pessoa faz sozinha para algo que se faz no encontro entre profissionais de saúde e usuários. De acordo com este entendimento, pode-se considerar a possibilidade da construção de intervenções com qualidade interativa que possa favorecer o comportamento de autocuidado (Camargo-Borges, Japur, 2008).

Outra questão relacionada à adesão aos cuidados com a UVC diz respeito à autoestima e à autoimagem, o que pode gerar situações de conflito e angústia (Lara et al., 2011). A baixa autoestima pode refletir na não adesão ao cuidado da UVC, já que se desdobra em sentimentos negativos, como desânimo, desvalorização e isolamento, dificultando comportamentos proativos (Costa et al., 2011).

Um estudo brasileiro mostrou que as enfermeiras reconhecem a elevação da autoestima da mulher com UVC como uma necessidade para seu cuidado, o que sinaliza urgência para o estabelecimento de ações profissionais que garantam apoio à mulher no enfrentamento da sua baixa autoestima (Silva et al., 2014).

Outro aspecto relevante refere-se aos valores e crenças construídos acerca da ferida no senso comum. As crenças das pessoas sobre as questões de saúde influenciam suas decisões em relação ao cuidado, por isso devem ser consideradas pelos profissionais de saúde (Moffatt et al., 2009).

A ideia de que a cicatrização da ferida pode não acontecer permeia constantemente as crenças do sujeito que convive com a UVC. Essa dúvida ou descrença está fortemente ligada ao tempo de permanência da ferida, assim como aos métodos e tentativas de terapêuticas ineficazes já utilizados para o cuidado da lesão (Waidman et al., 2011). Isso pode contribuir para o abandono da terapêutica proposta ou para a adesão parcial das orientações profissionais.

As redes de apoio podem ser de grande contribuição para a adesão ao cuidado proposto. A presença da família, de amigos e pessoas próximas é importante no enfrentamento de dificuldades, especialmente tratando-se de uma doença crônica, na

qual é necessário superar dificuldades que se estendem durante longo tempo (Maldaner et al., 2008).

A adesão pode ser facilitada pela influência da rede social, a qual pode estimular a adoção de um cuidado que resulte em melhor qualidade de vida à pessoa com UVC. Uma investigação ressaltou a importância da rede especialmente representada pela família, vizinhos, amigos e profissionais de saúde. A família possibilita a permanência do cuidado no domicílio, sobretudo no auxílio aos procedimentos como o curativo e repouso. Além disso, favorece a adesão ao tratamento, ao oferecer apoio emocional, incentivando as práticas de cuidado, e ao auxiliar nos deslocamentos aos serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de o enfermeiro conhecer a rede social da pessoa acometida por uma ferida crônica e atuar junto a ela para fortalecer a parceria no cuidado, com vistas à integralidade da assistência (Silva et al., 2014).

Cabe destacar as competências do enfermeiro estomaterapeuta estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), no que diz respeito à prevenção e ao tratamento das úlceras vasculogênicas de origem venosa. As recomendações direcionam-se para a valorização da consulta de enfermagem com levantamento da história clínica da lesão, avaliação da circulação do MMII, prescrição e execução de cuidados podiátricos, com a pele, com a lesão, terapia compressiva, exames de rotina, orientação alimentar e de exercícios/repouso, assim como de encaminhamento a outros profissionais quando necessário (Yamada et al., 2008). Esse profissional pode, com suas habilidades técnicas/científicas/relacionais, contribuir para a adesão das pessoas aos cuidados dessa doença.

Diante do exposto, destacam-se as publicações nacionais e internacionais sobre adesão ao cuidado da UVC que trazem evidências sobre a eficácia da terapia compressiva, a importância dos exercícios e do repouso para o controle do edema dos MMII, terapia tópica e tratamento de comorbidades (Brown et al., 2014; Palfreyman et al., 2014; Medeiros et al., 2014). Também aqueles que trazem os aspectos relacionados ao fortalecimento da comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa com UVC, a relevância da educação em saúde, a valorização da subjetividade da pessoa no planejamento do cuidado e a influência da rede social no suporte da pessoa para a adesão ao cuidado da lesão (Silva et al., 2014; Van hecke et al., 2011b; Finlayson, Edwards, Courtney, 2010).

A análise da literatura publicada mostrou que a adesão aos cuidados com a UVC é uma temática bastante explorada, porém a dificuldade para as pessoas aderirem a estes cuidados é uma realidade percebida no cotidiano do serviço de saúde. Nessa perspectiva, o aprofundamento do conhecimento dessa temática sob a ótica compreensiva poderá trazer evidências científicas que valorizam a perspectiva da pessoa acometida pela UVC, contribuindo para o desvelamento das questões imbricadas na adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Opção pela fenomenologia

Esta investigação tem a sua base teórico-metodológica fundamentada nos princípios da pesquisa fenomenológica. Esse tipo de pesquisa parte da suposição de que o conhecimento teórico funda-se a partir do conhecimento intuitivo direcionado pela consciência subjetiva. Nesse sentido, a realidade se constitui pela intencionalidade da consciência, acreditando-se que o mundo é um conjunto de significações de sentidos produzidos por ela (Brum, Bertineti, Souza, 2013).

A fenomenologia trata o objeto do conhecimento tal como ele se apresenta à consciência, não se restringindo, meramente, ao conhecimento intelectual, mas como geradora de intencionalidade cognitiva, afetiva e prática. Baseia-se, metodologicamente, na interpretação dos fenômenos por meio da redução fenomenológica, a partir da descrição direta da experiência dos participantes, buscando a generalidade (Brum, Bertineti, Souza, 2013). Compreende a prática como o ato de dar sentido ao mundo das coisas mediante a atividade intencional da consciência de constituir essências ou significações, estabelecendo, assim, a relação entre o homem e o mundo, sujeito/objeto como polos inseparáveis (Brum, Bertineti, Souza, 2013).

Os temas referentes à experiência vivida dos seres humanos, expressos por sentimentos, crenças, aspirações e temores são apropriados à investigação fenomenológica. Na definição da situação a ser estudada, o pesquisador exterioriza interrogações que o conduzem ao desvelamento do fenômeno. Na primeira etapa da pesquisa fenomenológica, é necessário que o pesquisador deixe de lado tudo que já conhece ou pressupõe acerca do fenômeno. Esta etapa corresponde à *epoché*, que implica a suspensão de qualquer hipótese que antecipe a realidade a ser investigada (Gil, Yamauchi, 2012).

A análise dos depoimentos requer o tratamento das unidades de significado obtidas por meio da entrevista fenomenológica. Esta busca acessar o vivido do ser humano, por meio de um movimento de compreensão. Para tal, o pesquisador precisa

exercitar a atitude fenomenológica, mediada pela empatia e intersubjetividade, e se mobilizar com aquilo que foi dito e com o que foi silenciado (Paula et al., 2014).

O método fenomenológico foi escolhido nesta pesquisa por permitir ao pesquisador ir à consciência das pessoas com UVC e compreender sua intencionalidade frente à adesão ao cuidado recomendado pelos profissionais de saúde. Pressupõe-se que esta experiência não se restringe a uma intencionalidade individual, na medida em que o modo como a consciência se volta para alguma coisa, atribuindo-lhe significado, passa por uma estrutura social, na qual se estabelece uma relação intersubjetiva (Schütz, 2012). Nesse sentido, elegeu-se a fenomenologia social de Alfred Schütz como fundamentação teórico-metodológica.

Alfred Schütz, sociólogo, nasceu na Áustria, em 1899, e faleceu nos Estados Unidos, em 1959. Sua formação sociológica sob a influência de Max Weber o inspirou a pensar a realidade das ações sociais a partir do significado das ações e atos do sujeito. Além disso, buscou em Edmund Husserl a compreensão dos fenômenos sociais fundamentada no significado que é atribuído pelo ator envolvido na cena social à ação, utilizando especialmente os conceitos de intencionalidade e intersubjetividade (Schütz, 2012).

Dos escritos de Alfred Schütz, foram utilizados conceitos que fundamentaram o fenômeno deste estudo, tais como: mundo da vida, relações sociais, atitude natural, intersubjetividade, situação biográfica, acervo de conhecimentos, intercâmbio de ponto de vista, ação social e tipificação.

A compreensão do fenômeno a partir da fenomenologia social de Alfred Schütz oportuniza o aprofundamento das discussões acerca da problemática em pauta, ao desvelar a ação de pessoas com úlcera venosa crônica frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde.

3.2 Pressupostos conceituais da fenomenologia social de Alfred Schütz em interface com a temática estudada

Na perspectiva da fenomenologia social, o cuidado à saúde não é visto como uma habilidade nata do ser humano. Origina-se a partir da interação entre pessoas e é sempre dotado de intenção. Desse modo, as primeiras experiências de cuidado são

adquiridas com familiares e pessoas próximas, as quais transmitem o que aprendem com suas vivências (Jesus et al., 2013).

No caso do profissional de saúde, este possui, além da experiência de senso comum, o conhecimento científico acerca do cuidado (Jesus et al., 2013). Nessas duas situações, a intencionalidade dos sujeitos diz respeito à preservação da saúde e/ou ao restabelecimento de uma função corporal afetada. Quando considerado uma ação social, o cuidado tem o intuito de recolocar o sujeito nas suas atividades cotidianas, como, por exemplo, o trabalho, lazer, cuidado com familiares, etc. Em um olhar mais atento, a finalidade básica da intenção do cuidar é de restabelecer o sujeito como um ser social.

Nesse sentido, o cuidado pode ser compreendido como um comportamento socialmente aprendido, que é passado de geração em geração, o qual norteia as pessoas na escolha de determinadas práticas de saúde. É importante demarcar que o cuidado não é uma ação estática, guiado apenas na experiência dos nossos antepassados, muito pelo contrário, ele é dinâmico (Jesus et al., 2013). Cada geração desenvolve novos elementos que são incorporados nas práticas de saúde. Esses elementos advêm das experiências dos diversos grupos sociais e estudos de profissionais de saúde, que, com suas pesquisas, ampliam as possibilidades do cuidado cientificamente embasado.

Ao refletir sobre a adesão da pessoa ao cuidado da UVC, esta pode ser compreendida sob duas perspectivas: a pessoa vai aderir parcial ou totalmente ao cuidado orientado por profissionais de saúde ou ela vai se cuidar de acordo com o senso comum, aplicando o conhecimento adquirido por meio dos familiares, curandeiros, ou outras pessoas que tiveram a mesma experiência que ela, ou ainda mesclar o conhecimento passado pelos profissionais com o que aprendeu culturalmente.

Interessa, nesta pesquisa, compreender a ação das pessoas com UVC em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, considerando que tal cuidado pressupõe uma interação entre eles. Nesse sentido, faz-se necessário contextualizar o cuidado como um tipo de relação social que se dá entre os atores que dele participam.

As **relações sociais** ocorrem no **mundo da vida**, denominado por Schütz por mundo social, cotidiano e intersubjetivo. Nesse mundo, a pessoa com UVC e profissionais de saúde interagem com a finalidade de recuperar a integridade da pele.

Portanto, esse mundo constitui-se em cenário e objeto de nossas ações, no qual exercemos influência e somos influenciados por nossos semelhantes para transformá-lo de modo a ser possível concretizar os propósitos que buscamos realizar nele. Portanto, não só agimos no mundo, mas também sobre o mundo (Schütz, 2012).

As pessoas com UVC relacionam-se com familiares, comunidade, profissionais de saúde, por meio da relação **face a face**. É nessa relação que a experiência de um alcança a do outro. Ela só acontece quando duas ou mais pessoas compartilham o mesmo tempo e espaço. É nela que se dá o intercâmbio social e a compreensão genuína entre as pessoas (Schütz, 2012). A comunicação e a criação de vínculos sociais e de confiança entre profissionais de saúde e pessoa com UVC podem contribuir para a melhor adesão às orientações voltadas para a recuperação e prevenção de recidivas da ferida (Van Hecke et al., 2013).

A **intersubjetividade** pressupõe a vinculação das pessoas em diferentes relações sociais, de modo consciente e intencional, viabilizando um processo de compreensão mútua dos indivíduos com os seus semelhantes no mundo social (Schütz, 2012). Cada pessoa, durante toda a sua vida, interpreta o que encontra no mundo segundo as perspectivas de seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos e religiosos. Desse modo, a realidade do mundo social, matriz de toda ação humana, está diretamente relacionada à totalidade da experiência que a pessoa constrói no curso de sua existência (Schütz, 2012).

Para a fenomenologia social, o mundo social constitui-se em um cenário onde os homens vivem e interagem uns com os outros, transformando-se continuamente e alterando as estruturas sociais. A leitura da realidade os faz agir de modo natural, espontâneo (Schütz, Luckmann, 2009). Nesse sentido, a pessoa com UVC, *a priori*, não questiona se adere ou não ao cuidado proposto pelo profissional de saúde. Ela cuida da sua ferida sem interesse teórico, apenas com a visão puramente prática. A resposta espontânea que o sujeito lança sobre a realidade social apresentada é denominada por Schütz como **atitude natural** (Schütz, 2012).

A pessoa atribui sentido à adesão ao cuidado da UVC baseada em suas crenças, hábitos, costumes e conhecimento popular herdado de pessoas significativas com as quais convive ao longo de sua vida, além daqueles oriundos de suas próprias experiências. O acúmulo de experiências vividas, presentes em sua consciência, somadas às informações transmitidas inicialmente pela família e, posteriormente, por profissionais de saúde e pessoas que com ela convive são utilizadas para

fundamentar os seus projetos de vida. O conjunto desses elementos forma o que Schütz denomina de **acervo de conhecimentos**. Este se constitui em um esquema de referência para compreensão do mundo e planejamento das atividades futuras (Schütz, 2012), que, de certo modo, direciona a ação do sujeito frente à adesão ao cuidado da sua condição crônica.

Nesse sentido, o acervo de conhecimentos leva a pessoa a ter um modo peculiar de olhar para sua lesão e a desenvolver comportamentos frente à adesão ao cuidado da ferida. Por exemplo, o uso de certos produtos para o curativo, a restrição de determinados alimentos na dieta e outros hábitos como benzeções e crenças em relação às feridas podem ir de encontro ao cuidado orientado pelo profissional de saúde.

O acervo de conhecimentos, ao se encontrar disponível e acessível para o sujeito, situa-o em uma determinada posição no mundo da vida, denominada de “situação biográfica”. Esta mostra o ponto de vista do sujeito sobre as coisas do mundo da vida, contudo seus projetos e sistemas de escolhas, embora distintos, mostram-se comuns na vida prática, a partir da intersubjetividade (Schütz, Luckmann, 2009).

É importante refletir que, por estar em situação biográfica distinta e com bagagem de conhecimento diferenciada, a ação da pessoa com UVC pode se desarticular da ação de cuidado do profissional de saúde, já que ambos possuem diferentes perspectivas sobre o cuidar, o que poderá influenciar na adesão às orientações propostas.

Nesse sentido, Schütz ressalta que o mesmo objeto pode significar coisas diferentes para mim e para o meu semelhante. Eu estando “aqui”, enquanto ele está “lá”, estou a uma distância diferente do objeto e experiencio outros aspectos como sendo típicos dele. Pela mesma razão, certos objetos estão fora do meu alcance, mas estão ao alcance dele e vice-versa (Schütz, Luckmann, 2009).

Para romper essa polaridade, é preciso que a pessoa com UVC e o profissional de saúde tenham algum ponto de vista comum sobre o cuidado da UVC e que compreendam a relevância da ação de ambos na condução do mesmo. Para essa questão, Schütz aponta como alternativa a possibilidade do **intercâmbio de ponto de vista**. Ou seja, eu assumo como evidente e meu semelhante também que, se eu trocar de lugar com ele, o seu “aqui” se tornará meu e verei as mesmas características típicas que ele agora está vendo; além disso, as mesmas coisas que agora estão ao seu alcance passarão a estar ao meu, e vice-versa (Schütz, Luckmann, 2009).

Schütz discute a idealização da **congruência do sistema de relevâncias**. Isso implica assumir as diferenças de perspectivas originadas da situação biograficamente determinada de meu semelhante e minha. Também que ambos selecionamos e interpretamos os mesmos objetos comuns e suas características de maneira idêntica quando temos motivos típicos para realizar fins típicos. Isso é suficiente para os propósitos práticos (Schütz, Luckmann, 2009). Nesse contexto, poderá haver o estabelecimento de uma relação de cuidado entre profissionais de saúde e pessoas acometidas pela UVC, as quais poderão dirigir sua ação para o compartilhamento do cuidado.

Do exposto, podemos afirmar que a adesão da pessoa acometida pela UVC ao cuidado proposto pelo profissional de saúde constitui uma **ação** socialmente construída e tem origem no contexto existencial, sendo impulsionada pela **motivação humana**. A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional. Ela nunca está isolada, ou desvinculada do mundo de relações. Inclui projetos, expectativas (**motivos para**) e os atos realizados (**motivos porque**) (Schütz, Luckmann, 2009).

Os “motivos para” remetem o homem para um comportamento futuro e estão diretamente relacionados com a situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis no momento da projeção da ação (Schütz, Luckmann, 2009). Os “motivos porque” são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva, a partir da reflexão do ato concretizado (Schütz, Luckmann, 2009).

Um estudo mostrou que o maior projeto das pessoas que convivem com a UVC é a cicatrização da lesão (Silva et al, 2013). Contudo esse projeto nem sempre é concretizado, o que pode frustrar tanto as pessoas que convivem com a ferida quanto os profissionais de saúde (Silva et al., 2014). Por isso, a importância em compreender a ação das pessoas com úlcera venosa crônica em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, ação que, quando não realizada, pode impedir a concretização do projeto de cicatrização da lesão.

Para a compreensão da ação sob o ponto de vista da pessoa, faz-se uso de um sistema subjetivo de análise, a fim de alcançar a estrutura objetiva de sentido. Para tal, faz-se uso da **tipologia** da realidade concreta. De acordo com Schütz, o tipo pessoal ideal constitui-se em uma estrutura vivida da ação humana na dimensão social, cujas características abrangem um indivíduo/grupo social. Trata-se de um

conceito expresso pela inteligência, cuja natureza vivida é essencial e constitui-se no invariante. O esquema da tipologia da ação vivida não corresponde a nenhuma pessoa em particular ou grupo. Trata-se de uma síntese objetiva em que são reunidos os significados da ação humana. Refere-se a um construto interpretativo do mundo social que tem valor de significação para aqueles que vivenciam a situação em pauta (Schütz, Luckmann, 2009).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa teve como cenário o Serviço de Bota de Unna do Instituto de Clínicas Especializadas (ICE) de um município do interior de Minas Gerais, o qual está vinculado ao serviço de dermatologia e angiologia desse Instituto.

Este município está localizado na região da Zona da Mata mineira, a sudeste da capital do estado, distando desta cerca de 283 km e conta com uma população estimada de 555 284 habitantes. Ocupa uma área de 1.429,875 km², sendo que apenas 317,740 km² estão em perímetro urbano (IBGE, 2015).

O serviço de Bota de Unna funciona no quarto andar do ICE, em uma sala de curativo destinada à aplicação da Bota de Unna. São oferecidas 40 vagas para o atendimento, que se dá de segunda a sexta-feira. Assim, são atendidas diariamente quatro pessoas no turno da manhã e quatro no turno da tarde.

Neste serviço, as ações dos profissionais de saúde que atendem pessoas com feridas crônicas são definidas de acordo com as normas e rotinas internas. Não há um protocolo municipal demarcando as ações e responsabilidades técnicas de cada nível assistencial e do profissional envolvido no atendimento às pessoas com UVC. Isso acaba por deixar as decisões relativas ao cuidado quase que totalmente centralizadas na figura do médico angiologista. O protocolo municipal está em fase de elaboração, visto que o prefeito do município aprovou e publicou em Portaria a nomeação de uma equipe de estomaterapeutas para a construção do mesmo.

Para ter acesso ao serviço de Bota de Unna, as pessoas com UVC são encaminhadas pelo médico das Unidades de Atenção Primária à Saúde (APSs) para o angiologista do ICE. Esse profissional faz o atendimento inicial e, após avaliação, orienta, se necessário, antibioticoterapia, bem como medidas para controle do edema (exercícios físicos para os membros inferiores, meia elástica e repouso) e alimentação. Ainda é de sua responsabilidade indicar a necessidade da Bota de Unna. Se for indicada a terapia compressiva inelástica, a pessoa deve procurar a enfermeira do serviço, que a colocará na fila de espera. A inclusão de mais pessoas para a realização desse cuidado ocorre apenas se houver alta de algum paciente por motivo

de cura, abandono ou óbito, visto que a gestão de saúde do município limita a compra da Bota de Unna para o atendimento de apenas 40 pessoas.

Uma vez admitida no serviço, a pessoa passará por uma avaliação inicial com a enfermeira estomaterapeuta, a qual avaliará as condições e acompanhará a evolução da ferida, reforçando as orientações para o controle do edema, a alimentação, os cuidados com a pele e com o curativo. Esta faz o reencaminhamento para o angiologista caso perceba que a conduta deva ser mudada, ou em caso de alguma intercorrência clínica da lesão. O histórico e a evolução do paciente são registrados em prontuário preenchido manualmente. A realização do curativo (limpeza e aplicação da Bota de Unna industrializada) é de responsabilidade de um técnico de enfermagem supervisionado pela enfermeira. O serviço conta ainda com uma assistente social e profissionais administrativos, que atendem também as demandas do serviço de angiologia e dermatologia.

No momento da coleta de dados, o serviço de Bota de Unna não contava com coberturas interativas ou bioativas para a realização do curativo. O mesmo era realizado com a limpeza da lesão utilizando-se solução fisiológica 0,9% e, em seguida, fazia-se a aplicação da Bota de Unna. Em alguns casos, utilizavam-se ácidos graxos essenciais (AGE) ou creme de ureia para proteção e hidratação da pele dos MMII. A troca da Bota de Unna era feita semanalmente e as pessoas eram orientadas a trocar diariamente a cobertura secundária composta por gaze IV e atadura crepom. Essas deveriam ser fornecidas pelas UAPSs ou adquiridas pela própria pessoa. Uma vez obtida a cicatrização, a pessoa era novamente encaminhada ao angiologista para a prescrição da meia elástica com vistas à prevenção de recidivas.

A frequência de retornos para reavaliação da IVC era definida pelo angiologista, mas o agendamento desse retorno era feito pela central de marcação de consultas (CMC), localizada nas UAPSs dos bairros de residência das pessoas. Para conseguir agendar esse retorno, elas geralmente enfrentavam nova fila, e a garantia do atendimento nem sempre acontecia, haja vista o longo tempo entre a entrega do formulário de encaminhamento na CMC até a marcação da consulta de retorno.

4.2 Participantes do estudo

Para o acesso aos potenciais participantes, o pesquisador recorreu primeiramente à chefia de enfermagem do ICE, a qual deu as informações preliminares do serviço e as orientações relacionadas aos trâmites burocráticos para a autorização da pesquisa no Serviço de Bota de Unna. De posse da autorização emitida pela Subsecretaria de Redes Assistenciais (Anexo1), submeteu-se o projeto de pesquisa à Comissão de Ética do ICE e ao Comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Após parecer favorável da comissão de ética do ICE (Anexo2), do Comitê de Ética da EEUSP (Anexo 3) e da enfermeira responsável pelo setor, acessou-se a listagem de pacientes em tratamento da UVC. Naquele momento, quarenta pessoas estavam inscritas e tratando a UVC com a terapia compressiva inelástica.

Considerou-se nesse estudo a adesão das pessoas com UVC aos principais cuidados orientados pelos profissionais de saúde, no cenário da pesquisa, os quais incluem ações para a cicatrização e prevenção de recidivas. Entre os cuidados que visam à cicatrização, cita-se a terapia compressiva inelástica, medidas auxiliares para o controle do edema – repouso com elevação dos MMII, exercícios físicos – e alimentação saudável. Em relação às medidas para a prevenção de recidivas, incluem-se a indicação da meia elástica, repouso com elevação dos MMII, exercícios físicos e alimentação saudável.

Para seleção dos possíveis participantes do estudo, considerou-se como critérios de inclusão a pessoa ser adulta ou idosa, cadastrada no ICE com diagnóstico de UVC, orientada pelos profissionais de saúde em relação ao cuidado com a lesão.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador fez cinco visitas, uma para cada dia da semana, com vistas a conhecer os possíveis participantes e estabelecer uma relação de confiança para depois fazer o convite para entrevista. O contato inicial entre o pesquisador e as pessoas em tratamento da UVC foi mediado pela enfermeira ou pela técnica de enfermagem do serviço. Nesse período, foi possível conviver com a rotina do serviço e com as pessoas. As conversas informais e o acompanhamento dos procedimentos ajudaram no desenvolvimento da relação de familiaridade entre o pesquisador e os possíveis entrevistados.

4.3 Descrição do processo de obtenção dos depoimentos

Os depoimentos foram apreendidos por meio da entrevista fenomenológica. Esse tipo de entrevista pretende acessar o vivido do ser humano por meio do movimento de compreensão. Ela acontece do encontro singularmente estabelecido entre o pesquisador e o participante (Paula et al., 2014). Por meio dessa modalidade de entrevista, buscou-se a aproximação com os participantes, o desenvolvimento da empatia para obtenção do ponto de vista da pessoa com UVC acerca da adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. Este é traduzido pela fala do participante quando descreve a ação vivida (Paula et al., 2014).

A entrevista fenomenológica pressupõe o estabelecimento de uma relação face a face, considerada a mais importante, já que pressupõe o encontro direto e autêntico entre pessoas. Este encontro permite ao homem manter-se aberto e acessível aos atos intencionais do outro, possibilitando o acesso ao fluxo da consciência do outro (**relação nós**) (Schütz, 2009).

As entrevistas tiveram início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP. Antes de iniciar a coleta de dados, as pessoas foram orientadas em relação ao objetivo da pesquisa, importância da sua participação e autorizaram formalmente a entrevista por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice). Foi solicitada aos mesmos a permissão do uso do gravador durante as entrevistas, a qual possibilitou o registro na íntegra de seus depoimentos e sua posterior análise.

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2015, em dias, horários e local definidos pelas pessoas que concordaram em participar do estudo, a fim de que se sentissem à vontade e seguras para verbalizar suas vivências frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. Todos os participantes optaram por conceder as entrevistas nas dependências do ICE. O serviço disponibilizou uma sala privativa para que o pesquisador pudesse abordar os participantes. A duração média de cada entrevista foi de 50 minutos.

Para caracterizar os participantes e situá-los biograficamente, foram incluídas na entrevista informações pessoais, socioeconômicas, bem como sobre a história e o tratamento da ferida. As seguintes questões nortearam a entrevista: fale-me sobre as orientações que você recebeu do profissional de saúde sobre o cuidado com a ferida.

Como está sendo para você seguir estas orientações? O que você tem em vista quando procura o profissional de saúde para cuidar da sua ferida?

A coleta de depoimentos foi encerrada no momento em que se percebeu que as indagações foram respondidas e os objetivos da pesquisa alcançados. A convergência dos resultados se deu na nona entrevista, não havendo a evidência de novos significados (Fontanella et al., 2011) quanto à adesão de pessoas com UVC frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, até o décimo segundo depoimento. Assim, totalizaram-se 12 participantes não havendo exclusão de nenhuma entrevista.

Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados pela palavra Entrevista e a numeração arábica correspondente à ordem das entrevistas: Entrevista 1 a “12”.

4.4 Análise compreensiva

A organização e a categorização do material de pesquisa foram realizadas conforme passos adotados por pesquisadores da fenomenologia social (Jesus et al., 2013).

Inicialmente, foram realizadas leituras atentas e criteriosas de cada depoimento na íntegra, com vistas à identificação e apreensão do sentido global da adesão da pessoa com UVC no que tange ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. Nesse momento, valorizou-se o conhecimento de senso comum originário do mundo social, denominado de conceitos de primeiro nível (Schütz, 2009).

Em seguida, organizou-se o material não estruturado emanado dos depoimentos com o objetivo captar a repetitividade dos aspectos comuns da ação humana em pauta, visando à apreensão das categorias concretas. Estas são consideradas como conceitos de segundo nível – constructos objetivos elaborados pelo pesquisador, a partir do conhecimento de senso comum (Schütz, 2009).

Da análise das categorias concretas emergiu a compreensão da tipologia da ação vivida. A tipificação constitui-se em um esquema teórico (modelo) que possibilita a compreensão do vivido de pessoas/grupo, originado de motivos peculiares, fins característicos e sentido social específico (Schütz, 2009).

Para chegar à tipologia da ação, adotaram-se princípios que garantem: validade científica dos modelos construídos (postulado da consciência lógica), significação subjetiva da ação (postulado da interpretação subjetiva) e compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum (postulado da adequação) (Schütz, 2009).

A tipologia da ação vivida “Adesão de pessoas com úlcera venosa crônica frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde” foi discutida à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e outros referenciais relacionados ao tema.

4.5 Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme Parecer nº 1.235.302, de 18 de setembro de 2015 (Anexo 3).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre a manutenção do sigilo, em relação à gravação e utilização dos depoimentos somente para fins científicos, devolução dos resultados e sua divulgação, de tal forma a assegurar a inexistência de prejuízos, além do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma, conforme previsto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012).

Foi informado a todos que a participação envolvia um risco mínimo, isto é, passar por constrangimento ao responder algumas perguntas, e que a entrevista seria suspensa caso haja algum impedimento por parte do pesquisador ou se os participantes se recusassem a continuar na pesquisa.

Tendo em vista o objetivo a que se propôs, a pesquisa beneficia as participantes, na medida em que lhes conferiu oportunidade de refletir e reelaborar sua experiência no que concerne à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. Também contribui para que tais reflexões fomentem novos conhecimentos e ações de saúde voltadas a essas pessoas.

As Figuras 2 e 3 apresentam a síntese do método do estudo.

Figura 2 – Tipo de estudo, Cenário, Participantes e Questões da entrevista. São Paulo, 2016
Fonte: o autor

Figura 3 – Figura 4: Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2016
Fonte: o autor

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo cinco homens e sete mulheres, com média de idade de 61 anos, renda de um salário mínimo e quatro anos de estudo. A maioria era católica, autodeclarada negra, com tempo médio da lesão de 13 anos.

Será apresentada a seguir a situação biográfica de cada participante:

Entrevistado 1: Sexo masculino, negro, 79 anos, casado e teve 11 filhos. É funcionário público aposentado, frequenta a Igreja Católica, possui o ensino fundamental incompleto e sua renda mensal é de um salário mínimo. Faz acompanhamento da HAS na UAPS. A lesão atual na perna esquerda está aberta há 3,5 anos. Já teve outra lesão na perna direita, cujo tempo de cicatrização foi de cinco anos. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, porém no momento não usa a Bota de Unna. Relata que o curativo é realizado com hidrogel, gaze e enfaixamento com ataduras de crepom.

Entrevistada 2: Sexo feminino, branca, 45 anos, casada e teve quatro filhos. É cuidadora de idosos, mas no momento está desempregada em virtude da lesão. Frequenta a Igreja Evangélica Pentecostal. Possui o ensino fundamental incompleto e a renda familiar é de um salário mínimo. A lesão atual na perna esquerda está aberta há oito anos, tendo surgido após um episódio de trombose venosa. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistado 3: Sexo masculino, pardo, 59 anos, separado e teve dois filhos. É pedreiro, afastado do trabalho, no momento, em decorrência da úlcera venosa. Frequenta a Igreja Católica. Possui o ensino fundamental incompleto e a renda mensal é de um salário mínimo. Tem histórico de HAS e DM, além de artrose de joelho e coluna. A lesão atual, na perna direita, está em atividade há 15 anos, e, nesse período, ocorreu uma recidiva. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistado 4: Sexo masculino, pardo, 48 anos, solteiro e reside com cinco irmãos. Trabalhou em indústria de papel, mas está aposentado no momento. Frequenta a Igreja Católica. Possui o ensino fundamental incompleto e a renda mensal é de um salário mínimo. Tem histórico de etilismo, hepatite e ascite. A úlcera venosa nas duas pernas está em atividade há mais ou menos 20 anos, e, nesse período, ocorreram três recidivas. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento da perna esquerda, mantendo o curativo tradicional com sulfadiazina de prata na perna direita.

Entrevistada 5: Sexo feminino, branca, 68 anos, casada e teve dois filhos. Trabalhou em malharia, mas no momento está aposentada. Frequenta a Igreja Espírita Kardecista. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda é de um salário mínimo. Tem histórico de HAS e artrite reumatoide. Há 30 anos convive com quadros de cicatrizações e recidivas da úlcera venosa em ambas as pernas. No momento, apresenta uma ferida aberta na perna esquerda. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistada 6: Sexo feminino, negra, 58 anos, solteira. Técnica de enfermagem, afastada do trabalho em decorrência da lesão. Frequenta a Igreja Evangélica. Possui o ensino médio completo e sua renda mensal é de dois salários mínimos. Tem histórico de HAS e DM. Apresenta a úlcera venosa há dois anos e cinco meses. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistado 7: Sexo masculino, negro, 81 anos, separado e teve quatro filhos. Carpinteiro aposentado. Frequenta a Igreja Católica. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda é de um salário mínimo. Tem histórico de arritmia cardíaca e convive com a úlcera venosa crônica na perna direita há oito anos, relatando que, neste período, teve um episódio de recidiva da lesão. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistado 8: Sexo masculino, branco, 57 anos, casado e teve dois filhos. Mecânico montador, afastado do trabalho há um ano em decorrência da lesão. Frequenta a Igreja Evangélica. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda mensal é de

dois salários mínimos. Tem histórico de HAS e convive com a úlcera venosa crônica na perna direita há um ano e três meses. Atualmente faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento.

Entrevistada 9: Sexo feminino, parda, 66 anos, casada e teve seis filhos. Tecelã aposentada. Frequenta a Igreja Evangélica. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda é de um salário mínimo. Possui histórico de HAS e convive com a úlcera venosa crônica na perna há mais de 25 anos. A lesão da perna esquerda encontra-se cicatrizada e a da direita, aberta há quatro anos. Relata quatro episódios de recidiva. Atualmente faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento. Faz uso da meia elástica na perna esquerda.

Entrevistada 10: Sexo feminino, negra, 59 anos, casada e teve quatro filhos. Auxiliar de almoxarifado, estando, no momento, afastada do trabalho. Frequenta a Igreja Evangélica. Possui o ensino fundamental completo e sua renda mensal é de um salário mínimo. Tem histórico de HAS. Convive com insuficiência venosa crônica há cerca de 30 anos. A lesão da perna direita encontra-se em atividade há mais ou menos dez anos. Relata que neste membro teve aproximadamente sete recidivas. Na perna esquerda, a lesão tem mais ou menos um ano. Faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento da perna direita. Faz uso da meia elástica na perna esquerda.

Entrevistada 11: Sexo feminino, negra, 54 anos, casada e teve um filho. Doméstica, aposentada. Frequenta a Igreja Católica. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda é de um salário mínimo. Tem histórico de HAS e obesidade. A lesão da perna esquerda encontra-se em atividade há mais ou menos dez anos, apresentando um episódio de recidiva. Na perna direita, a ferida está ulcerada há dois anos. Atualmente faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento para ambas as pernas.

Entrevistada 12: Sexo feminino, branca, 62 anos, casada e teve um filho. Doméstica e no momento é pensionista. Frequenta a Igreja Católica. Possui o ensino fundamental incompleto e sua renda é de um salário mínimo. Tem histórico de HAS e sobrepeso. A lesão da perna direita encontra-se em atividade há mais ou menos um ano e meio

e a da esquerda, há aproximadamente três anos. Convive com as recidivas há mais ou menos 20 anos. Atualmente faz acompanhamento no serviço de angiologia do ICE, com indicação da Bota de Unna para o tratamento de ambas as pernas.

5.2 Categorias emergidas da ação vivida

Os aspectos comuns emergidos dos depoimentos do grupo social composto por pessoas com UVC permitiram a compreensão do fenômeno “Adesão de pessoas com úlcera venosa crônica frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde”. Em conformidade com o referencial da fenomenologia de Alfred Schütz, o que se mostrou típico da ação humana em pauta foi traduzido em categorias concretas. Estas explicitam os “motivos para” (intencionalidade de aderir ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde) fundamentados na situação biográfica da pessoa com UVC e de sua bagagem de conhecimentos que compõem os motivos porque (contexto social que interfere na adesão a estes cuidados).

5.2.1 A intencionalidade de aderir ao cuidado da úlcera venosa crônica orientado pelos profissionais de saúde: “motivos para”

A compreensão da ação das pessoas com a UVC frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde permitiu evidenciar que elas almejam a cicatrização da ferida e a integridade da pele dos MMII o maior tempo possível. Ao agirem em direção ao cuidado da UVC desejam encontrar no serviço de saúde profissionais com os quais possam desenvolver uma relação interpessoal profícua. Esses significados traduzem seus projetos de vida (motivos para) em relação ao cuidado da UVC. A questão da entrevista “O que você tem em vista quando você procura o profissional de saúde para cuidar da sua ferida?” estimulou os participantes a expressarem a intencionalidade em relação ao cuidado com a UVC. A organização e a análise do conteúdo extraído dos depoimentos em relação a esta intencionalidade resultaram nas categorias: “Quero ficar com a perna sem a ferida”, “Quero cuidar para ficar o máximo de tempo possível sem a ferida” e “Espero um tratamento com um profissional que me dê atenção”.

CATEGORIA 1: “Quero ficar com a perna sem a ferida”

Quando as pessoas agem em direção ao cuidado da UVC orientado pelos profissionais de saúde, elas têm como principal objetivo a cicatrização da lesão. Esta representa a possibilidade de retomar as atividades do cotidiano que foram afetadas pela presença da ferida. Para alcançar esse objetivo referem fazer o possível para aderir ao cuidado orientado pelo profissional do serviço.

A perspectiva da cicatrização implicaria a supressão da dor decorrente da presença da ferida. Na percepção dos entrevistados, a ausência da dor contribuiria para a melhoria da qualidade do sono, assim como das relações sociais ora afetadas pela UVC:

Se essa ferida sarasse, minha vida seria outra, uma vida sem dor. Então eu espero que, com a ajuda de Deus e da orientação de todos os médicos e enfermeiros que me atendem, que essa ferida vai sarar. (E1)

Eu espero que, mesmo que não sare as varizes, que eu fique o máximo de tempo possível sem abrir a ferida, sem dor. Sem ferida, não tem amolação, melhora a vida, o astral da gente, porque a gente fica nervosa, sem paciência com a dor da ferida. E isso me atrapalha muito, até o relacionamento com minha filha, quando tem dor, fico irritada e sem paciência com ela. Eu vivo para cuidar da ferida, fico atrás de médicos e de enfermeiras. (E5)

Eu quero fazer tudo que estiver ao meu alcance para tratar a ferida. Com a Bota, já melhorou muito, mas eu já passei noites em claro, e isso parece que não dói, mas dá umas fsgadas lá dentro. Quero ficar com a perna sem ferida, sem dor. (E11)

A perspectiva de adesão aos cuidados orientados pelos profissionais de saúde com vistas à cicatrização, evidenciada pelos participantes, tem como propósito a reinserção social afetada pelo odor exalado pela ferida, pela aparência da perna, pela mobilidade dificultada, impossibilidade de vestir e calçar em conformidade com os padrões sociais, além da dificuldade de participar das atividades de lazer:

Eu espero seguir as orientações de um tratamento que melhore bem, que dê um bom resultado, que sarasse a ferida [...] quero sarar porque eu percebo que às vezes eu chego e sento no banco do ônibus, a pessoa olha, sente o cheiro e sai. A gente fica muito isolado (E1).

Eu espero que a ferida cicatrize com as graças de Deus. Minha vida seria muito melhor, menos debilitada com a ferida fechada. Quero seguir as orientações que eu recebo, porque estou debilitada em várias partes da minha vida, por exemplo, eu não posso andar muito, fazer certos exercícios porque eu não posso forçar a perna, frequentar uma academia, fazer uma ginástica, essas coisas eu não posso fazer. A vida seria bem mais fácil sem a ferida. (E2)

Espero seguir as orientações que me passam para ajudar a melhorar as minhas pernas. Se eu melhorasse as minhas pernas, eu ia me sentir mais aliviado, isso me atrapalha todinho, quero colocar um sapato no pé e não posso, às vezes quero sair, e com a perna machucada e inchada, não tem como andar direito, o curativo na perna também atrapalha e com isso não tem jeito, não é mesmo? Cicatrizando, eu ficaria mais à vontade. Sem as faixas na perna, poderia por um sapato e movimentar mais a perna, por isso que quero cuidar da minha ferida. (E4)

[...] espero que, seguindo as orientações, eu sare [...]. Se não tivesse as varizes e a ferida, estaria fazendo mais coisas, ajudando as pessoas, fazendo caridade. (E5)

Então quero seguir direitinho o tratamento e as orientações para poder sarar e voltar a usar essas saias e vestidos. [...] eu gostava de usar saias, vestidos, mas não dá para usar por conta da faixa e da Bota, mesmo que seja uma roupa longa, a Bota com as faixas faz muito volume nas pernas. Eu não vejo a hora de poder passear no verão. Porque eu fui à praia e claro que não entrei na água, só molhei os pés, sem aquela liberdade. Então quero que cicatrize para eu voltar para meus passeios. Eu fico restrita para fazer as coisas que gosto. (E6)

Eu espero seguir as orientações que recebo para melhorar minha ferida porque, se eu melhorasse, minha vida seria outra, a preocupação seria menor... e eu ficaria mais feliz, porque ter um problema desses é muito ruim. Por isso procuro fazer tudo que me orientam, porque quero muito sarar para ter uma vida melhor. (E7)

Eu queria fazer tudo que estivesse ao meu alcance para sarar a ferida. Minha vida seria outra sem essa ferida, eu ia ajudar mais as pessoas, fazer mais pelos outros e para mim, ia desenrolar mais a vida porque eu me sinto agarrada. [...] então eu choro muito, eu fico revoltada de ver minhas pernas. Todo mundo põe um short, uma saia, mas como que eu vou colocar com essas pernas? (E11)

Eu converso comigo mesmo e falo com minhas feridas: vão embora, por favor! Eu preciso das minhas pernas. Sem a ferida, eu estaria todo final de semana na praia, pois eu nasci numa terra de 40 graus e todo dia tem sol. Então eu precisava de um banho de mar, mas eu não posso porque se entrar aquela água salgada. E tem praia que não posso entrar porque é esgoto puro. Tinha que ser uma com água onde eu visse os peixes de tão limpa. Se eu não tivesse a ferida, eu ia passear mais, trabalhar que eu sinto falta. (E12)

Ainda na perspectiva da inserção social, os participantes têm em vista aderir às orientações recebidas no serviço de atenção às pessoas com UVC para recuperar a integridade da pele, vislumbrando a possibilidade de inserir-se no mercado de trabalho já que, no momento, encontram-se impossibilitados:

[...] para arrumar trabalho fixo em firma, não tem como, eu só posso fazer bicos particular, porque firma não me aceita. Quando eu vou fazer o exame de admissão, eu não tenho como esconder essa ferida, eu tenho que mostrar. Eu terei que esperar a ferida fechar para eu arrumar um emprego fixo. Então eu tenho que me cuidar com a ajuda das orientações dos médicos e da enfermagem. (E2)

Espero seguir as orientações dos profissionais para a ferida sarar. A vida seria melhor sem a ferida. Com a ferida cicatrizada, seria melhor para

trabalhar, o que no momento está sendo muito difícil, não tem como eu trabalhar. (E3)

Eu estou na fé nessa Bota agora, não tem mais nada que eu possa fazer para ajudar a cicatrizar. Eu não vejo a hora de ficar sem essa ferida. Se eu melhorar, eu vou voltar a trabalhar em outro lugar, mesmo depois de aposentada. (E10)

Eu queria fazer tudo que estivesse ao meu alcance para sarar a ferida, sabe? Eu gosto de trabalhar, fazer minhas coisas e não consigo. Eu queria produzir mais, trabalhar, fazer mais coisas, mas infelizmente eu não posso por conta dessa ferida. (E11)

CATEGORIA 2: “Quero cuidar para ficar o máximo de tempo possível sem a ferida”

A condição crônica da doença, percebida pelos participantes, faz com que eles tenham a intenção de manter a adesão aos cuidados após a cicatrização da UVC, com vistas à prevenção das recidivas:

Dizem que uma vez com a ferida, a ferida é para sempre. Então agora eu tenho que usar a meia para sempre, tenho que usar para proteger minhas pernas de lesões. (E2)

[...] esse negócio de varizes é para o resto da vida. Eu vejo que, na minha família, minha mãe também tinha. [...] mesmo que não sare as varizes, quero com os cuidados ficar o máximo de tempo possível sem a ferida. (E5)

Então, quando a ferida cicatrizar, eu vou ter que ter meus cuidados com a parte alimentar, continuar o repouso, usar a faixa ou a meia elástica, evitar esbarrar, arranhar a perna para a ferida não voltar. (E6)

Quero seguir direitinho o que os médicos e as enfermeiras orientam, para cicatrizar logo a ferida. Quero voltar a ter uma vida normal sem a ferida. Depois que cicatrizar, vão passar uma meia elástica para eu usar, e, com certeza, eu vou usar. (E8)

Tem mais de 25 anos que tenho a ferida, mas foi de uns anos para cá que resolvi tratar. Mas ela sara, volta, acho que foi mais de três vezes. Eu espero que a ferida melhore, como está melhorando, assim a gente anima a continuar fazendo os curativos. Se melhorar, eu vou manter o cuidado, sempre voltar na médica, fazer repouso [...]. Se a meia estiver desgastada, vou à médica para pegar outra receita e comprar outra meia. (E9)

Então eu acho que, depois que cicatrizar e parar de usar a Bota, eu vou ter que usar a meia por muito tempo. (E12)

CATEGORIA 3: “Espero um tratamento com um profissional que me dê atenção”

Os participantes têm a expectativa de estabelecer uma boa relação interpessoal com o profissional de saúde. Eles desejam que o seu ponto de vista sobre o cuidado também seja considerado e que as orientações fornecidas pelos profissionais do serviço de saúde sejam mais claras e objetivas:

Quero respeito do profissional de saúde quando eu for até ele para buscar orientações. Uma vez, um angiologista aqui do serviço me chamou de porca, porque estava contando para ele que fui passear no Espírito Santo e peguei um bicho de pé, mas eu sou limpinha. Então eu achei muito antipático da parte dele e parei de consultar com ele. (E5)

Eu espero um tratamento com um profissional que me dê atenção, porque já fui a um médico que nem destampou minha ferida, e acho que era para ele destampar e ver o que estava acontecendo. Ele só colocou a mão no meu pé e disse que a circulação estava boa e que era para eu fazer o curativo no posto. Aí a gente fica sem acreditar no que ele orienta. Foi o enfermeiro que destampou e disse que ia fazer outro curativo antes de me mandar para casa. Mas eu fui para casa aborrecido. Muito aborrecido mesmo! (E8)

Na consulta com a médica, ela nunca fala como você está realmente. Ela fala assim: “Você está boa, a pele da perna está ótima, a ferida está com uma cor boa” e é só isso que você ouve. E isso está me estressando, porque a ferida nunca melhora. Dá vontade de parar de ir ao médico, porque você só ouve isso! A auxiliar de enfermagem quer fazer algumas coisas e às vezes eu não concordo com ela. Está certo que os médicos e enfermeiros são mais estudados do que eu, mas eu posso falar também. Se eu não estou me sentindo bem com o tratamento, eu posso reclamar! Eu também tenho minhas opiniões. Concordo com a deles, mas eles também devem considerar a minha opinião. Por exemplo, querem que eu venha fazer o curativo na sexta, mas eu não vou aceitar, eu era atendida na segunda-feira, quero continuar como estava, ser atendida na segunda ou terça-feira. (E10)

Eu venho ao médico, mas tem horas, que eu não tenho a mínima vontade de vir. Eu queria que as coisas fossem mais claras, que ele dissesse: “Você vai fazer isso, você pode comer isso, não pode comer aquilo, você não pode andar” ou se pode andar. (E11)

Embora as pessoas com a UVC dirijam sua intencionalidade para aderir ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, sua situação biográfica está permeada por diversas dificuldades situadas no âmbito pessoal e do serviço de saúde que interferem nessa adesão. No âmbito pessoal, os participantes mencionaram a dificuldade de aderir totalmente ao repouso e à prática de atividade física, bem como ao uso da meia elástica e Bota de Unna. No que diz respeito à bagagem de conhecimentos, as pessoas com UVC apontaram crenças em relação à alimentação e às experiências negativas com a terapia compressiva que interferem na adesão a

estes cuidados. Em relação ao serviço, foi destacada a falta de infraestrutura do mesmo para o atendimento deste público.

5.2.2 O contexto social que interfere na adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde: os “motivos porque”

O conteúdo emanado das questões da entrevista “fale-me sobre as orientações que você recebeu do profissional de saúde sobre o cuidado com a ferida” e “como está sendo para você seguir estas orientações?” propiciou a composição das categorias concretas que retratam os “motivos porque” da ação de pessoas com UVC em direção ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde: “Me orientaram o repouso, mas é difícil para eu fazer”, “Exercício físico, será que pode?”, “Eu evito comer coisas remosas”, “Fica difícil seguir as recomendações para usar a meia elástica”, “Usar a Bota incomoda, mas a ferida melhorou muito” e, “Pararam de atender porque faltou a Bota”.

CATEGORIA 1: “Me orientaram o repouso, mas é difícil para eu fazer”

Os participantes reportam a dificuldade de adesão ao repouso orientado pelos profissionais de saúde para o controle do edema dos MMII. Referem não conseguir a adesão total às orientações feitas, fazendo o repouso possível, de acordo com suas atividades pessoais e sociais:

[...] orientam muito o repouso, orientam para eu não andar e não ficar de pé. Eu faço o repouso como me orientaram. Quando vou deitar, coloco uma almofada debaixo da minha perna e, toda vez que eu sento, eu coloco a perna em cima do outro sofá ou de uma cadeira e assim eu faço. Mas a gente sempre abusa um pouquinho. Às vezes, tenho que resolver algumas coisas lá no banco e aí acabo não fazendo bem o repouso. Hoje, por exemplo, o meu filho precisa de um alvará e eu tenho que ir resolver isso para ele, vai ser às 2 horas e essa seria a hora do meu repouso. (E1)

Me orientaram a fazer repouso com a perna acima do coração. Falaram que era para colocar um “toquinho” no pé da cama para deixar a cama suspensa, mas eu não faço assim, eu só estico a perna na cama. O certo seria fazer, não é? Mas, para ser sincera, eu não faço, acho que é um pouco de relaxamento mesmo. Eu sei que tem que fazer [...]. Tirar uma hora para repousar e colocar um tijolo no pé da cama, mas eu nunca esquentei a cabeça com isso. Acho que está na hora de colocar isso em prática, não é? Mas é

relaxamento mesmo, por que se for pensar bem, não é tão difícil, estou em casa mesmo, meus meninos já estão grandes e me ajudam com o serviço de casa. (E2)

Me orientaram também a manter a perna elevada para descanso, geralmente eu ponho de dois a três travesseiros e aí deito com as pernas em cima dele para a circulação dar uma normalizada. Mas esse repouso é variado, os dias que eu saio, eu faço menos. Às vezes, dá para eu fazer, às vezes, eu não faço. Às vezes, saio para comprar um jornal, alguma outra coisa, conversar com os amigos e daí não dá para fazer o repouso. (E3)

Me orientaram a deitar e colocar as pernas para cima, colocando um bloco de 20cm nos pés da cama. Mas eu coloco um travesseiro por debaixo das pernas e, quando eu sento, coloco as pernas para cima. Não tenho um horário certo para repousar, sou sem paciência, não consigo fazer repouso como me orientam. Enquanto estou com a ferida ruim, eu me deito, mas, melhorou um pouquinho, eu já estou de pé. Eu gosto muito de fazer serviços caseiros, se tem uma parede com defeito, eu lixo, eu pinto. Gosto de mexer com horta, planto minhas couves e minhas plantinhas. Mas eu tenho dificuldade para repousar. Não aguento ficar deitada, olhando o tempo passar. Eu até tento me distrair, faço palavras cruzadas, vejo TV, mas não dá para fazer o repouso como orientam e a gente vai levando o barco desse jeito. (E5)

Me orientaram a fazer repouso, colocando a perna mais alta, não é para colocar só um travesseiro, é para levantar os pés da cama com um bloco de madeira. Hoje, na parte da manhã, eu fiz almoço e tive que sair, então não deu para fazer o repouso, mas, toda oportunidade que tenho, eu tento repousar. (E6)

Me orientaram o repouso, que é difícil para eu fazer. Me orientaram a ficar com a perna para cima. Quando dá, eu faço, mas aí tenho que sair, e perde o efeito do repouso. Eu sou sozinho, tenho dois filhos, mas eles estão piores do que eu. Um tem distúrbio mental e toma muitos remédios e a outra é solteirona e sai para fazer os bicos dela. Então eu tenho que resolver a maior parte das coisas, como sair, carregar o peso das compras e isso fez a minha perna inchar mais e piorar a ferida. (E7)

O médico me orientou fazer o repouso e eu faço. [...] é para eu ficar deitado com a perna para cima. Claro que eu tenho que sair também, não dá para ficar deitado direto, mas eu procuro fazer o máximo que eu posso. (E8)

Não sei por que demora tanto para cicatrizar! Acho que pode ser falta de repouso, não é mesmo? A doutora disse que o mais importante é o repouso, nem tanto o remédio, mas será que é isso? Eu acho que pode ser o repouso, porque ele ajuda bem. Eu ficava muito de pé porque eu trabalhava nessa posição. (E9)

A médica disse que o que mais necessita é o repouso. Mas, para mim, eu entendo que o repouso está sendo o pior que tudo. Repouso em casa para mim é pior. Minha casa é grande, então sempre tem alguma coisa para eu fazer e isso me deixa mais nervosa ainda. Também olho minha mãe que mora comigo e tem 85 anos. (E10)

O repouso é para eu fazer deitada com a perna levantada. Lá em casa, eu tenho três almofadas grandes, aí, quando posso, deito e ponho minhas pernas em cima dela para ficar com o coração para baixo e as pernas para cima. Tem horas que eu acho horrível o repouso, porque eu quero ter vida ativa. Trabalhar, fazer minhas coisas. Eu tenho muita dificuldade para repousar. (E11)

O médico me orientou a pegar um pedaço de madeira e colocar debaixo do pé da cama e deitar. Ele falou que quanto mais fazer o repouso melhor. Eu tirei a madeira da cama, mas vou colocar de novo. Mas eu tenho que fazer minhas coisas, a perna não me impede de sair. Nesse mês, tem a festa de Nossa Senhora da Cabeça e é quando eu fico radiante. É tudo para mim aquela festa e eu sou responsável pela canjica e faço minha peregrinação. Eu vou para a rua agora para começar a arrecadar as coisas para a festa: canjica, açúcar, leite. (E12)

CATEGORIA 2: “Exercício físico, será que pode?”

Poucos entrevistados mencionaram a atividade física como parte do cuidado com a UVC. Os que receberam esta orientação não conseguiram aderir a ela devido à presença da lesão, doença articular. Outros, apesar de terem interesse e gostarem de fazer exercícios físicos, não foram orientados:

Me orientaram a fazer exercício físico, mas eu não faço, porque, se eu for para uma academia, com essa ferida...não pode. (E2)

Eu não posso fazer exercício físico porque tenho artrose, então me indicaram a fisioterapia, mas é muito difícil agendar o atendimento das sessões com o fisioterapeuta, então eu só fiz duas até agora. (E3)

Eu morro de vontade de fazer uma esteira, mas será que pode? Mas eu não tenho orientação de nada sobre isso. Em novembro, vai fazer um ano que estou com a Bota. (E11)

Não me orientaram nenhum exercício, estou esperando o médico dizer se eu posso fazer minha caminhada, eu gosto muito de caminhar, caminhar para mim emagrece, me deixa alegre. (E12)

CATEGORIA 3: “Eu evito comer coisas remosas”

Em relação ao cuidado com a alimentação, os participantes apontaram as orientações dos profissionais, embora, na maioria das vezes, fizessem suas escolhas alimentares, baseados em crenças e tabus que relacionam a não cicatrização a determinados tipos de alimentos. Alimentos considerados “quentes”, como certos tipos de condimentos, bebidas, verduras e carnes nem sempre são consumidos por acreditarem que são prejudiciais ao processo cicatricial:

Me orientaram também a comer muita verdura, fruta, beber muita água e evitar coisas quentes como a carne de porco. (E2)

Me orientaram a evitar de comer carne de porco, couve, essas coisas remosas e quentes e eu evito. (E4)

Eu sempre perguntei se a gente tem que manejar nas coisas de comer e os médicos dizem que pode comer de tudo, só não pode excesso. Mas eu vejo que os antigos falam que coisas quentes e remosas não podemos comer. Então tem horas que eu não sei o que é “remoso”, o que é quente, carne de porco, por exemplo, eu evito, tem que manejar, né? Então couve e carne de porco eu como uma vez ou outra, só quando estou com muito desejo mesmo. Sabendo que não pode comer, a gente evita comer para não fazer mal e não piorar mais a ferida. (E5)

Me orientaram algumas coisas em relação à alimentação, como evitar comer amendoim, pimenta, essas coisas condimentadas e quentes que atrapalham a cicatrização. Eu já tinha tirado muita coisa “remosa” antes de me orientarem isso. (E6)

Me orientaram também sobre a alimentação. Falaram para eu evitar alimentos gordurosos, pimenta e é isso que eu faço. Mas eu acho que a “carnadura” da pessoa também tem que ajudar. (E7)

Na alimentação, não me restringiram nada, mas eu evito coisas remosas, carne de porco é “remosa” e eu evito comer. Pimenta eu não como, coisas gordurosas eu evito. Eu mesmo faço isso, entendeu? Eu procuro cuidar... porque sei que carne de porco é “remosa”, porque eu acho que prejudica a ferida. Eu também tenho pressão alta, então minha comida é bem sem sal. Eu procuro me cuidar. (E8)

A médica disse que a ferida da perna não tem nada a ver com a boca. Um dia desses eu estava com vontade de comer atum. Eu perguntei para ela e ela disse que eu podia comer meu atum. Ela disse que podia e que comer atum não tem nada a ver com a ferida da perda. Comi só aquela vez. Pimenta tem muitos anos que eu não como pimenta, mas a couve, de vez em quando, eu como. Coisas quentes não como não! (E9)

Eu evito comer carne de porco, porque dizem que é “remosa”. Várias pessoas antigas me passaram isso. Mas eu não deixo de comer de vez em quando porque eu gosto. Eu gosto de tomar uma cerveja e caipirinha. Eu como de tudo, menos as coisas que vão me prejudicar, como carne de porco e refrigerantes. Essas coisas só como quando estou com muita vontade. Eu amo costelinha, então, uma vez por mês, eu como. (E10)

Eu risquei refrigerante da minha vida, porque um dia tomei refrigerante na casa da minha irmã e não dormi durante dois dias por conta da dor. A maionese não me faz bem. Quando como, minhas pernas ficam estranhas. Couve eu também não como, tudo que as pessoas me falam que é quente, que vai atrapalhar a ferida eu não como. Eu sou gorda e as pessoas podem pensar que eu como muita comida, mas o que como mais é pão, às vezes eu deixo de comer um prato de comida para comer o pão. E eu não coloco muito sal, muita gordura na minha comida, porque eu acho que isso também atrapalha. Carne de porco então eu posso fazer para os outros, mas nem provo. Jiló, mostarda, ovo, tudo que me falaram que é quente estou deixando para lá. Tudo que é folha verde a gente não pode comer. (E11)

Não me disseram nada a respeito da alimentação, então eu como feijão, arroz, carne, comida normal. Eu evito algumas coisas por conta própria, não sei se ovo é bom. Eu evito comer carne de porco porque é gordurosa. Eu como uma vez ou outra. Também não como peixe, que eles falam que pode fazer mal para a saúde e para a ferida. Mas comer sardinha é bom, então como muita sardinha. (E12)

CATEGORIA 4: “Fica difícil seguir as orientações para usar a meia elástica”

Os participantes referem saber a importância do uso da meia elástica, contudo enumeram dificuldades para aderir ao uso da mesma, alegando dor e desconforto causado pela compressão dos MMII, dificuldade para calçar as meias, interferência da meia para a realização de atividades laborais, medo de agravar a lesão, o alto custo da meia, além da própria negligência:

Já me orientaram para usar a meia elástica, mas eu nunca usei. A ferida já dói sem a meia e, com a meia, eu penso que vai doer ainda mais, porque ela prende o sangue e, como eu tenho a circulação ruim, eu acho que não vai me fazer bem. Nem essa meia comum eu gosto de usar. A gente tem que escutar o conselho, né?! Mas, como eu falei, a gente sempre abusa. (E1)

Depois que eu tive trombose, me orientaram a tomar a heparina e usar a meia elástica, só que eu não sabia a gravidade e não levei a sério, por isso que essa ferida abriu, foi falta de cuidado da minha parte. Então, às vezes, por você não levar o tratamento a sério, a culpa não é do médico e da enfermagem, a culpa é tua mesmo, entendeu? Então eu fui a culpada de ter aberto essa ferida, de não ter dado ouvido às orientações que o médico e a enfermagem me deram. (E2)

[...] depois que eu voltei a trabalhar pesado, a ferida abriu. Eu trabalhei tranquilo, achando que a ferida não fosse abrir mais. Como sou pedreiro, fica difícil seguir as recomendações da meia elástica. Eu cheguei a comprar a meia, mas ela atrapalha o meu trabalho e eu também não me adaptei muito com ela porque ela me incomodava, era difícil de colocar, e pedreiro tem que ter movimento. A gente sobe escada, movimenta muito. Depois o médico passou a faixa elástica, que era mais fácil de usar e permitia eu movimentar mais. Mas foi também um pouco de falta de cuidado mesmo, porque às vezes a gente deixava a meia para lá. (E3)

Me orientaram ainda a usar a meia elástica na perna direita, porque, no programa, ainda não conseguiram liberação para colocar a Bota nessa perna, mas eu não uso a meia por conta do machucado, aí não tem como usar, não é mesmo? Eu já usei algumas vezes quando a ferida tinha cicatrizado, mas é muito difícil calçar a meia, ela apertada muito, mas acho que a meia ficou com pouca pressão depois de um tempo e a ferida abriu de novo. (E4)

[...] me orientaram a usar a meia elástica, mas eu não aguento usar com a ferida, porque apertada por cima e dói muito. Eu tenho uma consulta com a angiologista, então eu vou ver se ela libera para eu usar a faixa elástica nessa perna que está sem a ferida. A meia eu não consigo usar. Eu não tenho força nas mãos por conta da artrite reumatoide. Aí, se eu uso a meia, depois de umas duas horas, ela está me cortando e eu não aguento tirá-la. Às vezes, não tenho ninguém para tirá-la para mim e eu tenho que ficar pedindo para os vizinhos me ajudar. Então eu prefiro usar a faixa elástica para não ficar sem compressão. Mas o ruim da faixa é que você não sabe até onde pode apertar. Então tem horas que a gente apertada até demais. Eu tenho a meia elástica em casa, mas eu não consigo ficar calçada com ela, eu sei que, quando a ferida cicatriza, tem que usar a meia, é uma segurança. Eu olho para as minhas pernas e sei que tem lugares ali que a pele está frágil e que outra ferida vai abrir. (E5)

Eu até usava a meia elástica, porque trabalhava de pé, e a perna inchava. Mas a faixa elástica é mais fácil de colocar, a meia é muito mais difícil de calçar. (E6)

Quando cicatrizou a ferida pela primeira vez, me orientaram a usar a meia, eu usei por algum tempo e parei. Depois que a ferida voltou, eu usava a meia só em uma perna. Aí consultei com o médico e pediram também para eu usar a meia na perna com a ferida, mas eu usei pouco tempo e parei de usar porque molhava muito a meia. Tem que ficar lavando a meia de um dia para o outro e, se não enxugar, não dá para usar. Com ferida aberta não dá para usar a meia. É difícil calçar a meia, mesmo usando o calçador. (E7)

Eu já usei meia elástica algumas vezes após a cicatrização da ferida, mas depois eu larguei para lá. A meia foi desgastando e a ferida tinha sarado então parei de usar. Agora a médica passou de novo para a perna esquerda que não está ferida. Mas eu comprei no cartão, dividi por três vezes, por que é cara. Mas tem que usar para a ferida não voltar. A enfermeira daqui orientou como usar a meia, e eu faço do jeito que ela me mandou. Para calçar é complicado, mas eu uso uma calçadeira que facilita um pouco, aí eu mesmo coloco. (E9)

Tinha muitas varizes e o médico passou uma meia elástica, só que eu acho que essa meia me fez piorar. E, a partir daí, abriu uma ferida que cicatriza e volta. E agora aconteceu na minha perna esquerda também. Não tem como usar meia elástica com o ferimento. É proibido isso. Eu não posso botar essa meia de pressão de jeito nenhum. Eu me lembro da primeira meia que eu usei, eu estava trabalhando e ela me prendeu a circulação e eu senti minha perna pesada. Quando eu fui no vestiário, minha perna estava roxa, porque a meia prendeu meu sangue. Então o plantão lá do hospital tirou na hora e me proibiu de eu usar essa meia de alta compressão. E eu só posso usar depois que a ferida cicatrizar. (E10)

As meias são muito caras também, eu ainda tenho elas lá em casa e, se não tiver cuidado, a gente acaba estragando a meia com a unha. Solta aqueles fios e não dura muito tempo. (E10)

Para colocar, até vai, mas, para tirar, você não consegue tirar. (E10)

O médico me orientou a fazer o curativo e colocar a perna para cima, ficar deitada com a perna para cima e, logo no começo, ele me passou uma meia elástica, mas aí foi que abriu mais a ferida da minha perna. Ele disse que ia ajudar a fechar a úlcera. Daí eu comprei a meia, mas foi pior. Voltei nele e foi aí que ele me colocou nesse tratamento com a Bota. (E11)

Já usei meia elástica. Comprei com a receita do médico e achei que até foi bom, quando ela acabou, eu entrei com a Bota. Eu levantava de manhã, tomava meu banho, deitava e calçava a meia, passou pelo calcanhar e suspendeu, porque, se soltar, ela embola e prende, ela nem desce nem sobe, aí acaba a gente tendo até que cortar, porque ela fica tão agarrada que comprime. Então eu botava a meia branca mais fina e depois a elástica por cima. Mas, assim que cicatrizar, eu acho que vou ter que comprar e usar a meia. (E12)

CATEGORIA 5: “Usar a Bota incomoda, mas a ferida melhorou muito”

Os participantes mencionam o incômodo ocasionado pelo odor exalado durante o uso da Bota de Unna, a dificuldade para a higiene corporal, deambulação, dor, além do constrangimento relativo à aparência das pernas:

O ruim da Bota é que, no início do tratamento, dava muito mau cheiro, tinha que trocar as gazes muitas vezes ao dia, mas agora já diminuiu. (E6)

O problema com a Bota é quando dá aquele “líquido” que sai da ferida e provoca mau cheiro. Às vésperas de vir aqui trocar a Bota, eu tiro e tomo um banho, lavo bem a perna. É ruim ficar sete dias sem lavar a perna por conta do mau cheiro. Aí eu ia dormir com meu marido ele dizia que estava fedendo a minha perna, mas agora está melhorando, já não tem muito cheiro. Outra coisa que a Bota atrapalha é tomar o banho. Precisa colocar um saco por cima da Bota e o pé em um banquinho para firmar a perna. (E9)

A partir do momento que eu coloquei a Bota de Unna, eu tenho sentido muita dor. Para eu ir ao banheiro, eu preciso esperar alguém chegar ou ir escorando pela parede porque a dor é insuportável. Já tem oito meses que estou com Bota! E a ferida ainda não fechou. Fica só nisso, faz curativo dizem que a ferida está boa, mas do meu ponto de vista não tem nada bom. Não estou vendo diferença ainda. (E10)

Ando com dificuldade com essa Bota, não tem como você andar normal. Porque ela te aperta e prende completamente a perna. Para tomar banho, eu coloco um plástico nas pernas, mas não dá certo. No dia de fazer curativo, eu tiro a Bota e fico meia hora no chuveiro. Antes eu tirava a Bota aqui, mas um dia vi uma outra senhora sem a Bota e ela me contou que tirava a Bota em casa para tomar banho, e a auxiliar de enfermagem disse que não tinha problema eu fazer isso. Se eu andar um pouco mais, começa a sair um pouco de secreção, mas sem aquele cheiro insuportável, até porque eu sempre troco as gazes colocadas por cima da Bota. Às vezes você está em algum lugar e esquece e coloca a perna para fora, aí a pessoa vê aquela coisa na sua perna e fala “Nossa!” (E10)

Até que está tranquilo o tratamento com a Bota de Unna, a dificuldade é na hora de tomar banho, porque uso a Bota nas duas pernas, então são dois sacos amarrados na minha perna sem poder molhar a ferida, isso é ruim. Hoje eu tomei um banho de uma hora debaixo do chuveiro, porque arranquei todo o curativo porque vinha para cá e pude tomar banho direito. Então usar a Bota incomoda na hora do banho. Preocupo com o mau cheiro, eu até pergunto para meu marido e ele fala que está tudo bem. (E11)

Tenho dificuldade para tomar banho. Eu coloco um saco de plástico na perna e passo bastante esparadrapo para não molhar. (E12)

Apesar das dificuldades elencadas, os participantes apontam os bons resultados relativos à utilização da Bota de Unna, o que estimula a adesão a esta modalidade de cuidado. Os participantes percebem a melhora da UVC com o uso da Bota de Unna, quando comparam com outras terapêuticas já utilizadas:

[...] estou feliz com o sucesso do meu tratamento depois que coloquei a Bota de Unna, embora a ferida ainda esteja grande. Eu nunca vi um tratamento igual a esse. Eu já fiz com carvão, com outros curativos em um ambulatório lá no Rio de Janeiro, mas o resultado dessa Bota está sendo excelente, superou todos os outros tratamentos. Teve um tempo que ficou sem a Bota aqui no serviço, aí eu observei uma regressão no tratamento. Eu acho que, se eu tivesse encontrado esse tratamento antes e tivesse seguido direitinho desde o início, a ferida não teria agravado tanto, mas agora que Deus me deu essa oportunidade eu vou seguir as orientações médicas e da enfermagem para a ferida cicatrizar logo. (E2)

Eu faço o curativo aqui com a Bota de Unna na minha perna esquerda. A Bota me ajudou muito, a ferida estava grande e agora já está bem menor. (E4)

A perna estava inchada, com risco de trombose, então eu vim para este serviço, comecei o tratamento com a angiologista e estou usando a Bota de Unna. Com ela eu sinto que meu tratamento deu certo. Já usei alginato, hidrocoloide e pomadas e não resolveu. (E6)

[...] eu uso a Bota porque quero muito sarar para ter uma vida melhor. Quando não teve Bota de Unna, fui fazer o curativo no posto. Mas, no posto, é só curativo convencional: lava a ferida e aplica um óleo de girassol, depois coloca a faixa de crepom e é só isso. E isso eu acho que atrapalha o meu tratamento, porque modifica o tratamento. (E7)

Depois que o angiologista daqui me orientou a usar a Bota de Unna, estou cuidando e até que já fechou bem graças a Deus. E esse é um tratamento muito bom. Muito bom mesmo. Essa ferida estava muito grande, tinha um buracão aqui, do outro lado da perna era grande também e, depois, com a Bota, tudo está fechando. Antes me orientaram fazer o curativo no posto, mas eu fazia em casa mesmo, porque lá não tem nada. Mas agora ele indicou só a Bota e eu uso óleo (AGE) na pele. (E8)

Quando eu tratava com uma médica, ela dizia que era para eu tomar banho, lavar a ferida direitinho, passar óleo de girassol e enrolar com a faixa. Fiz isso por muito tempo. Outra médica mandou eu usar sulfadiazina de prata e lavar com soro. Às vezes, eu fazia o curativo no posto, mas não ia sempre porque o posto é longe de casa, e, quando não tinha a sulfadiazina, eles jogavam uma vaselina sobre a ferida. Comecei a usar a Bota de Unna em novembro e agora, graças a Deus, está melhorando bem [...] vendo resultado, a gente fica mais animada para usar. (E9)

Eu fazia curativo em casa e no posto de saúde e, às vezes, no hospital que eu trabalhava. Só que a pomada que eu usava não estava mais fazendo efeito, ela piorou a ferida. Aí comecei a tratar com a Bota por recomendação do angiologista. Com a Bota, a ferida melhorou muito porque nessa perna de cá já percebi que a ferida reduziu muito. Minha canela estava toda machucada, vazando aquela água meia amarelada. (E11)

Antes de usar a Bota, eu fazia o curativo, lavando a ferida com soro e colocava uma gaze com fibrase. Agora, com a Bota, a perna está melhor, a ferida está vermelha, porque antes tinha muita secreção, agora eu vejo que tem menos, já não está com secreção esverdeada, não está tão úmida. Isso está me dando mais fé de que eu estou ficando boa. Estou vendo resultado com a Bota, ela comprime como se fosse uma meia elástica. No princípio, eu não gostava da Bota, mas agora eu até gosto. Antes eu achava que doía e incomodava o ferimento, agora não. (E12)

Além das barreiras pessoais para adesão ao cuidado com a UVC orientado pelos profissionais de saúde, os participantes reportam às questões institucionais que dificultam o acesso ao serviço e aos insumos necessários ao cuidado dessa ferida crônica.

CATEGORIA 6: “Pararam de atender porque faltou a Bota”

Foram evidenciadas pelos participantes, situações como a presença de fila de espera para a entrada no serviço de Bota de Unna, falta de recursos materiais, além da precária estrutura do serviço especializado, assim como de outros serviços da rede de atendimento à pessoa com ferida crônica:

Até a Bota faltou algumas vezes, aí eu comprei e trouxe para o pessoal da enfermagem colocar para não interromper meu tratamento. [...] a gente acaba tendo prejuízos com o tratamento se a gente não comprar esse material. Outro problema é a falta de vagas para colocar as Botas. Essa falta de vaga atrapalhou meu tratamento. É demorado, fiquei dois anos na fila, aguardando sair a vaga, desse jeito a ferida vai evoluindo para pior, e como os postos não têm material, não têm condições de fazer um tratamento adequado aí a ferida vai só piorando, não é? (E3)

[...] faltou material aqui no serviço alguns dias, e eu não tenho dinheiro para comprar uma Bota. É cara para eu comprar tudo, quase cinquenta reais uma Bota. Então eu fiquei quase um mês esperando a Bota aqui no serviço, e isso atrapalhou um bocado meu tratamento. Quando não tem a Bota eu faço o curativo lá na policlínica, com soro e uma pomada branca (E4).

Aqui no serviço a angiologista me orientou a usar a Bota. Mas é eu que estou comprando a Bota, não tem outro jeito. Não tem vaga para mim aqui, eu compro e trago para colocarem porque tem muita gente precisando usar a Bota. Tem muita gente na fila esperando pela Bota. Então eu disse para as funcionárias que, quando tiver uma vaguinha, que é para me cadastrarem no programa para eu não precisar comprar o material. A Bota está em torno de 55 reais, como está cara! [...] quando recebo meu salário, compro e, às vezes, meu filho me ajuda, porque uso uma Bota a cada sete dias. (E5)

Teve uma época que faltou a Bota e eu tive que comprar o material, porque, quando a gente vê o resultado do tratamento, a gente tem que se esforçar, porque, se eu parar, pode voltar tudo novamente e eu não quero voltar para as pomadas e outros produtos. (E6)

Teve uma época que faltou a Bota aqui no serviço e demorou bastante para chegar. Até cheguei a comprar. Quem tinha condições de comprar, comprava e quem não tinha ficava sem o tratamento. Muita gente não tinha condições de comprar a Bota. No varejo, o preço varia, tem Bota de 40 a 50 reais e, como tem que trocar toda semana, fica muito caro para a gente seguir o tratamento comprando a Bota. (E7)

Mas, de vez em quando, falta a Bota aqui no serviço e eu acabei comprando. [...] faltou porque o prefeito não comprou, não estava pagando as Botas. Então, para não interromper o tratamento, eu comprei a Bota, mas já achei

Bota de até 60 reais. Mas depois ele acabou comprando e aí o serviço voltou a fornecer as Botas. (E8)

Lá no posto de saúde, vai procurar um remédio não tem. Vai procurar uma faixa e uma gaze e uma pomada não tem. Eu que tinha que comprar. E é caro, mas eu comprava do meu bolso, fazer o quê? Sem tratamento eu não podia ficar. (E8)

Há dois anos, eu comecei a usar a Bota, só que pararam de atender porque faltou a Bota. Eu andei comprando as Botas. Comprei por 28 reais a mais barata, meu marido comprou para eu continuar com ela. Não aguento pagar não! Meu salário é de 700 reais e ainda tenho que pagar água, luz, telefone, manter os remédios, é complicado mesmo. Foi muito ruim ficar sem a Bota porque atrapalhou o tratamento. Agora que voltou a ter as Botas, melhorou o inchaço da perna. (E9)

O problema é quando falta a Bota aqui no serviço, aí eu tenho que fazer o curativo em casa com colagenase, soro e tampo com gaze e faixa. Eu não pude comprar a Bota hora nenhuma porque eu ganho um salário mínimo. Como é que vou comprar? A Bota é cara, e uso nas duas pernas. Nossa! Foi ruim demais ficar sem a Bota. O serviço tem que oferecer a Bota, os curativos que a gente precisa. O SUS tem que fornecer o material, pois a gente não aguenta comprar. Se comprasse, gastaria 120 reais por semana, pois precisa da Bota nas duas pernas. Me falaram que foi o prefeito que não pagou o fornecedor da Bota, e aí é a gente que fica prejudicada com o tratamento. (E11)

[...] é difícil é marcar do posto de saúde para cá. Quando eu coloco o papel de encaminhamento lá para marcar para retornar para o médico ver o processo da cicatrização, demora. Sabe o que eu faço? Eu venho para cá, como o médico já me conhece, eu espero ele na porta e pergunto se ele pode me atender. Aí, quando ele acaba o atendimento dele, eu vou lá e ele me atende. É muito difícil. Já tem vários dias que estou com um papel de encaminhamento lá e ainda não tive retorno. (E11)

É difícil marcar a consulta com o angiologista daqui, pelo posto, porque tem muita gente na fila. O médico pediu para eu voltar daqui um mês, mas eu vou lá no posto e eles dizem que demora para marcar. (E12)

As categorias concretas emergentes dos depoimentos podem ser visualizadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2016

CATEGORIAS CONCRETAS EMERGENTES DOS DEPOIMENTOS	
“Motivos Para”	“Motivos Porque”
<p>Intencionalidade das pessoas com UVC em aderir ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde</p>	<p>Contexto de significados que dificulta a concretização da adesão ao cuidado</p>
<p>Categoria 1 “Quero ficar com a perna sem a ferida”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseja suprimir a dor para melhorar a qualidade do sono das relações sociais ✓ Deseja a reinserção social prejudicada devido ao odor; aparência da perna; falta de mobilidade; dificuldade de calçar e vestir, desenvolver atividades de lazer e inserir-se no mercado de trabalho <p>Categoria 2 “Quero cuidar para ficar o máximo de tempo possível sem a ferida”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quer aderir aos cuidados após a cicatrização para prevenir as recidivas <p>Categoria 3 “Espero um tratamento com um profissional que me dê atenção”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseja estabelecer uma boa relação interpessoal com o profissional de saúde, pois considera a existente frágil. 	<p>Categoria 1 “Me orientaram o repouso, mas é difícil para eu fazer”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade para a adesão atrelada às atividades sociais e pessoais <p>Categoria 2 “Exercício físico, será que pode?”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de orientação profissional ✓ As crenças atrapalham a adesão ✓ As comorbidades dificultam a adesão <p>Categoria 3 “Eu evito comer coisas remosas”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Convive com crenças e tabus relacionados aos alimentos <p>Categoria 4 “Fica difícil seguir as recomendações para usar a meia elástica”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldades de adesão relacionadas à dor, desconforto, dificuldade para calçar e movimentar, medo de agravar a lesão, alto custo <p>Categoria 5 “Usar a Bota incomoda, mas a ferida melhorou muito”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incomoda o odor, a dificuldade para deambular e higienizar e o constrangimento relativo à aparência. Porém, o tratamento deu certo. <p>Categoria 6 “Pararam de atender porque faltou a Bota”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de estrutura do serviço: filas de espera, vagas insuficientes e falta de material.

Fonte: o autor

5.3 Tipologia da ação vivida: “Adesão de pessoas com úlcera venosa crônica frente ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde”

O conjunto de categorias emergidas dos depoimentos das pessoas com UVC em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde permitiu constituir a tipologia da ação vivida por este grupo social, a partir da convergência dos significados expressos nos “motivos para” e “motivos porque” dessa ação.

O típico da ação vivida por pessoas com úlcera venosa crônica frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde caracteriza-se como aquele que age em busca da adesão aos cuidados com vistas à cicatrização da UVC e à manutenção da integridade da pele dos MMII o maior tempo possível, vislumbrando a retomada das atividades do cotidiano. Além disso, inclui a expectativa do estabelecimento de uma boa relação interpessoal com o profissional no serviço de saúde.

Embora a intencionalidade se volte para a adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, as atividades cotidianas impedem a concretização dessa intencionalidade, dificultando a realização do repouso, prática de exercícios físicos, dieta e uso da terapia compressiva. Também a falta de infraestrutura dos serviços de saúde interfere nessa adesão, o que pode dificultar a cicatrização da UVC.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O olhar reflexivo acerca da ação das pessoas com UVC em relação ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde remete aos pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz sobre a natureza da ação social. A ação humana se baseia em um plano que constitui uma fantasia da atividade espontânea da consciência reflexiva. Trata-se da concepção imaginária do ato, o qual se traduz em algo já realizado. Nesse sentido, a ação social é subjetiva, estabelece-se na relação interpessoal e constitui-se em um fluxo que engloba o projeto e o ato propriamente dito (Schütz, 2009).

O típico da ação estudada mostrou que as implicações negativas decorrentes da presença da UVC no cotidiano das pessoas fazem com que estas tenham a intencionalidade de obter a cicatrização da ferida, vislumbrando a retomada de suas atividades diárias. Para a concretização deste projeto de vida, as pessoas acometidas pela UVC buscam com os profissionais de saúde orientações para o cuidado desta lesão. Na perspectiva dos participantes, a cronicidade da doença, somada às dificuldades de adesão ao cuidado orientado, assim como a falta de infraestrutura dos serviços de saúde constituem-se barreiras para a concretização da ação.

O típico da ação dos participantes deste estudo frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde mostra a intenção de obter a cicatrização da ferida e a manutenção da integridade da pele dos MMII por maior tempo possível. Isso, somado ao apoio do profissional de saúde, remete aos “motivos para” da ação social estudada.

Nesse contexto, incluiu-se o desejo de remissão da dor, em virtude das consequências que a mesma traz para a manutenção das atividades diárias, como mobilidade, sono e repouso, relatados pelos participantes do presente estudo. Diante disso, suprimi-la, a partir da cicatrização da UVC, torna-se uma de suas metas quando agem em busca de orientações profissionais para o cuidado da ferida no serviço especializado.

A preocupação com a dor também foi constatada em estudos de âmbitos nacional e internacional. Esses estudos evidenciaram que pessoas com UVC experimentam sintomas físicos que diminuem sua qualidade de vida, podendo

prejudicar a cicatrização quando não são bem manejados. Além da dor, foram apontados o desconforto proporcionado pelo exsudato, a restrição da mobilidade e alterações do sono (Edwards et al., 2014; BrtanRomić et al., 2015; Silva et al., 2015b; Hellström et al., 2016).

Pesquisa realizada na Austrália, com 318 pessoas acometidas por úlceras venosas mostrou que 60% delas relataram três ou mais sintomas físicos, sendo que 80% referiram distúrbios do sono, 74% a dor e 67% o desconforto relacionado ao edema dos membros inferiores (Edwards et al., 2014).

Na Suécia, estudo que incluiu 1.824 pessoas com 65 anos ou mais salientou que a maioria das pessoas acometidas por úlceras de perna sofriam de dor e distúrbio do sono. Aqueles com múltiplas lesões de diferentes diagnósticos e os com úlceras mistas apresentavam maiores escores de intensidade de dor, médias de 7,58, 6,07, respectivamente, em uma escala de 10. Os participantes que apresentavam úlcera venosa (49,6%) tiveram uma pontuação média de 5,45 na escala de dor. A intensidade da dor com pontuação 4 ou superior foi significativamente associada com distúrbios do sono (Hellström et al., 2016).

A intenção de suprimir a dor foi mencionada pelos participantes do presente estudo como possibilidade de resgatar o bem-estar físico, emocional e social, que, no momento, estavam afetados por este sintoma. Estes achados foram corroborados por uma investigação acerca da qualidade de vida, realizada na Croácia com cem pessoas com idades entre 31 e 89 anos, que conviviam com feridas crônicas dos membros inferiores. Todos os participantes consideraram que a doença afetou principalmente as relações sociais, com menor grau de satisfação em relação à saúde física, mental e ambiente (BrtanRomić et al., 2015).

Estudo fenomenológico realizado em uma comunidade naval de Washington, EUA, com pessoas cuja idade média era de 66 anos, evidenciou que o desconforto, a dor e o prurido associados à IVC, à úlcera de perna e aos efeitos colaterais dos tratamentos podem contribuir para o isolamento social, distúrbios do sono e dificuldade com atividades da vida diária, trazendo reflexos negativos na qualidade de vida dessas pessoas (Wellborn, Moceri, 2014).

Também uma investigação de abordagem qualitativa, realizada no ambulatório de angiologia de um Hospital Universitário, da região central do Rio Grande do Sul, Brasil, apontou a dor como um dos sintomas mais frequentes entre as pessoas com UVC. Ressaltou que muitas delas referiram piora da dor no período noturno, com

alterações do sono e limitação na mobilidade, fatores que afetavam a qualidade de vida dos participantes (Silva et al., 2015b).

Tendo em vista a frequência da dor em pessoas com úlcera de MMII e o impacto que esse sintoma acarreta na sua vida, faz-se necessário valorizar a avaliação e o uso de estratégias para o seu controle durante o tratamento. Estudo que avaliou estratégias pessoais de alívio da dor em pacientes com úlcera venosa mostrou que, embora intervenções farmacológicas pontuais tenham sido identificadas, a maior parte das pessoas relatou ausência da avaliação e monitoração da dor, o que pode influenciar negativamente o tratamento deste sintoma (Silva et al., 2015b).

Os participantes revelaram no presente estudo que, além da dor, outras questões relacionadas à presença da lesão impactam suas vidas, em especial as relações sociais. Nesse sentido, a adesão aos cuidados com a ferida remete à intencionalidade de obter a cicatrização e manutenção da integridade da pele, as quais significam também se ver livre dos incômodos ocasionados pelo odor, aparência e restrição da mobilidade da perna.

Estudo de revisão sistemática evidenciou que o exsudato, o odor e a restrição da mobilidade configuram-se como desafios a serem enfrentados diariamente por pessoas que convivem com a UVC. A capacidade de se envolver com as atividades diárias se torna restrita, quer devido à presença da lesão, à necessidade de curativos ou mesmo ao isolamento imposto, em resposta ao impacto dos sintomas apresentados (Green et al., 2014). Também um estudo fenomenológico realizado com homens em uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil, evidenciou o impacto da ferida em seu cotidiano, revelando que a presença da dor e do odor provenientes da UVC trouxeram reflexos negativos à socialização dos participantes (Silva et al., 2013).

Ainda sobre o impacto da UVC nas relações sociais, destaca-se a intenção dos participantes deste estudo em retomar as atividades laborais e de lazer, além da utilização de vestimentas e calçados que foram restringidos devido à presença da lesão.

Estudo fenomenológico que discutiu o autocuidado com a UVC, a partir da perspectiva de mulheres adultas e idosas, mostrou que, ao cuidar da ferida, elas tinham como expectativa a cicatrização com vistas à retomada das atividades diárias, que foram limitadas em função do cuidado exigido pela presença da lesão. As mulheres reportaram às dificuldades relacionadas às necessidades elementares do

cotidiano, como realizar a própria higiene e usar vestuário e calçados que precisavam ser adaptados para atender ao cuidado exigido pela ferida (Silva et al., 2016).

Também outra pesquisa de abordagem qualitativa trouxe a experiência de pessoas acometidas pela UVC e salientou a intensa mudança na rotina de lazer, seja pela ocorrência de dor ou medo de complicação da lesão. A dificuldade para sair, viajar e passear decorreu também da preocupação com a apresentação pessoal traduzida pela impossibilidade de usar roupas e sapatos em conformidade com o padrão social (Silva et al., 2015a).

Estudo de abordagem qualitativa, realizado no município de Jequié/BA, também evidenciou que as limitações funcionais decorrentes da lesão comprometem a vida social de pessoas com UVC. Esse comprometimento se deve ao constrangimento e à vergonha em relação à aparência das pernas e restrição de determinadas vestimentas que exponham os membros inferiores, prejudicando, inclusive, as atividades de lazer e trabalho (Aguiar et al., 2014).

A restrição às atividades laborais da pessoa em tratamento da UVC foi relatada na literatura como uma condição que pode ocasionar afastamento do trabalho e aposentadorias por invalidez. Além de retirar a pessoa do seu ambiente de trabalho, a lesão traz repercussões econômicas, refletindo nas suas condições financeiras (Silva et al., 2015a; Aguiar et al., 2014).

Percebe-se que as limitações inscritas na vida pessoal e social, causadas pela presença da úlcera venosa, ultrapassam os aspectos restritos aos MMII da pessoa, estendendo-se a todas as suas dimensões constitutivas. Por isso, torna-se relevante para o profissional de saúde, ao orientar o cuidado a essa clientela, investir não somente na melhoria das características clínicas da úlcera, mas também intervir nos aspectos psicossociais afetados pela presença da lesão (Dias et al., 2013).

Na percepção dos participantes do presente estudo, a relevância do impacto negativo da lesão nas relações sociais estabelecidas no cotidiano do trabalho, lazer, familiar, remete aos significados acerca do modo como a UVC interfere no mundo social dessas pessoas. De acordo com a fenomenologia social de Alfred Schütz, na situação de contemporaneidade, quando se trata de uma relação direta – face a face –, as pessoas estabelecem relações no mundo da vida no mesmo tempo e espaço, de modo que o significado atribuído aos fenômenos é praticamente o mesmo. A relação face a face é a relação social mais autêntica, já que os participantes estão voltados um para o outro. Nesse sentido, o sistema de significatividade ocorre a partir

da familiaridade do conhecimento, o que permite a compreensão do outro (Schütz, 2012).

Nessa perspectiva, as pessoas com UVC tendem a ressignificar suas vivências a partir da reflexão da experiência. A fenomenologia social de Alfred Schütz considera que uma vivência se torna significativa ao nos atentarmos de maneira consciente para ela, o que permite que a selecionemos e a distingamos de outras vivências anteriores ou posteriores à que, no momento, nos ocupamos em analisar. Desse modo, somente são significativas as vivências às quais atribuímos um sentido (Schütz, 2009).

Frente à consciência da cronicidade da lesão, os participantes têm a intenção de adotar cuidados contínuos para prevenção de recidivas após a cicatrização da ferida. A recorrência da UVC é muito comum, e muitas pessoas desenvolvem, pelo menos, três ou mais episódios de ulceração durante a vida. Em alguns casos, a úlcera pode nunca cicatrizar por completo. Este ciclo de cicatrização e recidiva pode resultar em frustração para os profissionais e sentimentos de desespero para essas pessoas (Brown, 2012).

Estudo fenomenológico realizado em Portugal, com pessoas com doenças crônicas, corroborou os resultados da presente pesquisa ao desvelar que os participantes tinham consciência sobre a cronicidade da sua doença e a importância do regime terapêutico como meio de controlá-la, a fim de manter sua qualidade de vida. Os autores ressaltaram que o conhecimento acerca da doença e de seu tratamento pode facilitar a participação ativa das pessoas nas decisões relativas ao plano de cuidados (Novais et al., 2009).

A intencionalidade de adotar cuidados contínuos após a cicatrização justifica-se, considerando que as frequentes recidivas da úlcera comprometem e desestruturam o estilo de vida da pessoa que convive com esta ferida crônica. A recorrência da lesão traz sofrimento e angústia, uma vez que, com a recidiva, recomeça-se o enfrentamento dos desafios relacionados ao tratamento e ao processo de viver com esse estado de cronicidade (Aguiar et al., 2015). Em longo prazo, a adesão a esse cuidado poderá contribuir para a manutenção da integridade da pele, com reflexos positivos nos aspectos biopsicossociais ora afetados pela presença da lesão crônica.

No contexto da doença crônica, o cuidado, além de ser responsabilidade da própria pessoa que vivencia a condição de cronicidade, bem como de seus familiares, implica a corresponsabilização do profissional e das instituições de saúde, uma vez

que se trata de um cuidado longitudinal que deverá ser adotado por ela durante toda a vida, com implicações em seus projetos futuros. Esse cuidado compartilhado pressupõe o diálogo para a construção conjunta do plano de cuidados, a partir de uma prioridade escolhida em negociação entre o profissional e a pessoa com doença crônica (Brasil, 2014). Nesse sentido, para que as orientações sobre o cuidado da UVC tenham sentido para as pessoas, não bastam apenas ações prescritivas, mas pressupõem a valorização de seu cotidiano e experiência com a lesão.

Um estudo realizado na região Sul do Brasil destacou a importância do profissional de saúde e dos familiares no apoio ao cuidado de pessoas com UVC, considerando sua condição crônica. Esse cuidado foi evidenciado como uma ação compartilhada entre a pessoa acometida pela ferida com os profissionais de saúde e familiares (Silva et al., 2015a).

O típico da ação dos participantes deste estudo mostrou que, além da intenção de obter a cicatrização e permanecer com a pele dos MMII íntegra ao longo da vida, estes também desejam que suas experiências com a UVC sejam consideradas pelos profissionais de saúde. Isso poderá motivá-los a se tornarem autocuidadores com reflexos positivos no controle dessa doença crônica.

A atuação do profissional é fundamental para que a pessoa acometida por uma doença crônica fique bem informada sobre sua condição de saúde e possa se motivar a lidar com a doença, bem como aderir ao plano terapêutico proposto. Além disso, as orientações compartilhadas pelo profissional de saúde poderão levar a pessoa a reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para a solução das mesmas, com vistas a diminuir os sintomas, reduzir as complicações e minimizar as incapacidades (Brasil, 2014).

Salienta-se que comumente a pessoa com doença crônica mobiliza saberes de forma independente ao realizar o próprio cuidado, sempre de acordo com o que considera ser o melhor para si. Ou seja, para autocuidar-se, lança mão do conhecimento sedimentado a partir da própria experiência com a doença e do cuidado com familiares que experienciaram a mesma condição (acervo de conhecimentos). Quando isso não é possível, solicita aos prestadores de cuidados informais e formais que a orientem na realização do autocuidado (Novais et al., 2009).

Contudo, é importante ter em mente que a pessoa segue as orientações dos profissionais de saúde quando os compreende, quando acredita que lhe trazem benefícios e são atingíveis. Isso remete à importância da adequação da informação à

condição da pessoa, a fim de que esta seja apreendida e utilizada no autocuidado relacionado à situação crônica de saúde (Novais et al., 2009).

A relação interpessoal entre a pessoa acometida pela UVC e o profissional de saúde traduz a intersubjetividade estabelecida para a efetivação do cuidado. A vida cotidiana se dá em um contexto cultural e intersubjetivo. Nesse sentido, somos pessoas que vivem umas com as outras, influenciando e sendo influenciadas, compreendendo e sendo compreendidas, em um dado contexto sócio, histórico e cultural (Schütz, 2009).

Os participantes evidenciaram fragilidades na relação interpessoal estabelecida entre eles e o profissional de saúde quando buscaram atendimento para o cuidado da UVC, o que pode vir a contribuir para a não adesão ao tratamento.

Embora o desejo da adesão ao cuidado da UVC seja uma expectativa comum às pessoas acometidas por essa lesão e aos profissionais que as atendem (Silva et al., 2014; Cullen, Phillips, 2009), as relações conflitantes, evidenciadas na presente investigação, podem dificultar o alcance desse objetivo comum aos atores envolvidos nesse cuidado.

Estudo realizado no Reino Unido e Estados Unidos da América com médicos e enfermeiros que atendiam pessoas acometidas por UVC trouxe em seus depoimentos a importância de o profissional de saúde dedicar mais tempo a essas pessoas, estabelecendo um vínculo com as mesmas, com vistas a obter adesão ao cuidado a partir da construção de uma relação de confiança (Cullen, Phillips, 2009).

Investigação realizada na Bélgica mostrou que a confiança no profissional de saúde foi fundamental para a adesão ao cuidado de pessoas com úlcera de perna. Dar atenção, ouvir e aconselhar os pacientes proporcionou a familiarização destes com o profissional, especialmente os que passaram por experiências negativas com outros profissionais que os atenderam (Van Hecke et al., 2011a).

O típico da ação das pessoas com UVC em direção à adesão ao cuidado orientado pelo profissional de saúde remete aos pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz, acerca da socialização do conhecimento, a saber: origem do conhecimento social, a distribuição desse conhecimento no meio social e a reciprocidade de perspectivas (Schütz, 2009).

Nesse sentido, assume-se que a maior parte do conhecimento é transmitida socialmente, por meio de modos de vida e linguagem do cotidiano, acrescidos das experiências vividas. A distribuição do conhecimento difere de pessoa para pessoa,

tanto em relação ao conteúdo como ao modo como cada uma conhece o mesmo fenômeno, dependendo da sua situação biográfica. Quanto à reciprocidade de perspectiva, supomos que elegemos e interpretamos objetos reais ou potencialmente comuns de maneira idêntica, para alcançarmos fins práticos, independentemente da situação biográfica de cada um (Schütz, 2009).

Considerando que a ação voltada para a cicatrização da ferida é tanto da pessoa acometida pela lesão como dos profissionais de saúde (Silva et al., 2014; Cullen, Phillips, 2009), salienta-se que a reciprocidade de intenções de ambos somente se viabilizará de fato se houver a valorização dos conhecimentos profissionais por parte da pessoa que necessita dos cuidados, assim como da experiência dessa pessoa pelo profissional que dela cuida.

Embora o típico da ação dos participantes desvele a intenção de alcançar a cicatrização da ferida e manter a integridade da pele dos MMII o maior tempo possível, o seu contexto de vida (motivos porque) dificulta a adesão total ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde. A restrição das atividades do cotidiano imposta pela necessidade do cuidado com a UVC, assim como a falta de infraestrutura dos serviços, foi apontada como fator que contribuiu para que a adesão ao cuidado nem sempre fosse total. Nesse sentido, os participantes vivenciaram momentos de maior ou menor adesão aos cuidados.

A dificuldade de adesão aos cuidados da UVC orientados pelos profissionais de saúde remete ao acervo de conhecimentos adquiridos desde o nascimento, o qual atribui significados ao corpo psicofísico saudável. A obrigatoriedade de incorporar ao cotidiano o repouso, a atividade física e a terapia compressiva foge ao padrão social estabelecido, isto é, de não possuir uma lesão de caráter crônico no corpo, o que permite às pessoas liberdade para o exercício das atividades sociais que incluem o trabalho, o lazer e o convívio com os familiares e amigos.

O contexto de significados humanos tem origem no universo cultural, pois temos consciência da historicidade da cultura presente nas tradições e costumes da sociedade. Nesse sentido, o acervo de conhecimentos agregado às experiências funciona como um esquema de referência em forma de conhecimento à mão, que fundamenta as ações humanas (Schütz 2009).

No presente estudo, o típico da ação das pessoas com UVC, no que concerne à realização do repouso, incluiu dificuldades para adotá-lo como parte dos cuidados com a ferida. Tanto o cuidado para a cicatrização quanto para a prevenção da recidiva

de UVC têm como objetivo reduzir a pressão no sistema venoso dos MMII. Isso pode ser conseguido, principalmente, com utilização da terapia compressiva, cirurgias das veias afetadas ou com escleroterapia. Além disso, medidas gerais tais como o exercício, repouso com a elevação do membro e modificações no estilo de vida podem contribuir para atingir este objetivo (Shenoy, 2014; Finlayson, Edwards, Courtney, 2011).

Uma revisão da literatura trouxe evidências científicas que indicam a recomendação para elevar os membros inferiores quando deitado e evitar a posição ortostática por períodos prolongados para auxiliar na redução do edema. Esta é uma medida simples e prática e sem grandes contraindicações, contudo há necessidade de mais estudo de intervenção, considerando o baixo nível de evidência relacionando repouso com elevação dos membros para a cicatrização e redução de recidiva (Shenoy, 2014).

Estudo prospectivo longitudinal realizado na Austrália indicou que pelo menos uma hora de elevação da perna foi associada com um menor número de ocorrências de recidivas de úlcera venosa. Tal estudo mostrou que, além da elevação dos membros inferiores, o uso de meias de compressão, níveis elevados de autocuidado e de apoio social associaram-se à baixa recorrência da úlcera (Finlayson, Edwards, Courtney, 2011).

Na perspectiva dos participantes, os encargos de ordem familiar e atividades sociais restringiram a implementação do repouso orientado pelos profissionais de saúde. Esses resultados são corroborados por outros estudos brasileiros com pessoas acometidas pela UVC (Silva et al., 2012; Silva et al., 2016).

Estudo descritivo exploratório, com 25 pessoas em tratamento de UVC nas Unidades Básicas de Saúde, apontou que apenas 52% dos entrevistados foram orientados sobre esse cuidado, mas não cumpriam a prescrição. A maioria dos participantes não seguia essa recomendação, em razão das atividades laborais, cuidado com familiares, não gostavam de repousar e por sentir dor ao elevar o MMII afetado pela lesão (Silva et al., 2012).

Estudo fenomenológico realizado com mulheres em uma cidade de Minas Gerais mostrou que, apesar de elas considerarem o repouso como uma prática importante para o seu autocuidado, as mesmas tinham dificuldades para realizá-lo devido à sobreposição de atividades diárias do cotidiano feminino, em especial as

donas de casa. Estas realizavam o trabalho doméstico em detrimento ao repouso (Silva et al., 2016).

Os resultados do presente estudo mostraram que a realização de exercícios físicos no contexto do cuidado da UVC foi pouco orientada pelos profissionais de saúde. Considera-se que isso é preocupante, pois a ausência de tal orientação pode dificultar o controle dessa doença crônica. Se é desejado que as pessoas com UVC sigam as orientações dos profissionais de saúde com vistas a melhorar potencialmente seu estado de saúde, faz-se necessário que elas tenham acesso às informações para que possam compreender sua condição crônica.

Estudo randomizado com 20 pacientes em tratamento em hospital da Universidade de Miami comparou a eficácia de duas ferramentas educativas para melhorar o conhecimento do paciente em relação à doença e à gestão da UVC (vídeo e panfleto escrito). No pré-teste, constatou-se que 45% dos participantes não consideravam o exercício físico como parte dos cuidados com a ferida. Após quatro semanas de intervenção educativa, concluiu-se que a utilização do vídeo foi mais eficaz como ferramenta educativa, contribuindo para ampliar a compreensão dos participantes sobre sua situação de saúde (Baquerizo Nole et al., 2014).

Nesse sentido, salienta-se a importância da implementação de ações educativas para as pessoas acometidas por UVC, com utilização de ferramentas educativas que facilitem a compreensão da doença e dos cuidados necessários ao controle, tratamento e prevenção da UVC.

O impacto positivo dos exercícios físicos na cicatrização da UVC foi apontado em estudos randomizados (O'Brien et al., 2016; O'Brien et al., 2013; Heinen et al., 2012; Szewczyk et al., 2010), por isso sua recomendação deve ser valorizada pelo profissional de saúde como parte da terapêutica, estimulando a adoção deste comportamento pela pessoa acometida pela úlcera de perna.

Estudo australiano randomizado avaliou os efeitos do exercício físico orientado por profissionais de saúde sobre cicatrização da UVC. Tal estudo mostrou que, no grupo de intervenção, houve uma redução de 32% no tamanho da úlcera, com aumento do número de cicatrizações quando comparado ao grupo controle. Além disso, foram observadas diferenças significativas entre os grupos, ao longo do tratamento, em parâmetros da função da bomba muscular da panturrilha [fração de ejeção ($p = 0,05$)], [fração de volume residual ($p=0,04$)], e amplitude de movimento do tornozelo ($p=0,01$) (O'Brien et al., 2013).

Outro estudo randomizado realizado na Austrália, com 63 pessoas com UVC, também avaliou os impactos dos exercícios físicos na cicatrização, capacidade funcional e qualidade de vida dessas pessoas. O grupo de intervenção, além da orientação sobre a atividade física, recebeu ligações telefônicas estimulando a prática do exercício orientado. O grupo controle recebeu somente as orientações para os cuidados habituais com a lesão. Os resultados mostraram que os participantes do grupo de intervenção que aderiram ao programa de exercícios como tratamento adjuvante ao tratamento padrão foram mais propensos à cicatrização e a ter melhores resultados funcionais quando comparados aos do grupo controle (O'Brien et al., 2016).

Pesquisa randomizada conduzida nos Países Baixos investigou a eficácia do programa *LivelyLegs*®, no que se refere à promoção da adesão à terapia compressiva e ao exercício físico, bem como aos efeitos desses dois fatores sobre a recorrência da úlcera de perna. O grupo de intervenção recebeu, adicionalmente ao tratamento usual, aconselhamento sobre estilo de vida de acordo com as recomendações daquele programa, e o grupo controle recebeu os cuidados habituais. Os resultados mostraram um aumento da adesão à terapia compressiva em ambos os grupos, sem diferença significativa entre eles. Quanto à adesão aos exercícios de pernas e caminhadas, o grupo de intervenção teve um desempenho significativamente melhor, com um tempo menor de cicatrização (Heinen et al., 2012).

Na Polônia, estudo randomizado também avaliou a influência de um programa supervisionado de exercícios sobre a mobilidade da articulação do tornozelo em pacientes com UVC. Os participantes foram orientados a realizar exercícios que estimulavam os músculos da panturrilha e tornozelo, tais como execução de movimentos circulares nos pés, levantamento do peso corporal (em pé sobre os dedos dos pés), flexão dorsal do pé, flexão plantar e caminhadas diárias de 3km. Os exercícios deveriam ser realizados três vezes ao dia, em séries de 15 repetições sob a supervisão de uma enfermeira. O grupo controle foi orientado a fazer os exercícios físicos, mas não teve a supervisão dessa profissional. Em ambos os grupos, houve um aumento substancial de mobilidade da articulação do tornozelo. Mas a mobilidade articular total do tornozelo foi consideravelmente maior no grupo intervenção, o qual teve um efeito significativo na diminuição da área ulcerada, da lipodermatoesclerose e da intensidade dos sintomas e sinais da IVC (Szewczyk et al., 2010).

No Brasil, há escassez de estudos reportando a adesão das pessoas com UVC aos exercícios físicos prescritos pelos profissionais de saúde. Entretanto uma

investigação realizada no âmbito da Atenção Primária à Saúde evidenciou que 56% dos entrevistados, apesar de orientados sobre a importância dessa atividade física, não a realizavam. Poucos faziam movimentação dos pés (flexões e extensões) e caminhada, ainda que moderada (Silva et al., 2012).

Ainda sobre a realização de exercícios físicos como parte do cuidado da UVC, os participantes revelaram em seus depoimentos a crença de não poderem se engajar em atividades físicas por estarem com a ferida aberta. Salienta-se que esta crença deve ser desmitificada (O'Brien et al., 2014), tendo em vista que a literatura associa a realização de exercícios físicos específicos para o controle da IVC com repercussões positivas nas taxas de cicatrização (O'Brien et al., 2016; Heinen et al., 2012; Szewczyk et al., 2010).

Observa-se que as crenças alocadas no acervo de conhecimentos das pessoas com UVC muitas vezes impedem a adoção de estilos de vida saudáveis como realizar atividades físicas e escolher alimentos nutritivos que poderiam favorecer a cicatrização da lesão. Deixar de ingerir alimentos como frutas, legumes, verduras, certo tipo de carnes pode ocasionar deficiência de nutrientes como vitaminas, minerais, aminoácidos que são essenciais na reconstrução dos tecidos (Mulholland, 2015).

Estudo fenomenológico realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, com mulheres com UVC corroborou estes achados quando mostrou a crença de que determinados alimentos podem desencadear a ulceração ou prejudicar a cicatrização da UVC. Em decorrência disso, as mesmas se abstêm de ingerir alimentos que consideram contraindicados para as pessoas com feridas (Silva et al., 2016).

Investigações nacionais e internacionais apontaram que pessoas com UVC podem apresentar deficiências de vários nutrientes, incluindo minerais e proteínas (Dal Santos et al., 2015; Szewczyk et al., 2008; Legendre et al., 2008), o que evidencia a necessidade de avaliação e orientação nutricional para essa população.

Em Guarapuava, Paraná, pesquisa realizada com 36 pacientes, cuja maioria apresentava UVC, encontrou valores de ingestão de nutrientes abaixo do recomendado para homens e para mulheres em relação à vitamina A e C, zinco e proteínas somente para as mulheres. Os homens apresentaram uma ingestão adequada de calorias e elevada de proteínas e ferro (Dal Santos et al., 2015).

Investigação realizada na Polônia comparou o estado nutricional de idosos hospitalizados com doença vascular, como hipertensão arterial, arteriosclerose,

porém sem UVC, com pacientes ambulatoriais com úlceras venosas, concluindo que todos os participantes avaliados estavam em risco de desnutrição ou desnutridos. A proporção de pacientes com risco de desnutrição ou desnutridos foi significativamente maior no grupo com úlcera venosa. Constataram-se diferenças significativas entre o grupo controle e o de úlcera venosa para todas as variáveis de avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço e panturrilha e perda de peso nos últimos três meses) (Szewczyk et al., 2008).

Na França, estudo comparou o nível de proteínas entre pessoas com diagnóstico de UVC com outras que apresentavam lesões de pele de outra etiologia. Os resultados mostraram que a prevalência de deficiência de proteína em pacientes ambulatoriais com úlceras de perna comparados com os do grupo controle foi elevada e associada com um pior prognóstico de cura (Legendre et al., 2008).

Considerando a importância do fator nutricional para a cicatrização da úlcera venosa, salienta-se a necessidade de estratégias voltadas para a orientação alimentar, no conjunto dos cuidados com a ferida. Além de reduzir o tempo de tratamento e o custo por ele gerado, a terapêutica nutricional pode contribuir para amenizar o sofrimento do paciente (Dal Santos et al., 2015).

O uso da meia elástica, na percepção dos participantes do presente estudo, constituiu um comportamento de difícil adesão, em virtude do desconforto e limitação dos MMII impostos à pessoa acometida pela UVC. Salienta-se que as meias de compressão podem ser usadas para tratar e prevenir a recorrência da úlcera de perna, controlando o refluxo venoso e o edema de membros inferiores. Essa terapia é eficaz se for usada consistentemente pelos pacientes (Anderson, 2013).

Estudos nacionais e internacionais apontaram as taxas de adesão, assim como dificuldades para aderir ao uso da meia elástica, na percepção das pessoas acometidas pela UVC e profissionais de saúde (Cataldo et al., 2012; Silva et al., 2015; Shannon et al., 2013; AlGahtani et al., 2009).

Nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, um estudo evidenciou uma taxa inicial de adesão de menos de 70% dos participantes que receberam indicação para uso de meia elástica, embora 89,3% tenham adquirido a meia. Os usuários entrevistados relataram que, após semanas de uso, houve dificuldades de aderir a este cuidado. Entre as dificuldades elencadas, ressaltou-se a complexidade em colocar as meias como uma das principais razões para descontinuidade da terapia. Além disso, a sensação de pernas quentes foi o maior desconforto apontado por 29%

dos entrevistados, e a insatisfação com a aparência das pernas com uso da meia foi destacada por 15,3% dos participantes (Cataldo et al., 2012).

Outro estudo conduzido no interior de Minas Gerais encontrou taxas menores de adesão ao uso da terapia compressiva; 48% dos entrevistados não faziam uso dessa terapêutica e alegaram como motivos a dor e o incômodo causados pela compressão. O receio de usar a compressão com a ferida aberta e a dificuldade de aquisição do material compressivo por questões financeiras também foram motivos citados. A meia elástica foi referida por 20% dos usuários como medida preventiva para recidiva da úlcera venosa, não sendo utilizada como coadjuvante do tratamento da lesão (Silva et al., 2012). Já um estudo transversal conduzido nos Estados Unidos da América encontrou taxas mais elevadas de adesão ao uso das meias elásticas, em pessoas com UVC recorrente. Dos entrevistados, 73% relataram que as usavam diariamente (Shannon et al., 2013).

Na perspectiva dos médicos sauditas, as principais razões para a falta de adesão de seus pacientes à terapia compressiva foram a dor e o desconforto relatados pelos seus pacientes com o uso da meia (66,7%), a dificuldade em colocá-la (16,7%), a aparência da perna com o uso da meia (13,3%), a inexistência de uma pessoa para ajudar a calçar a meia (10%) e a percepção de que sentem piora no membro inferior (3,3%) (AlGahtani et al., 2009).

Salienta-se a importância de os profissionais de saúde orientarem e apoiarem, sempre que possível, as pessoas que necessitam da terapia compressiva com meia elástica com vistas a capacitá-las para conhecer os benefícios dessa terapia, assim como para o seu manuseio de forma autônoma. Estudo realizado na Holanda, com pessoas em uso de meia elástica para prevenção da síndrome pós-trombótica salientou que a crença de que o uso da compressão fosse reduzir o risco dessa síndrome, assim como a capacidade de calçar e retirar a meia sem ajuda, aumentava a predisposição para adesão à terapia compressiva (Bouman et al., 2016).

A literatura recomenda a utilização de alta compressão para promover a cicatrização e a prevenção de recidiva da UVC (Wounds International, 2013). Na prática, as pessoas nem sempre conseguem suportar altas compressões que provocam incômodos como dor e desconforto (AlGahtani et al., 2009). Nesses casos, faz-se necessário considerar a possibilidade de usar um grau de compressão suportável pela pessoa (Wounds International, 2013).

Estudo randomizado realizado na Turquia, com 219 pessoas, avaliou o nível de conforto e eficácia de meias elásticas de três diferentes graduações de compressão e comprimento, como medida profilática da trombose venosa profunda no pós-operatório. O grupo I recebeu meias com baixa pressão, na altura do joelho; o grupo II, baixa pressão, na altura da coxa e o grupo III, pressão moderada na altura do joelho. Os resultados mostraram que não foram constatados casos de trombose em nenhum dos grupos. Quanto ao conforto, 79,5% de pessoas no grupo III e 52,1% do grupo II declararam desconforto durante o uso de meias de compressão. As pessoas que utilizaram a meia de baixa pressão, na altura do joelho, relataram um alto grau de satisfação, não se referindo ao desconforto (Ayhan et al., 2015).

Para aumentar o conforto e a aceitação da meia elástica, faz-se necessário o investimento na pesquisa de tecnologias com vistas a melhorar o tipo de material usado nesse dispositivo, visando ao mesmo tempo diminuir o desconforto e fornecer o grau de compressão adequado à cicatrização da ferida, assim como a prevenção de recidivas. Por isso, para aumentar a adesão a este dispositivo, é necessário que os profissionais de saúde estejam cientes das opções disponíveis em termos de *design*, estrutura, cor e grau de compressão. Também é importante que os profissionais considerem a utilização de estratégias para ajudar os pacientes a calçar e remover as meias (Anderson, 2015).

Nesse sentido, estudo realizado na Alemanha comparou o uso de meias convencionais com uma nova tecnologia de meia denominada de *SoftFit*, composta por um fio de silicone na banda superior, que foi projetado para mantê-la no lugar, sem exercer pressão extra. Os resultados principais indicaram que as meias fabricadas com esta tecnologia foram bem aceitas pelos participantes, o que facilitou a adesão ao cuidado, já que eram fáceis de calçar e descalçar, proporcionavam a sensação de tolerância e menos dor à compressão (Münter, 2015).

Considerando que o objetivo da meia elástica é contribuir para a cicatrização e a prevenção de recidivas, a adesão a este dispositivo poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com IVC. Estudo observacional, de corte transversal, realizado no Brasil com 50 participantes, mostrou que, na avaliação do AVVQ-Brasil, domínio varicosidade, indivíduos que não usavam meias elásticas apresentaram pior qualidade de vida do que os que usavam a meia de compressão. O mesmo foi encontrado na avaliação do SF-36 para os domínios Capacidade

Funcional e Aspectos Emocionais. Os demais domínios não apresentaram diferenças significativas (Melo et al., 2015).

Em relação à utilização da Bota de Unna, evidenciou-se como típico da ação dos participantes considerar satisfatórios os resultados deste tratamento, apesar dos incômodos proporcionados pela compressão inelástica e dificuldades para realizar as atividades diárias quando em uso deste dispositivo.

Estudos brasileiros mostraram resultados positivos no que diz respeito ao tratamento com Bota de Unna em pessoas com UVC, tanto em relação ao processo cicatricial (Abreu, Oliveira, 2015) quanto à capacidade funcional (Lima et al., 2013), à autoestima (Salomé, Brito, Ferreira, 2014) e à qualidade vida (Salomé, Ferreira, 2012).

Quanto ao impacto da Bota de Unna na cicatrização das feridas, um ensaio clínico controlado e randomizado realizado no Rio de Janeiro, Brasil, incluiu 18 participantes, sendo nove tratados com atadura elástica e nove com Bota de Unna. Constatou-se melhor resultado em úlceras venosas com áreas superiores a 10cm² tratadas com a Bota de Unna e em úlceras venosas inferiores a 10cm² tratadas com a atadura elástica com a gaze Petrolatum^(r). Nos dois grupos, houve aumento do tecido de granulação no leito das úlceras e redução da dor e do edema. O grupo que fez uso da Bota de Unna apresentou redução significativa do exsudato (Abreu, Oliveira, 2015).

Em relação à capacidade funcional da pessoa com UVC, estudo realizado em São Paulo, Brasil, mostrou que, apesar de os participantes inicialmente apresentarem grave dificuldade ou deficiência para a realização das funções da vida diária, após oito meses de uso da Bota de Unna, houve melhora na capacidade funcional (Lima et al., 2013).

Sobre a autoestima de pessoas com úlceras venosas tratadas com Bota de Unna, pesquisa realizada em São Paulo, Brasil, apontou melhora significativa nesse quesito aos 12 meses de tratamento, quando comparado ao início do mesmo (Salomé, Brito, Ferreira, 2014).

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida, estudo com 50 pacientes com UVC, tratados com Bota de Unna, em Sorocaba, São Paulo, mostrou que, antes do tratamento, estes apresentavam escores médios do SF-36, de 15,10 e, após 12 meses de tratamento, 95,38, caracterizando melhora na qualidade de vida dessas pessoas (Salomé, Ferreira, 2012).

As queixas de desconforto e restrições assinaladas nos depoimentos dos participantes devem ser consideradas pelos profissionais de saúde com vistas à

continuidade do cuidado. Se bem apoiadas, essas pessoas podem contornar as dificuldades impostas pelo uso da Bota de Unna. Nesse sentido, recomenda-se ouvir as pessoas em uso deste dispositivo, orientar para o autocuidado e discutir estratégias para o enfrentamento da situação. Por exemplo, em relação ao controle do odor, orientar e fornecer material para a troca do curativo secundário em domicílio.

Os depoimentos dos participantes mostram que, no contexto estudado, a gestão do cuidado com a UVC está centralizada na figura do médico, o qual avalia e determina as condutas a serem implementadas tanto por parte das pessoas que buscam o cuidado como em relação à ação terapêutica dos profissionais de saúde que atuam no serviço especializado.

Chama-se a atenção para a importância do trabalho em equipe, em que cada profissional deve atuar de modo interdisciplinar, respeitando-se as especificidades de cada profissão. Nesta equipe, inclui-se o estomaterapeuta, profissional especializado no cuidado às pessoas com lesão de pele. Este poderia contribuir para qualificar o cuidado voltado para esta clientela, assumindo não somente a gerência do serviço, mas se responsabilizando também pelo cuidado direto às pessoas com feridas crônicas e pela capacitação permanente da equipe de enfermagem, o que traria reflexos positivos para a adesão aos cuidados com UVC.

Além das dificuldades pessoais, os participantes do presente estudo referiram deparar com a falta de estrutura na instituição destinada ao tratamento de feridas, tanto no serviço de atenção primária como no especializado. Isso mostra a dicotomia entre o desejo de seguir as orientações para o cuidado e a falta de recursos institucionais para efetivar este desejo, o que reflete na impossibilidade de aderir totalmente aos cuidados com a ferida.

Estudo conduzido em Juiz de Fora- MG evidenciou que, além das dificuldades em relação ao cuidado da UVC imbricadas no próprio sujeito, salientam-se as alocadas no âmbito da equipe de saúde, da instituição e relacionadas às políticas de saúde voltadas para a assistência às pessoas com lesões crônicas. O pouco suporte por parte do serviço de saúde para o tratamento da pessoa com UVC, a falta de insumos, protocolos para o cuidado e a necessidade de serviços especializados de referência foram elencados naquele estudo (Silva, 2012).

A desestruturação do serviço, com número limitado de vagas e procedimentos, faz com que as pessoas aguardem muito tempo para iniciar o tratamento, podendo repercutir negativamente no tempo de recuperação, aumentando o tempo de

convivência com a ferida. Isso pode desmotivar as pessoas, frustrando suas expectativas em relação à resolubilidade dos serviços de saúde.

Do mesmo modo, a descontinuidade do fornecimento da Bota de Unna reflete a falta de planejamento na gestão dos serviços de saúde em priorizar os insumos para o cuidado de feridas crônicas, entre elas a UVC. Além disso, acarreta o ônus financeiro para a pessoa que, para dar continuidade ao cuidado da ferida, necessita comprar o material para o curativo, deixando de atender a outras necessidades pessoais e familiares. Salienta-se que cuidar da saúde é um direito do cidadão, sendo dever do Estado prover meios para efetivar este direito (Brasil, 1990).

Os depoimentos também apontaram que a falta de infraestrutura do serviço não está limitada ao nível secundário de atendimento, inclui as unidades de atenção primária à saúde. Estas deveriam estar minimamente equipadas com recursos humanos e materiais para o atendimento às pessoas com feridas crônicas, mantendo um canal aberto de comunicação com os outros níveis de assistência.

Diante das precariedades do serviço apontadas pelos participantes do estudo, destaca-se a necessidade de utilizar um protocolo para o atendimento a este público, que inclua as competências devidas aos níveis primário, secundário e terciário com vistas à padronização de procedimentos clínicos e condutas no atendimento às pessoas com UVC. Isso poderia ser otimizado com a utilização de indicadores de qualidade de atendimentos a esta clientela.

Nessa perspectiva, estudo transversal conduzido na Alemanha desenvolveu indicadores e avaliou a qualidade dos cuidados com úlceras de perna. Vinte indicadores de qualidade, construídos com base na história clínica, diagnóstico, tratamento e prevenção do surgimento da ferida foram apontados por especialistas (24 médicos e 10 enfermeiros), além de 502 pacientes. O resultado mostrou que, em média, 64% dos indicadores de qualidade foram cumpridos, apontando que 75% dos usuários estavam satisfeitos com o tratamento. Isso evidencia que a utilização de tais indicadores pode melhorar a qualidade do cuidado às pessoas com feridas crônicas de MMII (Augustin et al., 2011).

A análise dos resultados permitiu evidenciar que não há uma linha de cuidados voltada para o atendimento de pessoas com feridas crônicas no SUS do município estudado. Isso compromete a integralidade do cuidado, o qual só pode ser efetivo se os serviços estiverem estruturados em rede. A boa articulação de práticas realizadas

nos serviços de saúde permitirá escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde (Malta, Merhy, 2010).

O serviço de saúde que se propõe a atender integralmente os usuários precisa considerar que cada um funciona como uma parte de um sistema. O desafio posto aos gestores e profissionais é efetivar a articulação entre os diversos pontos de assistência de modo a garantir o acesso e alcançar a resolução das situações de saúde da população. Para que tal aconteça, faz-se necessária também a mudança no processo de trabalho em saúde, buscando a qualidade dos serviços, profissionais capacitados e insumos estratégicos (Malta e Merhy, 2010).

Além disso, salienta-se a importância da prática baseada em evidências como eixo direcionador das ações dos profissionais de saúde, o que poderá trazer reflexos positivos nos indicadores de boas práticas no manejo de feridas crônicas. Estudo realizado na Austrália, com 70 pessoas com úlcera crônica de perna ou pé, mostrou a importância da prática de cuidados baseada em evidências, a qual leva à utilização eficiente dos recursos e melhoria da saúde. Seus resultados revelaram que, antes de iniciarem o cuidado em uma clínica especializada que utilizava essa premissa, as pessoas frequentavam, três vezes por semana, outros serviços, sem conseguir a cicatrização da ferida. Nesse serviço especializado, com consultas semanais, tiveram cura em até 12 semanas de acompanhamento (Edwards et al., 2013).

Em suma, a fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu desvelar o típico da ação de pessoas com UVC frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, trazendo elementos importantes para a reflexão acerca da dificuldade para a adesão a esse cuidado.

O fato de este estudo ter sido realizado com um grupo específico de pessoas com UVC que buscam cuidado em um serviço especializado em Bota de Unna de um determinado município não permite a generalização dos resultados, contudo apresenta aspectos relevantes da ação dessas pessoas que podem subsidiar a melhoria das práticas profissionais, o incremento do ensino e do conhecimento em saúde, sobretudo na área de enfermagem em Estomaterapia.

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

O impacto da UVC provocado no cotidiano das pessoas acometidas por essa doença crônica impulsionou os participantes a buscarem aderir ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde com vistas à cicatrização da ferida e à manutenção da integridade da pele dos MMII. Estas concretizariam a intenção de se livrar dos incômodos provocados pela lesão, permitindo o resgate das atividades diárias, inclusive o convívio social. Entretanto, os participantes mencionaram questões entremeadas ao seu cotidiano que dificultam sua adesão a esses cuidados.

Frente ao típico da ação de pessoas com UVC em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde desvelado neste estudo, esboçaram-se algumas implicações para a prática dos profissionais de saúde, sobretudo para os estomaterapeutas.

Entre os incômodos mencionados pelos participantes situa-se a dor, a qual deve ser valorizada na avaliação inicial e durante o tratamento da UVC, com vistas a possibilitar o alcance do projeto de eliminá-la, bem como as suas interferências no padrão do sono, no repouso e na mobilidade. Recomenda-se a utilização da avaliação da dor por meio de escalas de dor (Gallasch, Alexandre, 2007) e de questionários (Pimenta, Teixeira, 1996) validados e de fácil utilização na prática clínica. Salienta-se que a utilização de medicamentos analgésicos deve ser considerada e avaliada quanto à eficácia ao longo do tratamento da lesão crônica (SIGN, 2010).

Outra questão importante refere-se à avaliação de processos infecciosos da lesão, os quais podem piorar o quadro algico, requerendo a utilização criteriosa de antibióticos e coberturas associadas a antimicrobianos (SIGN, 2010).

Ainda em relação ao controle da dor, faz-se necessário reforçar as medidas para o controle do edema, que incluem repouso, exercícios e terapia compressiva. No que diz respeito ao tratamento local da dor, o profissional de saúde deve considerar a utilização de coberturas específicas para o alívio deste sintoma, já disponíveis no mercado nacional.

No que se refere ao desejo de eliminar o odor, recomenda-se a adoção de medidas para o controle do exsudato, que incluem o uso de terapia tópica adequada, com troca sempre que houver saturação da mesma, controle da flora bacteriana, a

partir da limpeza criteriosa com solução fisiológica, bactericidas e adstringentes quando indicados, além de trocas frequentes das coberturas secundárias, quando em utilização da Bota de Unna.

O comprometimento da aparência, ocasionado pela presença dos curativos e do edema, foi visto pelos participantes como empecilhos para utilização de roupas e calçados, dificultando a mobilidade dos MMII, o que repercutiu negativamente na vida social. Cabe aos profissionais de saúde incentivar a adesão aos cuidados com a UVC, considerando que quanto maior a adesão maior a possibilidade de alcançar a cicatrização, com retomada das atividades da vida diária.

O desejo de manter a integridade da pele dos membros inferiores afetados pela UVC remete à necessidade de cuidados pós-cicatrização, com vistas à prevenção de recidivas. Recomenda-se aos profissionais de saúde incentivar e apoiar o autocuidado no que diz respeito à continuidade da terapia compressiva, hidratação da pele, prevenção de impactos que possam contribuir para a descontinuidade da pele dos membros inferiores, repouso intercalado com atividades físicas, além do controle do peso e dieta balanceada.

Considerando o caráter crônico da doença, salienta-se a necessidade do acompanhamento longitudinal da pessoa após a cicatrização da UVC. Faz-se necessário garantir retornos regulares dessas pessoas ao serviço de saúde especializado, além do acompanhamento *in loco* pela equipe de Atenção Primária à Saúde, para reavaliar a pele e as condições gerais de saúde, além de reforçar as medidas de autocuidado para o controle da IVC.

Os participantes do estudo desejam estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com os profissionais de saúde. A fragilidade dessa relação, revelada nos depoimentos, leva a pensar na importância de investir na melhoria do acolhimento dessa clientela nos serviços de saúde. Salienta-se a relevância de valorizar a condição crônica dessas pessoas, ouvir sua história, suas dificuldades cotidianas, assim como apoiá-las na busca por orientações relacionadas à doença.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do diálogo e discussão das metas a serem alcançadas, segundo as individualidades, no tratamento e prevenção de recidivas. A clareza e objetividade das informações repassadas poderão ser decisivas para a compreensão acerca das suas necessidades de cuidado.

Para atuar sobre as questões que dificultam a adesão ao cuidado da UVC orientado por profissionais de saúde, faz-se necessário que os profissionais de saúde

aprofundem-se no conhecimento do dia a dia dessas pessoas, a fim de adequar suas recomendações às reais possibilidades de ser cumpridas.

No que concerne à dificuldade para realizar atividades físicas e repousar durante o dia, o profissional, antes de prescrever estes cuidados, deve conhecer a rotina da pessoa, de modo a adequar os horários e o tempo a ser dispendido com estas atividades, sem interferir negativamente nas atividades familiares, de lazer e laborais. Salienta-se a necessidade de desmitificar a crença de que a presença da UVC impede a realização de atividades físicas.

O profissional precisa conhecer as limitações e possibilidades das pessoas acometidas por essa doença, no que diz respeito à realização de atividades físicas, a fim de adequar a prescrição de exercícios físicos. Especialmente os exercícios para o fortalecimento do músculo da panturrilha devem ser recomendados para a maioria das pessoas (SIGN, 2010). Ressalta-se, nesse sentido, a importância de agregar à equipe de saúde o educador físico e o fisioterapeuta que, a partir das suas especificidades técnicas, podem contribuir para a recuperação da saúde dessa clientela.

Em relação à alimentação, constatou-se que, além das crenças de que certos alimentos afetam a cicatrização, faltam informações sobre a importância da dieta balanceada para a recuperação da lesão. O profissional de saúde precisa conhecer o universo de crenças que está influenciando a escolha alimentar, assim como investir na desmitificação, sem, contudo, desrespeitar e agredir o mundo cultural dessas pessoas. Desse modo, há que se considerar a substituição de alimentos mencionados como prejudiciais por outros de mesmo valor nutritivo, que garantam o aporte necessário de proteínas, sais minerais e vitaminas. Sempre que possível, fazer encaminhamento dessas pessoas a um profissional especializado em nutrição.

A meia elástica foi mencionada pelos participantes como um dispositivo de difícil uso e aquisição. Considerando sua importância como medida de prevenção da recidiva da UVC, esta deve ser enfatizada com a pessoa acometida pela IVC, já na primeira consulta, e reforçada a cada retorno ao serviço de saúde. Além disso, faz-se necessário elencar os tipos de meias, graus de compressão, assim como descrever e demonstrar a técnica de calçar e descalçar e atentar para a indicação de acessórios que facilitam a colocação das meias usadas para compressão.

Salienta-se a relevância da avaliação da capacidade da pessoa para utilizar este dispositivo sem ajuda de terceiros. Caso seja necessária a ajuda, cabe analisar em conjunto com a pessoa quem poderia auxiliá-la e estender as orientações aos

cuidadores, a fim de garantir sua correta utilização. A avaliação acerca do nível de compressão suportável é fundamental para o sucesso da adesão ao uso da meia elástica. Deve-se recomendar que, inicialmente, a meia pode ser usada em determinados horários para que a pessoa possa se habituar à compressão dos membros inferiores e então usá-la durante todo o dia.

No caso de indicação da meia elástica para tratamento da ferida, faz-se necessário desmitificar a crença de que este dispositivo, ao invés de piorar a lesão, contribui para a sua cicatrização.

Sendo o Brasil um país tropical, faz-se necessário o investimento de pesquisa de materiais que favoreçam a troca de calor entre o corpo e o meio ambiente, assim como tecidos que promovam a compressão necessária, porém sem causar grandes desconfortos aos membros inferiores. Isso poderá aumentar a possibilidade de maior adesão ao tratamento compressivo.

O baixo nível socioeconômico da maioria das pessoas acometidas pela UVC muitas vezes impede a aquisição e troca semestral da meia elástica. Enfatiza-se, desse modo, a necessidade da criação de políticas de saúde que prevejam a distribuição gratuita deste dispositivo nos serviços de saúde, uma vez que é o tratamento mais eficaz para prevenir a UVC. Tal medida, além de refletir no acesso da pessoa à melhor terapêutica, impactará a qualidade de vida da mesma, resultando também na redução dos gastos do próprio sistema de saúde, pois se ocupará com a prevenção de agravos comuns advindos da IVC.

Tendo em vista a relevância do plano de cuidados para o tratamento da UVC e prevenção das recidivas, recomenda-se aos profissionais de saúde que as orientações necessárias, além de verbalizadas, sejam registradas e fornecidas por escrito às pessoas. A duração, os horários, o tempo do repouso, dos exercícios e da terapia compressiva, por exemplo, devem ser especificados nas orientações recomendadas.

Considerando que a utilização da terapia compressiva inelástica é eficaz na promoção da cicatrização da UVC e foi avaliada positivamente pelos participantes, ressalta-se a necessidade de uma boa gestão de insumos nos serviços de saúde do SUS, especialmente no cenário estudado, que garantam o fornecimento desse material com vistas à continuidade do tratamento.

Além da falta da Bota de Unna, as pessoas têm que enfrentar filas de espera para o ingresso no serviço, demora entre a entrega do encaminhamento na atenção

primária à saúde e o atendimento no serviço especializado, o que remete à necessidade de estruturar a rede de serviços para atenção às pessoas com UVC, de modo a garantir o acesso, o mais rápido possível, com racionalização de tempo e recursos.

Para facilitar a comunicação na rede de serviços, as ações de cuidados voltadas para as pessoas com feridas crônicas deveriam estar respaldadas por um protocolo de atendimento, a exemplo do que acontece em outros países (SIGN, 2010) e em outros municípios brasileiros, como Belo Horizonte (2006) e São Paulo (2009). O protocolo deve contemplar os passos para a avaliação inicial, indicação de cuidados baseados em evidências e medidas educativas em relação à cicatrização e prevenção das possíveis recidivas da lesão.

Entre as rotinas estabelecidas, sugere-se a criação de grupos de convivência, a exemplo dos *legclub®* que são utilizados em países europeus. Esses grupos poderiam maximizar a educação em saúde, além de estimular a troca de experiências vivenciadas pelas pessoas no que diz respeito ao cuidado da UVC. Isso poderia constituir uma estratégia para estimular a adesão a esses cuidados.

Salienta-se a relevância de adotar critérios de qualidade no serviço, além da capacitação permanente da equipe de saúde para o manejo da UVC. Entre os critérios de avaliação da qualidade, ressalta-se a importância de indicadores de saúde como, por exemplo, taxas de cicatrização e recidivas, capacidade de atendimento do serviço, pesquisa de satisfação do usuário, entre outros.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de maior inserção do enfermeiro estomaterapeuta no acompanhamento das pessoas com UVC, assumindo as competências estabelecidas pela SOBEST, no que diz respeito à prevenção e tratamento deste tipo de ferida. Faz-se necessário que tal profissional compreenda as questões que emergiram no presente estudo, as quais estão imbricadas no âmbito da pessoa acometida pela lesão, na relação interpessoal entre esta e o profissional, além daquelas relacionadas à gestão do serviço voltado para o atendimento das pessoas com feridas crônicas.

8 CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

A abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz utilizada neste estudo permitiu a compreensão do típico da ação de pessoas com UVC frente à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde, revelando a importância da intersubjetividade inscrita na relação estabelecida entre estes atores sociais.

Os resultados mostraram que o típico da ação dessas em relação à adesão ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde é expresso pela intenção dos participantes em cicatrizar a ferida e manter a integridade da pele dos MMII o maior tempo possível, considerando as implicações no cotidiano provocadas pela presença da lesão. Paradoxalmente, as atividades desse cotidiano dificultam a concretização dessa intencionalidade. Nesse sentido, essas pessoas, muitas vezes, priorizam as atividades diárias em detrimento do cumprimento das orientações de repouso intercaladas com exercícios físicos, alimentação balanceada e uso da meia elástica. Soma-se a isso a falta de infraestrutura dos serviços de saúde e a fragilidade da relação interpessoal dessa clientela com os profissionais de saúde, que impactam negativamente a adesão aos cuidados com a UVC.

A perspectiva das pessoas com UVC frente à adesão aos cuidados orientados pelos profissionais de saúde aponta questões alocadas no universo intersubjetivo e cultural dos participantes, além daquelas relacionadas à operacionalização dos cuidados nos serviços de saúde, que precisam ser refletidas no âmbito da assistência, gestão, ensino e pesquisa na área de saúde e enfermagem.

Quanto à assistência, além dos aspectos técnicos, ressalta-se a importância de valorizar a relação intersubjetiva – entre essas pessoas e os profissionais – como um caminho para incrementar a adesão aos cuidados com a UVC.

Cabe à gestão dos serviços de saúde a formulação de políticas que garantam o atendimento a essa clientela com definição da rede assistencial, provimento de insumos e capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado dessas pessoas nos diversos níveis de atenção.

No âmbito do ensino, faz-se necessário incluir no projeto pedagógico do curso a abordagem desse tema, tanto nas disciplinas curriculares, como em projetos de

extensão universitária, com vistas a despertar o interesse dos jovens profissionais pelo cuidado às pessoas com feridas crônicas.

Em relação à pesquisa, os resultados desta investigação apontam a necessidade da implementação de estudos de intervenção que busquem estratégias voltadas às pessoas com UVC, com vistas à melhoria da adesão aos cuidados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abreu AM, Oliveira BGRB. A study of the Unna Boot compared with the elastic bandage in venous ulcers: a randomized clinical trial. *Rev Lat-Am Enferm.* 2015; 23(4):571-7.

Aguiar ACSA, Amaral L, Reis LA, Barbosa TSM, Camargo CL, Alves MR. Alterações ocorridas no cotidiano de pessoas acometidas pela úlcera venosa: contribuições à Enfermagem. *Rev Cubana de Enfermería [revista en Internet]*. 2015 [citado 2016 Abr 22]; 30(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/510>

AlGahtani FH, Al-Diab AI, Isnani AC. Practices and perceptions of physicians to prescribing elastic compression stockings in a single center in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2009; 30(11):1465-8.

Anderson I. Compression hosiery to reduce leg ulcer recurrence. *Nurs Times.* 2013; 109(6):18-20.

Anderson I. Optimising concordance with compression hosiery in the community setting. *Br J Community Nurs.* 2015;20(2):67-8, 70, 72.

Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S, Grams L, Münter KC, Tigges W, Schäfer E, Herberger K. Quality of care in chronic leg ulcer in the community: introduction of quality indicators and a scoring system. *Dermatology.* 2011; 222(4):321-9.

Ayhan H, Iyigun E, Ince S, Can MF, Hatipoglu S, Saglam M. A randomised clinical trial comparing the patient comfort and efficacy of three different graduated compression stockings in the prevention of postoperative deep vein thrombosis. *J Clin Nurs.* 2015;24(15-16):2247-57.

Baquerizo Nole KL, Yim E, Van Driessche F, Lamel SA, Richmond NA, Braun LR, Kirsner RS. Educational interventions in venous leg ulcer patients. *Wound Repair Regen.* 2015;23(1):137-40.

Belo Horizonte. Secretaria de Saúde. Protocolo de assistência aos portadores de feridas. Belo Horizonte: Secretaria de Políticas Sociais; 2006.

Bodenheimer T, Laing, BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2007;5:457-61.

BorgesEL. Feridas: úlceras dos membros inferiores. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012. v. 1. 203p.

Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Rev Lat-Am Enferm*. 2007; 15(6):1163-70.

Bouman AC, Ten Cate-Hoek AJ, Dirksen CD, Joore MA. Eliciting patients' preferences for elastic compression stocking therapy after deep vein thrombosis: potential for improving compliance. *J Thromb Haemost*. 2016;14(3):510-7.

Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso 2016 abr 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brown A, Kendall S, Flanagan M, Cottee M. Encouraging patients to self-care – the preliminary development and validation of the VeLUSSET®, a self-efficacy tool for venous leg ulcer patients, aged 60 years and over. *Int Wound J*. 2014;11:326–34.

Brown A. Life-style advice and self-care strategies for venous leg ulcer patients: what is the evidence? *J Wound Care*. 2012;21(7):342-4, 346, 348-50.

BrtnanRomić R, Brtnan A, Romić I, Cvitanović H, Duvančić T, Lugović-Mi. Quality of life and perception of disease in patients with chronic leg ulcer. *Acta Clin Croat*. 2015;54(3):309-14.

Brum MLT, Bertineti EP, Souza LP. As contribuições da fenomenologia na pesquisa em pedagogia social. *Interfaces Acadêmica*. 2013; 8(1):75-86.

Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto- Enferm*. 2008;17(1):64-71.

Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Rev Eletrônica Enferm [serial online]* 2007 Mai-Ago; 9(2):506-517. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm>.

Cataldo JL, de Godoy JM, de Barros N. The use of compression stockings for venous disorders in Brazil. *Phlebology*. 2012;27(1):33-7.

Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, Enders BC. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3):561-8.

Cruz DJL, Sousa SMA, Lima SF, Paiva SS, Gurgel WB. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas. *Cad. Pesq*. 2013; 20(1):43-9.

Cullen GH, Phillips TJ. Clinician's perspectives on the treatment of venous leg ulceration. *Int Wound J*. 2009; 6(5):367-78.

Cunha AG. Dicionário etimológico da língua portuguesa. Editora Lexikon. 2010.

Dal Santos M, Franco S, Sanches FLFZ, Rosalva R, Hacka J, Meottia N, et al. Caracterização nutricional de pacientes com úlceras crônicas de membros inferiores

em tratamento no ambulatório de feridas do Campus Cedeteg da UNICENTRO, Guarapuava-PR. UNOPAR Cien Ciênc Biol Saúde. 2015;17(1):13-9.

Dias TYAF, Costa ISK, Salvetti MG, Mendes CKTT, Torres GV. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. Acta Paul Enferm. 2013; 26(6): 529-34.

Dogra S, Sarangal R. Summary of recommendations for leg ulcers. Indian Derm Online J. 2014;5(3):400-7.

Edwards H, Finlayson K, Courtney M, Graves N, Gibb M, Parker C. Health service pathways for patients with chronic leg ulcers: identifying effective pathways for facilitation of evidence based wound care. BMC Health Serv Res. 2013; 8:13-86.

Edwards H, Finlayson K, Skerman H, Alexander K, Miaskowski C, Aouizerat B, Gibb M. Identification of symptom clusters in patients with chronic venous leg ulcers. J Pain Symptom Manage. 2014; 47(5):867-75.

Edwards H, Finlayson K, Maresco-Pennisi D, Gibb D, Nicholas G. The long and winding road: health services for clients with chronic leg ulcers in the community. Wound Practice and Research. 2014; 22(4):226-233.

Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio Eletrônico. Editora Nova Fronteira. 2009.

Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. J Clin Nurs. 2010; 19(9-10):1289-97.

Fonseca C, Franco T, Ramos A, Silva C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):480-86.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato EB, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2):388-94.

Gallasch CH, Alexandre NMC. The measurement of musculoskeletal pain intensity: a comparison of four methods. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2):260-5.

- Gil AC, Yamauchi NI. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. *Rev Baiana Enferm.* 2012; 26(3):565-73.
- Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care.* 2014; 23(12):601-12.
- Heinen M, Borm G, Van der Vleuten C, Evers A, Oostendorp R, van Achterberg T. The Lively Legs self-management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: Results from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(2):151-61.
- Hellström A, Nilsson C, Nilsson A, Fagerström C. Leg ulcers in older people: a national study addressing variation in diagnosis, pain and sleep disturbance. *BMC Geriatrics.* 2016;16:25.
- IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2015. (Acesso em 18 março 2016). Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf
- Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for nursing. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(3):736-41.
- Jull AB, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifyline for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD001733.
- Kasperczak J, Ropacka-Lesiak M, Breborowicz HG. Definition, classification and diagnosis of chronic venous insufficiency - part II. *Ginekol Pol.* 2013; 84(1):51-5.
- Kochhann R, Varela J, Lisboa, CSM; Chaves ML, Chaves ML, Chaves MLF. The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement. neuropsychol.* 2010; 4(1):35-41.
- Lara MO, Júnior ACP, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(3):471-7.
- Legendre C, Debure C, Meaume S, Lok C, Golmard JL, Senet P. Impact of protein deficiency on venous ulcer healing. *J Vasc Surg.* 2008; 48(3):688-93.

Lima EL, Salomé GM, Brito Rocha MJ, Ferreira LM. The impact of compression therapy with Unna's boot on the functional status of VLU patients. *J Wound Care*. 2013; 22(10):558-61.

Lozano SA, Bonet CM, Bou JE, Llobet Burgués M. Nutrition and chronic wound healing. A clinical case of a patient with a hard to heal venous leg ulcers. *Rev Enferm*. 2014; 37(5):26-30.

Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(4):647-53.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):593-606.

Martins PAF, Alvim NAT. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):368-73.

Medeiros AB, Frazão CMFQ, Tinôco JDS, Paiva MGMN; Lopes MVO, Carvalho Lira ALBC. Venous ulcer: risk factors and the Nursing Outcomes Classification Investigación y Educación en Enfermería. 2014;32(2):252-9.

Melo BV, Tojal PGMD, Leal FJ, Couto RC. Quality of life in chronic venous patients who do or do not wear compressive stockings. *J Vasc Bras*. 2015; 14(1): 62-7.

Melo LP, Silva NP, Silva KCL, Ponte MPTR, Gualda DMR. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(2):303-10.

Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Miller C, Kapp S, Newall N, Lewin G, Carville K, Santamaria N et al. Predicting concordance with multilayer compression bandaging. *J Wound Care*. 2011; 20(3):101-2,104,106 Passim.

- Moffatt C, Kommala D, Dourdin N, Choe Y. Venous leg ulcers: patient concordance therapy and its impact on healing and prevention of recurrence. *Int Wound J*. 2009; 6(5):386-93.
- Mulholland GD. Nutrition to improve outcome. *Supplements to Promote Wound Healing. Medsurg Nurs*. 2015;24(1):Suppl 2-3.
- Münter C. Effect of a new compression garment on adherence: results of a patient satisfaction survey. *Br J Nurs*. 2015;11;24 Suppl 20:S44-9.
- Nelson EA, Adderley U. Venous leg ulcers. *BMJ Clin Evid*. 2016; 15 pii:1902.
- Nemes MIB, Helena ETS, Caraciolo JMM, Basso CR. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(Suppl3): S392-S400.
- Novais E, Conceição AP, Domingos J, Duque V. O saber da pessoa com doença crônica no autocuidado. *Rev HCPA*. 2009; 29(1):36-44.
- O'Brien J, Edwards H, Stewart, Gibbs H. A home-based progressive resistance exercise programme for patients with venous leg ulcers: a feasibility study. *Int Wound J*. 2013; 10(4):389-96.
- O'Brien J, Finlayson K, Kerr G, Edwards H. The perspectives of adults with venous leg ulcers on exercise: an exploratory study. *J Wound Care*. 2014; 23(10):496-8, 500-9.
- O'Brien J, Finlayson K, Kerr G, Edwards H. Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. *Int Wound J*. 2016 Jan 27. doi: 10.1111/iwj.12571. [Epub ahead of print]
- OCEBM. Levels of Evidence Working Group*. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 21(1):CD000265.

Palfreyman SJ, Nelson EA, Lochiel R, Michaels JA. Withdrawn dressings for for healing venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 6;5: CD001103.

Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IV. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(3):468-72.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):473-83.

Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1201-08.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2008; 13(2):2299-2306.

Reis AC, Lencastre LG, Prista M, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010;23(3),420-29.

Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:703-10.

Salomé GM, Ferreira LM. Quality of life in patients with venous ulcers treated with Unna's boot compressive therapy. *Rev Bras Cir Plást*. 2012; 27(3):466-71.

Salome GM, de Brito MJ, Ferreira LM. Impact of compression therapy using Unna's boot on the self-esteem of patients with venous leg ulcers. *J Wound Care*. 2014; 23(9):442-4, 446.

Sant'Ana SMSC, Bachion MM, Santos QRI, Nunes CAB, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):637-44.

São Paulo. Secretaria de Saúde. Programa de Prevenção e Tratamento de úlceras crônicas e do Pé Diabético. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético. São Paulo: SMS; 2010. 68p.

Schütz, A. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Org. Wagner HTR. Petrópolis: Vozes; 2012.

Schütz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The care of patient with chronic leg ulcer. A national clinical guideline [Internet]. Edinburgh: Royal College of Physicians; 1998 [cited 2012 Feb 12]. (SIGN Publication, n.26). Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign26.pdf>.

Shannon MM, Hawk J, Navaroli L, Serena T. Factors affecting patient adherence to recommended measures for prevention of recurrent venous ulcers. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; 40(3):268-74.

Shenoy MM. Prevention of venous leg ulcer recurrence. Indian Dermatol Online J. 2014; 5(3):386-9.

Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Ecco L, Costa IKF, Torres GV. Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. Cogitare Enferm. 2015a; 20(1):13-9.

Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Salvetti MG, Torres GV. Estratégias pessoais de alívio da dor utilizadas por pacientes com úlcera venosa. Rev Dor. 2015b; 16(2): 86-89.

Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Torres GV, Durgante VL, Rizzatti SJ et al. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(3):90-6.

Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Biscotto PR, Silva GPS. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):95-101.

Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos, SMR, Vicente EJD. Clinical management of venous ulcers in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):329-33.

Silva MHS, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM. A experiência de autocuidado de mulheres que convivem com úlcera venosa crônica. *Rev Estima.* 2016; 14(2):61-7.

Silva MHS, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM. Limites e possibilidades vivenciados por enfermeiras no tratamento de mulheres com úlcera venosa crônica. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(spe):53-8.

Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda-Białasik J, Cierzniakowska K, Mościcka P, Hancke E. Randomized study assessing the influence of supervised exercises on ankle joint mobility in patients with venous leg ulcerations. *Arch Med Sci.* 2010; 6(6):956-63.

Szewczyk MT, Jawien A, Kedziora-Kornatowska K, Moscicka P, Cwajda J, Cierzniakowska K, Brazis P. The nutritional status of older adults with and without venous ulcers: a comparative, descriptive study. *Ostomy Wound Manage.* 2008; 54(9):34-6, 38-40, 42.

Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(11):2923-30.

Van Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, Meuleneire F, Hermie L, Verhaeghe S. Knowledge deficits and information-seeking behavior in leg ulcer patients: an exploratory qualitative study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40(4):381-7.

Van Hecke A, Grypdonck M, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *J Clin Nurs.* 2011b; 20(3-4):429-43.

Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *J Clin Nurs.* 2009;18(3):337-49.

Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Beele H, Defloor T. Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: a qualitative field study. *Int J Nurs Stud*. 2011a; 48(2):145-55.

Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4):691-99.

Wellborn J, Mocer JT. The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014; 41(2):122-6.

Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 6;9: CD008378.

WHO. World Health Organization Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2003, 211p.

Wounds International. Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. Wounds International, 2013. [access 2016 abr 18]. Available from: www.woundsinternational.com

Yamada BFA, Ferrola EC, Azevedo GR, Blanes L, Rogenski NMB, Santos VLCG. Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta (ET) ou do Enfermeiro Pós-graduado em Estomaterapia (PGET). *Estima*. 2008;6(1):38.

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marcelo Henrique da Silva, enfermeiro, aluno no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo, convido você para participar da pesquisa intitulada: “A adesão de pessoas com úlcera venosa crônica ao cuidado orientado por profissionais de saúde: uma abordagem compreensiva”, que tem como objetivo compreender a ação de pessoas com úlcera venosa crônica frente ao cuidado orientado pelo profissional de saúde.

Sua participação será muito importante, tendo em vista que a pesquisa lhe confere a oportunidade de refletir e reelaborar sua experiência com a adesão ao cuidado da úlcera venosa crônica. Para os profissionais que atuam nos serviços de saúde contribui para a produção de novos conhecimentos e ações de saúde voltadas às pessoas que convivem com essa doença.

Caso aceite participar do estudo, farei perguntas que serão gravadas para posterior transcrição e análise. A entrevista terá duração de aproximadamente 40 minutos. O material gravado será arquivado pelo pesquisador e apenas ele e sua orientadora terão acesso a seu conteúdo. Os depoimentos serão utilizados apenas para fins científicos.

Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade durante a realização e na divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas, na medida em que as entrevistas serão identificadas com um código fictício a que somente eu terei acesso.

Você não terá gastos nem lhe será pago qualquer valor para participar do estudo. Você será entrevistado(a) no momento que estiver na Unidade de Saúde para o cuidado com a ferida ou em sua residência. Caso precise utilizar transporte com a finalidade única de participar deste estudo, comprometo-me em ressarcir-lo. A qualquer momento, você poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como se recusar a participar do estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo quanto ao seu atendimento no serviço de saúde. Sua participação envolve um risco mínimo, isto é, passar por constrangimento ao responder às perguntas da entrevista.

O presente termo será assinado em duas vias. Uma ficará com você, e a outra ficará arquivada comigo. Se precisar de informações e esclarecimentos, entre em contato comigo pelo e-mail: marcelohenfermar@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo e-mail: edipesq@usp.br ou telefone (11) 3061-7548.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do entrevistado

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Marcelo Henrique da Silva

ANEXOS**ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SUBSECRETÁRIA DE REDES ASSISTENCIAIS**

Prefeitura de Juiz de Fora

Autorizamos a realização da pesquisa **“Adesão da pessoa com úlcera venosa crônica ao cuidado compartilhado com o profissional de saúde: estudo fenomenológico**, a ser conduzida pelo doutorando Marcelo Henrique da Silva, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus.

Ressaltamos que o Departamento de Clínicas Especializadas conta com a infraestrutura necessária a realização da referida pesquisa e que os dados desse estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Juiz de Fora, 15 de maio de 2015.

Luciana Afonso Rodrigues

Luciana Afonso Rodrigues
SUBSECRETÁRIA DE REDES ASSISTENCIAIS
SECRETARIA DE SAÚDE

Subsecretária de Redes Assistenciais

Secretaria de Saúde - Juiz de Fora, Minas Gerais

ANEXO 2 - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO ICE/SUS/JF/MG

CEM/DCE/SUS/JF MEMO 03/15

Juiz de Fora, 12 de junho de 2015

Ilma. Sra.
Gisele Alves Bonsanto
Chefe de Departamento DCE/SUS/JF/MG

A Comissão de Ética Médica do DCE/SUS/JF, composta pelos seus três Membros Efetivos, reuniu-se ordinariamente no dia 11 de julho de 2015, pela manhã, nas dependências do PAM-MARECHAL e, após análise de toda metodologia apresentada, não viu qualquer impedimento ético à realização da pesquisa do doutorando Marcelo Henrique da Silva, intitulada: **“Adesão da pessoa com úlcera venosa crônica ao cuidado compartilhado com o profissional da saúde: estudo fenomenológico”**, trabalho este a ser realizado no quarto andar do DCE, com pacientes em tratamento de úlcera venosa.

Sem mais, nos colocamos à disposição para dirimir qualquer dúvida que possam advir.

Atenciosamente,

Dr. Reginaldo Braida Lopes
Presidente da Comissão de Ética do DCE/SUS/JF/MG

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO DA PESSOA COM ÚLCERA VENOSA CRÔNICA AO CUIDADO COMPARTILHADO COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE: ESTUDO

Pesquisador: Marcelo Henrique da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41049015.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 995.442

Data da Relatoria: 17/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do tipo qualitativo que tem como objetivo compreender a adesão da pessoa com úlcera venosa crônica (UVC) ao cuidado compartilhado com o profissional de saúde. Para isto, será fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz. Será realizado com pessoas adultas e/ou idosas de ambos os sexos acometidas pela UVC, em tratamento na Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Será utilizada a entrevista fenomenológica para obtenção dos depoimentos, utilizando-se as questões: que orientações sobre o cuidado com a ferida você recebeu dos profissionais de saúde? Como é para você seguir as orientações dos profissionais de saúde em relação aos cuidados com a ferida? O que você tem em vista quando você procura o profissional de saúde para cuidar da sua ferida? O pesquisador apresenta a carta de anuência da Prefeitura Municipal de Saúde de Juiz de Fora para a realização da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a adesão da pessoa com úlcera venosa crônica ao cuidado compartilhado com o profissional de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco é mínimo e inclui passar pelo constrangimento de responder as perguntas da pesquisa. Os

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 995.442

benefícios incluem a oportunidade de que os usuários reflitam e reelaborem sua experiência no que concerne à ação de aderir ao cuidado compartilhado com os profissionais de saúde. Também contribui para que tais reflexões fomentem novos conhecimentos e ações de saúde voltadas a essas pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem fundamentado e apresenta coerência entre as partes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE está bem redigido e claro, contemplando todas as informações pertinentes.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 23 de Março de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br