**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE LINO BALISTA

**ELABORAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO DO INDIVÍDUO COM
ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA, EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DO VALE DO PARAIBA PAULISTA**

**SÃO PAULO
2016**

ALINE LINO BALISTA

**ELABORAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO DO INDIVÍDUO COM
ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA, EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
METROPOLITANA DO VALE DO PARAIBA PAULISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**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

Balista, Aline Lino

Elaboração de uma linha de cuidado do indivíduo com úlcera crônica de perna, em um município da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista / Aline Lino Batista / São Paulo; 2016.

133 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

1. Cuidados integrais de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Úlcera cutânea (enfermagem). 4. Perna. I. Título.

Nome: Aline Lino Balista

Título: Elaboração de uma Linha de Cuidado do indivíduo com Úlcera Crônica de Perna, em um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais e irmãos, a quem dedico minhas conquistas.

Ao Felipe, companheiro, pela presença diária de amor e motivação.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Prof.^a Dr.^a Lúcia Yasuko Izumi Nichiata, pela amizade, competência e respeito com que conduziu todo o processo.

Às Professoras Dr.^a Marília Louvizon, Sônia Venâncio e Dr.^a Renata Ferreira Takahashi pelas contribuições no Exame de Qualificação.

À Professora Dr.^a Anna Chiesa pela contribuição na condução das oficinas dessa dissertação.

À minha amiga, querida, que acompanha a minha trajetória desde muito: Nathália Zanca.

Às amigas e colegas que atuaram como monitoras nessa dissertação: Magali Thum e Pamella Lucas.

Às minhas amigas e colegas que me apoiaram nas mais variadas formas e contribuíram com a dissertação: Maria Angela Boccara, Andréa Peneluppi e Luciana Régio.

Aos amigos queridos do Mestrado Profissional que estivemos juntos nessa jornada.

A Flávia Carlota Balista, amiga e excelente professora de português que conduziu a correção ortográfica.

Aos 'meninos' Roberto e Marcello pelo apoio nos ajustes finais de formatação da dissertação.

À Universidade de Taubaté e trabalhadores da Secretaria Municipal de Pindamonhangaba pelo apoio à pesquisa, e em especial aos trabalhadores de saúde que entusiasmados participaram da pesquisa.

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

Balista AL. Elaboração de uma Linha de Cuidado do indivíduo com Úlcera Crônica de Perna, em um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: As úlceras crônicas de perna (UCP) são um sério problema de saúde que atinge diversas faixas etárias, etnias, sexos, com reflexos nos gastos públicos e interferência na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares. Parte-se da concepção de que o cuidado do indivíduo com UCP e que a Linha de Cuidado (LC) contribui uma atenção integral. **Objetivos:** Elaborar coletivamente com profissionais da área da saúde um fluxograma de LC do indivíduo com úlcera crônica de perna em um município do Vale do Paraíba Paulista e analisar dificuldades e potencialidades para sua implantação. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, utilizando-se de 4 oficinas de trabalho realizadas de novembro de 2015 à março de 2016, com a participação da Coordenação da Atenção Básica, enfermeiros e médicos de Unidades de Saúde da Família, enfermeira responsável pela assistência de indivíduos com UCP do ambulatório do município, e enfermeira responsável pela Atenção Domiciliar da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. Adotou-se a Integralidade como base conceitual da produção da LC e para a análise dos resultados, o fluxograma analisador. **Resultado e Análise:** Produziu-se coletivamente o fluxograma da LC do indivíduo com UCP, constituído por elementos essenciais: recepção pró-ativa, acolhimento, ações de enfermagem (avaliação e cuidados), necessidade de recursos materiais, trabalho multidisciplinar no desenvolvimento do plano terapêutico e contrarreferência. Foram indicadas possibilidades e necessidades de aprimoramento da atenção: implementação de programas de educação permanente, fortalecimento da APS para o cuidado, articulação entre os serviços para garantir complementariedade e integralidade por meio de instrumentos pactuados, provisão de recursos materiais e efetivação do trabalho interdisciplinar. **Conclusão:** Evidenciou-se que há necessidade de se fortalecer a APS como centro de uma rede, ampliar as atribuições do enfermeiro acerca dos cuidados do indivíduo com UCP, fomentar espaços de diálogo entre os pontos da rede, apoio e investimento dos gestores na produção do cuidado presente na LC. É necessário valorizar o potencial de mudança que a LC pode possuir quando existe comprometimento do profissional envolvido no processo do cuidar e a necessária garantia do itinerário terapêutico na rede de atenção em saúde à lógica dos serviços locais.

Descritores: Cuidados integrais de saúde; Atenção primária à saúde; Úlcera cutânea; (Enfermagem); Perna.

Balista AL. Elaboration of a Line of Care of the individual with Chronic Leg Ulcer, in a city of the Metropolitan Region of Paulista Paraíba Valley. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Chronic leg ulcers (CLU) is a serious health problem that affects different age groups, ethnicities, genders, reflected in public spending and interference in quality of life of the affected people and their relatives. This study comes from the conception that there is need of an integral attention, which can be established through the use and building of a Line of Care. **Objective:** To elaborate collectively a Line of Care (LC) of the individual with CLU in a city of the Metropolitan Region of Paulista Paraíba Valley and analyze the difficulties and potentialities from this. **Method:** Qualitative research, using 4 workshops held from November of 2015 to March of 2016. They had the participation of the Coordination of Primary Care, nurses and doctors from Family Health Units, the nurse responsible for the care of individuals with chronic leg ulcers of the municipal clinic, and the nurse responsible for the Attention Homecare of the Multiprofessional Team of Attention Homecare (MTAH). This study adopted the Integrality as a conceptual basis for the production of the LC and for the analysis of the results, the analyzer flow chart. **Results and Discussion:** As a main result it was the collective production of a LC of the individual with CLU. The essential elements in the LC were: proactive reception, user embracement, nursing actions (from evaluation to the care of the individual with CLU), presence of material resources - especially in Primary Health Attention (PHA), multidisciplinary work in developing the therapeutic plan and counter reference. The difficulties and potentiality were: the need for continuing education programs, strengthening PHA for care, the need of articulation between the services for ensuring complementarity and integrality through agreed instruments, material resources and realization of the interdisciplinary work. **Conclusion:** It was evident that there is need to strengthen PHA as the center of a network, expand nurse assignments about the care of the individual with CLU, foster dialogue among network points, that is, among those who would be involved in the LC and also support and investment by managers in the production of the care in the LC. It is necessary to valorize the potential of change that the LC can have when there is impairment of the professional involved in the care process and the necessary guarantee of the therapeutic route in the network of health attention to the logic of the local services.

Keywords: Comprehensive health care; Primary health care; Skin ulcer (nursing); Leg.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Matriz de Análise.....	68
Figura 2 -	Fluxograma Analisador – possibilidades de direção do processo de trabalho	81
Figura 3 -	Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Primária à Saúde.....	84
Figura 4 -	Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Secundária	86
Figura 5 -	Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Domiciliar..	87
Figura 6 -	Fluxograma Analisador – possibilidades de direção do processo de trabalho (após contribuição dos participantes).....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico do município e Estado de São Paulo	54
Quadro 2 -	Síntese do objetivo e justificativa das oficinas, 2016.	58

LISTA DE SIGLAS

AE	Atenção Especializada
AH	Atenção Hospitalar
ANPP	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa
APS	Atenção Primária À Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CONUEI	Conferência Nacional de Consenso Nacional sobre Úlceras de la Extremidad Inferior
EUA	Estados Unidos da América
EWMA	European Wound Management Association
LC	Linha De Cuidados
RASs	Redes de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UCP	Úlceras Crônicas de Perna
UE	Urgência/ Emergência
USF	Unidade Saúde da Família
UV	Úlcera Venosa
WOCN	Wound Ostomy and Continence Nurses Society

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 ACOMETIMENTO DE INDIVÍDUOS COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE PERNA	31
1.2 SOBRE A LINHA DE CUIDADO (LC).....	36
2 OBJETIVOS	47
2.1 OBJETIVO GERAL.....	47
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
3 METODOLOGIA	51
3.1 BASE CONCEITUAL PARA A ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO (LC)	51
3.2 TIPO DE ESTUDO	52
3.3 CENÁRIO DO ESTUDO	53
3.4 PARTICIPANTES DOS ESTUDO.....	55
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	55
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	59
3.7 ÉTICA EM PESQUISA	60
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	63
4.1 OFICINA 1: PROBLEMATIZAÇÃO DA ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA (UCP) NOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	63
4.2 OFICINA 2: MATRIZ DE ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA DO INDIVÍDUO COM UCP NOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	67
4.3 OFICINA 3: FLUXOGRAMA ANALISADOR – POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (PARTE I)	73
4.4 OFICINA 4: FLUXOGRAMA ANALISADOR – POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (PARTE II).....	83
5 DISCUSSÃO	97
5.1 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO FLUXOGRAMA DA LC	97
5.2 DIFICULDADES E POTENCIALIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DA LC.....	106
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE	129
ANEXO	133

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O período de trabalho como enfermeira assessora técnica em uma empresa produtora de curativos (2009 a 2011) permitiu-me contato com serviços de saúde que prestam assistência a indivíduos com úlceras crônicas. Neste âmbito, tive a oportunidade de capacitar equipes de enfermagem das mais diversas instituições da rede pública do município de São Paulo acerca de curativos disponíveis para o manejo deste problema de saúde. Na experiência de capacitação de profissionais de enfermagem e ao tomar contato com pessoas com úlceras crônicas, fui aos poucos identificando uma série de dificuldades na atenção a estes indivíduos. Entre estas dificuldades havia: fluxos pouco definidos em relação à dispensação de insumos e materiais nos serviços de saúde e pouca capacidade destes de resposta às necessidades dos indivíduos que demandam cuidados especiais. Com o intuito de aprofundar teoricamente e tecnicamente o cuidado a estes pacientes, busquei formação como Especialista em Enfermagem em Estomaterapia (feridas, estomias e incontinência), concluída na Universidade de Taubaté, Estado de São Paulo, em 2012.

Após conclusão da especialização trabalhei no serviço público de gestão direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no Ambulatório Médico de Especialidades Barradas, no município de São Paulo, onde assumi cargo assistencial e atuei como estomaterapeuta. Neste serviço, configurado como Atenção Secundária, eu tive a oportunidade de vivenciar a dinâmica e, principalmente, observar situações com as quais os usuários dos serviços de saúde se deparavam, tais como: conhecimento tardio sobre os serviços disponíveis, complicações relacionadas às estomias e pele peri-estomas que poderiam ter sido evitadas, dificuldade de adaptação a determinados tipos de materiais e equipamentos disponibilizados em outros serviços de atenção, por vezes não disponíveis neste serviço, entre outros.

Constatei, em várias situações, problemas de fragmentação e ausência de integração entre os serviços da rede de atenção, desde os da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como os de Atenção Secundária e Terciária. Pude observar usuários que recebiam alta na Atenção Terciária sem o conhecimento ou sem encaminhamento para serviços especializados, onde poderiam adquirir equipamentos como bolsas coletoras, acessórios e outros (Atenção Secundária); usuários que relatavam a não resolução do problema por parte da equipe de Atenção Primária à Saúde, caracterizando a falta de preparo por parte das equipes quando estes

se encontravam com determinada alteração em estomia ou área peri-estoma, ficando apenas à Atenção Secundária o papel de resposta; a não devolutiva formal das equipes de Atenção Secundária às equipes de APS em relação a tais respostas e o não cumprimento de capacitação de profissionais de outros espaços; dificuldade de encaminhamento de Atenção Secundária à Atenção Terciária quando percebido que o usuário necessitava de cirurgias de correção, como por exemplo, correção de prolapso peri-estoma e hérnia peri-estoma; dentre outros problemas.

Concluído meu período de trabalho como enfermeira estomaterapeuta no Ambulatório Médico de Especialidades, assumi um cargo assistencial e de responsabilidade técnica de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Caçapava, Vale do Paraíba Paulista (SP). Neste espaço -acolhedor de indivíduos com úlceras crônicas- novamente identifiquei problemas como a necessidade de capacitação de profissionais de enfermagem. Ao tomar contato com estes, identifiquei dificuldades que enfrentavam no processo de adesão aos tratamentos propostos, acesso limitado a coberturas e insumos e a inexistência de protocolo estabelecido e norteador de condutas, assistências e rede de atenção aos indivíduos com úlceras crônicas. Assim, pretendendo me aprofundar teoricamente e tecnicamente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), busquei formação como Especialista em Saúde da Família, concluída na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2013.

No município de Caçapava, além de assumir responsabilidade técnica de uma USF, pude assumir a liderança de uma Comissão de Assistência à pessoa com Úlcera Crônica. Esta comissão contava com profissionais enfermeiros capacitados por mim que, periodicamente, visitavam as USF para prestarem assistência aos indivíduos com úlceras crônicas. Como líder da comissão, tive a oportunidade de realizar capacitação teórica e prática de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem das USF deste município, que se mostravam inseguros em relação ao manejo clínico e uso das coberturas padronizadas para a prevenção e tratamento das úlceras crônicas.

Atualmente atuo como docente do Departamento de Medicina na Universidade de Taubaté, na disciplina de Saúde Coletiva, contribuindo com o desenvolvimento de conteúdo teórico e prático. No campo prático, acompanho as atividades dos alunos de quarto e quinto período e alunos de internato em serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde do município, local onde se dará este estudo. Dessa forma, conheço os profissionais de saúde que atuam em unidades da rede básica, Atenção Secundária e aqueles responsáveis pela gestão local.

Tendo ingressado no Mestrado Profissional, interessa-me a qualificação continuada em nível de pós-graduação *stricto sensu*, com o objetivo de realizar investigação científica no cotidiano do trabalho em saúde, em particular nas questões que envolvem a elaboração da Linha de Cuidado de indivíduos acometidos com úlcera crônica de perna, de tal forma a oferecer produtos a serem revertidos para a prática em saúde, com vista ao aprimoramento da prática profissional em convergência aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tomou como objeto a atenção à saúde das pessoas acometidas por úlceras crônicas de perna (UCP), partindo do pressuposto de que há necessidade de uma atenção integral que possa ser estabelecida por meio da utilização e construção de uma Linha de Cuidado. Teve como hipótese que os serviços e a rede que se articula para a atenção do indivíduo com úlcera crônica de perna possuem vulnerabilidades de âmbito programático que dificultam a efetivação do princípio da integralidade.

O produto da dissertação foi a elaboração coletiva, realizada com profissionais da saúde, de uma Linha de Cuidado (LC) centrada no campo de necessidades das pessoas com úlcera crônica de perna.

Apresenta-se, na introdução, breve panorama da magnitude das úlceras crônicas de perna no mundo, no Brasil e no estado de São Paulo, problematizando e justificando o estudo.

1.1 ACOMETIMENTO DE INDIVÍDUOS COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE PERNA

No Brasil, pessoas sofrem com as úlceras crônicas, como as úlceras crônicas de perna, lesões por pressão e outras. Este fato é considerado sério problema de saúde que atinge diversas faixas etárias, etnias, sexos, com reflexos nos gastos públicos e interferência na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares (Lima et al., 2013). Em nosso meio, os registros estatísticos são escassos, o que dificulta o conhecimento da magnitude desta problemática.

O aumento da incidência de úlceras crônicas na população é reconhecido pelos profissionais da área de saúde e tem propiciado discussões sobre o tema. É um problema social grave, relacionado ao aumento da morbimortalidade de pessoas idosas e com doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão (Lucas, Martins, Robazzi, 2008).

As úlceras que acometem a extremidade inferior dos indivíduos são também denominadas úlceras crônicas de perna (UCP) e constituem uma das principais queixas daqueles que procuram o serviço de saúde por integridade da pele prejudicada. O tratamento desse agravo requer curativos por longo período, gerando transtornos clínico-funcionais e estéticos que afetam a qualidade de vida dessas pessoas, além de representar alto custo, tanto individual quanto em saúde pública (Frade et al., 2005).

Segundo a Conferência Nacional de Consenso Nacional Sobre Úlceras de la Extremidad Inferior - CONUEI (2009), as UCP são classificadas como de etiologia venosa, isquêmica, neuropática (aqui se inclui o pé diabético), de etiologia hipertensiva arterial e outras causas. Neste trabalho serão consideradas as de etiologia venosa, arterial, mista e pé diabético.

Ainda segundo a CONUEI (2009), a úlcera de perna é reconhecida como uma condição que afeta de forma grave a qualidade de vida da pessoa que dela padece. Não obstante, sua relativamente baixa prevalência e seu mínimo risco de mortalidade (principalmente as de origem venosa) são consequências do fato de historicamente não ter recebido atenção suficiente por parte dos profissionais de saúde, nem pelos gestores. A opinião do CONUEI surge a partir de uma realidade espanhola, porém representa também a situação do brasileiro com úlcera crônica de perna. São revelados por este órgão, índices globais de prevalência de 0,10% a 0,30%, e de incidência de 3 a 5 casos por mil habitantes por ano.

Em estudo realizado por Kantor e Margolis (2007) são apresentados dados de diversos países que diferem do estudo acima citado, com prevalências de úlceras de MMII que variam de 0,18% a 5,69%, sendo maior a incidência em indivíduos a partir de 65 anos.

A causa mais comum das UCP é a insuficiência venosa crônica, responsável pelo desenvolvimento da úlcera venosa, seguida da doença arterial (que leva ao desenvolvimento da úlcera arterial e/ou mista), que representa de 10 a 25% de todas as úlceras e pode coexistir com a doença venosa (Bergonse, Rivitti, 2006).

A úlcera venosa (UV) possui alta prevalência e é associada a um custo de tratamento elevado (de Araújo et al., 2003). Estima-se ainda que cerca de 1% da população dos países industrializados irá sofrer de úlcera crônica de perna em algum momento da vida, sendo a maioria causada por problemas no sistema venoso (Järbrink et al., 2016). Vale ressaltar que as úlceras venosas são também chamadas de úlceras de estase ou varicosas.

É difícil estimar a prevalência exata das úlceras venosas, no entanto uma revisão da literatura evidenciou que em países europeus essa prevalência varia entre 0,11% e 4,3% (Briggs, Closs, 2003). No Brasil esses dados não são bem conhecidos. Estudo epidemiológico de alterações venosas de MMII da população de Botucatu (São Paulo) estimou uma prevalência de 1,5% (Maffei et al., 1986), em outro realizado no Rio Grande do Norte, a prevalência foi de 0,36/1.000 (Nunes, 2006). As úlceras venosas são mais prevalentes em mulheres e, geralmente, acometem pessoas idosas, com idades entre 60 e 80 anos (de Araújo et al., 2003).

A condição determinante para a úlcera venosa é a insuficiência venosa crônica (IVC), e é definida como: anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Tem influência no sistema venoso superficial, no sistema venoso profundo, ou em ambos, podendo ser resultado de um distúrbio congênito ou adquirido. Idade, sexo, histórico familiar, obesidade, gravidez, ortostatismo estático e sedentarismo são fatores de risco. Edema, varizes, coroa flebostática, lipodermatoesclerose, atrofia branca, hiperpigmentação ou dermatite ocre, celulite ou erisipela, eczema ou dermatite de estase e a úlcera (como expressão máxima dessa doença) formam o quadro clínico (Vasquez, 1983).

A úlcera venosa (UV) inicia-se de forma espontânea ou traumática, na face medial da perna (próxima ao maléolo medial) com tamanho e profundidade variáveis e com recidivas frequentes (de Araújo, et al., 2003; WOCN, 2005). Dor crônica, desconforto, depressão, perda da autoestima, isolamento social, inabilidade para o trabalho, hospitalizações e visitas ambulatoriais frequentes são percebidas no cotidiano do indivíduo com UV, o que afeta significativamente a sua vida (Queiroz et al., 2012).

A prevalência de dor nos indivíduos com úlceras venosas é de até 90% e o impacto social e econômico da úlcera venosa é expressivo, tanto ao indivíduo como ao sistema de saúde e sociedade (Queiroz et al., 2012). Nos Estados Unidos da América (EUA), o custo médio de tratamento por indivíduo pode exceder 40.000 mil dólares, e o custo total por ano é estimado em mais de um milhão de dólares (de Araújo, et al., 2003; WOCN, 2005).

Como tratamento dos indivíduos com úlcera venosa inclui-se a melhoria dos sintomas, o controle da dor, a redução do edema, o tratamento da lipodermatoesclerose, a cicatrização das úlceras e a prevenção de sua recorrência. Sugere-se uso das terapias para aumentar o fluxo venoso, como a terapia compressiva, que favorece o transporte de oxigênio à pele e tecido

subcutâneo, diminui o edema e reduz a inflamação. A terapia compressiva pode ser realizada sob a forma de meias de compressão ou sistemas de bandagens de compressão, elásticos e inelásticos (EWMA, 2003).

Em relação às úlceras arteriais, Irving e Hargreaves (2009) atribuem a sua ocorrência à dificuldade de fornecimento de sangue arterial para o membro inferior, sendo a aterosclerose a causa mais comum, porém a trombose ou embolia podem contribuir para a insuficiência arterial. São lesões que exibem características próprias, tais como: bordas pálidas, bem definidas, com leito necrótico, pouco tecido de granulação, odor característico, exsudato escasso. Localizam-se, frequentemente, nas polpas digitais e na região metatarsiana, no tendão dos calcâneos e em pontos de atrito.

Vale ressaltar que as úlceras arteriais, quando não tratadas, tornam-se estacionárias ou progressivas, de extensões pequenas e arredondadas, de difícil cicatrização e extremamente dolorosas. A pele circundante tem coloração avermelhada ou cianótica, aparência brilhante, seca, escamosa e com alopecia. As unhas dos pés podem ser opacas e espessas (Irving, Hargreaves, 2009).

O pé diabético é conceituado como “infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores” e esta definição está presente no glossário do Guidance (Recomendações) 2015, do IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot ou Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético), órgãos citados nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016).

Os dados epidemiológicos em relação ao pé diabético são variados e demonstram uma diversidade regional dos desfechos dessa complicação: em países desenvolvidos, a DAP é o fator complicador mais frequente, contudo, em países em desenvolvimento, a infecção é, ainda, uma complicação comum das úlceras dos pés em pacientes diabéticos (UPD), resultando em amputações. A incidência anual de úlceras em pacientes com diabetes mellitus (DM) situa-se entre 2 e 4% e a prevalência, 4 a 10%, estimando-se serem mais altas em países com baixa situação socioeconômica (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016).

Chama a atenção que ocorrências geralmente evitáveis constem, ainda hoje, entre as mais frequentes complicações de saúde causadas pelo DM, mesmo num contexto de maior

ênfase no cuidado ao usuário com doenças crônicas a partir de estratégias como a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2016).

Quanto aos serviços de saúde a que usuários diabéticos têm acesso, sejam eles públicos ou privados, não necessariamente garantem uma atenção de qualidade, não sendo suficientes para a prevenção de complicações do DM. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que 47% dos usuários diabéticos referem ter recebido assistência médica, nos últimos 12 meses, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 29% em consultórios particulares ou clínicas privadas. (Brasil, 2014).

É importante que as equipes de saúde da Atenção Básica se organizem para prover cuidado às suas comunidades. Há evidências consistentes de que programas organizados de avaliação e acompanhamento de pessoas com DM para lesões de Pé Diabético reduzem as taxas de amputações quando comparados ao cuidado convencional desta complicação na população com DM (Brasil, 2014).

No Brasil, é considerado que existem cinco milhões de habitantes com diabetes, sendo que a metade destes desconhece o diagnóstico. Um estudo multicêntrico sobre prevalência do diabetes, realizado na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, encontrou uma referência de 7,6% (Rocha, Zanetti, Santos, 2009) e na cidade de Ribeirão Preto – SP, 12,1%; a doença atinge homens e mulheres da mesma forma, e é a quarta causa de morte no Brasil. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2007) no Estado de São Paulo, a mortalidade por diabetes em maiores de 40 anos é superada apenas pelas doenças cardiovasculares. Em geral, as hospitalizações por pé diabético são recorrentes e sua presença exige maior número de consultas ambulatoriais e cuidados domiciliares (Rocha, Zanetti, Santos, 2009).

Sobre os casos graves de pé diabético e que geraram hospitalizações, sabe-se que 85% são causados por úlceras superficiais. Estas apresentam comprometimento da sensibilidade protetora plantar devido à neuropatia periférica, comumente associada aos pequenos traumas, originadas por objetos cortantes ao andar descalço, uso de calçados impróprios, dermatoses comuns ou manipulações incorretas dos pés e unhas por pessoas não habilitadas, considerando o prognóstico dos pacientes desenvolverem neuropatia periférica após longo período de sua instalação, em decorrência da demora no diagnóstico do diabetes (Boulton, 2004).

Um dos maiores desafios para o estabelecimento do diagnóstico precoce em pessoas diabéticas em risco de ulceração nos membros inferiores é a inadequação do cuidado para com os pés ou a falta de um simples exame dos mesmos. Estudos mostram que, dos pacientes admitidos em hospitais com diagnóstico de diabetes, 10% a 19% tiveram seus pés examinados após a remoção de meias e sapatos. Por outro lado, está bem estabelecido que 85% dos problemas decorrentes do pé diabético são passíveis de prevenção quando assumidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), e quando necessário, a partir dos cuidados especializados em serviços de Atenção Secundária (SBD, 2007).

Diante do exposto, a UCP é um sério problema e as pessoas acometidas por este agravo estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, na sala de curativos das Unidades de APS em geral, no Pronto-Socorro de hospitais e em acompanhamento nos ambulatórios de especialidades (Atenção Secundária). Questiona-se como esta assistência vem sendo realizada, considerando a integração destes pontos da rede.

1.2 SOBRE A LINHA DE CUIDADO (LC)

É preciso distinguir o que vem a ser Linha de Cuidado, muitas vezes confundida com os Protocolos de Cuidado.

Protocolos de Cuidado à Saúde, protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços são termos sinônimos, identificados na publicação “Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço”. Para os autores dessa obra, cuidado, atenção à saúde e assistência utilizam, em algum momento, de um mesmo objeto: a preocupação com a organização dos serviços, tendo como princípio o conceito ampliado de saúde. Assim, a utilização do termo Cuidado seria a melhor escolha, pois ele apresenta sentido humanizador e ético, emprega saberes e tecnologias, abrange o processo de organização e serviços, e também é percebido como essência da existência humana (Werneck, Faria, Campos, 2009).

Os Protocolos de Cuidado à Saúde são importantes instrumentos orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, utilizados para o enfrentamento de muitos problemas na assistência e na gestão dos serviços. São fundamentais para o

planejamento, implementação e avaliação das ações de saúde, assim como para a padronização do processo de trabalho. Suas recomendações devem estar alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Brasileira, que visam o atendimento integral à saúde dos indivíduos, com prioridade para a prevenção de doenças e agravos, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Werneck, Faria, Campos, 2009).

Entretanto os protocolos, de uma maneira geral, possuem limitações, mesmo alicerçados em referências científicas e tecnológicas. Seu uso sem avaliação, acompanhamento gerencial sistemático, revisões científicas periódicas e principalmente sem o compromisso em produzir atos de saúde para o cuidado, favorece o risco de produção de trabalhos pobres e desestimulantes (Werneck, Faria, Campos, 2009).

É considerado que não basta corrigir procedimentos organizacionais e financeiros se os trabalhadores de saúde não alterarem o modo de se relacionarem com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade. Ainda segundo o autor, os profissionais de saúde devem se responsabilizar por boa parte da assistência ofertada, e para isto devem dispor de tudo que eles têm para defender a vida, como as tecnologias em saúde (Merhy, Campos, Cecilio, 1997)

A clínica apresenta significativa variedade de demandas por atenção, e esse fato traz a necessidade de que se combine a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso. Assim, é importante que os profissionais se sintam motivados tanto para colaborar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos protocolos, quanto para realizar procedimentos com capacidade de singularizar determinadas situações e, de fato, produzir o cuidado (Werneck, Faria, Campos, 2009).

Os municípios têm autonomia para a realização de seus próprios protocolos, e na área de feridas existem protocolos municipais, como do município de São Paulo-SP, de Ribeirão Preto-SP (Úlceras por pressão (UP), vasculares -venosa e arterial- e neuropáticas hanseniana e diabética), de Belo Horizonte-MG (Úlceras venosas, arteriais, neuropáticas, neoplásicas, metabólicas, hematológicas infecto-parasitárias, por pressão e queimaduras), de Natal- RN (Úlceras venosas), e de Florianópolis-SC (Úlceras crônicas, agudas e estomias) (Dantas, Torres, Dantas, 2011).

O Ministério da Saúde disponibiliza importantes manuais e protocolos, como o Manual de Condutas para Tratamento de Úlceras em Hanseníse e Diabete (Brasil, 2008b) e o Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas (Brasil, 2002).

Ademais, estes protocolos não descrevem recursos e condutas que são disponíveis em diferentes níveis de assistência, não pontuam em qual exato nível de assistência existe a oferta do recurso, e qual é a atribuição dos profissionais em cada nível de assistência do município. Faz-se então necessária a construção da LC nesta perspectiva de organizar a pactuação entre os níveis.

As Linhas de cuidado (LC), por sua vez, podem ser definidas como a imagem que expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender suas necessidades de saúde. Propõem o desenho do itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos neste, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (Franco CM, Franco TB).

Dessa forma, percebe-se como principal diferença entre protocolos e Linha de Cuidado, o fato de que a Linha pressupõe o caminho do indivíduo na rede de atenção à saúde e pactuam-se responsabilidades entre as diferentes esferas do município. Para Franco e Magalhães Júnior (2003) a LC é iniciada a partir de um serviço de APS ou qualquer outra estação de cuidado para outras diversas estações, nos mais diferentes serviços e redes assistenciais necessárias ao cuidado integral de um determinado indivíduo.

As LC são consideradas diferentes dos processos de referência e contra referência, apesar de estarem inclusas neles também. Não funcionam apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita (Franco CM, Franco TB).

As LC incorporam a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta

complexidade hospitalar (Atenção Terciária); e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais (Franco CM, Franco TB).

No desenho da Linha de Cuidados (LC), entende-se a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (Santos, Cubas, 2012).

A concepção da LC parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado (Merhy, Campos, Cecilio, 1997). A LC é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando no âmbito de diversos serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/ Atenção Primária à Saúde, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (Malta, Merhy, 2010).

Para pensar no caminhar da LC, a produção da saúde deve implicar em formatos institucionais que articulem respostas macro e microinstitucionais, ou seja, ordenando o processo de trabalho em saúde, as demandas de organização do sistema de saúde e suas interfaces (Cecilio, Merhy, 2003).

A proposta, pensada para vencer os desafios de funcionalidade da assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais. A assistência integral, seguindo Cecilio e Merhy (2003, p. 197-210) é definida como:

“[...] complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, que compõem o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, na forma como se articulam as práticas dos trabalhadores”.

Além de organizar a LC do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe de saúde tem responsabilidades em relação ao cuidado. O gestor do projeto terapêutico,

portanto, deverá acompanhar o processo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contra transferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (Cecilio, Merhy, 2003).

Considera-se como modelo produtor do cuidado aquele que possui como foco o usuário e suas necessidades, que utiliza centralmente as tecnologias leves (aquelas estabelecidas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e as tecnologias leve-duras (estabelecidas no conhecimento técnico estruturado) (Merhy, 1998). Neste modelo, a produção de ações de cuidado significa um conjunto de relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e o usuário em busca de inclusão, que é concretizada por meio do respeito e do processo de escuta da subjetividade deste (Werneck, Faria, Campos, 2009).

No atual modo de produção de saúde prevalece o uso de tecnologias duras em detrimento de tecnologias leve-duras. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado. Para que o serviço seja produtor do cuidado é necessário um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras (Franco, Magalhães Júnior, 2003).

Segundo Franco (2003), uma das alternativas para a mudança do modelo tecnoassistencial atual para um modelo produtor do cuidado tem se dado por meio de uma intervenção ao nível da micropolítica de organização dos processos de trabalho, que incorpora práticas assistenciais que operam, principalmente, a partir das tecnologias leves/leve-duras. Dessa forma, busca-se a “produção do cuidado” como eixo na elaboração dos projetos terapêuticos. Esta proposta pensa, sobretudo, em ampliar os graus de liberdade dos trabalhadores de saúde, dando potência ao “trabalho vivo”. O autor pontua ainda que a mudança é um processo que deve acontecer na exata medida em que se consegue denotar processos institucionalizados, protagonizados por gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Ainda as LC devem ser orientadas por diretrizes clínicas que são consideradas recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com medicamentos e posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos

resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS. São definidas com a participação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado das pessoas com condições de saúde de relevância epidemiológica. As diretrizes também viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços (Brasil, 2013).

Neste estudo propôs-se a criação do fluxograma que representa os fluxos assistenciais necessários para a atenção da pessoa com UCP em uma rede com ênfase na Atenção Primária à saúde. Não foi prevista a produção específica de uma diretriz clínica.

Considerando que os serviços de saúde devem estar organizados regionalmente, é essencial que as regiões de saúde estabeleçam as suas Linhas de Cuidado e as suas diretrizes clínicas próprias. Estas servem para qualificar a atenção nos diversos pontos da rede e, enquanto referência, para o processo de regulação. Para essa construção é fundamental a participação de profissionais dos diversos pontos de atenção da RAS e categorias profissionais (Brasil, 2013)

A LC tem como proposta a criação de fluxos a partir de um grupo de vulnerabilidade ou mesmo de uma situação de risco ou condição clínica, valorizando ora ações individuais, ora coletivas, ora ambas, para além da proposta rígida de programas de saúde (mesmo reconhecendo sua experiência anterior), criando maior permeabilidade dentro do sistema de saúde (Santos, Cubas, 2012).

Tem como pressuposto propostas mais amplas e pode priorizar grandes áreas (saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, saúde do adolescente, saúde ambiental), mas pode também criar linhas específicas para um agravo ou doença específica (Linha de Cuidado para Hipertensão Arterial – já existente na Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo), sem tantas divisões de trânsito no sistema, ou seja, mesmo que a APS seja o principal articulador e gestor da linha, não quer dizer que o usuário não possa acessar o sistema por meio de outra “estação de cuidado” (Santos, Cubas, 2012). Torna-se fundamental repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos indivíduos com úlceras crônicas de perna.

A dificuldade que esses indivíduos encontram quando procuram o serviço na APS, Secundária e Terciária, contribui para que o diagnóstico precoce ou até mesmo a prevenção, orientação e tratamento da ferida não ocorram de forma efetiva. Essa deficiência na busca por esse serviço envolve a falta de informação e de conhecimento do autocuidado. O

desconhecimento dos profissionais no cuidado de pessoas com feridas alia-se à falta de recursos materiais e humanos especializados para a implantação de condutas mais adequadas (Lima et al., 2013).

Destaca-se a falta de sistematização do atendimento, porquanto, a cada retorno, a pessoa recebe orientação de um profissional diferente, amparado pelos próprios conhecimentos. Dentre os profissionais, os enfermeiros encontram dificuldades para avaliar e classificar as úlceras crônicas de perna e diferenciá-las entre venosas e arteriais, mesmo estas apresentando características essencialmente distintas, o que resultará em distintas condutas. Desse modo, são fundamentais conhecimentos específicos que possibilitem ao enfermeiro estabelecer um diagnóstico preciso com vistas à implementação de um tratamento tópico (Lima et al., 2013), assim como o conhecimento para atuar de forma rápida em momentos que antecedem o acometimento, adotando condutas preventivas, além do necessário conhecimento de uma rede de serviços, buscando favorecer o acesso aos recursos assistenciais dos usuários assistidos por ele, além da importante atuação nos determinantes sociais.

A qualidade do atendimento às pessoas com úlceras crônicas de perna é um desafio que compreende o pouco entendimento da fisiopatologia de tais lesões por parte dos profissionais. A escassez de serviços que atendem pessoas com esses tipos de lesões, a resolutividade diminuída pelo nível de atenção à saúde e a falta de articulação entre os diferentes níveis de assistência têm contribuído para o grande índice de abandono do tratamento.

Nesse sentido, quando a assistência ao usuário é mal conduzida ou dificultada, a cicatrização da lesão pode se prolongar e ocasionar um alto custo social e emocional. Em inúmeros casos afasta o indivíduo do trabalho, e isso agrava suas condições socioeconômicas. Pessoas com lesões crônicas podem evitar complicações que conduzem à internação hospitalar e à recidiva das feridas por meio do aumento de serviços de assistência especializada, de recursos materiais adequados e, principalmente, de profissionais capacitados e comprometidos na educação do indivíduo e de sua família, em um processo de atenção integral, que inclui a promoção da Saúde, a prevenção de lesões, de agravos e de complicações, a recuperação saudável e a reabilitação do indivíduo (Lima et al., 2013).

Além disto, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (ANPP) no Brasil considera o desenvolvimento de tecnologias para qualificação de profissionais da saúde para atuação em formulação de políticas como prioridade, confirmando, neste caso, a relevância do presente

estudo. Vale ressaltar que o município, cenário deste estudo, conta com protocolo assistencial para o usuário com úlcera crônica, porém este não pressupõe o itinerário terapêutico do indivíduo com úlcera crônica de perna (Brasil, 2008d). Por este motivo, optou-se em desenhar o fluxograma da LC do indivíduo com UCP não incluindo a elaboração de uma Diretriz Clínica neste momento.

Vale ressaltar que partir da estratificação de risco da população adscrita pela APS devem ser construídos processos regulatórios que promovam a autonomia das equipes de Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado aos usuários com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado por meio de protocolos e diretrizes clínicas, estruturados a partir da construção de uma linha de cuidado. Assim, qualifica-se a demanda aos serviços especializados e garante-se a equidade, conforme diretrizes dispostas na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Estes fatores, aliados à experiência profissional na área e constatação de que há escassa literatura relacionada às questões que unem cuidado especializado, necessidades de saúde e dinâmica dos serviços de atenção à saúde da pessoa com úlcera crônica de perna, justificam o estudo.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar coletivamente com profissionais da área da saúde um fluxograma de Linha de Cuidado (LC) do indivíduo com úlcera crônica de perna em um município do Vale do Paraíba Paulista.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir elementos constitutivos do fluxograma;
- Analisar dificuldades e potencialidades para a implantação do fluxograma da LC.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 BASE CONCEITUAL PARA A ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA DA LINHA DE CUIDADO (LC)

A integralidade é o conceito base que norteia a elaboração do fluxograma da LC. Inicialmente é preciso considerar que é um conceito polissêmico. Na Constituição Brasileira, a Integralidade relaciona-se ao princípio do SUS como atendimento integral, conforme consta no Artigo 198 (Brasil, 1988):

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

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

E, conforme consta na Lei Orgânica de Saúde número 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), a integralidade é entendida como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Como eixo prioritário de políticas de saúde, a Integralidade pode ser analisada em três dimensões: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde e da formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado (Fundação Oswaldo Cruz, 2015).

Para Pinheiro e Mattos (2009) a integralidade precisa ser entendida nas variadas dimensões para que seja alcançada de forma completa. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, nos diversos serviços de saúde. No encontro do usuário com a equipe, deve-se prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou ocultas em alguma(s) demanda(s) específica(s).

A “atenção primária” é o lugar privilegiado e estratégico para a Integralidade. Contudo, esta não se realiza em um serviço: integralidade é objetivo de rede (Pinheiro, Mattos, 2009; Starfield, 2002).

Assim, a Integralidade, em sua dimensão de política governamental, deve ser lembrada de fato como direito de todo cidadão ao acesso às esferas de atenção em saúde, desde as ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até as ações preventivas e de promoção da saúde. Para isso requer uma rede de serviços (integração das ações) para viabilizar a, então, atenção integral. Ainda, considera-se também que a atenção integral ao ser humano supera a fragmentação das ações sobre os sujeitos que devem ser observados, respeitando suas dimensões biológicas, subjetivas e sociais (Brasil, 2008c)

A Integralidade como modo de organizar ações na direção da prática da atenção ao indivíduo com úlcera crônica de perna, que se propõe neste estudo, é um desafio de articulação contínua dos diversos níveis de organização do setor saúde (primário, secundário e terciário), sejam suas diversas ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos: diferentes especialidades médicas, profissionais, serviços diversos, entre outros, de modo regionalizado e hierarquizado (Ayres et al. 2007; Machado et al. 2007).

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, utilizando-se de oficinas de trabalho para a coleta dos dados e elaboração do fluxograma da LC do indivíduo com UCP.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2003), responde a questões muito particulares, como é o caso da investigação proposta, que pergunta qual é o desenho de uma LC voltada ao indivíduo com úlcera crônica de perna num dado cenário? A pergunta decorre da constatação de que as necessidades de indivíduos com este agravo não vêm sendo asseguradas.

O objeto em estudo está circunscrito tanto no âmbito da saúde quanto das ciências, por se preocupar com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde

a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Moscovici, 1995; Turato, 2003).

As oficinas de trabalho permitem estabelecimento de uma relação horizontal entre participantes (sujeitos da pesquisa) e pesquisadora, sendo esta a principal vantagem. Propõe-se com a oficina permitir espaço de discussão, com o objetivo de resgate dos conhecimentos existentes daqueles que participam, e fomento à expressão dos “sentimentos relativos à vivência e comunicação intergrupal aliados à motivação, objetivando a discussão dos conteúdos” (Chiesa, Westphal, 1995).

A proposta da oficina de trabalho possui importante grau de similaridade com a visão filosófica, política e metodológica da educação defendida por Paulo Freire. Estas defendem a formação de sujeitos, visam à valorização e transformação da realidade e consideram as experiências de vida de cada participante o elemento chave a partir do qual se dá a transformação. São práticas educativas das oficinas: a garantia de espaços para que os trabalhadores se expressem com liberdade, exerçam sua criatividade, reflitam sobre as possibilidades de mudanças que ocorrem no espaço do trabalho, de suas vidas e discutam questões de seu interesse (Freire, 2002).

E ainda, tem-se que as oficinas têm como paradigma a educação emancipatória baseada nos pressupostos de participação, responsabilidade compartilhada, autoestima e autonomia. O sentido é de ampliação da capacidade de tomar decisões responsáveis e, nesse processo, os indivíduos ampliam o controle sobre suas vidas no contexto de participação em grupo visando a transformação da realidade, tida como espaço social e político (Fonseca, Mattos, 2005).

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A Divisão Administrativa do município de Taubaté reúne 39 municípios. O presente estudo foi realizado num município do Vale do Paraíba Paulista, com população estimada em 158.864 mil habitantes, distribuídos numa área de unidade territorial de 729,998 km², o que resulta na densidade demográfica de 201,39 hab/km².

Como síntese do perfil socioeconômico e demográfico do município e Estado de São Paulo (Quadro 1), observa-se que este município não apresenta bons resultados em seus indicadores em comparação com a média do Estado de São Paulo.

Quadro 1 - Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico do município e Estado de São Paulo

Perfil socioeconômico e demográfico	Município do estudo	Estado de São Paulo
Densidade Demográfica	211,10 hab/km ²	171,92 hab/km ²
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População (2010/2014)	1,22%	0,87%
Grau de Urbanização	1,22%	0,87%
Índice de Envelhecimento	56,65%	64,32%
População com menos de 15 anos	20,87%	19,99%
População com 60 Anos ou mais	11,82%,	12,85%
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos ou mais	3.407,37/100 mil hab	3.507,81/100 mil hab
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	0,773	0,783
Renda per Capita	683,99 reais	853,75 reais
PIB per Capita	26.408 reais	33.593 reais
Participação dos Empregos Formais da Indústria no Total de Empregos Formais	36,23%	20,15%

Fonte: SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados).

Pessoas acometidas por UCP são atendidas em diferentes pontos da rede de atenção. No município há dezenove (19) Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família, totalizando vinte e uma (21) equipes com Saúde Bucal, três (03) Unidades Básicas de Saúde tradicionais, um (1) Centro de Especialidades Médicas (Atenção Secundária), um (01) Ambulatório de Fisioterapia (Atenção Secundária), um (01) Pronto Atendimento (Atenção Terciária), um (01) Pronto Socorro (Atenção Terciária) e uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Há uma Santa Casa de Misericórdia que atende alta complexidade.

3.4 PARTICIPANTES DOS ESTUDO

A escolha dos sujeitos considerou a importância destes como atores sociais com conhecimento sobre as questões que envolvem o cuidado de indivíduos com úlceras, potencialmente que possam contribuir com a LC, incluindo gestores e profissionais com pelo menos um ano de experiência de atuação no município:

- Coordenação da Atenção Básica;
- Enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município (Atenção Primária à Saúde);
- Médicos atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município (Atenção Primária à Saúde); e que desempenham o papel de preceptores;
- Enfermeira responsável pela assistência de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município (Atenção Secundária);
- Enfermeira responsável pela Atenção Domiciliar da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

O médico de especialidade vascular responsável pela assistência de indivíduos com úlceras crônicas de perna do município na Atenção Secundária foi convidado, porém não compareceu às oficinas, assim como o médico atuante na EMAD.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Mediante a autorização da Secretaria de Saúde Municipal (ANEXO A), os sujeitos da pesquisa foram convidados a participarem voluntariamente de quatro encontros subsequentes (Quadro 2), com duração de 4 horas cada, em datas que foram combinadas mediante o apoio e liberação do profissional em horário de serviço pela coordenação da Atenção Básica, envio de convite para cada local, *email* e contato telefônico estabelecido pela pesquisadora com todos os locais planejados neste estudo.

As oficinas aconteceram no Auditório da Prefeitura do município cenário do estudo, sob a articulação e pedido da coordenadora da Atenção Básica do Município e apoio da prefeitura, sediando o local. Foram disponibilizados recursos audiovisuais, *flip chart* e café. As oficinas foram gravadas.

Nos encontros, os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e material didático impresso contendo o planejamento e conteúdo teórico de cada oficina.

Previu-se a participação de 33 sujeitos de pesquisa no projeto inicial, com esperança de manutenção dos mesmos durante os quatro encontros. No entanto, no primeiro encontro contou-se com a participação de nove, sendo seis Enfermeiros que atuavam nas unidades de Saúde da Família do município, a Coordenação da Atenção Básica, a Enfermeira responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município - nomeado Centro Especializado Médico (CEM) e gerência de enfermagem e a Enfermeira responsável pela atenção domiciliar - nomeada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

A ausência dos demais profissionais previstos tem relação com o não aceite ao convite para participação por diferentes motivos: não interesse pela temática e dificuldade para comparecer às oficinas. A Secretaria Municipal da Saúde fez a convocação para os encontros subsequentes.

Os médicos participaram das duas últimas oficinas, considerando que a ausência do Enfermeiro e deste profissional no serviço de saúde seria prejudicial. Já os Enfermeiros, por possuírem maior envolvimento com o serviço de saúde como um todo e competência técnica na assistência das pessoas com UCP, participaram em todas.

Na segunda oficina participaram sete sujeitos no total, sendo enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, a Enfermeira responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município- nomeado Centro Especializado Médico (CEM) e gerência de enfermagem, e a Enfermeira responsável pela atenção domiciliar - nomeada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Nesta registra-se a ausência de uma enfermeira e da coordenadora da Atenção Básica. Para esta oficina a pesquisadora contou com a presença da orientadora do projeto em questão.

Na terceira oficina participaram onze sujeitos no total, sendo enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, a Enfermeira responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município- nomeado Centro Especializado Médico (CEM) e gerência de enfermagem, a Enfermeira responsável pela atenção domiciliar - nomeada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), e três médicos de Unidades de Saúde da Família. Nesta data registra-se a ausência dos demais médicos das Unidades de Saúde da Família, médico responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município - nomeado Centro Especializado Médico (CEM), médico da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a coordenadora da Atenção Básica. Para esta oficina a pesquisadora contou com uma monitora especializada em enfermagem em estomaterapia.

Na quarta oficina participaram treze sujeitos no total, sendo enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (Bela Vista, Araretama II, Triângulo, Feital, Triângulo e Santa Cecília), a Enfermeira responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município nomeado Centro Especializado Médico (CEM) e gerência de enfermagem, a Enfermeira responsável pela atenção domiciliar - nomeada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e quatro médicos de Unidades de Saúde da Família (Bela Vista, Triângulo e Santa Cecília). Nesta data registra-se a ausência dos demais médicos das Unidades de Saúde da Família, médico responsável pela atenção especializada de indivíduos com úlceras crônicas de perna do ambulatório do município - nomeado Centro Especializado Médico (CEM), médico da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a coordenadora da Atenção Básica. Nesta oficina a pesquisadora também contou com uma monitora especializada em enfermagem em estomaterapia.

As oficinas contaram com presença de monitora, estudante de graduação em enfermagem, previamente capacitada e responsável pela gravação, entrega de impressos, manutenção e organização do espaço, auxílio à pesquisadora e anotação em diário de bordo.

A pesquisa conferiu aos participantes riscos mínimos relacionados à interrupção do trabalho para a participação e em relação ao envolvimento e discussões presentes nas reuniões. A participação foi voluntária e nenhum participante quis interrompê-la. Para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, como se trata do conjunto dos participantes, cada um individualmente não foi identificado. O objeto do estudo tratou do cuidado de pessoas

acometidas por úlcera, no sentido de elaboração da Linha, e não houve constrangimento entre os participantes do grupo.

As oficinas gravadas em áudio foram posteriormente transcritas na íntegra e confeccionados relatórios descritivos das reuniões a partir de um diário de campo.

Segue Quadro 2, síntese do objetivo e justificativa de cada oficina:

Quadro 2 – Síntese do objetivo e justificativa das oficinas, 2016.

Oficina	Objetivo	Justificativa
Oficina 1	Problematizar em que medida a úlcera crônica de perna (UCP) é um problema e como ele se apresenta na Atenção Primária à Saúde, Secundária e Domiciliar; e a partir de um estudo de caso, identificar os itinerários percorridos pelo indivíduo com UCP na busca por serviços de saúde.	Serve ao pesquisador como exercício teórico e como registro de nível de compreensão e conhecimento do qual está partindo (Baldissera, 2001); Nesta etapa o pesquisador realiza a fundamentação teórica para contextualizar e fundamentar os problemas que foram identificados por meio da literatura (Mello et al., 2012).
Oficina 2	Retomar o estudo de caso da Oficina 1 e a partir dele discutir o processo de trabalho por meio de uma Matriz de Análise que responde aos questionamentos: a) O que realizam atualmente em seus serviços em relação à pessoa com UCP? b) O que poderia ser feito de melhor? c) Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP e; d) Por que buscar fazer de outra forma?	Serve à identificação de elementos presentes no processo de trabalho dos profissionais dos níveis de atenção primária, Secundária à saúde e atenção domiciliar;
Oficina 3	Apresentar aos participantes um fluxograma analisador sobre as percepções identificadas na Matriz de Análise/item “o que poderia ser feito” e discutir com o grupo um fluxograma em conjunto.	Serve à identificação dos elementos que compõem a LC como recursos e serviços assistenciais; e à necessidade de capacitação de profissionais de saúde acerca dos cuidados do indivíduo com úlcera crônica de perna.
Oficina 4	Apresentar aos participantes o fluxograma analisador “o que realizam atualmente em seus serviços” no intuito de identificar os nós críticos do processo de trabalho presente na atenção ao indivíduo com UCP e apresentar o fluxograma analisador “o que poderia ser feito” para discussão, oportunizando o fechamento do fluxograma da LC do indivíduo com UCP.	Serve à readequação do fluxograma da LC.

Em todas as oficinas existiu o planejamento de momento de capacitação assumido pela pesquisadora, com objetivo de discutir conceitos como UCP e LC e fomentar as discussões. Buscou-se em cada oficina desenvolver os pressupostos norteadores de participação e responsabilidade compartilhada.

A pesquisadora realizou avaliação dos resultados obtidos em cada etapa da pesquisa para posterior confecção dos relatórios.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Tomou-se o fluxograma analisador para a análise dos dados. Este é um instrumento que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo (Merhy, Onocko, 1997).

Os *como* traduzem o modo de operar o cotidiano da construção de um modelo de atenção em serviços concretos, os *que* revelam o que este modo de trabalho produz - os tipos de produtos e resultados ocasionados por meio deste modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço, e os *para que* mostram os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços (Merhy, Onocko, 1997).

O fluxograma é um diagrama usado com o objetivo de desenhar o “modo organização de um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em uma cadeia de produção”. (Merhy, Onocko, 1997).

Mediante análise das informações e discussões presentes nas oficinas, fazendo uso do fluxograma analisador à Luz da Integralidade, foi possível desenhar um fluxograma daquilo que se deseja em relação à atenção do indivíduo com UCP, e este possui os símbolos a seguir apresentados:

Indica Atividade ou Ação

Vale ressaltar que a atividade de construção do fluxograma é lúdica, motivando os trabalhadores à participação, processo que é reforçado pelas descobertas realizadas por cada um, na medida em que se constrói o fluxo e cada profissional vai se percebendo na “cadeia produtiva” da assistência à saúde dentro da sua Unidade. Revelações em torno do processo de trabalho, produzidas pela equipe, vão se apresentando à mesma como verdadeiras descobertas. Percebe-se de forma nítida no fluxograma construído, o usuário e seu caminho na busca da assistência (Franco, 2003).

3.7 ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (Número do Parecer: 1.319.065) e autorizado pela Gestão Municipal de Saúde do município cenário do estudo.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 OFICINA 1: PROBLEMATIZAÇÃO DA ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA (UCP) NOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Oficina 1 contou com nove participantes profissionais de saúde, atuantes na Atenção Primária e Secundária à Saúde no município em questão, e teve como objetivos: a) problematizar em que medida a úlcera crônica de perna (UCP) é um problema e como ele se apresenta na Atenção Primária e Secundária; b) a partir de um estudo de caso, identificar os itinerários percorridos pelo indivíduo com UCP na busca por serviços de saúde.

Inicialmente foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa, objetivo das oficinas, a entrega e leitura dos termos de consentimento e a apresentação individual dos participantes. Na apresentação dos participantes foi possível perceber a afinidade pelo assunto e a preocupação da problemática que envolve a assistência ao indivíduo com UCP, expressas como percepção:

- Sobrecarga de trabalho no serviço de Atenção Secundária devido à quantidade excessiva de pessoas com UCP;
- Vínculo estabelecido entre indivíduo com UCP e equipes de saúde;
- Vínculo estabelecido entre indivíduo com UCP e familiares e vizinhos;
- Dificuldade de sensibilização aos cuidados daqueles que possuem a UCP há tempo considerável;
- Possível dependência ao benefício social que o indivíduo com UCP adquire e teme perder ao presenciar o término do tratamento;
- Falta de recursos materiais básicos na APS;
- Presença centralizada de curativos específicos apenas na Atenção Secundária e Atenção Domiciliar;
- Necessidade de se estabelecer articulação entre Atenção Secundária e Atenção Primária à Saúde.

Neste momento de apresentação houve troca de informações sobre as experiências dos profissionais nos serviços de saúde. Lembraram que foi confeccionado um protocolo de

assistência dos indivíduos com úlceras crônicas e relataram dificuldades na sua utilização, como a não adesão por parte de alguns profissionais e a necessidade de retomada desta discussão, de atualização deste instrumento assistencial e de capacitação da rede para a sensibilização dos profissionais enfermeiros e médicos do município.

Na sequência, respondendo ao primeiro objetivo de problematizar em que medida a úlcera crônica de perna é um problema e como ele se apresenta na Atenção Primária e Secundária à Saúde. Foram realizados questionamentos direcionados aos participantes, como: “na percepção de vocês, o que é úlcera crônica de perna (UCP)?”, “quem são as pessoas com UCP?”, “existem dificuldades no processo de assistência da pessoa com UCP?”, “vocês consideram um problema nos seus locais de trabalho?”, “vocês recebem/acolhem muitos ou poucos indivíduos com UCP?”.

Nas falas apreendeu-se que os profissionais possuem conhecimentos gerais sobre o tema, que as pessoas com UCP procuram diretamente Atenção Secundária e que praticamente não chegam a procurar, por demanda espontânea, as unidades da Atenção Primária à Saúde.

Os profissionais da APS referiram não se sentirem sobrecarregados no trabalho por demanda e consideram ser possível acompanhar de maneira contínua a atenção da pessoa com UCP. Diferentemente, profissionais da Atenção Secundária relataram sofrer sobrecarga, mas ao mesmo tempo, veem como uma “impossibilidade” contra referenciar a pessoa com UCP para a APS, justificando que há insegurança quanto ao preparo que algumas equipes possuem no manejo destes casos.

Alguns integrantes do grupo da APS lembraram que além da questão do preparo das equipes, há o problema da falta de recursos materiais básicos, como gaze para curativo. Outros lembraram que pode ser uma questão de planejamento, em que os materiais devem ser solicitados em tempo para que não haja falta. Uma participante compartilhou com o grupo que utiliza um formulário específico, e que nele é realizado um pedido individual de material, diferente dos demais pedidos. Esta informação foi importante ao grupo como forma de equacionar a questão.

A problematização na oficina foi um momento de capacitação, com troca de conhecimentos e experiências entre os participantes. Os temas principais discutidos foram: conceitos sobre UCP, considerando a úlcera venosa, arterial mista e diabética e questões sobre

o panorama epidemiológico destes agravos, e conceitos sobre a LC e quais motivações justificam a sua elaboração.

Na discussão sobre a LC, uma participante representando a gestão municipal questionou sua participação no grupo por não ter conhecimento sobre o assunto (curativo). Foram apresentados argumentos pela pesquisadora quanto à importância de sua participação – em termos de gestão – no sentido de sensibilização quanto ao problema, autoridade no processo de validação, apoio na pactuação dos acordos, incluindo apoio administrativo.

Respondendo ao segundo objetivo de identificar os itinerários percorridos na busca por serviços de saúde, os participantes foram estimulados a elaborar um caso exemplar de pessoa com UCP a partir de suas memórias e experiências, que possuísse informações sobre gênero, etnia, grupo social, trabalho, rede familiar, direitos sociais supridos e caminho da pessoa na rede de atenção do município.

Os participantes foram divididos em dois grupos para discussão. Um grupo com profissionais da Atenção Primária e Secundária à Saúde e outro, profissionais da Atenção Primária à Saúde e Atenção Domiciliar. A gestora não se incluiu em nenhum grupo, mesmo após o convite da pesquisadora.

Foram produzidos os seguintes estudos de caso:

ESTUDO DE CASO 1

Homem Jovem, 24 anos, branco, DM, portador de Esquizofrenia. Mora com a mãe (cuidadora). Recebe benefícios sociais. O primeiro contato com a equipe de saúde foi por meio do PS Municipal devido à lesão nos pés que o levou a uma amputação. É acompanhado por endocrinologista, vascular e EMAD.

ESTUDO DE CASO 2

Mulher, 70 anos, parda, aposentada, obesa, tabagista. Mora com filha e o genro. A filha é acamada (Esclerose Múltipla). O cuidador de ambas é o genro. Mora em área de abrangência de uma equipe de ESF, é acompanhada por EMAD (devido à dificuldade de deambulação necessita de atendimento em domicílio e acesso a coberturas que a equipe de ESF não possui). Possui uma úlcera em cada MMII há 4 anos e lombalgia (interrogada). O cuidador realiza curativo diário com sulfadiazina de prata.

Os casos foram apresentados aos dois grupos, tendo sido intensa a discussão e troca de informações. Pontos principais foram identificados, além da percepção de que:

- Há desarticulação entre os profissionais da Atenção Secundária envolvidos no plano de cuidado. Exemplificando, o grupo relatou um caso ocorrido no cuidado de uma pessoa com DM que sofreu amputação, envolvendo o endocrinologista e vascular, em que não ocorreu a comunicação entre estes profissionais.
- Há necessidade de fortalecer ações de prevenção, tanto na Atenção Primária à Saúde quanto na Secundária, para evitar a ocorrência de UCP e suas complicações, como a amputação.
- As pessoas com UCP, quando chegam à Atenção Secundária, apresentam quadros de complicação, indicando necessidades de promover ações de prevenção, como a indicação de uso de calçado adequado, cuidados com a pele e outros.
- Não só o médico, mas o enfermeiro é um profissional que pode realizar ações de promoção da saúde e prevenção, realizando a avaliação e a identificação de sinais de risco para o desenvolvimento da UCP;
- É escasso, na rede municipal de saúde, o profissional de saúde que responde pela indicação de confecção de calçado especial para a pessoa que possui risco para o pé diabético. A pesquisadora informa que existe serviço de referência em reabilitação “Lucy Montoro” que atende estes casos.

A Oficina 1 foi finalizada com a escolha do caso 2, que representa uma situação corriqueira nos serviços de saúde da rede. Este foi retomado na oficina 2.

4.2 OFICINA 2: MATRIZ DE ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA DO INDIVÍDUO COM UCP NOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Oficina 2 contou com sete participantes profissionais de saúde (dois justificaram ausência), e teve como objetivo retomar o estudo de caso e, a partir dele, discutir o processo de trabalho por meio de uma Matriz de Análise.

Iniciou-se com avaliação da oficina anterior, questionando aos participantes qual seria a percepção acerca da assistência da pessoa com UCP. Segundo um profissional da Atenção Primária à Saúde, após a oficina pôde rever e constatar que há ocorrência de demanda espontânea de indivíduos com UCP, diferentemente do que acreditava na Oficina 1. Neste caso, foi possível encaminhar rapidamente a resolução do problema. Este foi um exemplo de atendimento interessante compartilhado com o grupo. Outra profissional da Atenção Primária à Saúde destacou que após a oficina pode identificar mais claramente características da UCP, ilustrando também em sua fala que compartilhou o aprendizado com uma auxiliar de enfermagem.

Foi retomada a divisão em dois grupos (os mesmos estabelecidos na Oficina 1), incentivando-os a discutir o caso e preencher uma Matriz de Análise (Figura 1) que respondesse aos questionamentos:

- a) O que realizam atualmente em seus serviços em relação à pessoa com UCP?
- b) O que poderia ser feito de melhor?
- c) Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP e;
- d) Por que buscar fazer de outra forma?

Figura 1 - Matriz de Análise.

Fonte: a autora.

A Matriz foi preenchida e organizada da seguinte maneira:

a) Atenção Primária à Saúde

O que realizam atualmente em seus serviços em relação à pessoa com UCP?	O que poderia ser feito de melhor?	Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP.	Por que buscar fazer de outra forma?
Consulta de Enfermagem (incluindo a avaliação e troca do curativo)	Necessidade de atendimento médico/enfermagem (ambos capacitados) para a devida avaliação dos indivíduos com UCP	Fortalecimento de vínculos com a equipe multiprofissional	Para ter mais autonomia para desenvolver ações
Fornecimento de materiais (básicos)	Necessidade de mais recursos materiais (gazes, luvas, soro, coberturas,	Padronização de curativos	Capacitar profissionais para melhor avaliação e tratamento de feridas

	monofilamentos para a avaliação de pés, aparelho doppler, máquina fotográfica, régua para mensuração de feridas		
Solicitação de exames laboratoriais	Necessidade de melhora de recursos humanos (auxiliares de enfermagem e de serviços gerais)	Disponibilidade de Doppler	Sem resposta
Avaliação diária de Enfermagem	Sem resposta	Capacitação de profissionais para descentralizar	Sem resposta
Prescrição de curativo (básicos)	Sem resposta	Atualização profissional	Sem resposta
Orientação do auxiliar de enfermagem sobre prescrição de enfermagem	Sem resposta	Reuniões mensais de profissionais para melhor interação/comunicação entre equipes de saúde	Sem resposta
Avaliação do médico da unidade	Sem resposta	Encaminhamento de indivíduos para confecção de sapatos adequados	Sem resposta
Encaminhamento ao especialista	Sem resposta	Otimização de registros de casos	Sem resposta
Envolvimento dos familiares e cuidadores	Sem resposta	Reuniões para discussões acerca dos planos terapêuticos dos indivíduos com UCP. Estas seriam mensais e com participação da Atenção Primária e Secundária à Saúde, e outros setores como Assistência Social.	Sem resposta

b) Atenção Secundária

O que realizam atualmente em seus serviços em relação à pessoa com UCP?	O que poderia ser feito de melhor?	Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP.	Por que buscar fazer de outra forma?
Consulta de Enfermagem (incluindo prescrição de curativos especiais)	Melhoria de recursos humanos (AE, serviços gerais, limpeza)	Contra referenciar de forma efetiva	Capacitar a equipe da Assistência Social para melhor resolutividade quando estes são envolvidos
Avaliação de Enfermagem (incluindo a avaliação e troca do curativo)	Distribuição de materiais de curativos	Pactuar redes de apoio/protocolos	Diminuir a demanda e assegurar acesso de saúde
Solicitação de exames complementares específicos (Doppler venoso)	Contra referência para a Atenção Primária à Saúde	Descentralizar materiais	Contra referenciar serviços
Fornecimento de curativos específicos	Capacitação das equipes de ESF para descentralização do serviço	Resolubilidade da Assistência Social	Sem resposta
Avaliação do especialista	Contratação de mais especialistas	Reuniões para discussões acerca dos planos terapêuticos das pessoas com UCP. Estas seriam mensais e com participação da Atenção Primária e Secundária à Saúde, e outros setores como Assistência Social.	Sem resposta
Encaminhamento para especialista	Otimização do tempo de consulta de enfermagem	Sem resposta	Sem resposta

c) Atenção Domiciliar

O que realizam atualmente em seus serviços em relação à pessoa com UCP?	O que poderia ser feito de melhor?	Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP.	Por que buscar fazer de outra forma?
Consulta de enfermagem	Adequação de transporte para pacientes e equipe de saúde	Sem resposta	Sem resposta
Fornecimento de curativos especiais	Fornecimento de computador para a unidade de saúde	Sem resposta	Sem resposta
Avaliação da ferida pelo enfermeiro	Adequação de recursos humanos	Sem resposta	Sem resposta
Educação de familiares	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
Acompanhamento semanal	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta

Em síntese, percebeu-se que a Atenção Primária realiza importantes ações voltadas para a assistência do indivíduo com UCP, como avaliação destes, troca dos curativos e encaminhamentos, contudo reforça as limitações já previamente colocadas na oficina anterior, como recursos materiais e humanos capacitados, assim como necessidade de tecnologias consideradas importantes, como conjunto de monofilamentos (para avaliação do risco para o desenvolvimento do pé diabético) e Doppler (para diagnóstico diferencial). Por fim, é reconhecida a importância de estabelecimento de parcerias com assistência social.

A Atenção Secundária estabelece ações voltadas para o indivíduo com UCP, possui maior autonomia por se perceber capacitada e contar com insumos e tecnologias, contudo reconhece limitações como sobrecarga de trabalho, importância de estabelecimento de ações como capacitação da rede para contrarreferenciar, contratação de mais especialistas e estabelecimento de parcerias com assistência social.

A Atenção Domiciliar pouco participou deste momento, não contribuindo com informações sobre “Como fazer/possíveis condutas para melhorar o atendimento à pessoa com UCP” e “Por que buscar fazer de outra forma”. Apresentou informações sobre ações voltadas para o indivíduo com UCP, não reconheceu limitações quanto a insumos e tecnologias. Contudo, afirmou a presença de limitações acerca de recursos humanos (afirmando equipe reduzida), transporte (afirmando um único carro de uso para toda a equipe) e computador (afirmando um único computador de uso para toda a equipe).

Durante a exploração da Matriz de análise, além das informações contidas nos *post it* e descritas nos quadros acima, outros pontos estiveram muito presentes nas falas dos participantes, como a percepção de que:

- Indivíduos com UCP em tratamento no serviço de Atenção Secundária e Atenção Domiciliar contam como facilitadores: curativos especiais, o preparo e sensibilidade da equipe que responde pelo tratamento e o transporte entre o domicílio e o serviço.
- A troca de informações ocorre entre alguns profissionais da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Secundária, e é mais fortalecida entre a Atenção Secundária e a Atenção Domiciliar devido à proximidade geográfica (um encontra-se de frente ao outro). Esta articulação ocorre de forma não oficializada ou pactuada, decorre de afinidade e pedido pessoal.
- Há precariedade nas condições de vida das pessoas com UCP e o processo saúde - doença é complexo. O cuidado em saúde destas pessoas não implica apenas no acesso à assistência prestada por profissionais e aos recursos para curativos.
- Há necessidade de aproximação, interlocução da área da saúde com a assistência social municipal.
- Algumas ações de assistência à pessoa com UCP podem e devem ser realizadas na Atenção Primária à Saúde de forma autônoma, sem depender da Atenção Secundária. Ao mesmo tempo reconhecem-se os escassos recursos que a Atenção Primária à Saúde tem recebido, com falta de recursos básicos, como gazes e soros para a realização de curativos, por exemplo.

Nesta segunda oficina, o momento mais específico de capacitação, as características e a classificação das úlceras crônicas foram apresentadas, além de instrumentos utilizados pela

enfermagem para avaliação das úlceras crônicas e os cuidados, considerando os curativos e incluindo as terapias compressivas.

Comentaram que há uma parte relevante de pessoas com UCP sendo assistidas na Atenção Secundária, mas que devido ao quadro e evolução, poderiam ser contrarreferenciadas à Atenção Primária à Saúde. Reconhece que não há contrarreferência à Atenção Primária, justificando a falta de preparo de parte dos profissionais e a inexistência de estabelecimento de fluxos pactuados.

A Oficina 2 foi finalizada com a avaliação, solicitando aos presentes que expressassem sua impressão sobre esta atividade por meio de uma única palavra, como resultado indicaram: aperfeiçoamento, aprendizado, troca, satisfação, descontração, conhecimento, motivação, expectativa de melhoria e desafio.

4.3 OFICINA 3: FLUXOGRAMA ANALISADOR – POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (PARTE I)

A Oficina 3 contou com 11 participantes profissionais de saúde, incluindo três profissionais médicos, todos da Atenção Primária à Saúde ainda não contemplados nas oficinas anteriores. Os objetivos foram apresentar aos participantes um fluxograma analisador sobre as percepções identificadas na Matriz de Análise/ítem “o que poderia ser feito”, e discutir com o grupo um fluxograma em conjunto.

Esta oficina foi iniciada com a retomada e apresentação aos participantes das informações acerca do projeto de pesquisa, objetivos e metodologia, assim como das atividades já realizadas nas oficinas anteriores.

Retomou-se o conceito da LC e foram apresentados os elementos que a compõem. Destacou-se a importância da participação do gestor no processo, reforçada por um dos integrantes do grupo, destacando que este é “indispensável” no que tange à questão de garantir efetivamente (em termos políticos e financeiros) a padronização de materiais e fluxos da LC. Apresentado anteriormente na introdução do projeto, o conceito e os elementos da LC podem

ser sinteticamente traduzidos em fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários, contendo as diversas tecnologias que devem ser acessadas por estes, assim como presença de entidades comunitárias e de assistência social para fortalecer não apenas a atenção de maneira multiprofissional, mas também intersetorial.

Discutiram-se aspectos específicos sobre o desenho de fluxogramas em saúde, do que tratam, como estes são estabelecidos e como são traduzidos por meio de seus símbolos, que em uma sequência lógica expressam de forma visual um processo de trabalho, neste caso, o processo de trabalho desejado na atenção do indivíduo com UCP.

Os participantes foram convidados ainda a responderem os questionamentos: Por que estamos aqui? É uma necessidade da prática? Por que as oficinas estão prevendo a participação de profissionais dos pontos de Atenção - Primária e Secundária?

Foi apresentado ao grupo um fluxograma construído a partir das informações contidas na Matriz de Análise (Figura 2). Os participantes foram divididos em dois grupos (os mesmos estabelecidos na Oficina 1 e 2), e com o fluxo impresso puderam discutir, alterando-o e complementando-o com as informações que achassem cabíveis.

Segue a síntese dos principais pontos discutidos no interior de cada grupo sobre o fluxograma:

O **Grupo 1** percebeu necessidade de identificação no fluxograma do ponto de entrada do indivíduo com UCP na LC mediante busca ativa na Atenção Primária, não só na chegada por demanda no serviço (por exemplo, a identificação na visita domiciliária). Os participantes destacaram que o domicílio é um importante espaço para conhecerem pessoas que apresentam a UCP, tal aspecto foi discutido amplamente pelos médicos e enfermeiros presentes. Como um exemplo, uma enfermeira contou que identificou a presença de uma UCP, condição desconhecida anteriormente, somente na condição da visita domiciliar acompanhada de uma Agente Comunitária, e que a partir disso estabeleceu um plano terapêutico. Um médico reforçou que a condição crônica que as pessoas apresentam é o “ponto de partida” para o reconhecimento da existência da UCP, e esta percepção ocorre em consulta no serviço ou em domicílio.

O Grupo 1, no fluxograma na Atenção Primária à saúde, seguiu o seguinte caminho: Recepção Pró-Ativa, seguida da observação das necessidades da pessoa com UCP em **acolhimento pela enfermagem**. Caso haja a identificação de gravidade, o médico é acionado

para avaliação conjunta, identificando necessidade de encaminhamento para um serviço de urgência (sepse, celulite e outras).

O Grupo 1 destaca ainda que a **avaliação de enfermagem** no acolhimento pode ser assumida pelo enfermeiro da equipe, que realiza a consulta de enfermagem na qual está incluída a **anamnese e o exame físico** da pessoa com UCP. A partir daí ocorre o questionamento da **presença de sinais e sintomas graves**, como descrito no fluxograma apresentado, avaliação do histórico em prontuário, avaliação da UCP e **solicitação de exames**, caso necessário.

Sobre a **solicitação de exames**, foi registrada uma forte discussão entre os participantes: um médico alertou que o exame complementar (sangue, por exemplo) não é imprescindível para o cuidado do indivíduo com UCP, devendo ser reforçado nas capacitações. Por outro lado, um enfermeiro discorda, afirmando que os exames deveriam ser solicitados o quanto antes e precisariam estar presentes no fluxograma antes da informação dos cuidados. O Grupo 1 discutiu que o exame ITB, realizado com doppler vascular, mediante capacitação, é um dos exames que poderiam estar presentes no nível de APS, fortalecendo este ponto da rede.

Terminam retomando a discussão sobre o **acolhimento realizado pela enfermagem**, considerando que este é um momento em que é possível realizar orientações de prevenção, identificação de risco para o desenvolvimento da UCP, e estabelecer um cronograma de consultas.

O **Grupo 2** chamou atenção ao ponto de ação **avaliação de riscos e vulnerabilidades**, do fluxograma, colocando que neste momento cabe avaliar as condições de vida do indivíduo, identificar condições de deslocamento deste até o serviço de saúde, considerar necessidade de apoio de transporte, identificar necessidade de encaminhamento para o serviço de assistência social, de reabilitação (calçado) e outros. Discutiu-se a possibilidade de realização de uma **Atenção Domiciliar** caso seja percebida a necessidade pela equipe da Atenção Primária. Dúvidas sobre a responsabilidade da Atenção Domiciliar foram apresentadas pelo grupo, que questionou quando e como este nível de atenção pode ser convidado e se este cobre todo o município, quando acionado pelos diferentes pontos da rede. A profissional da Atenção Domiciliar destacou que todas as vezes em que as Equipes de Saúde da Família identificam indivíduos com UCP em domicílio, o EMAD pode ser convidado a atuar de maneira a apoiar, porém ela própria destacou que isto não tem sido efetivo, uma vez que esta equipe enfrenta

dificuldades dada a sobrecarga de trabalho existente, e assim considerou que não realiza o trabalho de apoio às equipes de Atenção Primária e cobertura desejável.

Ao debaterem sobre o fluxo de atendimento na **Atenção Secundária**, discutiu-se a inexistência de necessidade de uma Recepção Pró-Ativa. A profissional deste ponto da rede considerou que o espaço de acolhimento para os indivíduos com UCP já está estabelecido e vem sendo assumido pela enfermagem. É reconhecido o fluxo pelos usuários, e por esse motivo não haveria necessidade de recepção nestes termos.

Alguns profissionais da Atenção Primária discordaram e defenderam que a Recepção Pró-Ativa precisaria estar presente num fluxo seguro, reconhecendo os indivíduos com UCP e realizando encaminhamento efetivo para a enfermagem. Consideraram também que na Atenção Secundária é imprescindível o estabelecimento de direcionamentos claros sobre os critérios, também de **alta** deste ponto da rede, e encaminhamento para a Atenção Primária. Foi defendida a necessidade do reencaminhamento da Atenção Secundária para a Atenção Primária à Saúde mediante **relatório** que esclareceria condutas necessárias neste ponto da rede, declarando prioritariamente a contrarreferência (ponto fortemente defendido pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde).

Neste momento da discussão, a participante da Atenção Secundária defendeu que para se reconduzir a pessoa com UCP para a Atenção Primária à Saúde é primordial que os profissionais estejam capacitados e que estes tenham os insumos para curativo. Esta também defendeu que no caso do reconhecimento pela equipe de Atenção Primária à Saúde sobre a não efetividade do plano terapêutico estabelecido, a pessoa com UCP deveria ser reencaminhada para a Atenção Secundária.

Um profissional médico defendeu que profissionais capacitados e seguros são reconhecidos pelos indivíduos com UCP e, por esse motivo, acredita que o vínculo entre este e a equipe é facilitado. Uma profissional da Atenção Domiciliar ponderou que o sentido do vínculo precisa ser sempre revisto, no sentido de que em algumas situações pode estar sendo confundido como dependência do usuário ao serviço de saúde em questão, e que o sentido é buscar autonomia deste para o cuidado, com apoio do serviço de saúde. Sua experiência de acompanhamento de pessoas acometidas por UCP mostra que alguns se negaram ao encaminhamento para outro ponto da rede. Lembra que esta relação de dependência pode ser

originada pelo interesse do usuário no benefício social que estes passam a recolher após encaminhamento da equipe de saúde da Atenção Secundária.

Antecedendo a apresentação de cada grupo sobre o que discutiram e acrescentaram ao fluxograma, houve momento de **capacitação**, realizada pela pesquisadora com o intuito prévio de fomentar a discussão do fluxograma.

Retomou-se o conceito UCP, as diferenças entre úlcera venosa e arterial, análise sobre os testes diagnósticos, classificação CEAP e classificação do pé diabético. Foi apresentada a terapia compressiva e tipos de desbridamento como ações presentes no processo de tratamento da pessoa com UCP, e que poderiam estar estabelecidas também no nível de Atenção Primária à Saúde. Os presentes destacaram que seriam ações importantes e que deveriam estar presentes na Atenção Primária à Saúde, pois conferiria autonomia para este ponto da rede e também seria determinante no acesso aos usuários.

Seguido da capacitação, os grupos apresentaram suas discussões em plenária, apresentados como síntese abaixo.

O grupo 1 destacou a importância da **Recepção pró-ativa** na Atenção Primária, que realizaria encaminhamento resolutivo para a equipe de enfermagem. Esta avalia o histórico em prontuário, responde pela **avaliação da UCP, pela realização da anamnese e solicitação de exames** (mediante protocolo).

Após a avaliação do indivíduo com UCP pela enfermagem, este deveria ser encaminhado ao médico e, juntos, avaliariam **presença de sinais, sintoma e gravidade da lesão**. Seguiria com a avaliação do caso com o ACS (avaliação multiprofissional) sobre **risco e vulnerabilidade social** – condições de vida (por exemplo, considerando o ambiente da casa, a relação familiar e presença de etilismo) e que interferem no cuidado.

Na sequência, ocorrem os **cuidados**, que contemplam a troca do curativo, seguem técnica e norma e são assumidos pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem e desbridamento, quando indicado, e realizado pelo profissional enfermeiro ou médico da equipe. Como próximo ponto do fluxograma considerou-se a elaboração do **PTS** para se planejar questões sobre o local onde serão confeccionados os curativos, na unidade ou em domicílio, se haverá encaminhamento para outros profissionais da rede como nutricionista, psicólogo e outras questões que a equipe julgar pertinente.

Discutiram que o PTS é dinâmico e que pode mudar com o tempo, podendo ser elaborado em reunião de equipe, onde são delineados os encaminhamentos e identificados os responsáveis.

Uma enfermeira da APS relatou que está realizando um **desbridamento mecânico** neste nível de assistência porque se percebe segura. Destaca que há necessidade de se oficializar em protocolo e fomentar processos de capacitação para que os demais colegas também assumam a avaliação da UCP e a realização deste tipo de procedimento, por exemplo, já que percebe que trata-se de uma prática que fortalece a autonomia da APS.

Atenção Secundária: o grupo manteve a sequência do fluxo apresentado pela pesquisadora, considerando a importância em se manter a Recepção Pró-Ativa, debatida anteriormente. Neste momento, uma médica da APS considerou que a ausência do profissional médico vascular, que responde pela atenção ao indivíduo com UCP, possivelmente pode ter sido o motivo da pouca discussão sobre o fluxograma da Atenção Secundária.

Atenção Domiciliar: o grupo manteve a sequência do fluxo apresentado pela pesquisadora. Reforçaram que este serviço na rede é uma porta de entrada do sistema de saúde, recebendo o encaminhamento da Atenção Primária e Secundária à Saúde. Não vê necessidade de **Recepção Pró-Ativa** no fluxograma neste ponto da rede. Reforçaram a forte participação das famílias na elaboração do **cronograma de consultas**.

Concluindo a apresentação sobre as considerações do fluxo, o Grupo 1 expôs a importância, ao indivíduo com UCP, do acesso à informação, e que a inexistência de um prontuário único ou documento oficial, que formalize a articulação das informações, dificulta a assistência. Ainda, ressaltou que cada nível de atenção possui o seu prontuário e que de forma não oficial, a Atenção Secundária e a Atenção Domiciliar solicitam cópia do prontuário quando pertinente. A pesquisadora retomou pedido de elaboração de uma ficha única com informações sobre a atenção do indivíduo com UCP e que fosse confeccionado pelos participantes. Uma enfermeira da APS pediu aos colegas que retomassem o protocolo confeccionado no passado. Também sugeriu a organização de uma comissão de profissionais que assumiria futura discussão sobre a atenção ao indivíduo com UCP.

O **Grupo 2** realizou contribuições para o fluxograma, que seguem:

Considerou, num primeiro momento, a não necessidade de **Recepção Pró-Ativa** porque não há problemas no caminho por dentro do ambulatório. Contudo, após provocação da pesquisadora, elencou que seria interessante uma recepção pró-ativa antes do encaminhamento para a enfermagem, e que a recepção realizaria alguns questionamentos como: quem é pessoa, se a mesma possui cadastro, se já realiza tratamento em algum local, separaria prontuário e encaminharia para a enfermagem com tais informações já colhidas.

A entrada do indivíduo com UCP no serviço se dá mediante **busca ativa** ou **visita domiciliar**, assumida por todos os profissionais da equipe. Na sequência, os membros do grupo 2 defenderam a realização da **anamnese e exame físico** pela enfermagem, que avalia os membros inferiores do indivíduo com UCP, como presença de edema (classe 1, 2 e 3), e no caso de identificação de risco para o desenvolvimento da UCP, o indivíduo com UCP receberia orientações de prevenção e existiria a elaboração de cronograma de consultas de enfermagem e médicas.

Segue a **avaliação do histórico em prontuário**, no qual se consideram as informações presentes no protocolo e então a ação da **avaliação da UCP**, considerando o teste diagnóstico ITB.

De acordo com o protocolo, segue a **avaliação da UCP**, tendo recurso para o diagnóstico detalhado e, na sequência, a ação de **solicitação de exames** com o objetivo de investigar DM ou outras informações pertinentes e exames como glicemia, hemoglobina glicada, hemograma, triglicérides e colesterol total.

A partir da avaliação multiprofissional, o Grupo considerou o **PTS** desde o momento de discussão conjunta, com a definição de responsabilidades até a elaboração de **cronograma de consultas**. A partir deste ponto não seriam, as situações, de competência da Atenção Primária à Saúde.

Em caso de infecção refratária e piora do quadro, considerou-se encaminhamento para Atenção Secundária, conforme as condições físicas e de transporte ou encaminhamento para EMAD para aqueles que precisam da assistência em domicílio. Uma vez estabelecido o tratamento na Atenção Secundária, a pessoa com UCP retornaria para a Atenção Primária à Saúde, que assumiria a sequência do tratamento. Na LC discutiu-se que as UBS precisam ter os insumos para a realização dos curativos.

A profissional da Atenção Secundária relatou que a contrarreferência do indivíduo com UCP para a APS não tem sido realizada, justificando não haver pessoal capacitado, e ainda expôs que existem pessoas com UCP em tratamento com ela que se recusam dar sequência ao tratamento em outro local. A Atenção Domiciliar, neste momento, apontou que considera a presença de recursos materiais e humanos na Atenção Secundária, aspectos que podem contribuir para a adesão ao tratamento dos indivíduos com UCP nestes serviços.

A Atenção Secundária argumenta que o local físico do ambulatório é um ponto facilitador de acessibilidade, com rede de transporte local, próximo ao centro da cidade.

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde concordam, mas lembram que no passado a imunização era oferecida apenas em uma localidade, mas que hoje é ampla a sua oferta nos serviços, oferecendo boa cobertura.

Todos concordam que é necessária a contrarreferência do usuário pela atenção secundária, considerada uma **interconsulta**, dado que estes retornam à Atenção Primária sem informações, reafirmando a ocorrência de fragmentação da assistência. A médica reconhece que o documento oficial é importante na “negociação”, reforçando a necessidade do tratamento, que é de responsabilidade de todos os pontos da rede. Outra médica afirmou que existe a necessidade de um impresso oficial, “mais prático”, dado que muitos colegas frequentemente não preenchem o modelo atual.

Uma enfermeira da Atenção Primária à Saúde lembra que no protocolo desenvolvido no ano anterior existe modelo de anotação de contrarreferência, mas uma profissional da Atenção Secundária sustenta que efetivamente não está sendo implantado pela gestão local. Sobre a ação do desbridamento no momento **cuidados** do fluxograma, uma enfermeira afirmou que vem realizando este procedimento na Atenção Primária à Saúde.

Os pontos levantados pelos participantes em relação ao fluxograma deram origem a ajustes realizados pela pesquisadora e apresentados na Oficina 4.

4.4 OFICINA 4: FLUXOGRAMA ANALISADOR – POSSIBILIDADES DE DIREÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (PARTE II)

A Oficina 4 teve como objetivo apresentar aos participantes o fluxograma analisador “o que realizam atualmente em seus serviços”, no intuito de identificar os nós críticos do processo de trabalho presentes na atenção do indivíduo com UCP e apresentar o fluxograma analisador “o que poderia ser feito” para discussão, oportunizando o fechamento do fluxograma da LC do indivíduo com UCP.

Esta oficina contou com 13 participantes profissionais de saúde, incluindo dois residentes de Medicina de Família e Comunidade, que na ocasião acompanhavam os médicos preceptores e participantes da pesquisa.

A pesquisadora abriu a última oficina agradecendo aos participantes e se colocando à disposição para as futuras ações que a LC poderia demandar, como a capacitação e atualização de protocolo. Explicou que os conceitos desbridamento e prevenção seriam abordados naquele encontro, já que a mesma havia percebido que se tratavam de assuntos que estiveram presentes na oficina anterior, e nesta, então, se fazia importante tal discussão.

Antecedendo a elucidação da imagem do fluxograma analisador foi discutido que este era um importante instrumento que possibilitaria a tradução do processo de trabalho dos participantes na área, e que olhar para o que se tem realizado na atualidade, com debates sobre o que é produzido como desejável, era forma de se confirmar o fluxograma da LC. A pesquisadora explicou que fluxograma analisador é um instrumento de análise dos “para que”, dos “que” e dos “como” nos processos de trabalho na área de atenção à saúde os indivíduos com UCP. O fluxograma analisador da APS teve a seguinte composição:

Figura 3 - Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Primária à Saúde

Fonte: a autora.

O fluxograma analisador, que traduz o processo de trabalho na atualidade na Atenção Primária, tomou como base todas as informações discutidas até o momento. Assim, primeiramente, discutiu-se que o indivíduo com UCP na Atenção Primária busca pela assistência nesse espaço mediante procura, ou por meio da visita domiciliar, na qual existe o reconhecimento da sua necessidade.

Discutiu-se que na Atenção Primária existe a avaliação de enfermagem, que tem o objetivo de realizar anamnese e exame físico do indivíduo com UCP e, após este momento, o indivíduo recebe os cuidados específicos de enfermagem. Na Atenção Primária existe a prescrição de curativos básicos, realizada pelo enfermeiro da equipe, e oferta destes para os usuários. No processo do “como”, reconhecem-se as limitações já apresentadas desde a oficina 1, como falta de insumos e capacitação para um melhor preparo e autonomia do profissional.

Na Atenção Primária existe a avaliação do médico e, para que esta avaliação ocorra, cabe definir claramente critérios para a ação de convite da enfermagem para o médico da equipe, alertando para questões que precisam ser definidas. Além disso, foi constatado que as competências e responsabilidades dos profissionais nesta área e neste ponto da assistência se encontravam confusas. O médico, por sua vez, encaminha para o especialista se necessário, e reconhece a necessidade da contrarreferência.

Neste momento os participantes foram convidados a responder os seguintes questionamentos: Está faltando algo neste fluxograma? As ações assumidas pela equipe de Atenção Primária superam estas apresentadas? É possível identificar se o acesso do indivíduo com UCP na atenção primária é facilitado ou dificultado? No processo de trabalho realizado atualmente existem outras falhas fora as apresentadas até aqui, ou questões que precisam ser melhoradas e ainda não discutimos?

Os participantes atuantes da Atenção Primária consideraram que as oficinas anteriores esgotaram o que percebem sobre procedimentos que realizam e onde querem chegar, apontaram que consideram o acesso facilitado, uma vez que contam com as Visitas Domiciliares, e que estas ampliam o acesso ao tratamento, e que são primordiais a capacitação do pessoal, o acesso a insumos e o diagnóstico diferencial.

As enfermeiras da Atenção Domiciliar e da Atenção Secundária reforçaram que caberia, no futuro, a discussão do fluxo prevendo a participação dos outros pontos da rede não presentes e não previstos no projeto, além da capacitação de todos os profissionais envolvidos nesta área, uma vez que é recorrente a situação do desconhecimento sobre coberturas pelos profissionais da atenção hospitalar.

Por fim, uma enfermeira da Atenção Primária relatou que ela também se reconhecia como alguém que desconhece questões específicas sobre as coberturas, interações esperadas destas com as UCP, e que este assunto foi possível de ser apreendido na oficina 2, declarando a importância de um processo de capacitação.

Após a discussão do fluxograma analisador referente ao processo de trabalho na Atenção Primária, a pesquisadora apresentou o fluxograma correspondente à Atenção Secundária:

Figura 4 - Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Secundária

Fonte: a autora.

Ao apresentar pontos do fluxograma que representavam o trabalho na atualidade na Atenção Secundária, a pesquisadora convidou os participantes a responderem se neste identificavam falhas, informações suprimidas e se consideravam o serviço resolutivo. A pesquisadora questionou ainda se os participantes consideravam que a Atenção Secundária poderia participar de processos de capacitação, buscando dialogar com os demais pontos da rede.

Neste momento existiu a participação de um residente dividindo experiência de atuação em um município do Estado de São Paulo no Programa Melhor em Casa, onde a maioria das pessoas com UCP encaminhadas para internação hospitalar, ao receberem alta, demonstrava piora do quadro, conforme percebido pela Atenção Primária: “todos os pontos de rede precisam desse conhecimento”.

A profissional da Atenção Domiciliar afirmou que enfrenta o mesmo problema na atualidade, e ainda que a instituição hospitalar da rede municipal não vem autorizando a entrada dos insumos já utilizados pela pessoa com UCP e prescritos pela Atenção Domiciliar, assim, após alta do indivíduo do hospital, também reconhece piora do quadro.

Neste momento a pesquisadora declarou a limitação do projeto e reforçou que o grupo que poderá se formar para continuidade da discussão poderá, no futuro, buscar por articulação com os demais pontos da rede.

Por fim, um médico da Atenção Primária reforçou que percebe que a APS precisa se fortalecer e, para tal, a Atenção Secundária é o ponto da rede principal que pode contribuir com a capacitação e discussão das competências nessa área. Este profissional sustentou também que “é triste perceber que quando encaminhamos para a Atenção Secundária, o profissional de lá não faz nada além daquilo que você já fez”.

Na sequência, a pesquisadora apresentou o fluxograma analisador correspondente à Atenção Domiciliar:

Figura 5 - Fluxograma Analisador – o processo de trabalho na atualidade da Atenção Domiciliar

Fonte: a autora.

A pesquisadora abordou os pontos do fluxograma analisador (Figura 6) e questionou aos participantes se existem falhas no processo de trabalho apresentado na imagem. A enfermeira da Atenção Domiciliar argumentou que até o momento ainda não havia visualizado que enfrenta dificuldade no processo de internação da pessoa com UCP. Apontou ainda que a equipe da Atenção Domiciliar, quando identifica necessidade de internação, mesmo mediante encaminhamento formal do médico desta equipe, a tem recusada, e então percebe queda do quadro geral do indivíduo encaminhado, e apenas após agravamento do quadro e novo encaminhamento a internação ocorre. Esta mesma profissional também identificou que quando

o indivíduo com UCP é internado, a equipe de AD perde o contato e não pode dar continuidade ao tratamento proposto. Ela afirma que a equipe hospitalar alega não possuir pessoal de enfermagem capacitado para assumir a troca do curativo, desbridamento e demais necessidades que o indivíduo com UCP pode apresentar.

Neste momento um médico da Atenção Primária concordou e relatou que não percebe integração entre os pontos da rede. Relatou também que possui atuação na APS e em diferentes setores de uma unidade Hospitalar, onde reconhece importante diferença entre equipe capacitada e equipe não capacitada, que aliada à condição de equipe reduzida determina a piora do quadro da pessoa com UCP na atenção hospitalar. Ainda, expôs que na atenção do indivíduo com UCP é essencial atuação profissional que possa responder pelo monitoramento da continuidade da assistência. Este mesmo profissional argumentou também que não considera que os serviços de Atenção Secundária precisam de mais profissionais especializados, e que em relação à atenção ao indivíduo com UCP é importante capacitar a Atenção Primária e a Hospitalar.

Por fim, uma enfermeira da APS relatou que os profissionais da saúde, de uma maneira geral, precisam reconhecer os seus papéis nos pontos da rede, no sentido do cuidado com estes.

No segundo momento da Oficina 4 teve-se a apresentação do **fluxograma analisador “o que poderia ser feito”** (Figura 6) para discussão, oportunizando o fechamento do fluxograma da LC do indivíduo com UCP.

Cada ponto do fluxograma referente ao nível de Atenção Primária foi apresentado pela pesquisadora e acordados com os participantes:

- Manteve-se Recepção Pró-Ativa primordial como primeiro contato para o fluxo seguro a ser estabelecido para o indivíduo com UCP;
- Inclui-se no fluxograma a possibilidade de itinerário para o indivíduo que possui o risco para o desenvolvimento da UCP. Este, em consulta de enfermagem, receberia orientações sobre prevenção e encaminhamento para o profissional médico da equipe caso haja necessidade. Anteriormente o fluxograma considerava apenas o indivíduo que já apresentava a UCP desenvolvida;
- Alterou-se a sequência proposta anteriormente;

- Incluiu-se o diagnóstico diferencial (no ponto de ação avaliação), coberturas e desbridamento mecânico (ambos no ponto de ação cuidados).

A pesquisadora, ao apresentar o fluxograma, enfatizou que algumas questões precisavam estar decididas e discutidas de forma mais clara, como é o caso do encaminhamento ao serviço de urgência e emergência pelo profissional enfermeiro previamente capacitado. Neste momento um profissional médico relatou acreditar que essa questão é primordial no fluxograma e que trata de competência de enfermagem ou médica (a depender do profissional presente). Destacou que o diagnóstico correto da lesão é essencial e deve ser assumido pela enfermagem por ser o primeiro contato em qualquer serviço de saúde e comentou que já presenciou sepse em indivíduo com UCP que não havia sido identificada, assim como um caso de erisipela grave não identificada e de diagnóstico tardio em que a intubação foi indicada.

- Assim, inclui-se no fluxograma o encaminhamento para serviço de urgência e emergência mediante avaliação de enfermeiro ou médico da equipe.

A pesquisadora questionou os participantes sobre o momento de avaliação multiprofissional, quais seriam os profissionais que poderiam ser convidados e por qual motivo. Os participantes citaram a importância de profissionais endocrinologistas e nutricionistas (os quais não fazem parte da rede na atualidade), de equipe NASF ou presentes na atenção ambulatorial especializada, no caso de insucesso da equipe de saúde da família na orientação sobre mudança de hábitos de vida e perda de peso do indivíduo com DM; psicólogo no caso de insucesso da equipe de saúde da família na sensibilização sobre os cuidados e importância da cicatrização da úlcera; assistência social no caso de identificação pela equipe saúde da família sobre determinantes sociais e necessidade de benefício social; profissional fisioterapeuta ou centro de reabilitação na necessidade identificada de palmilha e calçado específico.

Discutindo sobre as coberturas dos curativos que a APS conta na atualidade e quais seriam as indicadas, os participantes indicaram AGE, kolagenase, sulfadiazina de prata, calêndula e babosa. Consideraram a importância e disponibilidade de material de absorção de exsudato, tratamento de infecção e desbridamento, como é o caso de curativo de alginato de cálcio e sódio, hidrofibra, espuma de poliuretano, hidrogel e impregnados com prata. E em algumas situações fornecem prescrição médica de produto manipulado para compra, como é o

caso da papáina. Em relação à terapia compressiva, o grupo considerou que este recurso poderia ser mantido no nível de Atenção Secundária.

A profissional da Atenção Secundária relatou que considera que apenas coberturas que não necessitam de critérios de utilização específicos podem estar presentes nesse nível, como é o caso do hidrogel, e que ao se iniciar o tratamento e não ocorrer identificação de melhora do indivíduo com UCP, este deve ser referenciado ao serviço de Atenção Secundária, onde acessará avaliação e outras coberturas.

Nos casos de insucesso do PTS proposto pela APS, entendido como não resposta ao tratamento, casos graves como os de ulcerações extensas, profundas, com risco de infecção grave, infecção refratária ou piora do quadro, devem ser encaminhados para atenção especializada.

Cada ponto do fluxograma referente ao nível de Atenção Secundária foi apresentado pela pesquisadora e acordado com os participantes:

- Manteve-se acesso à terapia compressiva exclusivamente neste espaço, assim como exames de imagem para complementação de diagnóstico mediante prescrição com especialista médico vascular e ortopedista em caso de osteomielite.

Antecedendo a discussão do fluxograma da Atenção Domiciliar, a profissional da Atenção Secundária indagou que, na medida em que a APS passe a realizar ações que atualmente são do âmbito da primeira, esvaziaria suas ações na Atenção Secundária. Um médico da APS contrapôs esta ideia, argumentando que ainda assim a Atenção Secundária tem a competência específica, e que a organização das ações nos pontos da rede, poderia criar condições para melhoria do acesso do indivíduo com UCP.

Na sequência, cada ponto do fluxograma referente ao nível de Atenção Domiciliar foi apresentado pela pesquisadora e acordado com os participantes:

- A enfermeira relatou que pouco havia alterado o fluxograma na oficina anterior, pois ainda estava com pouco domínio sobre este instrumento, o que sugeria itinerário semelhante ao desenvolvido pela equipe de atenção primária;

- Exclusão do ponto Recepção Pró-Ativa por não se tratar de ponto da rede porta aberta, então haveria de se desconsiderar o usuário que busca pelo serviço, ou seja, o mesmo tem acesso ao serviço apenas mediante a solicitação da APS;
- Neste nível ela considera que poderia ter a possibilidade do diagnóstico diferencial realizado pela enfermeira previamente capacitada;
- E terapia compressiva após a indicação do profissional médico vascular da Atenção Secundária.

Finalizando esta oficina, oportunizou-se um momento de capacitação com o intuito de fomentar a discussão do fluxograma. Foram discutidos conceitos sobre desbridamento e cuidados preventivos.

Ilustrando casos por meio de fotos, houveram questionamentos e relatos dos participantes sobre:

- Qual o momento do desbridamento, qual seria o método e local adequados para o desbridamento e aspectos sobre a dor;
- Associação de cobertura no tratamento da UCP dos indivíduos, havendo a possibilidade de se discutir a melhor indicação;
- Dúvidas sobre preenchimento de espaço morto em úlceras cavitárias e uso de coberturas com prata na composição para o tratamento da lesão com infecção local;
- Como prevenir ou tratar borda peri-lesional macerada.

Vale ressaltar um relato que chamou a atenção. Um médico de APS expôs a percepção de que considera que o profissional médico especialista é mais ouvido pelos indivíduos com UCP em comparação com os da APS, afirma que acredita ser uma questão cultural explicada ao se retomar o processo histórico da saúde no nosso país. Um segundo médico, também da APS, discordou, afirmando que nota que indivíduos com UCP, após avaliação de especialistas na Atenção Secundária, o consultam antes de iniciarem o tratamento proposto. Ele afirmou que considera o vínculo que se estabelece na APS forte, e que este ocorre independentemente do acesso às tecnologias.

Por fim, houve momento de avaliação, que tinha como objetivo levantar a opinião dos participantes acerca das quatro oficinas realizadas. Os participantes receberam uma ficha que continha os seguintes itens a serem avaliados: a) clareza/facilidade de compreensão dos objetivos e finalidade dos encontros; b) clareza/facilidade de compreensão dos conteúdos; c) em relação às minhas expectativas, os encontros foram...; d) minha motivação para participar dos encontros foi...; e) os conteúdos desenvolvidos foram...; f) os esclarecimentos às dúvidas do grupo foram...; g) contribuição para o meu crescimento profissional; h) contribuição para a melhora da qualidade de saúde da população que atendo; i) utilidade para o dia a dia de trabalho; j) a carga horária em relação ao objetivo dos encontros; e k) qualidade do material didático. Para cada item apresentado o participante registrava com um “x” uma expressão facial (carinha/smile) que representava a sua percepção: sorrindo representando satisfação, uma face neutra de expressão, indicando satisfação moderada e uma face triste representando insatisfação. Dez participantes desta oficina responderam: dois participantes apresentaram satisfação moderada para o item “carga horária em relação ao objetivo dos encontros” e satisfação nos demais itens. Uma participação apresentou satisfação moderada para os itens “a”, “b”, “d” e “f”. Os demais apresentaram satisfação para todos os itens da ficha de avaliação.

Figura 6 - Fluxograma Analisador – possibilidades de direção do processo de trabalho (após contribuição dos participantes)

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO FLUXOGRAMA DA LC

No fluxograma tem-se a representação gráfica do processo de trabalho dos profissionais de saúde, onde estão descritos os elementos inter-relacionados presentes nos pontos da rede de atenção à saúde no município do estudo, relativos à saúde do indivíduo com UCP.

O fluxograma produzido foi composto por três pontos da rede de atenção em saúde, sendo que o indivíduo com UCP pode entrar por qualquer um deles. A entrada pode se dar pela Unidade Básica de Saúde (primeiro ponto da rede), neste caso, pela Unidade de Saúde da Família (USF), eventualmente pelas Unidades de Urgência e Emergência (não discutidas neste estudo) ou pela Atenção Especializada Ambulatorial – descrita como Atenção Secundária (segundo ponto da rede). A Atenção Domiciliar, embora seja um serviço da Atenção Primária, foi destacada como o terceiro ponto da rede.

A seguir serão discutidos os elementos presentes no fluxograma da LC do indivíduo com UCP.

Conforme apresentado nos resultados do estudo, durante a realização das oficinas, ficou claro que há demanda por cuidado de indivíduos com UCP nos diferentes pontos da rede e que todos os profissionais, nestes diferentes pontos, devem estar atentos a uma avaliação das complicações e intercorrências dos indivíduos com UCP. Quando a entrada é pela APS e esta não tem condições de assumir integralmente o cuidado, o indivíduo deve ser encaminhado à Atenção Secundária. A Atenção Terciária seria acionada, tanto pela APS quanto pela Secundária, conforme necessidade. A ideia é que haja contrarreferência para atenção especializada ambulatorial ou atenção primária.

O primeiro aspecto de destaque na LC a ser discutido, presente no ponto da APS, diz respeito ao acolhimento. Realizado por todos os trabalhadores em diferentes momentos, não deveria ser entendido como um ‘local’ ou serviço, não se limitando ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências (Brasil, 2008a). O acolhimento é importante porque contribui potencialmente para a ampliação do acesso aos serviços de saúde

de uma rede municipal e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades do indivíduo com UCP.

Nos serviços de APS, o acolhimento se inicia na chegada à recepção pelo usuário ou quando este chega e é reconhecido por alguém da equipe de saúde. A recepção é um dos pontos prioritários, e o acolhimento deve ser qualificado. A Recepção pró-ativa, presente nos três pontos do fluxograma, é entendida como aquela que orienta o fluxo do indivíduo no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade, com presença de dor ou sofrimento do usuário (Brasil, 2008a). E neste caso, é reconhecida como um importante elemento da LC, sendo composta por profissionais atentos e capacitados de acordo com a sua competência para as questões de saúde do indivíduo com UCP.

O enfermeiro teve destaque na LC, apresentou relevância na resposta pela avaliação do indivíduo com UCP na APS e nos demais pontos de uma rede de atenção em saúde, em comparação aos demais membros da equipe. Este é um profissional que desempenha trabalho relevante na área de feridas, uma vez que tem maior contato com indivíduos nesta condição em comparação com os demais de uma equipe de saúde, sendo ele que acompanha sua evolução, orienta e executa o curativo, bem como detém domínio da técnica, em virtude de ter, na sua formação, componentes curriculares voltados para esta prática (Silva, Figueiredo, Meireles, 2007).

Ele avalia a presença de sinais e sintomas mais graves de complicações da UCP e realiza o encaminhamento necessário para o serviço de urgência e emergência. Quando o indivíduo não apresenta UCP grave, segue com acompanhamento na USF, com o enfermeiro aprofundando a anamnese e o exame físico. E se este se encontra em outro ponto do fluxograma, também ocorre o seguimento. É desejável que o enfermeiro tenha competência para reconhecer o tipo de UCP, a fisiopatologia, a patogênese desta e fazer uso correto de tecnologias que auxiliam na avaliação - como o conjunto de monofilamentos e o teste diagnóstico (ITB) - e também, avaliar a indicação de cobertura e tratamento tópico (incluindo a terapia compressiva no caso de úlcera venosa), necessidade de indicação de uso de antibiótico, realizar limpeza e desbridamento (incluindo autolítico, enzimático e cirúrgico).

Sobre a atuação do enfermeiro, cabe lembrar que a legislação relativa ao seu exercício, no artigo 8º do decreto 94406, de 1987, faculta como atividade privativa a consulta e a

prescrição de enfermagem e, como integrante de uma equipe de saúde, a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; e a participação em programas e atividades de educação sanitária, visando a melhoria da saúde do indivíduo, família e da população em geral.

Acrescentando, há outros documentos legais que tratam do papel do enfermeiro na área de feridas, como: a) Resolução COFEN Nº 0501/2015, que regulamenta a Competência da Equipe de enfermagem no cuidado às Feridas; b) Parecer COREN-SP 002/2015 – CT Processo Nº 5334/2014, que trata da prescrição de coberturas para tratamento de feridas por Enfermeiro; c) Parecer COREN-SP CAT Nº 013/2009, que trata do desbridamento pelo Enfermeiro; d) Parecer COREN-SP CAT Nº 019/2010, que trata do doppler para a avaliação de Feridas; e) Parecer COREN - SP 007/2013 – CT PRCI Nº 100.083, que trata da competência para confecção de curativo Bota de Unna e f) Norma Técnica que Regulamenta a competência da Equipe de Enfermagem no Cuidado às feridas. Cabe comentar que estes materiais, de maneira geral, não fazem referência aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde e não são, por si só, suficientes para prever autonomia do enfermeiro nas instituições. Considera-se necessário promover o interesse e a valorização da atuação do enfermeiro neste cuidado. Como dispositivos de incentivo, é importante fomentar processos de capacitação profissional e envolvê-los nas discussões e elaboração dos protocolos clínicos e na implementação da LC

Vale ressaltar que na APS são atribuídos ao enfermeiro: responsabilidade, autoridade e autonomia para desenvolver diferentes atividades, entre elas a coordenação e gerenciamento, consulta de enfermagem e atividades educativas. Desse modo, o enfermeiro na APS tem um importante papel na medida em que participa da equipe multiprofissional atuando como agente facilitador de comunicação e promovendo a continuidade do programa de prestação de cuidados ao indivíduo com lesões (Carneiro, Souza, Gama, 2010).

Tem-se, no fluxograma, a solicitação de exames laboratoriais no cuidado com o indivíduo com UCP. Durante a elaboração da LC, discutiu-se que esta prática, de uma maneira geral, não é exclusiva do médico, entretanto, esta questão não foi aprofundada e, na atual configuração da atenção nas USF do município, isto não foi acordado. No município de São Paulo, como exemplo, a partir do estabelecimento de protocolos de cuidado, a solicitação de exames complementares pelos enfermeiros já é realidade (Uchôa, Beraldo, Luna. 2012).

Outro ponto de destaque no fluxograma diz respeito à aplicação da terapia compressiva, prática habitual em diversos serviços de saúde, inclusive nas unidades básicas (Queiroz et al., 2012), mas que no presente estudo é realizada no âmbito da Atenção Secundária.

Discutiu-se nas oficinas a possibilidade de realização do teste diagnóstico diferencial (ITB), competência esta do Enfermeiro no âmbito da APS, e que está relacionada à indicação e aplicação da terapia compressiva. Lembrando que é necessário conhecimento técnico e científico do profissional, bem como o acompanhamento do indivíduo com a úlcera venosa (Queiroz et al., 2012)

A questão do desbridamento cirúrgico, presente no fluxograma como “cuidados”, também merece destaque, prática esta realizada no município do estudo no âmbito da Atenção Secundária. A constatação da presença de uma enfermeira de USF que realiza esta ação mostra que é possível, que é uma prática que pode ser assumida mais amplamente, fortalecendo ações neste ponto da rede. Em países como Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, há normatização da atuação do enfermeiro qualificado, responsável pela prática do desbridamento e que resulta em encaminhamentos necessários (Santos, Oliveira, Silva, 2013).

No Brasil, o desbridamento cirúrgico realizado por enfermeiros é ainda um tema polêmico, suscitando dúvidas na categoria que, tradicionalmente, realiza o procedimento no país. É questionada sua competência técnica e legal para sua realização. No entanto, a realização do desbridamento cirúrgico por enfermeiro tecnicamente apto e legalmente assistido viria somar esforços à equipe de saúde no cuidado de indivíduos que sofrem deste agravo (Santos, Oliveira, Silva, 2013).

O enfermeiro, mediante o disposto na Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, e considerando os conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante o respectivo processo de formação profissional, pode assumir o procedimento de desbridamento de lesões, desde que superficiais, onde não esteja caracterizada a necessidade de intervenção cirúrgica. Considerando a complexidade técnica deste procedimento, o artigo 11, inciso I, alínea "m" da Lei 7.498/86, coloca que somente o enfermeiro, dentre os profissionais de enfermagem, pode assumir este procedimento, não podendo, de forma alguma, delegar esta atividade para o técnico/auxiliar de enfermagem. E ainda, é importante ressaltar que o enfermeiro precisa estar plenamente consciente quanto aos atos praticados, respeitando seus limites de competência e responsabilidade. Há orientação da necessidade da existência de protocolos técnicos e efetiva

realização da sistematização da assistência de enfermagem, prevista na resolução COFEN 272/02.

Contudo, novamente, é importante destacar que o respaldo legal não é suficiente. Santos, Oliveira e Silva (2013) afirmam que há necessidade de diretriz política e técnica, a partir do órgão federal, que normatize a prática do desbridamento cirúrgico conservador por enfermeiros, ressaltando a padronização desta ação, alicerçada na semântica e na lógica científica, de modo a evitar diversas interpretações e atitudes. Os autores acrescentam que há necessidade do estabelecimento de limites de execução/técnica, considerando inclusive indicações e contraindicações para o método, além dos requisitos quanto à capacitação necessária. Ressaltam ainda que há necessidade de assegurar ao enfermeiro capacitação para assumir o desbridamento e o cuidado geral necessário dos pacientes com feridas, como no âmbito da APS. Estes sugerem formação de profissionais enfermeiros especialistas no cuidado de pessoas com feridas, certificados por cursos reconhecidos, disponíveis no mercado, responsáveis para a realização do procedimento.

Não sendo esta prática privativa do enfermeiro, outros membros da equipe de saúde podem e devem participar do plano terapêutico dos indivíduos com UCP. Para Silva, Figueiredo e Meireles (2007), na assistência do indivíduo com lesões de pele, de uma maneira geral, exige-se da equipe multidisciplinar um conjunto de estratégias que possibilitem o alcance precoce daquilo que se planeja, principalmente por meio de uma sistematização da assistência compartilhada.

Os profissionais de saúde das equipes da ESF precisam dispor de conhecimento e recursos materiais para que possam prestar uma assistência com abordagem integral do indivíduo, garantindo a continuidade da atenção, nos diversos serviços que compõem a rede de saúde, e ainda atendam às necessidades da população. Nesse sentido, entende-se que a atualização constante de conhecimentos, bem como a implantação e implementação de instrumentos que norteiam suas práticas, normatizações nesta área se tornam necessárias (Zuffi, 2009, p.29).

Na experiência da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte (Protocolo de Assistência aos portadores de Feridas, Belo Horizonte, 2006), conta-se com recurso material de coberturas especiais em diversos pontos de sua rede, há a comissão de curativos que discute, com a participação de diversos profissionais da rede, as condutas e normas para os serviços de saúde na área de feridas. Neste protocolo de atenção aos pacientes com feridas consta que os profissionais devem incorporar o papel de cuidador em sua função, para estarem informados quanto aos recursos e serviços disponíveis, conhecerem os fluxos de encaminhamentos,

priorizando as ações de prevenção preconizadas. E ainda, “contribuindo para a otimização dos recursos na rede assistencial, fazendo com que sejam utilizados de forma mais universal e equânime possível”.

Borges (2005), em “Tratamento Tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz clínica baseada em evidências”, destaca a importância do trabalho em equipe no atendimento da pessoa com úlcera venosa, afirmando que quando há trabalho em equipe, os especialistas médicos são acionados em casos específicos, previamente estabelecidos. Para a autora, isto tende a reduzir custos de tratamento e potencializa a capacidade de atendimentos dos diversos serviços de uma rede. Vale dizer que esta diretriz não contempla a informação de encaminhamentos possíveis, no cuidado da pessoa com úlcera venosa, para profissionais como nutricionistas, psicólogos e outros, havendo apenas a informação de encaminhamentos para profissionais médicos e ainda, não informa a associação do trabalho em equipe com os pontos de uma rede.

No desenho do fluxograma sugere-se potencializar as ações dos membros das equipes de todos os pontos da rede. Na APS entende-se que a equipe de enfermagem deve ser convidada à participação no reconhecimento da evolução da cicatrização da UCP, à técnica correta da troca do curativo e ao vínculo. Os agentes comunitários, enquanto “elo” entre serviço de saúde e as famílias, acompanham o dia a dia do indivíduo com UCP no intuito de promover saúde e informar a equipe caso perceba algum determinante (condições materiais de existência) ao tratamento dele. Na Atenção Secundária, fora o envolvimento da enfermeira especialista e médico vascular, entende-se que pode haver envolvimento de nutricionista (este é ausente na composição do corpo de profissionais no município) quando se percebe necessidade de apoio para as orientações nutricionais, também determinantes ao tratamento do indivíduo com UCP; fisioterapeuta no apoio às questões de limitação física, promovendo fortalecimento muscular assim como indicação de palmilhas e calçados (como já ocorre localmente, porém é percebido com limitação no acesso) e; psicólogo no apoio, acompanhamento e tratamento do indivíduo com a UCP, que enfrenta algum problema de ordem psicológica.

No Manual do pé diabético (2016) tem-se que na APS é essencial que a equipe multiprofissional identifique elementos da vida cotidiana da pessoa com DM, que possam configurar riscos e desencadear as complicações. A avaliação regular dos pés da pessoa com DM deve ser realizada por profissionais de nível superior (o médico de família ou, preferencialmente, o enfermeiro), segundo a periodicidade recomendada.

Contudo, em situações nas quais a demanda da equipe inviabiliza a avaliação por esses profissionais, a equipe deve avaliar possibilidade de capacitação dos profissionais técnicos de enfermagem a partir dos momentos de educação permanente da equipe, para a seleção de usuários que apresentam alterações do pé diabético, encaminhando os casos alterados ou suspeitos para os profissionais de nível superior. O principal foco do profissional técnico seria diferenciar as pessoas que têm alguma lesão daquelas que não apresentam nenhuma lesão e precisam de orientação sobre como cuidar dos pés. Quando capacitado para tal, o ACS também pode contribuir para identificar os sinais de alteração, nas visitas domiciliares e no convívio das atividades extramuros, pode também observar e/ou questionar esse cuidado (Brasil, 2016).

Sobre o ponto do fluxograma “avaliação de risco de vulnerabilidade”, tem-se que esse se relaciona com a vulnerabilidade social do indivíduo com UCP. As condições materiais de existência, ou seja, condição para se viver com qualidade e acesso aos equipamentos sociais, podem ser identificadas pois compõem a dimensão social (Bertolozzi et al.; 2009) e após identificadas pela equipe, algumas ações podem ocorrer, como orientações (em relação à organização e à limpeza do ambiente) e encaminhamentos ao serviço social local, de maneira envolvida e participativa.

Na vulnerabilidade individual (Bertolozzi et al.; 2009) poderiam ser identificados, pela equipe, os conhecimentos e significados acerca da condição de se ter uma UCP; suas características socioeconômicas e demográficas; mudanças na vida após o acometimento da UCP, incluindo trabalho, sexualidade, crenças e valores relacionados e outros.

Outro elemento constitutivo do fluxograma construído compreende a perspectiva de criar um projeto terapêutico adequado a cada indivíduo com UCP. Para Malta e Merhy (2010) “implica em um fluxo contínuo, monitorado e controlado pelos atores que figuram como gestores do cuidado”, presentes em uma rede de conversação em que o centro da sua lógica é o processo de produção do cuidado pelos vários encontros que esse exige entre todos trabalhadores de saúde das equipes e o usuário. Ressalta-se, ainda, a busca pela autonomia dos “sujeitos no seu modo de viver e caminhar”, provendo informações e suporte que possam favorecer as suas escolhas responsáveis (Malta, Merhy, 2010).

Na Atenção Secundária da LC, tem-se que no município do estudo, no campo da assistência do indivíduo com UCP, este ponto da rede se difere da APS na medida em que possui uma maior oferta de recursos materiais acessados pelo usuário, recurso humano

capacitado e tecnologia de densidade tecnológica que é de responsabilidade deste espaço, como é o caso dos exames diagnósticos complementares da UCP, como Duplex Scan (presente na ação da LC “solicitação de exames”).

Cabe destaque sobre a ação “alta” que está atrelada ao reencaminhamento para a UBS com relatório de encaminhamento. Esta prática, uma vez realizada, teria grande importância, já que pode ser reconhecida como um instrumento que garante uma referência segura (Merhy et al., 2008).

Vale destaque também para o ponto de ação da LC “encaminhamento paralelo com a UBS”. Este ponto seria um instrumento de comunicação entre Atenção Secundária e APS, mesmo que o indivíduo com UCP ainda se mantenha em tratamento no serviço especializado, anterior a sua alta. A APS então, não deixaria de acompanhar o tratamento do indivíduo com UCP. Este fato corrobora com o fortalecimento da coordenação da assistência, responsabilidade da APS (Starfield, 2002).

Nesse sentido, foi percebido que os profissionais especialistas na Atenção Secundária podem fortalecer suas práticas na área da UCP, especificamente em relação ao pé diabético, na abordagem e reconhecimento da anatomia e dinâmica da marcha dos indivíduos com tal agravo, na inclusão da avaliação podiátrica, indicação e previsão de calçados terapêuticos e responsabilização pelo desbridamento de calos e calosidades (WOCT, 2013). Tais ações não são assumidas pelo serviço local no momento, entretanto, esta discussão não foi aprofundada nas oficinas.

Em Duncan et al. (2013), tem-se que é essencial organizar o acesso das pessoas com DM para que se garanta a avaliação dos pés de maneira regular no indivíduo, ao mesmo tempo eficiente para a equipe em termos do tempo e dos recursos despendidos. O acesso em rede pode acontecer via APS, que possui a competência de acompanhamento do indivíduo com pé diabético ou via Atenção Secundária, que deve transferir, a APS mediante comunicação articulada e oficializada.

Como último ponto do fluxograma da LC, que corresponde à Atenção Domiciliar, percebeu-se que o serviço vem enfrentando dificuldades de sobrecarga do trabalho, tendo em vista que o município não vem cobrindo toda a área com USF. Este ponto da rede acaba por assumir cuidados de indivíduos de áreas descobertas, prejudicando a sua possibilidade de atuar

de forma mais alinhada ao apoio das equipes dos demais pontos. A integração deste ponto da rede não vem sendo efetiva, estando a comunicação com as USF limitada e ainda sendo realizada de maneira informal. A Atenção Domiciliar no município do estudo pode e deve ampliar sua atuação e melhorar a sua possibilidade de resposta da integralidade enquanto ponto fundamental que contribui para a organização dos serviços da rede local.

O estudo de Feuerwerker e Merhy (2008), que analisa o potencial de inovação no sentido da integralidade e da humanização da atenção domiciliar de sete experiências de cuidado domiciliar, em cinco municípios brasileiros, por meio de estudos de caso, identificou alguns tipos prevalentes de atendimentos domiciliares: cuidado a pessoas com feridas e lesões de pele, cuidado paliativo, cuidado a pacientes com AIDS, acompanhamento de bebês prematuros, acompanhamento de acamados crônicos, antibioticoterapia endovenosa como complementação do tratamento para infecções agudas. Nestas áreas de cuidado os autores reconheceram qualidade e a humanização da atenção, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de vínculo e a responsabilização por parte dos trabalhadores, e a participação efetiva dos cuidadores e das famílias na produção dos projetos terapêuticos. E ressaltaram que a atenção domiciliar pode contribuir efetivamente para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado, e que deve ser ampliada no âmbito do sistema público de saúde.

Foi percebido que a equipe de Atenção Domiciliar busca envolver o familiar no cuidado do indivíduo com UCP, contando neste ponto da LC com recursos materiais e humanos capacitados. A participação do familiar merece destaque no acompanhamento de todos os pontos de ação do fluxograma produzido.

Há resultados muito significativos no fechamento de feridas, que são em geral processos longos de acompanhamento, e que demandam a participação de toda a equipe multiprofissional na construção de estratégias inovadoras de cuidado. As equipes de Atenção Domiciliar têm potencial para construir linhas de cuidado integral e compartilhado, conforme destacam Feuerwerker e Merhy (2008).

Reconhecendo toda a complexidade da LC, é notória a necessidade de sua coordenação. Cecilio e Merhy (2003) sugerem que as LC sejam coordenadas e acompanhadas por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, podendo em algumas situações toda a equipe multiprofissional fazer parte desta composição, como ocorre no município de Boldrini – SP, exemplo citado pelos autores. Estes autores atribuem

responsabilidades aos coordenadores de LC, que em síntese estão relacionadas a facilitar a articulação entre as várias unidades de cuidado presentes em uma LC, buscando por integralidade e apoiando os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas práticas (Cecilio, Merhy, 2003).

Há que se buscar na construção de uma LC, a partir da aspiração, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais associados à reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica (Cecilio, Merhy, 2003). As LC podem acontecer de forma a envolver todos os profissionais dos pontos da rede, gestão e usuários.

Estes foram os elementos discutidos e analisados no fluxograma. A partir de sua análise foram identificados pontos de potencialidade e fragilidade na LC, discutidos em sequência.

5.2 DIFICULDADES E POTENCIALIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DA LC

As oficinas para elaboração do fluxograma promoveram reconhecimento sobre alguns aspectos do processo de trabalho realizado nos diferentes pontos da rede – APS, Atenção Secundária e Atenção Domiciliar. Foi possível identificar as dificuldades e potencialidades na LC do indivíduo com UCP.

Ficou evidente que a complexidade exigida nesta atenção requer conhecimento técnico e científico no manejo do agravo. E que é possível à APS realizar o cuidado. As oficinas evidenciaram necessidade de programas de educação permanentes no tema cuidado da UCP nas UBS do município em estudo.

Discute-se que para uma assistência de qualidade, é particularmente importante envolver os profissionais de enfermagem nos processos que abrangem avaliação e tratamento de feridas nas UBS, competências estas reconhecidamente do escopo do trabalho desta categoria profissional. Barboza (2007), analisando as ações realizadas numa UBS do município de São Paulo, discute a ausência de sistematização da assistência de enfermagem para os indivíduos com feridas e a necessidade de um processo de atualização e capacitação permanente destes profissionais.

Almeida (2012) discute que na equipe de enfermagem, o Enfermeiro tem desenvolvido competência no manejo correto da UCP, sendo capaz de avaliar, realizar práticas de prevenção e tratar de forma correta, com vistas a coibir tratamentos empíricos prejudiciais para o processo de cicatrização, assim como realizar diagnóstico precoce da lesão, evitando consequências. Este reconhecimento é particularmente verdadeiro nos ambientes hospitalares e pode ser potencialmente ampliado para a APS.

Paradoxalmente, os profissionais da enfermagem na APS estão envolvidos no atendimento da população acometida por UCP e são os que apresentam carência de qualificação contínua. Segundo um estudo realizado em um município de Minas Gerais, os profissionais de enfermagem mostram-se inseguros quanto às técnicas e procedimentos para o tratamento de feridas, discutindo que estes muitas vezes desconhecem a técnica correta e a realizam sem o embasamento teórico necessário (Carneiro, Souza, Gama, 2010). Borges (2005) destaca que além de cursos de capacitações e aperfeiçoamento, a supervisão direta do cuidado com a UCP é outro aspecto a ser considerado.

Além das técnicas e procedimentos corretos no manejo da ferida em si, a atenção dos indivíduos com UCP pressupõe um plano de cuidado que tenha como cerne as particularidades das condições de vida, da possibilidade de realização do autocuidado e do adoecimento, relativos à presença de UCP. E é justamente na APS onde se tem, potencialmente, melhor possibilidade do estabelecimento de um plano de cuidado, muitas vezes marcado pelo insucesso das medidas preventivas e de tratamento em outros pontos da rede (Silva, 2012; Melo et al., 2011; Lara et al., 2011; Silva et al., 2012; Martins, Souza, 2007). Considera-se que o percurso terapêutico adotado está determinado por um contexto social, que dita facilidades e complicações de acesso, bem como pela capacidade do serviço em responder às necessidades do sujeito (Cabral et al., 2011).

A APS, por sua proximidade de trabalho com as famílias, identifica aspectos a serem considerados no plano de cuidado, como a presença de autoimagem e autoestima prejudicadas, dado que a integridade da pele está comprometida (Costa et al., 2011; Melo et al., 2011). Na APS também é possível identificar a rede de apoio social e familiar (Silva, 2012; Waidman et al., 2011). Os profissionais da APS deparam-se ainda com a produção das crenças e sentidos pelos usuários dos serviços de saúde e que interferem no cuidado da pessoa com UCP (Oliveira, Poles, 2006; Waidman et al., 2011; Carvalho, Sadigursky, Viana, 2006). Estes são aspectos a

serem salientados em termos de potências existentes neste ponto da rede de atenção e que devem estar presentes nos processos de educação permanente sobre a temática.

Nas capacitações das equipes da APS é importante contar com o conhecimento adquirido na Atenção Secundária no manejo das UCP. Queiroz et al. (2012) desenvolveram um curso on-line configurado no padrão colaborativo sobre úlcera venosa e terapia compressiva para enfermeiros, e teve como conclusão que o curso possibilitou a capacitação profissional do enfermeiro em terapia compressiva de maneira inovadora, flexível e interativa em diversos ambientes de cuidado.

Fomentar espaços de troca onde são reunidos os diferentes pontos da rede de cuidado é uma ação importante, mas que por si só não garante a integralidade. Para isso, é necessário o estabelecimento de conexões efetivas e sistematizadas de diálogo entre os pontos.

Os diferentes serviços de saúde não conhecem em detalhes as formas de acesso, a rotina e a dinâmica de atendimento de cada um. O conhecimento por profissionais dos diferentes serviços sobre estes pontos- alguns procedimentos como, realização de curativos, acompanhamento de faltosos, conhecimento do número de pacientes encaminhados, conhecimento sobre quais unidades estão encaminhando esses pacientes e quais deles, realmente, chegam ao serviço após encaminhamento, além de apoio no acompanhamento da UCP- poderiam ser compartilhados entre os pontos da rede.

Apesar da existência de um protocolo disponível no município, que recomenda ações de assistência na área de feridas, de uma maneira geral os profissionais não desenvolvem suas ações baseadas nesse material, e percebe-se que não foram estabelecidos, efetivamente, canais de comunicação entre os diferentes pontos da rede. Nas oficinas, médicos da APS alegaram que às vezes não sentem diferença entre o que é proposto na APS e o que é proposto na Atenção Secundária, na área de feridas.

Um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo-se um processo de referência e contrarreferência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade do SUS, com fluxos e percursos definidos, ordenados e compatíveis com a demanda. O estudo identificou situações em que os diálogos são aproximados – APS, Atenção Secundária e Domiciliar – no entanto, ocorrendo de forma informal e dependente da confiança estabelecida em termos de preparo para o acompanhamento.

Para Cecilio e Merhy (2003), a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Deve haver algum grau de integralidade direcionada, mesmo que não seja suficiente, quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde. Cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Cabe o desafio de conectar essas redes assistenciais, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde do município (Malta, Merhy, 2010). A criação de “pontes” ou pontos de contato entre as profissões: médicos, enfermeiros e os outros profissionais são essenciais para que o cuidado se realize (Cecilio, Merhy, 2003).

A integração dos cuidados, neste caso do indivíduo com UCP, consiste em uma coordenação das práticas clínicas, visando a “continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articulados no tempo e no espaço, conforme conhecimentos disponíveis”. (Hartz, Contandriopoulos, 2004).

Os serviços precisam estar articulados para dar prosseguimento a partir de qualquer momento de entrada em uma rede, sempre visando e realizando verdadeiramente articulação e complementaridade (Barboza, 2007), sendo a Unidade de Saúde da Família, quando integrada a uma rede, serviço que pode estabelecer articulação sistematizada de maneira que garanta resolutividade e acompanhamento dos pacientes (Brasil, 2000).

Para efetivação de uma articulação entre os serviços de saúde, Mendes (2010) afirma que o modelo tradicional da referência e contrarreferência não é efetivo, e propõe “sistemas logísticos como soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que podem garantir uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas Redes de Atenção à Saúde (RASs). Cartão de identificação dos usuários da rede, prontuários clínicos unificados, sistemas de transporte em saúde são tratados como possibilidades e meios de estruturação de fluxos e contrafluxos (Mendes, 2010, p. 2297-305).

Outra condição imprescindível que trata do cuidado do indivíduo com UCP nos pontos da rede refere-se à provisão de materiais/insumos para a realização dos curativos. Morais, Oliveira e Soares (2008), analisando esta questão em quatro hospitais públicos de um município de Paraíba, discutem que a falta de material conduz à falha avaliação das feridas. Neste estudo evidenciou-se necessidade de se criar condições materiais e aprimorar os conhecimentos

científicos. Silva (2012) analisa que a inexistência de insumos e tecnologias para o tratamento das pessoas com lesões nos serviços de saúde resulta em tratamento limitado. Estas situações incorrem na desmotivação do paciente para o tratamento e na frustração da enfermeira em relação ao cuidado (Silva, 2012).

Existe uma vasta gama de produtos e instrumentos disponíveis no mercado, porém não necessariamente ao alcance dos profissionais, o que pode trazer implicações à qualidade do cuidado direcionado às pessoas com feridas (Morais, Oliveira, Soares, 2008). O acesso a recursos materiais adequados e a processos de educação permanentemente específicos é uma condição indispensável aos profissionais para que viabilizem as condições necessárias ao estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes no cuidado de pessoas com UCP (Morais, Oliveira, Soares, 2008).

Outra condição para a concreta integralidade no cuidado é a efetivação de trabalho interdisciplinar. A elaboração do fluxograma da LC mostrou dificuldades na interação entre médicos e enfermeiros no campo da atenção do indivíduo com UCP. Identifica-se que o enfermeiro tem limitada sua autonomia sobre o encaminhamento do indivíduo com UCP para serviço de urgência e emergência. Médicos presentes consideram que esta prática deveria ser realizada em conjunto com eles, o que foi contrastado por outro médico, que afirmou que o enfermeiro da APS deveria estar capacitado para o reconhecimento e que poderia assumir os encaminhamentos necessários conforme sua avaliação.

Cecilio e Merhy (2003) discutem que a prática de enfermagem, assim como de outros profissionais de uma equipe de saúde é, “em boa medida comandada, modelada, conduzida e orientada pelo ato médico”, sendo ele o profissional de papel central e que possui o monopólio do diagnóstico e da terapêutica “principal”. Para os autores, este fato instaura uma “relação de determinação” do profissional médico em relação a todos os profissionais da saúde, mesmo sem desconsiderar que estes possuem sua especificidade e um bom grau de autonomia próprio de suas profissões. Segundo os autores, nestas relações observam-se canais que nem sempre são livres, bem definidos e vistos, ou ainda, nem sempre aceitos como “regras do jogo institucional” e, por isso, são “fonte permanentes de ruídos, de tensões e de disputas”.

Nas oficinas, questões acerca das competências técnicas do enfermeiro nesta área foram debatidas, estando este profissional na dependência do profissional médico na tomada de decisões sobre prescrições diversas e encaminhamentos. Segundo Moraes, Oliveira e Soares

(2008), é comum observar a não interação de médicos e enfermeiros na discussão de condutas em relação ao tratamento de feridas de uma maneira geral. Para eles, o médico assume uma postura hegemônica de saberes, tendendo a tratá-lo com impassibilidade e a provocar certa imposição de prescrições. Merhy (1999) discute que os projetos terapêuticos estabelecidos no campo da saúde, de uma maneira geral, expressam um modelo “médico produtor de procedimentos” ou “produtor do cuidado”.

É possível traçar um paralelo com o que ocorre na relação entre a APS e a Atenção Especializada. De certa maneira, os serviços especializados de atenção em saúde assumem este espaço de hegemonia do conhecimento, produtor de procedimentos e cuidado, tendo a APS o papel coadjuvante, criando dependência desta para com a Atenção Especializada. Este sentido necessita ser reelaborado, sendo um desafio à produção de espaço compartilhado efetivamente de saberes e práticas, com articulação da APS e serviço especializado. No campo das feridas travam-se questões de poder e disputa sobre determinadas tecnologias, assim como identificado entre os médicos, e isto sugere relação com a identidade profissional ou perda desta por parte dos profissionais que tem a “posse” destas. Numa das falas, o profissional da Atenção Especializada pergunta, “na medida em que a APS passe a prestar cuidados em feridas... o que sobrá para mim?”.

Mudanças das práticas assistenciais requerem intensos “processos de subjetivações solidárias” (Guattari, 1992 in Gonçalves, 2011). Um dos desafios é desenvolver mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas de forma mais articulada, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos “ruidosa”, em particular, a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado, conforme apontam Cecilio e Merhy (2003).

A produção do cuidado e suas tensões constitutivas, segundo Merhy e Onocko (1997). (1997), marca um dos grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas no terreno dos serviços de saúde.

O apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos implicam em corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar saúde (Vasconcelos, 2008; Franco, Magalhães Júnior, 2003) e com a produção do cuidado de modo centrado no usuário (Merhy, 1999). A efetivação de uma LC depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia do caminhar pela LC, equacionando os

fluxos micro da LC com os macroprocessos. Os gestores controlam serviços e recursos assistenciais e são responsáveis pelo atendimento dos usuários, desde a sua entrada no sistema de saúde, garantindo o acesso aos serviços, recursos necessários e qualificação das respostas às suas necessidades em saúde (Vasconcelos, 2008; Franco, Magalhães Júnior, 2003).

Para Malta e Merhy (2010), cabe aos gestores a organização dos serviços de saúde de maneira a integrar os níveis de atenção da rede, “onde acesso e resolutividade são palavras-chave e ganham espaço para o equacionamento das LC”. Estes autores discutem também que a organização de uma LC pressupõe-se a partir de um conceito simples, porém “de difícil consecução, ou seja, cabe a responsabilização do profissional e do sistema como um todo pela saúde dos usuários”.

Por fim, reconhece-se como limites do estudo na elaboração da LC, o não desenvolvimento de uma diretriz clínica que a pressuponha, dado o limite da participação dos profissionais e o tempo dedicado à realização das oficinas. Outro limite trata da ausência da atenção hospitalar, ponto da rede importante na LC; por último e mais importante, a ausência de articulação afinada com a gestão municipal, protagonista principal para a garantia das pactuações para que de fato a LC seja operada.

Há de se considerar também que existe a dificuldade na implantação da LC construída frente aos protocolos e diretrizes clínicas nacionais e internacionais uma vez que em sua maioria não informam as competências e responsabilidades de profissionais de saúde nos pontos de uma rede na atenção de indivíduos com UCP.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo se deu no âmbito da integralidade como prática a ser alcançada no cuidado do indivíduo com UCP. Isto se buscou através da construção coletiva de uma LC a partir de oficinas.

Consideram-se facilidades no processo do desenvolvimento das oficinas ocorridas a participação efetiva dos profissionais de saúde, o conhecimento sobre o sistema local e a experiência prévia de atendimento de pessoas acometidas por UCP da pesquisadora, o apoio da gestão no convite e na logística para a realização das oficinas, e o conhecimento e proximidade da pesquisadora, via processo de integração docente-assistencial.

Os objetivos do estudo de discutir os elementos constitutivos da LC e identificar suas potencialidades e as dificuldades foram alcançados em sua totalidade, e o método escolhido -a realização de oficinas prevendo participação de vários profissionais, enfermeiros e médicos dos pontos da rede- favoreceu a produção coletiva da LC. Serviu também à identificação das lacunas em termos da efetivação das práticas nos serviços de saúde e de produção científica nesta temática.

Notou-se especialmente a necessidade de se fortalecer a APS para o cuidado do indivíduo com UCP. Isto seria essencial, uma vez que a APS é o ponto em uma rede que possui competência e papel central na rede de atenção à saúde, consequentemente, também na produção do cuidado na LC, na medida em que coordena a assistência ao indivíduo com UCP. Na APS, o cuidado dos indivíduos com UCP vem assumindo papel coadjuvante, estando na dependência dos outros pontos da rede, e em especial do serviço especializado. A APS pode e deve ser reconhecida e valorizada para, então, poder assumir o seu papel em sua essência, integrando-se à rede.

Foi percebida premência de se fomentar espaços de troca entre todos os profissionais envolvidos em uma LC de uma rede, estabelecer conexões oficiais e efetivas de diálogo entre estes, onde a integralidade da assistência acontece, e se discutem os papéis dos profissionais de maneira clara, em especial, as práticas em enfermagem neste campo. Há, também, a necessidade

de se perceber na prática o trabalho do gestor, uma vez que a efetivação de qualquer instrumento que normatiza uma prática em saúde depende da determinação e apoio deste.

Ainda, para o sucesso em uma LC, a fim de que a realidade seja melhorada, é necessário estabelecer relação de cidadania com os indivíduos com UCP, a partir de suas necessidades de saúde.

É necessário, também, valorizar o potencial de mudança que a LC pode possuir quando existe comprometimento do profissional envolvido no processo do cuidar, e a fundamental garantia do itinerário terapêutico na rede de atenção em saúde à lógica dos serviços locais.

Pode-se concluir que a construção da LC do indivíduo com UCP pôde contribuir para certo movimento de mudança na dinâmica de serviços e consequente possível inovação na produção do cuidado da saúde em relação à pessoa que sofre com a UCP.

Por fim, vale adicionar que, como frutos do processo da elaboração da LC, ocorreram convites para participação de discussão em grupo multiprofissional sobre o risco para o pé diabético na realidade da APS, para a capacitação desse espaço da rede sobre o pé diabético e participação no planejamento e execução de capacitação e atualização do protocolo da área de feridas. Como resultado futuro deste estudo há propostas de produção de diretriz clínica, validação da LC produzida e capacitação dos profissionais, já apresentadas à secretaria de saúde do município.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida JA. *Assistência de Enfermagem Qualificada ao paciente portador de ferida na Saúde da Família* [monografia especialização]. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Ayres JRCM, Dalmaso ASW, Peduzzi M, Kon R, Novaes HMD, Bertolozzi MR. *Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana* [projeto de pesquisa]. São Paulo: Faculdade de Medicina; Universidade de São Paulo; 2007.

Baldissera, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. *Soc Debate* 2001;7(2):5-25.

Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no programa saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1036-44.

Barboza TAV. *Dimensões tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: estudo de caso à luz da promoção da saúde* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Belo Horizonte (Município). Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Assistência – Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso. *Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas*. Belo Horizonte; 2006.

Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):131-5.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Siosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1326-30.

Biblioteca Virtual em Saúde: integralidade. *O que integralidade em saúde?* [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. [citado 2015 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/vhl/sobre/o-que-e-integralidade-em-saude/>

Borges EL. *Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Boulton AJ. The diabetic foot: from art to science. The 18th Camillo Golgi lecture. *Diabetologia*. 2004;47(8):1343-53.

Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de set. 1990. Seção 1: 18055.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Atenção Básica*. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas*. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Condutas para Tratamento de úlceras em Hanseníase e Diabetes*. 2ª ed. rev. ampl. Brasília; 2008b.

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

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília; 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008d.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro; 2014.

Briggs M. Closs SJ. The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA J*. 2003;3(2):14-20.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011;16(11):4433-42.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 1997;13(1):141-4.

Carneiro CM, Souza FB, Gama FN. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. *Rev Enferm Integrada* 2010;3(2):494-505.

Carvalho ESS, Sadigursky D, Viana R. O significado da ferida para as pessoas que a vivenciam. *Rev Estima*. 2006;4(2):1-4.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização das oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde Debate* 1995;(46):19-22.

Conferência Nacional de Consenso Sobre Úlceras de la Extermidad Inferior. *Documento de consenso C.O.N.U.E.I.* Barcelona: EdikaMed; 2009.

Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinh FSV, et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de roy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):561-8.

Dantas DV, Torres GV, Dantas RSN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(2):366-372.

De Araújo T, Valencia I, Federman DG, Kirsner RS. Managing the patient with venous ulcers. *Ann Intern Med*. 2003;138(4):326-34.

Duncan MS, Goldraich MA, Chueiri PS. Cuidados longitudinais e integrais a pessoas com condições crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2013. p. 892-904.

Engel GI. Pesquisa-ação. *Educ Rev*. 2000;16:181-91.

European Wound Management Association. *Understanding compression therapy: position document*. London: Medical Education Partnership; 2003.

Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Public* 2008;24(3):180-8.

Fonseca RMGS, Mattos ILB. *Educar para a saúde: prevenção e controle do uso problemático de álcool e drogas na vida e no trabalho* [monografia]. São Paulo: Coordenadoria de Assistência Social, Universidade de São Paulo; 2005.

Frade MAC, Cursi IB, Andrade FF, Soares SC, Ribeiro WS, Santos SV, Foss NT. Úlcera de perna: um estudo de caso em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol* 2005;80(1):41-6.

Franco CM, Franco TB. *Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde* [publicação na internet]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-34.

Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.

Freire. P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 24^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz. *O que é Integralidade na saúde?* Rio de Janeiro/RJ. [Internet]. [citado 2015 Maio 05]. Disponível em: <http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/vhl/sobre/o-que-e-integralidade-em-saude/>

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [internet]. São Paulo; 2016. [citado 2016 jun. 03]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>

Gomes AMT, Oliveira DS. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(6):1011-8.

Gonçalves CM. Guattari e a produção da subjetividade. *Psicologia.pt: o portal dos psicólogos* [internet]. 2014 [citado 2016 mai. 16]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0785.pdf> .

Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. *Consenso internacional sobre pé diabético*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2001.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004;20(2):331-6.

Irving G, Hargreaves S. Venous and arterial leg ulceration. *InnovAiT* 2009;2(7):415-422.

Järbrink K, Ni G, Sönnerngren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R, et al. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic Review. *Syst Rev*. 2016;5(1):152.

Kantor J, Margolis DJ. Epidemiology. In: Morison MJ, Moffat CJ, Franks PJ. *Leg ulcers: a problem-based learning approach*. Missouri: Mosby; 2007. p. 65-77.

Lara MO, Pinto JSF, Pereira Júnior AC, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare Enferm* 2011;16(3):471-7.

Lefèvre F, Lefèvre AM. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

- Lima LV, Sousa ATO, Costa ICP, Silva VDM. Conhecimento de pessoas com úlceras vasculogênicas acerca da prevenção e dos cuidados com as lesões. *Rev Estima* 2013;11(3):22-30.
- Lucas LS, Martins JT, Robazzi, MLC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores-úlceras de perna. *Cienc Enferm* 2008;14(1):43-52.
- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet* 2007;12(2):335-42.
- Maffei FH, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. *Doenças vasculares periféricas*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
- Maffei FH, Magaldi C, Pinho SZ, Lastória S, Pinho W, Yoshida WB, et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol*. 1986;15(2):210-7.
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comunic Saude Educ* 2010;14(34):593-605.
- Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. *Cogitare Enferm* 2007;12(3):353-7.
- Mello CHP, Turrioni JB, Xavier AF, Campos DF. Pesquisa-ação na engenharia de produção: proposta de estruturação para sua condução. *Produção* 2012;22(1):1-13.
- Melo LP, Silva NP, Silva KCL, Ponte MPTR, Gualda MDR. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. *Cogitare Enferm* 2011;16(2):303-10.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010;15(5):2297-305.
- Merhy EE, Campos GWS, Cecilio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Merhy EE, Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. *Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde* [publicação na internet]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>
- Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Merhy EE. *A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas* [mimeo]. Campinas; 1998.
- Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cien Saude Colet* 1999;4(2):305-14.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface Comun Saude Educ.* 2000;4(6):109-16.

Meyer J. Pesquisa-ação. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 135-45.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 9-29.

Monteiro CFS, Moreira MRC, Oliveira EAR, Moura MES, Costa JV. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):167-74.

Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(1):98-105

Moscovici S. Prefácio. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, coordenadores. *Textos em Representações Sociais*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.

Neves CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saude Publica*. [online]. 2008;24(8):1953-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=pt.

Nunes JP. *Avaliação da assistência à saúde dos portadores de úlceras venosas atendidas no Programa Saúde da Família do Município de Natal/RN* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006.

O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;21(1):CD000265.

Oliveira ECM, Poles K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. *REME*. 2006;10(4):354-60.

Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016*. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.

Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ, de Rooij MJ, van de Kerkhof PC, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs*. 2004;13(3):341-54.

Pindamonhangaba [internet]. *Prefeitura de Pindamonhangaba*; 2016. [citado 2016 jun. 03]. Disponível em: <http://www.pindamonhangaba.sp.gov.br/>.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO; 2009.

Queiroz FM, Aroldi JBC, Oliveira GDS, Peres HHC, Santos VLCG. Úlcera venosa e terapia compressiva para enfermeiros: desenvolvimento de curso online. *Acta Paul Enferm* 2012;25(3):435-40.

- Ribeiro AAA, Falcon GS, Borenstein MS, Padilha MICS. A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006;10(2):241-50.
- Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):17-23.
- Santos AS, Cubas MR. *Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- Santos ICRV, Oliveira RC, Silva MA. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(1):184-92.
- Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm* 2012;25(3):329-33.
- Silva MH. *Experiências e expectativas de enfermeiras em relação ao cuidado à mulher com úlcera venosa crônica* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
- Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, organizadores. *Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis; 2007.
- Silva, MH. *Experiências e expectativas de enfermeiras em relação ao cuidado à mulher com úlcera venosa crônica* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo; 2007.
- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez; 2008.
- Tibolli S, Tinelli G, Guarnera G, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Measuring the health status of patients with vascular leg ulcers and the burden for their caregivers. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;34(5):613-8.
- Turato ER. Métodos científicos: aspectos históricos e epistemológicos. In: Turato ER. *Psicologia da saúde: estudos clínicos qualitativos*. Taubaté: Cabral; 2003. p. 19-25.
- Uchôa LAG, Beraldo M, Luna P, organizadores. *Manual técnico: saúde do adulto*. 4ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2012. (Série Enfermagem)
- Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *J Clin Nurs*. 2009;18(3):337-49.
- Vasconcelos LC. Introdução à regulação à saúde suplementar. In: Agência Nacional de Saúde. *Introdução à regulação à saúde suplementar: histórias e práticas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. p.18-28.

Vasquez R. Venous insufficiency syndrome of the lower limbs. *Bol Hosp San Juan de Dios*.1983;30(4):213-6.

Veves A, Murray HJ, Young MJ, Boulton AJ. The risk of foot ulceration in diabetic patients with high foot pressure: a prospective study. *Diabetologia*. 1992;35(7):660-3.

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):691-9.

Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

Wound Ostomy and Continence Nurses Society. *A Quick Reference Guide for Lower-Extremity Wound: venous, arterial and neuropathic*. Glenview; 2013.

Wound Ostomy and Continence Nurses Society. *Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease* [Internet]. Glenview: [s.n.]; 2005.

Zuffi FB. *A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São, Ribeirão Preto; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INDIVIDUAL LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora ALINE LINO BALISTA, RG 43962254-2, está realizando a pesquisa intitulada **PESQUISA AÇÃO NO APOIO À ELABORAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO DO INDIVÍDUO COM ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO PARAÍBA, SÃO PAULO**¹ que tem como objetivo a elaboração coletiva de Linha de Cuidado (LC) em saúde voltada ao indivíduo com úlcera crônica de perna.

Por essa razão, o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá na participação em quatro encontros subsequentes com periodicidade de uma vez ao mês, cada uma com duração de 3 horas, em datas a serem combinadas e que acontecerão no Auditório da Prefeitura de Pindamonhangaba localizado na Av: Nossa Senhora do Bom Sucesso n 1400, Alto do Cardoso CEP: 12420-010. As reuniões serão gravadas em áudio, posteriormente transcritas na íntegra. Serão confeccionados relatórios descritivos das reuniões a partir de um diário de campo, como instrumento que se utiliza para anotar informações, observações e reflexões pertinentes ao trabalho da equipe de pesquisa.

A pesquisa confere aos participantes riscos mínimos relacionados à interrupção do trabalho para a participação e em relação ao envolvimento e discussões presentes nas reuniões. A participação é voluntária e em qualquer momento este poderá interrompê-la. Para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, como se trata do conjunto dos participantes, cada um individualmente não será identificado. O objeto do estudo trata do cuidado de pessoas acometidas por úlcera, no sentido de elaboração da Linha, possivelmente não haverá constrangimento entre os participantes do grupo. O pesquisador conduzirá o grupo para que seja minimizado.

Toda as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. Suas colocações serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos relatórios ou fitas gravadas, nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado o(s) encontro(s).

Forneceremos à você em qualquer momento acesso as informações sobre os procedimentos, resultados, riscos e benefícios do estudo.

O resultado final deste estudo será divulgado à comunidade científica sem a exposição dos sujeitos.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, procurar por Aline Lino Balista, telefone 012 991190519. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, consulte o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade de São Paulo, Secretaria de Pesquisa, telefone: (11) 3061-7548 e e-mail edipesq@usp.br. Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar duas vias do Termo de Consentimento que se segue, sendo que uma delas ficará com o Sr.(a) e a outra com o pesquisador.

Nome do participante ou Representante legal

Assinatura do participante ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 2.º Andar

Telefone: (11) 30617548 - E-mail: edpesq@usp.br

¹ O título do projeto foi modificado na apresentação final da dissertação

ANEXO

ANEXO

ANEXO A - Autorização da Secretaria de Saúde Municipal

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Taubaté, 28 de agosto de 2015

Secretária Municipal de Saúde de Pindamonhangaba

Sandra Carneiro Tutihashi

IlmaSra.

Vimos através desta, solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **PEQUISA- AÇÃO NO APOIO À ELABORAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO DO INDIVÍDUO COM ÚLCERA CRÔNICA DE PERNA, EM UM MUNICÍPIO DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA, SÃO PAULO** a ser realizada neste município. O estudo tem por objetivo de elaborar coletivamente uma Linha de Cuidado em saúde voltada ao indivíduo com úlceras crônicas de perna.

Os profissionais da saúde que atuam na Atenção Básica serão convidados a participar do estudo de forma voluntária, conforme Resolução CNS nº 466/12 que trata da Ética em Pesquisa.

A coleta de dados será realizada mediante a participação dos profissionais em quatro encontros subsequentes, com duração de aproximadamente três horas cada, em data e local a serem combinados. Posteriormente, os resultados serão divulgados aos participantes da pesquisa, bem como aos gestores.

No aguardo de parecer,

Atenciosamente,

Aline Lino Balista

Pesquisadora responsável

Email aline.linoenf@gmail.com. Telefone: (12) 99119-0519

Rua Padre Fisher 893 apto 31A – 061600-000 Taubaté - SP

Sandra Maria Carneiro Tutihashi
Secretaria de Saúde e Assistência Social
Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba

Profª. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Orientadora da pesquisa