

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FERNANDA BONATO ZUFFI

**A ATENÇÃO DISPENSADA AOS USUÁRIOS COM ÚLCERA VENOSA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2009

FERNANDA BONATO ZUFFI

**A ATENÇÃO DISPENSADA AOS USUÁRIOS COM ÚLCERA VENOSA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS, CADASTRADOS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre junto ao Programa Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Dra. Maria José Bistafa Pereira

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2009

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

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP (Brasil)
Catalogação na Fonte**

Zuffi, Fernanda Bonato
Z94a A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa:
percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da
família / Fernanda Bonato Zuffi -- 2009
129 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira
Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto (SP), 2009

1. Enfermagem. 2. Atenção Básica. 3. Úlcera Varicosa. 4. Saúde
da Família. I. Título.

CDD: 610.73

FERNANDA BONATO ZUFFI

**A ATENÇÃO DISPENSADA AOS USUÁRIOS COM ÚLCERA VENOSA:
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS, CADASTRADOS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre junto ao Programa Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Dra. Maria José Bistafa Pereira

Aprovado em _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Isabel Borges Moreira Saúde

Instituição Universidade Federal do Triângulo Mineiro UFTM

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus pais Vitor e Vanda, que sempre me incentivaram e apoiaram.
Ao meu companheiro Mateus, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência para dedicação aos estudos.

AGRADECIMENTOS

A minha prima Eliana, que sempre me incentivou a seguir a carreira de pesquisadora.

Ao meu primo Denílson e minha prima Marielle, que sempre me acolheram em sua casa. Gosto muito de vocês.

Aos meus familiares que sempre acreditaram em mim (tias, tios, primas e primos), principalmente aos meus pais Vanda, Vitor e meu irmão Frederico.

Ao meu esposo Mateus. Te amo muito.

A minha irmã de coração, Maristela.

A todos os meus amigos que acompanharam a minha trajetória e me incentivaram.

A profa. Zezé, pela paciência, amizade, aprendizado, preocupação como mãe, compreensão dos meus limites. Dedicção a este trabalho.

A Coordenadora do Curso de Enfermagem, Ana Lúcia, pelo apoio.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária que me liberaram, e que apoiaram.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem da Área Hospitalar, que acreditaram em mim e me incentivaram. Em especial as professoras Elizabeth Lopes, Suzel, Sueli e Jesislei.

Um agradecimento a professora Lilian Varanda pelos ensinamentos nos cuidados às pessoas com feridas.

A todos os funcionários do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que apoiaram minha trajetória.

Um agradecimento especial às professoras Maria Helena Barbosa e Elizabeth Barichello, Márcia Tasso Dal Poggetto e Bethania, pela amizade e apoio.

A professora Bethania pela amizade e colaboração na disciplina.

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela minha liberação.

A Secretaria de Saúde, que autorizou esta pesquisa.

Aos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família do Centro Diagnóstico, que contribuíram muito com este estudo.

Aos usuários que participaram deste estudo.

Aos funcionários do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP/USP, pela ajuda e compreensão.

Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, em Saúde Pública, pela ajuda.

Um agradecimento especial à professora Silvana Martins Mishima, pelo apoio, amizade e carinho comigo.

Aos colegas da pós-graduação, que cursaram diferentes disciplinas durante o transcorrer do Mestrado. Foi bom conhecê-los. Um grande abraço à Marina, Francielle, Aline, Janaína, Osmar, Ana Cláudia.

RESUMO

ZUFFI, F. B. **A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família.** 2009. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2009.

As Úlceras Venosas (UV) desenvolvem-se devido à Insuficiência Venosa Crônica, caracterizada como uma condição crônica que afeta o estado de saúde das pessoas acometidas. Têm maior incidência em mulheres, 80% dos casos, com índice de prevalência de 70% em pessoas acima de sessenta anos. Seu tratamento gera elevados custos. A pessoa com UV necessita de acompanhamento e monitoramento, com terapia tópica envolvendo uso de produtos e recomendações baseadas em estudos com evidência científica. Na Atenção Básica, particularmente na Estratégia de Saúde da Família, há possibilidade de se ter acesso e aproximar-se destes usuários, como também de se estabelecer vínculo, atributos essenciais no cuidado ao usuário. Este trabalho teve como objetivos: identificar, a partir do usuário e/ou cuidador, o acesso do usuário com Úlcera Venosa que necessita de acompanhamento, em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG; descrever as dificuldades, facilidades e sentimentos dos usuários e/ou cuidadores de usuários com UV sobre os cuidados realizados para o tratamento da Úlcera Venosa no espaço domiciliar, pelas três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG; descrever, a partir do usuário e/ou cuidador, como ocorre a atenção recebida no serviço de saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município de Uberaba, sendo sujeitos os usuários com diagnóstico de UV em um dos membros inferiores ou em ambos, atendidos em uma das três equipes de Saúde da Família até o mês de julho do ano de 2007, do Distrito Sanitário I. Ao total, foram cinco indivíduos que participaram da pesquisa, sendo quatro usuários de duas equipes participantes do estudo e um cuidador. Na terceira equipe não foi identificado nenhum portador de UV. Para obtenção dos dados, recorreremos à entrevista semi-estruturada, destinada aos usuários com UV e cuidadores, e, também à observação sistemática. Para análise e interpretação utilizamos a análise temática, sendo

identificado o **acesso** como unidade temática central, com os seguintes subtemas: determinados procedimentos, consulta médica, consulta médica no domicílio, realização do curativo no domicílio, orientação, tratamento adequado da ferida, medicamentos de uso sistêmico, especialista, horário de funcionamento, tempo de espera, tempo de consulta. Já com o cuidador, foi identificado como unidade temática o **acesso** com subtemas: socialização, outros níveis de atenção, conhecimento, materiais, recursos de diferentes naturezas. Em nosso estudo, foi possível identificar diferentes e diversas dimensões do acesso do usuário com Úlcera Venosa nos serviços de saúde. Os discursos apresentados no estudo revelam que o acesso e a acessibilidade apresentam restrições que comprometem a atenção dispensada. O melhor aspecto encontrado, relativo ao acesso, foi o tempo de consulta e o acesso ao agente comunitário de saúde, no domicílio. A rede se apresenta desarticulada entre os diferentes níveis, com falta de continuidade do tratamento da pessoa com ferida. O usuário é referenciado a um serviço de maior complexidade, sem o retorno ao serviço de atenção básica de forma sistematizada. O panorama aponta para investimentos, entre eles a adoção de um protocolo de atenção à pessoa portadora de UV.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Saúde da Família. Atenção à Saúde. Úlcera Varicosa.

RESUMEN

ZUFFI, F. B. **La atención dispensada a los usuarios con úlcera venosa:** percepción de usuarios registrados en los equipos de salud de la familia y de sus cuidadores. 2009. 129f. Disertación (Máster Enfermería)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2009.

Las Úlceras Venosas (UV) se desarrollan debido a la Insuficiencia Venosa Crónica, caracterizada como una condición crónica que afecta al estado de salud de las personas acometidas. Con mayor incidencia en mujeres, un 80% de los casos, con índice de prevalencia del 70% en personas con más de sesenta años. Su tratamiento genera elevados costos. La persona con UV necesita acompañamiento, control, con terapia tópica envolviendo el uso de productos y recomendaciones basadas en estudios con evidencia científica. En la Atención Básica, particularmente en la Estrategia de Salud de la Familia hay posibilidad de tenerse acceso y aproximarse a estos usuarios, como también de establecerse vínculos, atributos esenciales en el cuidado del usuario. Este trabajo tiene como objetivos: identificar a partir del usuario y/o cuidador el acceso del usuario con Úlcera Venosa que necesita acompañamiento, a tres equipos de salud de la familia del Distrito Sanitario I de Uberaba-MG; describir las dificultades, facilidades y sentimientos de los usuarios y/o cuidadores de usuarios con UV sobre los cuidados realizados para el tratamiento de la Úlcera Venosa en el espacio domiciliar por los tres equipos de salud de la familia del Distrito Sanitario I de Uberaba-MG; describir a partir del usuario y/o cuidador, como ocurre la atención recibida en el servicio de salud. Se trata de una pesquisa descriptiva con abordaje cualitativo. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Uberaba estando sujetos los usuarios con diagnóstico de UV en uno de los miembros inferiores o en ambos, atendidos en uno de los tres equipos de Salud de la Familia, hasta el mes de julio del año de 2007 en el Distrito Sanitario I. Al total fueron cinco individuos que participaron de la pesquisa, siendo cuatro usuarios de dos equipos participantes del estudio y un cuidador, en el tercer equipo no se identificó a ningún portador de UV. Para la obtención de los datos, recurrimos a una entrevista semi-estructurada, destinada a los usuarios con UV y cuidadores, y, también a la observación sistemática.. Para análisis e interpretación utilizamos el análisis temático, siendo identificada como unidad temática central el **acceso** con los

siguientes subtemas: determinados procedimientos, consulta médica, consulta médica a domicilio, realización del curativo en el domicilio, orientación, tratamiento adecuado de la herida, medicamentos de uso sistémico, especialista, horario de funcionamiento, tiempo de espera, tiempo de consulta. Ya con el cuidador se identificó como unidad temática el **acceso** con subtemas como socialización, otros niveles de atención, conocimiento, materiales, recursos de diferentes naturalezas. En nuestro estudio, ha sido posible identificar diferentes y diversas dimensiones del acceso del usuario con Úlcera Venosa a los servicios de salud. Los discursos presentados en el estudio revelan que el acceso y la accesibilidad presentan restricciones que comprometen la atención dispensada. Los aspectos relativos al acceso considerados mejores fueron el tiempo de consulta y el acceso al agente comunitario de salud, al domicilio. La red se presenta desarticulada entre los diferentes niveles, con falta de continuidad del tratamiento de la persona con herida, el usuario es referenciado a un servicio de mayor complejidad, sin el retorno al servicio de atención básica de forma sistematizada. El panorama apunta para inversiones, entre ellas la adopción de un protocolo de atención a la persona portadora de UV.

Palabras clave: Atención Básica en Salud, Salud de la Familia, Atención a la Salud, Úlcera Varicosa.

ABSTRACT

ZUFFI, F. B. **Attention to the patients with venous ulcers**: perception of the patients enrolled for the teams of Family Health and their caregivers. 2009. 129f. Dissertation (Msc. Nursing) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2009.

Venous ulcers (VU) develop themselves due to the chronic venous insufficiency, characterized as a chronic condition which affects people's health status. They have a higher incidence in women, 80% of the cases, with a prevalence index of 70% in people over sixty years old. Its treatment generates high costs. Person with VU needs following and monitoring with topic therapy involving the use of products and recommendations based on studies with scientific evidence. At primary care, particularly at Family Health Strategy, there is the possibility of having Access and getting closer to these users, as well as establishing attachments, attributes necessary to the user's care. This work had as a goal to identifying, through the user and/or caregiver, the access of the user with venous ulcer who needs follow-up, in three teams of Family Health of the Sanitary District I, from Uberaba-MG; describing, through the user and/or caregiver, how the attention received in the Health Service occurs. This work is based on a descriptive research, with a qualitative approach. Study was performed in the city of Uberaba, being subjects the users with VU diagnosis in one of the lower limbs or in both of them, seen in one of the three teams of Family Health up to July, 2007, from the Sanitary District I. At the total, there were five subjects who participated in the research, being four users from two teams participating in the study and a caregiver. In the third team, no VU sufferers were identified. For obtaining data we relied on the semi-structured interview for the VU sufferers and caregivers, and also on the systematic observation. For analysis and interpretation we used the thematic analysis, being the **access** identified as the central thematic unit, with the following sub-themes: some procedures, medical attendance, home medical attendance, home dressings, orientation, suitable treatment of the wound, systemic usage drugs, specialist, time of work, waiting time, and attendance time. With the caregiver it was identified the access with sub-themes as the thematic unit: socialization, other levels of attention,

knowledge, materials, resources from different natures. In our study it was possible to identifying different and several dimensions of the access of the user with VU in the Health Services. Speeches presented in the study showed that the access and the accessibility present restrictions which compromise the attention given. Related to the access, the best aspect found was the time of attendance and the access to the Community Healthcare Agent at home. The Net presents itself disarticulated among the different levels, with lack of continuity of the treatment of the sufferer. User is referred to a service of higher complexity, without going back to the service of primary care in a systematic way. Panorama points to investments, among them the adoption of a protocol of attention to the VU sufferer.

Key words: Health Primary Care. Family Health. Attention to Health. Varicose Ulcer.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO E A APROXIMAÇÃO COM PROBLEMA DE ESTUDO..	15
2	INTRODUÇÃO.....	18
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	OBJETIVO GERAL.....	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4	HISTÓRIA NO TRATAMENTO DAS FERIDAS.....	23
4.1	CLASSIFICAÇÃO E CUIDADOS COM A ÚLCERA VENOSA.....	25
5	A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
5.1	A EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR AO USUÁRIO COM ÚLCERA VENOSA.....	35
6	METODOLOGIA.....	38
6.1	TIPO DE PESQUISA.....	38
6.2	LOCAL DE ESTUDO.....	38
6.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	39
6.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
6.5	OBSERVAÇÃO.....	40
6.6	ENTREVISTA.....	41
6.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
7	ANÁLISE DOS DADOS.....	43
8	RESULTADOS.....	45
8.1	UNIDADE TEMÁTICA: ACESSO.....	45
8.2	ACESSO A DETERMINADOS PROCEDIMENTOS.....	48
8.3	ACESSO A CONSULTA MÉDICA.....	52
8.4	ACESSO A CONSULTA MÉDICA NO DOMICÍLIO.....	54
8.5	ACESSO A REALIZAÇÃO DO CURATIVO NO DOMICÍLIO.....	56
8.6	ACESSO A ORIENTAÇÃO.....	58
8.7	ACESSO AO TRATAMENTO DA FERIDA: À LUZ DAS RECENTES PRODUÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS.....	65
8.8	ACESSO: MEDICAMENTOS SISTÊMICOS.....	69
8.9	ACESSO AO ESPECIALISTA	71

8.10	ACESSO: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.....	74
8.11	ACESSO: TEMPO DE ESPERA.....	76
8.12	ACESSO: TEMPO DE CONSULTA.....	77
8.13	CUIDADOR.....	79
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES.....	95
	APÊNDICE A - ENTREVISTA (USUÁRIO).....	95
	APÊNDICE B - ENTREVISTA (CUIDADORES).....	105
	APÊNDICE C - OBSERVAÇÃO (USUÁRIO).....	112
	APÊNDICE D - OBSERVAÇÃO (CUIDADOR).....	114
	APÊNDICE E - TERMO ENTREVISTA- USUÁRIOS.....	117
	APÊNDICE F - TERMO ENTREVISTA – CUIDADORES.....	120
	APÊNDICE G - OBSERVAÇÃO – USUÁRIO.....	123
	APÊNDICE H - OBSERVAÇÃO – CUIDADOR.....	126
	ANEXOS.....	129
	ANEXO A – CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA.....	129

1 APRESENTAÇÃO E A APROXIMAÇÃO COM PROBLEMA DE ESTUDO

Desde a minha trajetória como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), nos campos de estágio, já cuidava de usuários com úlceras crônicas cuja cicatrização era um desafio para a assistência à saúde. Estudiosos desta área vinham apresentando tratamentos inovadores nos cuidados a pacientes com esse tipo de lesão. Ao me graduar, em meu primeiro emprego como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um pequeno município do interior do estado de Minas Gerais, deparei-me com usuários que apresentavam úlceras crônicas de difícil cicatrização; com maior prevalência um tipo de úlcera de perna chamada úlcera venosa. Estes, em sua maioria, possuíam baixas condições socioeconômicas. Neste contato, também foi possível observar o despreparo e desconhecimento dos profissionais de saúde daquele município, no que se refere ao cuidado com as pessoas que apresentavam estas úlceras.

Ao prestar assistência a esses usuários me fundamentava nos conhecimentos adquiridos na Graduação. No entanto, reconhecia que a maioria não tinha acesso e condições de arcar com aqueles tratamentos inovadores, consistindo em mais um desafio a ser enfrentado, para viabilizar o tratamento e recuperação dessas pessoas. Com isso, estaria contribuindo para a uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Em encontros informais com outros profissionais da área da saúde discutia situações vividas no cotidiano da ESF e cada vez mais, sentia necessidade de buscar compartilhar, e até mesmo adquirir novos conhecimentos. Na época, tive a oportunidade de participar do curso de especialização em Saúde da Família, realizado pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), hoje, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no qual foi possível ter contato com pessoas que cuidavam de usuários com úlceras crônicas, despertando ainda mais em mim o interesse pelo assunto. Dois anos mais tarde ingressei como professora substituta na área de Saúde Coletiva, e também na Liga de Feridas da UFTM.

Realizando os curativos em usuários do Ambulatório Maria da Glória, do Hospital de Clínicas da UFTM, e em domicílios, pude verificar que muitos usuários

eram provenientes de áreas com coberturas da ESF, tanto de Uberaba como da região. Em diferentes oportunidades de contatos com profissionais da rede municipal de saúde de Uberaba e de municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba (GRS), foi possível identificar a falta de padronização, acerca da realização dos cuidados aos usuários com úlceras crônicas; principalmente a úlcera venosa. Tive a possibilidade de discutir com diversos profissionais de diferentes unidades de saúde, acerca dos cuidados prestados aos usuários. Nesse processo, mais uma vez, foram-se evidenciando o despreparo, a falta de atualização desses trabalhadores de saúde e a confirmação da ausência de protocolos, ou normatizações, que pudessem sistematizar o cuidado a esses usuários, no município de Uberaba e cidades pertencentes às três microrregiões, que têm como referência o município de Uberaba.

O cuidado do usuário com úlcera venosa não se restringe aos profissionais de saúde. Geralmente, necessitam dar continuidade a procedimentos específicos em seus domicílios, entre eles, por exemplo, a terapia e o tratamento da úlcera venosa.

Estes usuários estão sob influência de diversos profissionais, como também de pessoas com quem se relacionam no cotidiano, sendo comum a troca de experiências, ocorrendo, então, a indicação dos mais variados produtos tópicos, inclusive aqueles que não promovem uma boa cicatrização da ferida. Podemos citar as pomadas com antibióticos e corticóides em suas fórmulas, soluções com iodo, e até mesmo o uso de plantas que, supostamente, apresentam atividade medicinal. No entanto, sem orientação baseada em estudos de avaliação sobre reais efeitos (bons e ruins) que possam causar na ferida.

Se entre os profissionais de saúde não se tem sistematizado e/ou protocolado os cuidados a esses usuários, pode-se esperar orientações diversas e diferentes, partindo dos profissionais para estas pessoas. Desta forma, os mesmos estão sujeitos a uma variedade de condutas entre os profissionais, como também entre os indivíduos com quem se relacionam.

Assim emergiu a necessidade de investigar como os cuidadores e as pessoas com úlcera venosa realizam o tratamento, identificando as dificuldades, sentimentos expressados pelos cuidadores no cuidado a esses usuários, e, também, qual o significado, para as pessoas com estas lesões, em relação à atenção recebida pelos serviços de saúde e pelo seu cuidador. Além disso, investigar como

se processa o acesso a esses pacientes nos serviços de saúde, com ênfase na atenção.

Assim, no primeiro capítulo foram apresentados estudos sobre o tema de investigação, com um panorama sobre as úlceras venosas. No segundo capítulo, foi definido o objeto de estudo. No terceiro capítulo, apresentamos um panorama histórico sobre o tratamento das feridas, a classificação e os cuidados com a úlcera venosa. No quarto capítulo, uma discussão sobre a Atenção Básica à Saúde e seus principais atributos, a implantação da Estratégia de Saúde da Família e o papel da equipe na atenção domiciliar ao usuário com úlcera venosa. No quinto capítulo, evidenciamos o percurso metodológico, estabelecendo o campo da pesquisa, os sujeitos envolvidos, os instrumentos privilegiados para a coleta e análise do material empírico e os aspectos éticos.

No sexto capítulo, foi elucidado como ocorreu a análise dos dados. No sétimo capítulo, o suporte teórico que dá sustentação à análise do mesmo, elaborando um resgate histórico da Atenção Básica, especialmente da trajetória brasileira, apresentado os resultados em discussão da investigação, onde inicia-se pela caracterização dos participantes: sujeitos entrevistados (usuários com úlcera venosa). Neste capítulo ainda definimos, a unidade temática, acesso com os seguintes subtemas: determinados procedimentos, consulta médica, consulta médica no domicílio, realização do curativo no domicílio, orientação, tratamento adequado da ferida medicamentos de uso sistêmico, especialista, horário de funcionamento, tempo de espera, tempo de consulta. Através dos discursos dos sujeitos investigados, foi realizada uma discussão com os problemas identificados a partir da percepção do usuário com úlcera venosa na atenção básica, com o que é recomendado na literatura.

Finalmente, no último capítulo, Considerações Finais, apresenta-se uma síntese dos resultados em discussão e apontam-se algumas recomendações para o enfrentamento dos desafios encontrados nesta investigação, visando contribuir para a melhoria e fortalecimento da rede, para que o usuário com úlcera venosa tenha melhor acessibilidade na Atenção Básica do município estudado.

2 INTRODUÇÃO

Dealey (2001) descreve que as úlceras podem ser classificadas como: agudas, pós-operatórias e crônicas. As úlceras agudas geralmente são traumáticas, devido, principalmente, a cortes, abrasões, lacerações, queimaduras e outras. Respondem rapidamente ao tratamento e cicatrizam sem complicações. As úlceras pós-operatórias são agudas e intencionais. Podem cicatrizar por primeira intenção, caso em que as bordas da pele são mantidas próximas, onde são usados suturas, grampos ou fitas. Algumas úlceras cirúrgicas são deixadas abertas para cicatrizarem por segunda intenção, de maneira a permitir a drenagem de material infectado. As úlceras crônicas são descritas como sendo de longa duração ou de recorrência freqüentes. Podemos citar as úlceras de pressão e as úlceras de pernas. Os usuários podem ter vários problemas, que envolvem múltiplos fatores que afetam a sua capacidade de cicatrizar as úlceras. (FOWLER, 1880 apud DEALEY, 2001).

Borges (2005) em sua tese de doutorado, afirma que as úlceras crônicas de perna, de acordo com a doença de base, podem ser categorizadas em vasculares, metabólicas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, decorrentes de doença hematológica e outras causas. A que mais acomete as pessoas com úlceras, em muitos países, é a insuficiência venosa nas extremidades. As úlceras venosas podem surgir espontaneamente ou por traumas.

Os três principais tipos de úlceras dos membros inferiores são as úlceras venosas, as úlceras arteriais e as neuropáticas; sendo que a úlcera venosa apresenta uma prevalência em 80% dos casos, com prevalência global de 0,06 a 3,6%.

Um estudo realizado por Abbade e Lastória (2005) no que se refere aos dados epidemiológicos de doenças do sistema venoso, revela que os dados são subestimados, sendo as úlceras venosas muito comuns na idade adulta, variando de 40 a 50% em homens e de 50 a 55% em mulheres. Em vários estudos, os autores encontraram que veias varicosas aumentam conforme o avanço da idade. Em outro estudo de (2006), os mesmos autores nos trazem que as úlceras são muito comuns na fase adulta. Muitos trabalhos se referem às úlceras de membros inferiores e não exatamente às úlceras venosas. Estas se apresentam com uma alta prevalência e importância, mas ainda não têm sido priorizadas como problema de saúde pública.

Bergonse e Rivitti (2006) trazem um estudo do Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizado entre os anos de 2003 e 2004. A amostra foi composta por quarenta pessoas que apresentavam úlcera venosa crônica, com idade acima de quarenta e cinco anos. Os pacientes foram categorizados por sexo, idade e cor, tendo como variáveis a localização, o tamanho, número de lesões, duração e recorrência das úlceras. Um fator de destaque neste estudo é que, dos 40 pacientes, 32 (80%) eram do sexo feminino, abrangendo as faixas etárias de 61 a 70 anos e 71 a 80, num total de 28 (70%) pessoas, e apenas um caso acima de 80 anos (2,5%). Com este estudo podemos concluir, mais uma vez, que as úlceras venosas prevalecem em mulheres e idosos.

Araújo et al. (2003) relatam que as úlceras venosas são o maior problema de saúde, devido à sua alta incidência, e os custos elevados para o tratamento. Nos Estados Unidos, aproximadamente sete milhões de pessoas apresentam insuficiência venosa, e um milhão de pessoas desenvolvem a úlcera venosa. Com uma prevalência maior entre mulheres e nas idades de sessenta e oitenta anos.

Gamba (1998) realizou um estudo com 175 pacientes com feridas crônicas que não cicatrizaram, cadastrados no Centro de Assistência em Educação e Enfermagem (CAENF), da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, no Serviço de Prevenção de Feridas Crônicas. Estas pessoas procuraram este setor, pois não conseguiam resolutividade dos problemas nos outros serviços, e ainda não dispunham de uma atenção efetiva do profissional enfermeiro, por não ter um atendimento sistematizado. Concluiu, em seu estudo, que dos 175 pacientes atendidos, 126 (72%) apresentavam Diabetes Mellitus e que 140 (80%) apresentavam Hipertensão Arterial. Tais doenças são fatores de risco que levam ao desenvolvimento das feridas crônicas. (GAMBA, 1991; AHRONI; COL, 1993 apud GAMBA, 1998). Em um outro fato identificado pela autora, as pessoas que apresentam úlceras são mulheres (63%), e se encontram na terceira idade (64%). Podemos dizer que as úlceras têm acometido mais a terceira idade, e neste processo de envelhecimento é comum o aparecimento de doenças crônicas. Dentre elas, podemos destacar a insuficiência venosa que pode levar a formação de úlceras venosas.

A úlcera, que é uma complicação tardia da Insuficiência Venosa Crônica (IVC), tem sido encontrada em 0,06 a 0,2% da população de países como a França,

Itália, Bélgica, Dinamarca e Canadá, sendo a taxa de incidência de 3,5/1000 ano, em indivíduos com mais de 45 anos de idade. (LIMA et al., 2002). Muitos estudos epidemiológicos se concentram na doença venosa com presença de úlceras, com maior número de pesquisas de doenças venosas desenvolvidas no Reino Unido e na Suécia. As úlceras venosas são as mais encontradas nos membros inferiores, sendo 76% das úlceras das pernas, com surgimento por volta de 60 anos, apresentando um alto índice de recorrência que varia de 60 a 72%. (PIEPER; CALIRI; CARDOZO, 2002).

Uma pesquisa realizada no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, traçou o perfil clínico epidemiológico de pacientes com úlceras de perna, atendidos especialmente nas unidades de tratamento do município, onde foram avaliados os tipos mais freqüentes de úlceras, doenças associadas e perfil socioeconômico dos pacientes. A amostra foi composta por 124 pacientes. A maioria era do sexo feminino; 81 pacientes (65,3%). 88 pacientes (78%) apresentavam úlcera venosa, 73 pacientes (58,8%), com idade acima de sessenta anos, apresentavam úlcera, mais uma vez evidenciando os idosos como pessoas que são acometidas mais facilmente por úlceras crônicas. (FRADE et al., 2005).

Borges, Caliri e Haas (2007) nos trazem em seu estudo que, na América do Norte, na população acima de sessenta e cinco anos, houve uma estimativa de aumento de pessoas com úlceras de perna de 12% em 1888 para 22% em 2030. E também relataram que há um aumento do número de úlceras com o avanço da idade. (WIPKE-TEVIS et al., 2000 apud BORGES; CALIRI; HAAS, 2007).

Em outro trabalho realizado por Baptista e Castilho (2006) é possível conferir que, dos nove paciente acompanhados, houve uma incidência maior em mulheres de 77,77%, com uma prevalência igual nas idades entre quarenta e nove anos a cinqüenta e seis anos, e sessenta e cinco anos a setenta e dois anos; ou seja, 33,33%. E ainda, outro dado relevante está relacionado às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (33,33%) e o Diabetes Mellitus (22,22%). Tal estudo foi realizado em um Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), que caracterizou a população atendida sociodemograficamente, e das lesões com úlcera venosa com os custos relacionados ao pessoal de enfermagem e o tratamento com bota de Unna.

França e Tavares (2003) destacam, em seu estudo, que a IVC na população aumenta com a idade. Na Europa, atingem indivíduos entre 30 e 70 anos, sendo que

5 a 15% apresentam IVC. Já nos Estados Unidos, chega a atingir algo em torno de sete milhões de pessoas, sendo as causas de todas as úlceras de membro inferior variando de 70 a 80%.

Os mesmos autores, em um artigo de revisão atualizada sobre a avaliação e o tratamento da IVC, apresentam um estudo epidemiológico, realizado na cidade de Botucatu – São Paulo, sobre alterações venosas de membros inferiores da população. Identificaram uma prevalência de 35,5% de varizes e de formas graves de IVC com úlcera aberta ou cicatriz de úlcera de 1,5%. (FRANÇA; TAVARES, 2003). Um outro dado relevante, que esses estudiosos nos ofertam, diz respeito à análise do relatório do Ministério da Previdência Social de 1884, onde foram estudadas as cinquenta (50) principais doenças, por ordem decrescente de frequência.

[...] que provocaram o afastamento temporário do trabalho de segurados do sistema previdenciário estatal brasileiro... O ano de referencia foi de 1883. A IVC ocupava o 14º lugar. Apesar da alta incidência, o autor concluiu que esses números não refletiam inteiramente a realidade brasileira, sendo necessários mais dados para uma conclusão real do problema e de seu custo para a economia da nação. (FRANÇA; TAVARES, 2003, p. 318).

Os estudos revelam que os idosos têm maior prevalência no desenvolvimento de úlceras crônicas, que muitas vezes são reincidentes e podem vir associadas a doenças crônicas. E ainda, apresentam-nos que a úlcera venosa é um grande problema que acomete as pessoas, tendo impacto muito grande sobre a vida do indivíduo no que se refere à própria imagem, mobilidade e qualidade de vida. A maioria destes indivíduos acaba por procurar a previdência em busca de receber o auxílio doença, por apresentarem problemas financeiros devido aos elevados custos do tratamento da úlcera. Pela ansiedade causada por tratamentos sem resolutividade, muitas pessoas recorrem a vários tipos de terapêuticas, desde os mais caseiros aos mais sofisticados, sem saber dos cuidados realmente necessários à úlcera venosa.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Identificar, a partir dos usuários e/ou cuidadores, os aspectos da atenção à saúde, aos usuários com úlcera venosa, no âmbito do serviço de saúde e no domicílio, no que diz respeito ao acesso ao tratamento e à terapia tópica da úlcera venosa, em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar, a partir do usuário e/ou cuidador, o acesso do usuário com úlcera venosa que necessita de acompanhamento, nas três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG;
- ✓ Descrever as dificuldades, facilidades e sentimentos dos usuários e/ou cuidadores de usuários com UV, sobre os cuidados realizados para o tratamento da úlcera venosa no espaço domiciliar, pelas três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG.
- ✓ Descrever, a partir do usuário e/ou cuidador, como ocorre a atenção recebida no serviço de saúde.

4 HISTÓRIA NO TRATAMENTO DAS FERIDAS

Informamos que o tratamento das feridas data de 3000 anos a.C, época em que as feridas hemorrágicas eram tratadas com cauterização. Durante séculos, o tratamento de feridas sofreu modificações, com o intuito de promover a cicatrização em um curto espaço de tempo. Em uma revisão de literatura, Andrade descreve que já na pré-história vários agentes, como extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas, e lama eram utilizados nas feridas. (CUNHA, 2006).

Ao longo do tempo e com a evolução das civilizações, passaram a ser utilizados outros métodos como: emplastos de ervas, mel, excrementos, dentre outros; cauterização das feridas com óleos ferventes ou ferro quente, cinzas, mirra, desinfecção com álcool. Estas substâncias eram aplicadas sobre as feridas com a finalidade de estancar a hemorragia e facilitar a cicatrização. Nesta época não havia embasamento científico, e a prática adotada era de acordo com os costumes da época. Os egípcios utilizavam o conceito de ferida limpa e ocluída, com óleos vegetais, cataplasmas e faixas de algodão. Gregos e romanos aplicavam emplastos, banhas, óleos minerais, pomadas, vinho, dentre outros. Os povos da Antiguidade tinham uma preocupação muito grande com a infecção da ferida. Sem saber o que era um processo infeccioso, as pessoas invocavam a santos e deuses. Podemos citar São Cosme e Damião, São Bartolomeu e São Sebastião. (CUNHA, 2006; DEALEY, 2001; JORGE; DANTAS, 2003).

A devoção e invocação aos santos ainda se faz presente na sociedade, com adoção de promessas aos mesmos, em busca de um milagre que possa levar a cicatrização da ferida e cura da pessoa.

Continuando a história, temos Hipócrates, considerado o pai da medicina, na Grécia Antiga (460-377 a.C). Ele dizia que a ferida deveria estar limpa e seca, e para a limpeza era utilizado vinho e vinagre. Medievais associavam as plantas medicinais, teia de aranha, ovo, cauterização com óleo quente, ao auxílio das preces, pois, o corpo humano era considerado sagrado; lugar de residência do espírito ou das forças demoníacas.

Ainda no período medieval, os monastérios desenvolviam cada vez mais o estudo das plantas, hoje denominado Fitoterapia, preconizando manter a ferida limpa e remover os corpos estranhos e tecido necrosado, e ainda, a necessidade de

controlar a hemorragia por meio de compressões locais, cauterizações e ligaduras dos vasos sangrantes. (CUNHA, 2006).

Os maiores avanços aconteceram entre o final do século XIX e o início do século XX. A enfermeira Florence Nitghhingale, na Guerra da Criméia, introduz os conceitos de higiene. Durante a guerra, vários tecidos eram utilizados nas lesões, tais como linho e estopa, que eram lavados e reutilizados. Mas estes tecidos não eram tão absorventes. Mais tarde é que se descobriu a gaze, que tinha uma absorção melhor. Esta era extraída da matéria do óleo de lã que é utilizada até hoje. (DEALEY, 2001).

Já no final do século XIX, com o desenvolvimento da Teoria dos Germes, por Pasteur, as feridas deveriam ser mantidas secas, e o uso de substâncias antibacterianas tinha como objetivo prevenir a infecção na ferida. Somente no final da década de 1850 começaram a surgir estudos que preconizavam a cicatrização em meio úmido, e assim, mais estudos começaram a ser realizados. No Brasil, somente na década de noventa (1990), começam a surgir os primeiros estudos sobre manter o meio úmido da ferida e entrada de produtos que mantivessem o leito da ferida umidificado, mas as escolas médica e de enfermagem ainda ensinavam que as feridas deveriam ser mantidas secas, e, ainda, se utiliza os anti-sépticos. (JORGE; DANTAS, 2003).

Estes ensinamentos ainda se refletem nas práticas atuais dos profissionais que, por falta de atualização, utilizam produtos que não são mais indicados. As pessoas que apresentam estas úlceras, ao receber atendimento deste profissional despreparado para indicação de um tratamento adequado, e pela falta de confiança e vínculo, recorrem a práticas adotadas por sua comunidade, que vão desde produtos caseiros, curandeiros, benzedeiros dentre outros recursos encontrados em sua realidade.

Em um estudo, realizado no Mato Grosso do Sul, sobre o cuidado popular com as feridas, os autores trazem as representações e práticas de uma comunidade em que foi possível identificar as diferenças marcantes entre as terapias indicadas pelos enfermeiros, e as práticas adotadas pelas pessoas que apresentavam feridas em seu domicílio. No estudo de natureza qualitativa e etnográfica, os autores encontraram temas centrais do conhecimento dos cuidados com a ferida e a inter-relação com os aspectos culturais e histórico-sociais, e, ainda, subtemas. Um subtema de interesse foi a cura pela benzeção e o uso de remédios caseiros, no

qual as pessoas afirmavam que os medicamentos fornecidos são importantes, mas são necessário remédios populares para minimizar os sintomas físicos, e a figura do curandeiro e benzedor para combater a causa da ferida. (KREUTZ; MERIGHI; GUALDA, 2003).

Loyola (1984a) afirma que o cuidado popular não acontece somente em locais distantes ou de áreas rurais, mas também em grandes centros urbanos, próprio em populações de baixa renda. O cuidado popular, portanto, não é de áreas de isolamento geográfico e/ou da falta de atenção médica. Representa, também, uma alternativa à dificuldade de acesso aos recursos da medicina oficial. Em pesquisa sobre medicina popular, a autora ainda nos oferta, em sua pesquisa, que a prática da medicina popular advém da prática autoritária científica do médico, que utiliza uma linguagem muito difícil na relação profissional-paciente. Já o curandeiro utiliza uma linguagem que é imediatamente acessível às pessoas de comunidades carentes. A prática popular em relação ao tratamento de feridas, nas populações menos favorecidas, ocorre não devido à falta de dinheiro, porém, apresenta forte influência de crenças populares, além da visão que as pessoas têm em relação ao mundo, ao seu próprio corpo, e de sua saúde, em grande parte incompatibilizada com aquelas subjacentes à medicina validada pela ciência.

Diante das várias formas de se cuidar da úlcera, seja por profissionais, curandeiros ou pacientes, é necessário que se utilizem produtos acessíveis com a realidade sócio-econômica do indivíduo com úlcera venosa, mas, principalmente, devem ser respeitados os aspectos do contexto cultural que envolvem o usuário com úlcera venosa.

4.1 CLASSIFICAÇÃO E CUIDADOS COM A ÚLCERA VENOSA

O Comitê Internacional de Consenso sobre Doenças Venosa Crônicas adotou o CEAP, que classifica a doença venosa segundo: (C) sinais clínicos, (E) classificação etiológica, (A) distribuição anatômica, (P) condição fisiopatológica. A doença venosa apresenta como sinais clínicos as veias varicosas, hiperpigmentação da pele, edema e lipodermatoesclerose. Estes, somados à presença de úlcera cicatrizada ou aberta, caracterizam a IVC. E ainda padroniza uma classificação de 0

a 6 para a doença venosa crônica de baixas extremidades, sendo classe 0 sem sinais de doença venosa palpável ou visível, classe 1 com telangectasias e/ou veias varicosas, classe 2 veias varicosas, classe 3 edema, classe 4 alterações de pele (hiperpigmentação e dermatoesclerose), classe 5 todos os sinais anteriores com úlcera cicatrizada, classe 6 todos os sinais anteriores com úlcera ativa. (CLASSIFICATION, 1997).

Para um cuidado adequado às úlceras venosas há algumas recomendações necessárias para uma boa evolução da ferida. Borges (2005) traz em sua tese uma proposta com diretrizes, composta por oitenta e duas recomendações, que foram organizadas em oito domínios, que se constitui por avaliação do paciente e sua ferida, documentação dos achados clínicos, cuidados com a ferida e a pele ao redor, indicação da cobertura, uso de antibiótico, melhoria do retorno venoso e prevenção de recidiva, encaminhamentos dos pacientes, capacitação profissional. A adoção destes domínios e diretrizes pode resultar em alta precoce do paciente, com redução dos gastos, e ainda proporcionar maior conforto para pacientes e familiares durante a recuperação.

Uma proposta de abordagem aos pacientes com úlceras venosas, apresentada por Abbade e Lastória (2005), inclui a avaliação diagnóstica e terapêutica do usuário com úlcera venosa. Para que ocorra o diagnóstico clínico, faz-se necessário coletar dados sobre o histórico, realizar um exame físico detalhado no que se refere à presença de varizes, traumas, edema, fraturas, dor, formato da úlcera no início e depois de longo tempo, localização, região perilesional (hemossiderina, descamação, prurido, eritema, lipodermoesclerose, atrofia branca), vênulas na região submaleolar, palpação dos pulsos pedial e tibial posterior. Outro ponto importante é a ultrassonografia Doppler, que define que, se o índice sistólico entre tornozelo-braço estiver abaixo de 0,8% pode haver a existência de insuficiência arterial influenciando o desenvolvimento da úlcera. A outra abordagem a que se refere os autores está relacionada ao tratamento das complicações das úlceras crônicas que incluem identificação de infecções em partes moles, a presença de dermatite de contato, osteomielites e, mais raramente, transformação neoplásica.

Abbate e Lastória (2005) ainda nos ofertam, com seu estudo, os métodos para cicatrização da úlcera, que são constituídos pela terapia compressiva, tratamento local da úlcera, medicamentos sistêmicos e tratamento cirúrgico da

anormalidade venosa, medidas complementares que incluem o repouso e caminhadas, e ainda métodos para evitar a recidiva destas úlceras venosas que são muito comuns.

5 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A história das políticas de saúde, no Brasil, revela as transformações que ocorreram e vêm ocorrendo na organização dos serviços de saúde e, nesta perspectiva, concordamos com Pereira (2001), que houve avanços do setor de saúde brasileiro, na sua grande maioria, conquistados no movimento da Reforma Sanitária. No entanto, ainda temos um grande desafio a enfrentar para “mudar o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”. (CAMPOS et al. 1998, p. 53). Consideramos mesmo um grande desafio enfrentar essa batalha na transformação do modo de se “fazer saúde” no Brasil, onde o processo saúde/doença é tido unicamente como um fenômeno individual, centrado no corpo do cliente, fundamentado na visão biomédica, e que tem a doença e o lucro decorrentes dela, como objeto do processo de trabalho em saúde. (PEREIRA, 2001).

Ainda é possível identificar, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹, que as ações intercomplementares entre profissionais da saúde, usuários e sociedade, são tímidas e pontuais, e também que a articulação dos diferentes níveis de atenção demonstra faltas e falhas de comunicação, comprometendo uma atenção adequada, sistematizada e de qualidade.

Para a reversão deste modo de “fazer saúde” uma das iniciativas mais recentes do Ministério, visando fortalecer a Atenção Básica à Saúde, se deu com a implantação do Programa da Saúde da Família (PSF), denominado hoje de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este surgiu num cenário de projetos de disputa para a efetiva implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que mesmo direcionado pelo SUS, continua em sua maior parte orientado, também nos serviços de atenção básica à saúde. Ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde, quase que

¹ Unidade Básica de Saúde (UBS): CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: unidade para realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Pode ou não oferecer: SADT e pronto atendimento 24 horas. (BRASIL, 2006a).

exclusivamente na cura de doenças, centrado em intervenções de caráter individual, e pautadas em terapia medicamentosa, restringindo o atendimento às demandas da doença, sem o compromisso de estabelecimento de diálogos entre profissional de saúde e usuário. Diálogo este que valoriza a fala e a escuta, os anseios, angústias e expectativas dos usuários, visando identificar as reais necessidades demandadas pelo usuário e também a construção do vínculo entre esses atores. (ALMEIDA, 1999; PEREIRA, 2001).

Vale destacar que o Ministério da Saúde, para definir as ações que competem à Atenção Primária à Saúde, conceitua Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios-processo bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Considera o sujeito em sua singularidade na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução dos danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006b, p.18).

No Brasil, a Atenção Básica sistematizada pela estratégia governamental da (ESF) tem a família como objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Tem como objetivo geral a reorientação do modelo assistencial, na perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde. Apresenta como objetivos específicos: eleger a família e seu espaço social com abordagem no atendimento à saúde, prestar assistência na unidade de saúde e domicílio, pautando na “assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade as necessidade de saúde da população adscrita”. (BRASIL, 1998a, p. 26).

O planejamento da assistência é muito importante para a realização de todo tipo de atenção, e no caso do nosso estudo, para o acompanhamento do usuário com úlcera venosa. A ESF, no momento, é a que mais se aproxima do contexto dos usuários e tem maior possibilidade de promover o atendimento domiciliar. Desta forma, entendemos que 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. Neste sentido, entendemos que a atualização constante de conhecimentos, bem como a implantação e implementação dos protocolos e normatizações se fazem necessários.

Para o planejamento desta atenção, torna-se fundamental que os profissionais se pautem nos princípios ou dimensões essenciais ou atributos da Atenção Básica à Saúde, que, segundo Starfield (2002), são: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação ou integração dos serviços, enfoque familiar, orientação para a comunidade.

A Constituição de 1988 assegura, a partir do artigo 186, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo a redução de riscos e agravos à saúde com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo. E o artigo 188 preconiza que todas as ações e serviços de saúde devem constituir-se de uma rede regionalizada e hierarquizada por um sistema único, e que tem como diretrizes: descentralização, integralidade e participação popular. (BRASIL, 1990). A partir disto, teremos o princípio da Universalidade, que se constitui um diferencial na atenção à saúde dos brasileiros. Entretanto, se fez necessário incluir nos serviços da ABS o atributo da “porta de entrada” ou “primeiro contato” e do “acesso”, que para Starfield (2002) significa a acessibilidade e uso do serviço de saúde frente a cada novo problema enfrentado pelo usuário.

O acesso é o uso dos serviços de saúde pelo usuário, enquanto a acessibilidade é o elemento chave para que o indivíduo tenha o primeiro contato e receba a atenção que atenda às necessidades. O local de atendimento deve ser de fácil acesso e disponível. A melhor acessibilidade aos serviços está relacionada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e a continuidade deste tratamento. Quanto à acessibilidade, podemos citar como principais dificuldades para prestar um atendimento de qualidade, as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais. Estes fatores, ao serem analisados, podem contribuir para uma melhor qualificação do acesso, e ainda devem ser inclusos aspectos relacionados a organização e dinâmica do processo de trabalho. (SOUZA et al., 2008).

Ainda em outro estudo apresentado por Franks, Clancy e Nutting (1997), os autores atribuem que o primeiro contato, para que se tenham os primeiros cuidados,

deve ser facilmente acessível; as pessoas devem utilizá-los para ter acesso a todos os ou a maioria dos serviços necessários, e os profissionais que atuam na atenção básica, devem assumir a responsabilidade para gerenciar a utilização de todos os serviços, incluindo cuidados especiais.

A acessibilidade é um aspecto que pode ser medido quanto aos cuidados ao primeiro contato, utilizando-se dos indicadores de acessibilidade potencial ou realizada. (ADAY; FLEMING; ANDERSEN 1990). Indicadores de acessibilidade física estrutural ou de disponibilidade de cuidados de saúde, tais como a presença de uma comunidade de cuidados de saúde e pessoal, a facilidade com que os compromissos podem ser feitos, e a disponibilidade dos horários dos serviços e pessoal estejam disponíveis para usuários. Como forma de se avaliar o acesso, foi medida a utilização efetiva dos serviços, pelo número de vezes que o indivíduo acessa o serviço num determinado período de tempo. (BLUMENTHAL; MORT; EDWARDS, 1985).

Nos Estados Unidos, há uma suspeita de que a base para a porta de entrada seja a contenção de despesas e não a racionalidade de organização, o que vem ocorrendo em muitos países da Europa. “Se a porta de entrada não for suficientemente reconhecida ou habilitada nos diagnósticos ou manejo do problema, a atenção necessária pode ser negada”. (STARFIELD, 2002, p. 221).

O princípio organizativo do SUS, denominado regionalização, poderá intervir favoravelmente na acessibilidade, ao organizar os serviços de saúde em uma área delimitada com uma população adscrita, possibilitando maior proximidade destes com as residências das pessoas, e assim diminuir as barreiras geográficas que dificultem o acesso e a atenção oferecida pelo serviço de saúde. A ESF trabalha com a territorialização de uma área, com número de famílias cadastradas que são divididas por microáreas, tendo um agente de saúde responsável em cada uma das mesmas. Isto só vem reforçar a organização da ESF.

A hierarquização do atendimento também se articula à porta de entrada da ABS, pois os encaminhamentos devem ocorrer de forma mais racional, ou seja, somente em situações que requeiram uma atenção mais especializada, acionando os serviços dos demais níveis do sistema, às vezes para complementação de tratamentos ou confirmação de diagnósticos, para que a AB possa atender as necessidades dos indivíduos sob sua responsabilidade.

Outro atributo apresentado por Starfield (2002) é a longitudinalidade, que se refere ao seguimento regular, ao longo do tempo, dos usuários do serviço, para que tenha como sua fonte de atenção o profissional e/ou a unidade de saúde. Pressupõe, no contexto da Atenção Básica, que a longitudinalidade estabelece uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários.

A humanização do atendimento adotada nas diretrizes da ESF tem, em parte, identidade com a longitudinalidade, pois a humanização implica em relação profissional/usuário, pautada em ética, na qual a tolerância aos diferentes, e às diversidades são inerentes à prática profissional, como também a preocupação com a inclusão social e a solidariedade. Ainda, entende-se que cada usuário que acessa o serviço de saúde está passando por dificuldades e tem seu próprio jeito de enfrentar e de manifestar seus problemas, que geralmente retratam o contexto das relações sociais em que vivem. (MERHY, 2007).

A integralidade, como princípio da ABS, tem sido conceituada como um conjunto de recursos e arranjos que os profissionais dispõem e/ou acessam para possibilitar atender ao máximo as necessidades apresentadas pelos usuários. Esses recursos não necessariamente precisam estar disponíveis na própria unidade. Podem ser mobilizados fora do setor de saúde. Nos serviços de saúde, incluímos neste princípio o encaminhamento para os serviços que compõem o nível secundário e o terciário, além dos serviços de internação domiciliar e outros disponíveis de caráter comunitário. (STARFIELD, 2002).

Nesta perspectiva, a extensão de variedade dos problemas apresentados e detectados na ABS é muito maior que em outros serviços, pois estes outros já recebem os problemas com especificidade melhor definida. A autora destaca que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção procurando ofertar e reconhecer “adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais”. (STARFIELD, 2002, p. 63). A autora ainda acrescenta que os problemas apresentados pelas pessoas estão relacionados, muitas vezes, aos aspectos sociais, que interferem sobremaneira no processo saúde-doença, acarretando com isto enfermidades e sofrimento, seja do indivíduo e até mesmo de seus familiares. Entretanto, faz-se necessário reconhecer estes problemas sociais com intuito de atender às necessidades dos indivíduos.

A integralidade da atenção implica no entendimento de que as necessidades dos usuários precisam ser desvendadas em suas múltiplas dimensões, considerando

a diversidade e complexidade destas frente às relações materiais de existência dos usuários. Portanto, os profissionais precisam acionar, articular e incorporar diferentes e diversos saberes e recursos para contribuir na resolução ou, pelo menos, na minimização do sofrimento daquelas pessoas que estão sob nossos cuidados.

Nas diretrizes da Atenção Básica, além dessas características atribuídas à integralidade, temos a responsabilização do atendimento dos serviços nos demais níveis de sistema. Isto é, quando o usuário é encaminhado para outro serviço com a sua guia de referência, faz-se necessário que o profissional de saúde assegure a atenção por meio de comunicação entre os setores envolvidos, e, ainda monitore se ocorreu o atendimento eleito como necessário no outro serviço e, desta forma, se a complementaridade e continuidade da atenção processou-se.

Esta atitude de buscar estabelecer contatos de diferentes formas com o serviço para o qual se encaminha o usuário também contribui com a possibilidade de maior aproximação entre os serviços da ABS e dos demais serviços do sistema. A comunicação tem como função a organização do fluxo e contrafluxo dos usuários na rede. (MENDES, 2002). A comunicação é uma importante ferramenta para a organização dos serviços de atenção à saúde da população.

O princípio da coordenação da atenção expressa o esforço em comum por parte dos profissionais das equipes envolvidas no atendimento das pessoas, proporcionando a continuidade da atenção. Para a prática da coordenação é essencial que as informações a respeito dos problemas dos usuários estejam à disposição, entre os profissionais que realizarão o atendimento. Principalmente informações que possam contribuir para resolver as necessidades do presente momento. Pressupõe ainda o reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações provenientes do serviço que o encaminhou e que estejam relacionadas ao atendimento presente. Além desta dimensão na prestação da assistência, também reforça a possibilidade de maior integração entre os serviços e, assim, a construção de um sistema integral e integrado.

Portanto, é necessário o estabelecimento de alguma forma de continuidade, por parte dos profissionais, dentro de uma unidade de saúde. Seja por meio dos prontuários, os registros e/ou comunicação verbal, posteriormente, as suas leituras em atendimentos subseqüentes. O mesmo é válido quando ocorrem encaminhamentos entre os profissionais dos diferentes serviços.

A focalização na família também está entre os atributos da ABS, sendo a família considerada como o objeto de atenção dos profissionais de saúde e incorporada como sujeito das práticas de saúde, exigindo o estabelecimento de interações entre a equipe e os integrantes da família, partindo da concepção da família como unidade social e buscando reconhecer os problemas desta numa dimensão mais integral. (MENDES, 2002).

Esta perspectiva vem ao encontro da afirmação destacada no documento intitulado Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, de 1988, do Ministério da Saúde, no que diz respeito aos princípios da Estratégia da Saúde da Família. O objeto de trabalho da equipe deve ser o usuário inserido em seu ambiente intra e extra familiar, considerando que a família na ESF não é uma somatória de pessoas, mas, é incorporada a partir do ambiente onde vive, nas relações que estabelece em suas condições materiais de sobrevivência. Entretanto, a atenção ao usuário deve ter como enfoque a família. (BRASIL, 1998a).

Na ABS, o elenco de serviços é a forma como o serviço de saúde disponibiliza recursos para atender amplamente a variedade e as necessidades de saúde da população, na qual é responsável. Para tanto, devem ser articuladas para possibilitar o atendimento aos usuários no que seja necessário, incluindo encaminhamentos a serviços de outros níveis de atenção à saúde, como também para serviços intersetoriais comunitários. Necessita ainda dispor de serviços para internações hospitalares e domiciliares, possibilitando a oferta de recursos para o manejo de problemas específicos.

Além dos citados, também integra os atributos da ABS a orientação para a comunidade, que diz respeito ao reconhecimento, pelos profissionais de saúde, do contexto físico, social, econômico e cultural em que o indivíduo se encontra inserido. Essa deve incorporar as condições de moradia, de saneamento, de oferta de empregos, de salário, das políticas de meio ambiente, de crescimento e desenvolvimento econômico, de segurança, da oferta e acesso ou não a serviços de saúde, acesso ou não a educação. (MENDES, 2002). Pode-se afirmar que o princípio da integralidade estará sendo potencializado se os profissionais de saúde e da EFS incorporarem, em suas práticas, diferentes aspectos dos usuários e seus familiares.

5.1 A EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR AO USUÁRIO COM ÚLCERA VENOSA

Diferentes especialidades médicas também estão envolvidas no tratamento ao usuário portador de úlceras crônicas. Os membros da equipe variam de acordo com as necessidades e particularidades que o usuário apresenta. (DEALEY, 2001). É evidente que os aspectos biológicos precisam ser considerados, ao tratar a doença que acomete o indivíduo. No entanto, outro aspecto importante a ser destacado é como este indivíduo está inserido no contexto social. (STARFIELD, 2002). Quando não há uma porta de entrada de fácil acessibilidade há maior possibilidade de uma assistência inadequada, com gastos adicionais.

O que se tem observado é que o indivíduo com úlcera muitas vezes não tem acesso ao primeiro nível de atenção, acabando por procurar os serviços de atenção secundária e, até mesmo, terciária, por complicações. Acredito que muitas vezes estes pacientes não conseguem ter suas necessidades atendidas, também por despreparo dos profissionais de saúde que compõem o primeiro nível de atenção.

Borges (2005), em sua tese de doutorado, cita que, na rede básica de saúde do Brasil, os usuários com úlceras venosas periodicamente vão aos serviços, geralmente são avaliados por um médico e não há um acompanhamento multiprofissional no que se refere ao tratamento e evolução da úlcera venosa. Destaca a falta de materiais ou também de pessoal que podem contribuir para o não monitoramento desses usuários. A autora nos oferta um conjunto de diretrizes para o tratamento ao usuário com úlcera venosa, destacando cuidados tópicos e aspectos relacionados ao fluxo de atendimento, podendo este ser um importante instrumento para analisar a atenção dispensada a esses usuários.

Concordo com a autora que o despreparo dos profissionais, por falta de atualização dos mesmos e, muitas vezes, também pela falta de uma normatização e protocolos, torna comprometida a atenção dispensada a esses usuários. As diretrizes apontadas pela autora, nos permitem fazer um atendimento sistematizado e de qualidade.

O princípio da integralidade é relevante na avaliação do usuário com esta ferida, pois o contexto em que o indivíduo se encontra inserido economicamente,

socialmente, politicamente e culturalmente interfere sobremaneira na cicatrização da úlcera.

Carraro (2001) diz que oferecer cuidados inclui ouvir o paciente, observar, entender, refletir e agir de maneira que inclua o indivíduo, programando em conjunto seus cuidados, respeitando suas vontades, valores e hábitos. Acrescenta ainda que, para que haja um cuidado efetivo, é necessário que o profissional proponha estratégias de enfrentamento acerca de sua doença.

Um aspecto importante a ser abordado é a assistência domiciliar aos portadores de doenças crônicas. Podemos dizer que o usuário que fica no domicílio tem maior possibilidade de evoluir bem do que se estivesse no ambiente hospitalar. Jorge e Dantas (2003) atribuem vantagens no tratamento domiciliar para os portadores de doenças crônicas. Citam que há menor risco de infecção neste ambiente quando comparado ao hospitalar, evita-se a perda do convívio com a família e reinternações, amplia-se a possibilidade de conhecer o contexto em que o usuário vive e de reconhecer as relações estabelecidas por ele no convívio familiar e comunitário, além de apresentar a vantagem econômica, devido à redução dos custos.

A atenção domiciliar tem potência para reconhecer o contexto social do paciente e, portanto, facilitar a identificação dos fatores que interferem no processo saúde-doença. Outro ponto de destaque é o vínculo que é proporcionado com a equipe, quando se realiza o atendimento no domicílio e que muitas vezes pode levar à mudança de comportamento que contribuem para melhoria da saúde da pessoa.

Pereira (2001) destaca em sua tese, após um levantamento bibliográfico minucioso, que os cuidados de enfermagem no domicílio se referem principalmente à população de idosos, crianças, às patologias e as doenças crônicas. Revela, ainda, que mais investimentos vêm ocorrendo na área do atendimento domiciliar, e que este vem se destacando pela redução de custos quando comparado ao atendimento hospitalar. Cita também aspectos relacionados à humanização, tais como: usuário tem possibilidade de estar em seu convívio social, diminuindo o estresse e medo e a insegurança, que muitas vezes acometem indivíduos doentes que se encontram fora de seu domicílio.

Jorge e Dantas (2003) citam alguns pré-requisitos mínimos, necessários para a prestação da assistência no domicílio, que incluem: estabilidade clínica do paciente, existência de condições residenciais favoráveis, disponibilidade de um

cuidador (familiar ou não), aceitação pelo paciente e sua família, da transferência do hospital para o domicílio, com a garantia do acompanhamento assistencial.

A atenção domiciliar foi e pode continuar sendo um instrumento de trabalho dos diversos serviços que compõem o sistema de saúde.

Pautado nestes princípios, na produção científica sobre a atenção domiciliar e a terapia tópica, e considerando que a ESF elege a assistência no domicílio como um dos seus objetivos específicos, e o usuário com UV precisa continuar seu tratamento neste espaço, perguntamos:

Como se dá o acesso das pessoas com UV aos serviços da ABS? Como acontecem os cuidados em relação à UV, no domicílio? Como os usuários e/ou cuidadores realizam o curativo na ferida (materiais utilizados, limpeza da ferida e tratamento)? De quem o usuário e/ou cuidadores recebem orientações? Quem é o cuidador? Quais as facilidades, dificuldades e sentimentos dos usuários e/ou cuidadores ao se cuidar do usuário com úlcera venosa?

Nesta trajetória, tomo como pressuposto desta investigação que o acesso do usuário aos serviços de atenção básica encontra-se com lacunas que podem comprometer a qualidade do atendimento, e que no domicílio o usuário recorre a diversos procedimentos, que nem sempre são adequados para conseguir a melhor cicatrização da ferida.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

Santos (2002) afirma que uma pesquisa descritiva possibilita um levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/processo escolhido. Pode ser feito através de levantamentos ou observações sistemáticas. Segundo Triviños (1987) a pesquisa descritiva permite uma visão geral do campo, assunto, fato em estudo, tendo como finalidade: desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, buscando a formulação dos problemas mais precisos ou hipóteses, que poderão ser estudadas posteriormente.

Para este estudo adotamos a abordagem qualitativa. Esta procura trabalhar com as relações sociais, com um olhar diferenciado para trabalhar o objeto de estudo, fundamentando-se a partir dos significados, intencionalidade dos atos, bem como das relações e estruturas sociais dos sujeitos investigados. (PEREIRA, 2008).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Uberaba, município este que se localiza na microrregião do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais. Segundo dados do IBGE, com população estimada em 2007, de 287.760 habitantes. Possui 286 estabelecimentos de saúde, sendo 47 equipes de saúde da família. (BRASIL, 2007).

No setor da saúde a cidade é dividida em 03 (três) Distritos Sanitários, dos quais o Distrito Sanitário I foi escolhido para a coleta dos dados referentes à pesquisa, tendo em vista que a UFTM já atua neste distrito em estágios do curso de Enfermagem. Importante salientar que este distrito apresenta 20 equipes de saúde da família. Três dessas estão instaladas em um mesmo local e suas áreas de abrangência são próximas e contíguas, e se constituirão como local de estudo.

6.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram sujeitos deste estudo: usuários com diagnóstico de úlcera venosa em um dos membros inferiores ou em ambos, atendidos em uma das três equipes de Saúde da Família, até o mês de julho do ano de 2007, do Distrito Sanitário I, localizado no bairro Abadia. Foram identificados um total de 7 (sete) indivíduos. Potencialmente poderíamos ter 7 (sete) possíveis cuidadores² domiciliares que prestavam cuidados diretamente ao usuário com úlcera venosa em MMII, enfocando principalmente a terapia tópica da lesão.

Ao estabelecermos os contatos, dos sete sujeitos, dois se recusaram a participar do estudo e um havia falecido. Somente um dos usuários contava com cuidador, e o mesmo concordou em participar da investigação. Ao total, foram cinco indivíduos que participaram da pesquisa, sendo quatro usuários de duas equipes participantes do estudo e um cuidador.

Destacamos que em uma das equipes não foi detectado nenhum usuário com diagnóstico de úlcera venosa.

6.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa, foi utilizado roteiro de entrevista semi-estruturado, destinado aos usuários com úlceras venosas, atendidos nessas equipes de saúde da família, no Distrito Sanitário I, do município de Uberaba-MG, (APÊNDICE A) e aos respectivos cuidadores domiciliares, (APÊNDICE B), com objetivo de identificar quais as práticas adotadas nos cuidados às úlceras venosas, mediante um termo de consentimento e esclarecimento sobre a entrevista, (APÊNDICE E, F).

Recorremos, também, à observação sistemática, com anotações de campo durante a realização de atendimento de cada usuário para a verificação do

² Cuidadores são aqueles que prestam cuidados as pessoas que não conseguem exercer suas atividades diárias são definidos como formais e informais. O surgimento do cuidador formal como nova categoria profissional fez, conseqüentemente, com que se originassem cursos de preparação de cuidadores, agenciados por entidades não-governamentais. (MAFFIOLETTI et al., 2006). Já os cuidadores informais geralmente são pessoas da família e conhecidos que executam cuidados tais como: alimentação, deambulação, higiene, curativos. (SALIBA et al., 2007).

tratamento da úlcera venosa, para os usuários com úlcera venosa no domicílio e cuidadores no domicílio, (APÊNDICES C, D). Também, mediante um termo de consentimento e esclarecimento, (APÊNDICES G, H).

6.5 OBSERVAÇÃO

Ferreira (1969 apud SÁ, 2006) define observar como: olhar atentamente; examinar com minúcia; espreitar, espiar, estudar, cumprir, respeitar as prescrições ou preceitos de; obedecer a; praticar; usar; ponderar; notar. Entretanto, observar consiste em olhar algo e caracterizar como o indivíduo age e interage, enfatizando o significado destas relações e atitudes.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de observação livre com anotações de campo, feitas imediatamente após ou concomitantemente à observação e reflexões, no que se refere às descrições das ações e expressões verbais dos sujeitos. Importante destacar que, para a observação do usuário foram realizadas três visitas. A primeira foi para iniciar o estabelecimento de um vínculo com o usuário, juntamente com o agente comunitário de saúde, visando proporcionar uma relação mais horizontal com este, ainda sem ter me apresentado como pesquisadora. Na próxima visita a pesquisadora apresentou-se e agendou a visita subsequente, onde ocorreu a observação. E na última, foi solicitado ao usuário que ele realizasse o seu curativo, da forma como fazia diariamente, sem a opinião da pesquisadora sobre a técnica adotada, utilizando um roteiro de observação, (APÊNDICE C), Este roteiro constituía-se de questões onde foram observadas o local de realização do curativo, aspectos gerais do ambiente, técnica de limpeza e tratamento da ferida (materiais utilizados) e presença de animais, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido de observação, (APÊNDICE G). Após a observação e término da visita foi realizada a anotação em um diário de campo.

Para a observação com o cuidador, primeiramente foi realizada a visita com o agente comunitário para identificar o cuidador do usuário com úlcera venosa. Após, a segunda visita agendada com o agente comunitário de saúde, conforme a disponibilidade do usuário e do cuidador, com intuito de se estabelecer vínculo com este cuidador, ainda proporcionando uma relação de horizontalidade.

Posteriormente, foi marcada uma próxima visita, onde foi solicitado ao cuidador que realizasse o curativo do usuário com úlcera venosa, e como ele o faz no seu dia a dia, sem que a minha presença provocasse modificações na técnica adotada por este cuidador. Foi utilizado um roteiro orientador com questões que observassem a comunicação do cuidador, local de realização do curativo, aspectos gerais do ambiente, técnica de limpeza e tratamento da ferida (materiais utilizados) e presença de animais, (APÊNDICE B), mediante um termo de consentimento livre e esclarecido de observação, (APÊNDICE H). Logo após a observação foi realizada a anotação em um diário de campo.

6.6 ENTREVISTA

A entrevista é um dos principais meios para coleta de dados, pois complementa as observações. O autor ainda salienta:

A entrevista ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS 1987, p.146)

Neste trabalho, após a visita de observação, foi realizada a visita para a entrevista do usuário com úlcera venosa, conforme a disponibilidade deste, utilizando-se de um roteiro orientador, (APÊNDICE A), com questões referentes ao acesso do usuário aos serviços de saúde, tratamento da úlcera venosa, percepção do usuário sobre a sua úlcera e sobre os cuidados que o cuidador tem com a ferida, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, (APÊNDICE E). A entrevista, nesse encontro, foi gravada em mídia digital e, posteriormente, transcrita.

A entrevista com o cuidador também foi realizada após a observação, conforme a disponibilidade do mesmo, utilizando-se de um roteiro orientador, (APÊNDICE B), com questões referentes à percepção do cuidador no que se refere ao acesso do usuário aos serviços de saúde, tratamento da úlcera venosa, percepção do cuidador sobre a pessoa com úlcera venosa e os cuidados que o

cuidador tem com a ferida, mediante um termo de consentimento livre e esclarecido, (APÊNDICE F). A entrevista foi gravada em mídia digital e, posteriormente, transcrita.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa, envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP), e todos os procedimentos éticos foram seguidos, tendo sido aprovado, conforme ofício CEP- EERP/USP – 214/2008.

7 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos para análise e interpretação das narrativas a Análise Temática, de Minayo (2000) e fundamentada em Bardin (1995, p. 105) que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]”.

Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase, ou um resumo. (MINAYO, 2000).

Bardin (1995) considera três etapas como importantes para a operacionalização da análise temática, que são a pré-análise, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos.

A pré-análise pressupõe a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, possibilitando a reformulação destes frente ao material coletado. Nessa etapa devem ser cumpridas algumas tarefas como a leitura flutuante, que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo, possibilitando que a leitura se torne mais sugestiva e capaz de “ultrapassar o caos inicial”. (FRANCO, 2003, p. 44), a constituição do corpus, que consiste na organização do material de forma que este possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e a formulação de hipóteses e objetivos, que não dispensa a elaboração prévia destes; apenas prevê certa flexibilidade que permite que surjam hipóteses a partir dos procedimentos exploratórios. É nessa etapa que se define a unidade de registro a ser utilizada, podendo ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou até mesmo um acontecimento.

Exploração do material consiste na operação de codificação, a partir de recortes do texto nas unidades de registro previamente estabelecidos.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação devem ir além das operações estatísticas, trabalhando com significados em lugar de inferências estatísticas.

Neste processo, seguindo as etapas propostas, estabelecemos a organização dos dados, com uma leitura exaustiva e repetida das entrevistas. Com base nos objetivos e na literatura consultada que nortearam esta investigação, e, articulando os conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas em cada um dos temas levantados, elegemos a unidade temática, acesso com os seguintes subtemas: determinados procedimentos, consulta médica, consulta médica no domicílio, realização do curativo no domicílio, orientação, tratamento adequado da ferida, medicamentos de uso sistêmico, especialista, horário de funcionamento, tempo de espera, tempo de consulta.

No capítulo seguinte apresentamos as análises realizadas.

8 RESULTADOS

8.1 UNIDADE TEMÁTICA: ACESSO

O acesso se constitui em um dos atributos da ABS, sendo de fundamental importância para os demais atributos, pois sua ausência implica na impossibilidade de efetivar os outros atributos. Quando não se tem o acesso não se identifica a porta de entrada e não há formação do vínculo, gerando uma grande lacuna na integralidade e continuidade da assistência, e conseqüentemente, outro atributo que fica comprometido é a coordenação da atenção nos diversos níveis. Esse conjunto de aspectos determina o comprometimento da qualidade da atenção prestada nos serviços de atenção básica e, em particular no nosso caso, ao usuário com úlcera venosa.

O acesso no primeiro nível de atenção não necessariamente tem que estar composto com todos os recursos humanos e materiais necessários. Mas se o usuário necessitar de atenção especializada e/ou de outro recurso, a equipe da atenção básica, incluindo a da saúde da família, precisa dispor de um sistema de regulação que possibilite encaminhamento das demandas identificadas, seja no segundo ou terceiros níveis de atenção, e mesmo para serviços de diversos setores que compõe a rede social de apoio. Os complexos reguladores consistem de ações de Regulação do Acesso à Assistência e devem estar articulados e integrados, procurando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda das necessidades em saúde. Os dispositivos de Regulação do Acesso incluem Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais, bem como, ações de controle, avaliação e auditoria assistencial e funções da gestão, no que se refere à programação e regionalização. (BRASIL, 2006b).

O sistema de regulação é um importante instrumento para os usuários acometidos com úlceras venosas, pois, se o usuário necessitar de um tratamento especializado, o sistema regulador tem que estar integrado com todos os níveis de atenção, para que o usuário seja atendido. Sabemos que as úlceras que não cicatrizam com tratamento adequado após três meses, caracterizam-se por lesões crônicas. Se há cronificação da úlcera, suspeita de malignidade, ou incerteza do

diagnóstico de úlcera venosa, é necessário que o usuário tenha acesso a especialidade médica, no caso o especialista vascular ou angiologista, conforme nos alerta Borges (2005) ao elaborar as diretrizes. A possibilidade de garantir o acesso a serviços de outros níveis de atenção para avaliação, tratamento e acompanhamento dessas situações já revela a conformação de uma rede de serviços integral e integrada.

Nos depoimentos coletados nesta pesquisa, identifica-se que não ocorre a articulação entre os serviços de diferentes níveis de forma sistematizada, evidenciando inclusive que o serviço de atenção básica não se constitui como porta de entrada do sistema. Para Starfield (2002), porta de entrada significa que a organização do sistema de saúde esteja integrada e, desta forma, o acesso aos diferentes níveis de atenção ocorre, preferencialmente, pelo serviço considerado porta de entrada, ou seja, por uma unidade de atenção básica. Portanto, cada vez que o usuário necessita de atendimento, ele procura o serviço identificado como porta de entrada, quer seja no caso de queixas agudas e/ou em situações de acompanhamento rotineiro. No nosso estudo, os usuários não reconhecem a ESF como porta de entrada, e recorrem diretamente a outros serviços de atenção secundária, terciária e até mesmo serviços privados e conveniados para o tratamento da úlcera venosa, e evidente que os usuários procuram o especialista.

Pode-se reconhecer a valorização do especialista pelos usuários, principalmente no fragmento da entrevista 1,:

“Tive internada 2x no [hospital] fiquei dez dias [2000], fiquei internada mas lá não tem dermatologista... Depois saí e internei no [Hospita], mas no é difícil porque não tem dermatologista.....“ (Entrevista 1),

[...] que pontua que se não há dermatologista não há necessidade de procurar a unidade de saúde para o tratamento da sua úlcera. E ainda no fragmento 3:

“Ultimamente eu nem tô indo lá [ESF]. Tem um vascular que é meu amigo e vou no consultório, e ele tá me atendendo (Entrevista 3).

A usuária tem acesso a outro serviço, e não procura a ESF, pois tem um amigo que é especialista e a atende gratuitamente. Outra situação apresentada pela entrevistada 2, demonstra o acesso ao especialista por meio de convênio. Esta situação nos revela que o usuário não reconhece este tipo de atendimento como um direito, conforme podemos observar no fragmento:

“Ele [Médico vascular] que tratou da minha perna muito tempo. Trata até hoje. Eu não to indo lá porque é difícil porque eu não tenho [convênio] porque eu tenho que pagar e eu não dou conta” (Entrevista 2)

As situações apresentadas pelos usuários nos revelam que a valorização ao especialista advém de conceitos que foram adquiridos no decorrer dos anos, para o reconhecimento da importância da atenção básica, existe a necessidade de uma mudança de conceito da população acerca da atenção especializada e da atenção básica, visto que neste tipo de atenção 80% dos problemas podem ser resolvidos. (STARFIELD, 2002).

Esta mudança é um dos grandes desafios que temos a enfrentar, pois a necessidade de tratamento com o especialista, a desarticulação entre os serviços de saúde, a atenção centrada na consulta médica fragmentada, é fruto das diretrizes históricas das políticas de saúde que foram conformando, tanto a organização dos serviços como as práticas de saúde, que foram incorporadas pela população diante das necessidades de saúde.

Cabe ressaltar o tempo que os sujeitos deste estudo apresentam a úlcera. Varia de sete até trinta anos. As equipes da ESF, responsáveis pela população residente na área geográfica em estudo, iniciaram suas atividades em 2000. Apesar do tempo de implantação e o tempo de acometimento da lesão, a não-resolutividade dos problemas pela AB pode contribuir para a adesão e valorização do tratamento especializado, por não reconhecer os serviços da ABS como capazes de prestar assistência. Essa análise remete a mais uma consideração, ou seja, sinaliza que os serviços de ABS precisam investir na formação dos recursos humanos, na aquisição e disponibilidade de recursos materiais apropriados, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para prestar atenção, de forma que possa ser resolutiva dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

O processo histórico da organização dos serviços em nosso país fez com que diferentes condições que afetam o acesso se estabelecessem, e, portanto resultasse nas distintas dimensões da acessibilidade que Fekete (1995), caracteriza como acessibilidade geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. Para a autora, a acessibilidade sócio-cultural está relacionada aos conceitos que o usuário incorpora para buscar assistência a sua saúde como: percepção sobre seu corpo e doenças relacionadas, crenças em relação à saúde, credibilidade nos serviços. (FEKETE, 1995). As diferenças sócio-culturais entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, a linguagem e valores dos profissionais de saúde, muitas vezes podem dificultar uma avaliação e orientação adequada ao usuário que acessa o serviço.

Nos depoimentos fica evidenciado que, quando o usuário recusa ou não procura a ESF, justificando a atitude pela ausência do especialista, ou mesmo tece crítica a esta condição, fortalece a valorização desse profissional ao responder que no serviço da Saúde da Família tem-se a necessidade da inserção de mais especialistas para que a atenção seja melhor. Esta situação nos leva a reafirmar a necessidade de dispor de recursos materiais adequados e capacitação para os profissionais de saúde que atuam diretamente com estes usuários, para um atendimento integrado, e, ainda, a romper com a acessibilidade cultural não resolutiva dos serviços de atenção básica.

No entanto, não podemos negar que no caso deste estudo a população sinaliza que acessa a ESF para determinados procedimentos.

8.2 ACESSO A DETERMINADOS PROCEDIMENTOS

A oferta de determinados procedimentos, que coaduna com demandas da população, tem-se constituído como recurso que proporciona o acesso a unidade de saúde como forma de satisfazer necessidades. Esta é reconhecida pelos usuários como um local que presta certos procedimentos:

“Verifica pressão aqui na visita e na unidade. A gente vai consultá, eles olha direitinho” (Entrevista 1).

Com o relato dos usuários é possível identificar que eles reconhecem a Unidade de Saúde da Família como um local para se verificar a pressão arterial e os níveis de glicemia capilar:

“No postinho de vez em quando eu vou lá para medir a pressão, medir a diabetes, mas para fazer o curativo eu nunca fiz lá não”. (Entrevista 2).

Este reconhecimento foi fruto do acesso possibilitado pela organização do processo de trabalho, construído pelas equipes de saúde da família. No entanto, pelas falas, fica explícito que a prática de saúde está centrada no procedimento de verificar a Pressão Arterial e Glicemia Capilar. Caso as ações estiverem para além destes procedimentos, os usuários não manifestam, o que pode sinalizar somente estes procedimentos. Outras investigações podem explorar essa situação.

A atenção prestada por estes profissionais de saúde, na expressão dos usuários, é ainda centrada no controle da glicemia capilar e verificação/controle da pressão arterial, às vezes, acompanhado de palestras educativas com dispensação de medicamentos. Estes agravos apresentam estreita relação com a úlcera venosa, mas não é sinalizado, pelo usuário, qualquer tipo de abordagem para o tratamento da úlcera venosa e nenhuma oferta de recursos para o cuidado da lesão, conforme podemos observar no relato da entrevistada nº 3:

“Tem o dia do hiperdia 3 mensal né, aí a gente vai às vezes tem palestra, às vezes não, mas aí você passa eles controla a sua diabetes, sua pressão te dá medicamentos, te dá medicamentos de uso contínuo”. (Entrevista 3).

Chama a atenção os usuários procurarem a unidade de saúde da família e aderirem ao trabalho realizado no Hiperdia, mas, não assinalarem nenhuma ação, por parte dos profissionais de saúde, dos cuidados necessários para o tratamento da

³ Sistema de Cadastramento e Acompanhamento dos portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial direcionado aos profissionais da rede básica e gestores do SUS. Este instrumento possibilita realizar o rastreamento dos usuários acometidos por estas patologias, tornando-se uma ferramenta estratégica do processo de trabalho no que se refere à assistência a saúde e ao gerenciamento. (BRASIL, 2001b).

úlceras venosas. Ainda, em nenhum momento citam a possibilidade de realização do curativo, quer seja na unidade ou no próprio domicílio. Outro aspecto aqui identificado é o acesso que a unidade oferece para prestar assistência no domicílio. Porém, este acesso está circunscrito a determinados procedimentos.

Essa prática revela como vão se constituindo as restrições do acesso. Culturalmente, fomos incorporando que a atenção à saúde se faz por partes do corpo humano. Assim quando o profissional de saúde vai verificar a pressão arterial, não causa estranhamento que ele não aborde questões relacionadas a outros problemas, no caso, a úlcera venosa. Esta prática, centrada na doença e de forma fragmentada, constitui um dos maiores obstáculos de transformação da prática de saúde.

Vale lembrar que a ESF foi instituída com a finalidade de reordenação do modelo de atenção, tendo como um dos princípios fundamentais a integralidade. Este é o princípio que menos se tem alcançado para que as distintas necessidades de saúde, mesmo que não apontadas pela população sejam atendidas. (PEREIRA, 2008). O usuário, ao ter acesso ao grupo das atividades relacionadas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo este portador de uma úlcera venosa, o profissional de saúde de saúde, poderia neste momento, avaliar esta necessidade. Esta situação se caracteriza como uma oportunidade de se articular recursos, para se prestar atenção integral.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais freqüentes, encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência Cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. (BRASIL, 2008). Podemos destacar as amputações de pés e pernas, que são potenciais complicações para os sujeitos de nossa pesquisa.

A Hipertensão Arterial é um importante fator para elevar o custo médico-social, já que causa complicações como a vascular de extremidade dentre outras (Mion et al., 2002). Já a Diabetes Mellitus descompensada pode levar a doença vascular periférica e deformidades. As lesões geralmente decorrem de trauma e, freqüentemente complicam-se com gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização, as quais podem resultar em amputação.

As ações desenvolvidas para esta população precisam se consolidar nas diversas dimensões do cuidado: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, considerando tanto dimensões objetivas como subjetivas, nos diversos encontros ocorridos entre os usuários e profissionais de saúde e, desta forma, comprometer-se com uma atenção integral, coordenada e articulada com os outros setores.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os usuários com úlcera venosa e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o controle e, ainda, para que se evitem complicações desses agravos, proporcionando melhores condições de vida, mesmo diante da condição de ser portador de uma situação crônica. O acompanhamento e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus no âmbito da atenção básica pode evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido aos agravos pertinentes a estas doenças.

Outra situação, encontrada nesta pesquisa, está relacionada à atenção que a ESF tem ofertado ao usuário com úlcera venosa, avaliando o curativo. Este fato demonstra que o usuário tem vínculo e que tem atendimento quando necessita, conforme discurso a seguir:

“Agora depois que eu tô aqui na... [ESF], quando precisa as meninas vem em casa fazer.... Sempre é a enfermeira [ESF]. Quando vem para ver se tem que fazer o curativo...”.
(Entrevista 3).

As situações apresentadas nos leva a afirmar que os profissionais das equipes da ESF, precisam dispor de conhecimento, habilidades, atitudes e recursos materiais para que possam prestar uma assistência “integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade que atendam às necessidades de saúde da população adscrita?”. (BRASIL, 1998a, p. 10), também capacidade de acionar e articular diversos recursos, tanto da área da saúde como de outros setores e desta forma estar contribuindo com a construção de uma ABS conforme conceituada na Portaria 648/2006. (BRASIL, 2006a).

8.3 ACESSO A CONSULTA MÉDICA

Outro importante componente a ser discutido se refere ao acesso à consulta médica, para atendimento de pessoas com Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, tem se configurado como forma de acesso aos serviços de atenção básica, destacando a consulta com fornecimento da medicação.

“A outra médica lá atende a gente bem. Tem até receita dela para pegar remédio da pressão...”. (Entrevista 1).

O acesso à consulta é outro componente importante da ABS, tendo em vista, que, a ESF deve ser a porta de entrada para os demais níveis de atenção à saúde. Starfield (2002), nos alerta que quando o serviço de atenção primária é a porta de entrada, o usuário aciona o serviço diante de qualquer situação. O acesso a outros especialistas precisa estar assegurado, além de fornecer informações apropriadas e até mesmo diminuir o tempo de uma atenção apropriada.

“Geralmente eu não consulto. Quando eu tô com algum problema assim eu gosto de ir no Dr... [médico da USF]. Geralmente ele atende aí se precisa de outra especialidade eles encaminha...” Se você tivé acamada não dá para ir lá, ele vem. Mas se der para a gente ir, a gente vai lá mesmo”. (Entrevista 3).

Ao usuário que se encontra inserido em uma área delimitada com cobertura de ESF é previsto que tenha acesso à consulta médica, e neste caso revela estar assegurado este atributo e, ainda vale destacar que o usuário reconhece a possibilidade de ser atendido em qualquer momento:

“Então qualquer hora que eu tiver sentindo qualquer coisa e precisá de ir lá, chego lá e sou atendida”. (Entrevista 4).

Isso mostra que o serviço tem atendido ao usuário evitando encaminhamentos desnecessários, e potencializando o aumento da capacidade de vínculo. Mas a consulta de enfermagem, e/ou outra consulta de outro profissional, no discurso dos usuários não aparece e se acontece podemos inferir que ainda não é reconhecida.

Destacamos aqui as atribuições específicas do profissional enfermeiro na ESF, conforma a Portaria 648/2006:

- I- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;
- VI- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006a, p.17).

Esta situação nos leva a uma reflexão por que a consulta de enfermagem como atribuição específica do profissional enfermeiro não é citada e, caso não seja realizada, quais os impedimentos desta situação? Este é mais um questionamento que merece ser investigado em estudos futuros.

O cuidado às feridas vem se configurando como um grande campo principalmente para o profissional enfermeiro e, portanto a realização da consulta de enfermagem na ABS seria um recurso para aumentar o acesso, também aos usuários portadores de ulcera venosa. . Este se encontra inserido em todos os níveis de atenção seja primário, secundário ou terciário. Nestes cenários, nos deparamos com pessoas portadoras de úlceras crônicas, muitas vezes com tratamento inadequado de úlceras há muitos anos sem cicatrização.

O enfermeiro deve estar atento aos fatores locais, sistêmicos e externos que levam à formação da ferida ou interfere no processo de cicatrização. No entanto, é necessário que se tenha uma visão clínica, que relacione a ferida com aspectos como as doenças de base (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), nutrição,

infecções, medicamentos e, sobretudo, o cuidado educativo. (TENÓRIO; BRÁZ, 2002 apud CRUZ; OLIVEIRA, SOARES 2008). O enfermeiro pode e tem um grande campo de atuação, mas, na voz dos usuários este profissional não se destaca como o profissional que avalia, cuida e acompanha usuários com úlcera venosa.

8.4 ACESSO À CONSULTA MÉDICA NO DOMICÍLIO

A atenção domiciliar está incluída como uma ação a ser realizada Política de Atenção Básica e se constitui em uma ampliação do acesso, no serviço estudado. Neste espaço mais uma vez se destaca na voz dos usuários a consulta médica, sendo esta centrada nos procedimentos como aferição de PA e glicemia capilar, e nenhum tipo de abordagem em relação aos cuidados com a ferida.

“Eu nunca fui ao postinho, lá ele [médico] nunca me atendeu, ele vem aqui em casa. Ele vem aqui, as meninas vem, vem uma doutora com elas, fez exame de diabetes, mediu a pressão”. (Entrevista 2).

Conforme já afirmado o tratamento às pessoas com feridas vem se configurando como uma grande área para atuação do profissional enfermeiro. No domicílio é necessário e possível tratar a úlcera venosa. O domicílio se constitui em um local para se identificar dificuldades, interferências que comprometam a evolução da ferida. (JORGE; DANTAS 2003).

A visita domiciliar se constitui como um instrumento de intervenção essencial da Estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. As equipes devem utilizar todas as habilidades e competências para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde de sua população adscrita e traçar metas que atendam as reais necessidades de saúde apontadas pela comunidade. (BRASIL, 2001a).

O usuário com úlcera venosa precisa ter um planejamento de ações voltadas para o tratamento de sua úlcera e outros problemas que o acometem sejam de ordem fisiológica, mental, social.

Diante das diversidades apresentadas em cada domicílio e demandadas pelos usuários, o profissional ao prestar assistência em domicílio com uma visão mais ampliada, pode elaborar um plano de cuidados adequados a realidade, procurando se pautar pela singularidade, pela inserção sócio-cultural, a complexidade que envolve a vida de cada pessoa que atende e, assim construir uma prática de saúde que busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução dos danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006a).

Se a ESF tem como eixo integrador o indivíduo e sua família, a integralidade como norte de atenção, os profissionais da equipe de saúde da família tem como responsabilidade fornecer uma atenção integrada e ainda reconhecer as relações familiares, e extra-familiares. O “acolhimento- diálogo” pode ser um recurso que possibilita ao usuário maior fluxo na rede, podendo ocorrer em todos os encontros assistenciais quando o usuário acessa o serviço. Neste momento, os profissionais de saúde podem investigar, elaborar elucidar e pactuar as necessidades de saúde que possam ser atendidas pelo serviço. Este processo deve ser contínuo, pois as necessidades nunca deixam de acontecer, e muitas vezes não são claras e bem definidas. (TEIXEIRA, 2003 apud TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O acolhimento possibilita identificar problemas que acometem a saúde mental, física e social de cada indivíduo. Os usuários não evidenciaram em seus depoimentos este tipo de abordagem, talvez o instrumento não tenha contribuído para revelar a tais aspectos. Por outro lado, reconhecemos que se fazem necessários estudos, onde os profissionais sejam sujeitos da investigação, visando identificar como os profissionais de saúde tem trabalhado com a dimensão do acolhimento.

Em um estudo realizado por Nunes (2006), as ESFs de um município no Rio Grande do Norte, não têm conseguido resolutividade ao cuidar de usuários com úlcera venosa, por não conseguirem realizar a atenção domiciliar aos mesmos, podendo contribuir para a cronificação destas úlceras. Se o usuário, portador de feridas, no nosso caso o usuário com úlcera venosa não conseguir ter acesso às orientações em relação aos cuidados necessários para o tratamento, e também, à

prevenção de complicações desta ferida, quer no atendimento domiciliar ou na unidade, a atenção a estes usuários estará afetada em sua qualidade e se afastando dos princípios norteadores da Atenção Básica e, por conseguinte, do SUS.

Campos (2007) nos traz uma reflexão sobre a sustentabilidade do SUS e enquanto desafio para a Saúde da Família de que:

Pelo menos 80% dos brasileiros necessitariam estar matriculados em equipes de atenção primária. Pela teoria dos sistemas de saúde, uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 85% deles é uma condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Com essa finalidade, as equipes de atenção primária necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda). (CAMPOS, 2007, p. 304).

Este autor nos afirma que a saúde pública tem sido valorizada com subestimação das duas outras, mas nos traz a necessidade de rever as práticas de saúde, para que a atenção básica aconteça de forma articuladas entre as três dimensões.

O acesso vem sendo ampliado, mas se conformam ainda problemas relacionados à acessibilidade cultural, o indivíduo não é visto em sua integralidade, há valorização da consulta médica individual, curativa centrada em procedimentos.

8.5 ACESSO A REALIZAÇÃO DO CURATIVO NO DOMICÍLIO

Na Atenção Básica é previsto que a ESF preste a assistência no domicílio, com monitoramento da situação das famílias adscritas, ações programadas e voltadas ao atendimento de demanda espontânea, conforme critérios epidemiológicos e identificação de situações de risco, para que seja feito um planejamento de ações voltado para as demandas apresentadas pelos usuários e seus familiares. (BRASIL, 2006a). Certamente isto poderia ser aplicado também às pessoas que apresentam úlcera venosa.

A atenção domiciliar se constitui como uma ampliação do acesso. No domicílio, é possível identificar demandas que não se apresentariam na unidade de saúde, características inerentes ao usuário, visão do contexto social, econômico e

cultural, além da possibilidade de maior vínculo com as pessoas, de maneira a propor uma assistência integral e compartilhada com todos os membros da família. Trata-se de um lugar com potência para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde. (PEREIRA, 2001). Todas estas afirmativas valem para o cuidado a ser prestado às pessoas com úlcera venosa.

Outro ponto importante a ser destacado é que, no momento da visita domiciliar ao usuário com úlcera venosa, podemos identificar as dificuldades que o mesmo enfrenta ao cuidar da sua ferida, no que se refere aos recursos materiais necessários para um tratamento adequado, a disponibilidade de um cuidador, o espaço físico e até mesmo os sentimentos que estes experimentam ao lidar diariamente com suas feridas.

A ESF, como estratégia de reorientação do sistema de saúde, e, reconhecendo o contexto em que o usuário está inserido, tem como eixo norteador a integralidade da atenção, princípio do SUS, e precisaria estar inerente ao cuidado com o usuário da úlcera venosa. Entretanto, na voz dos usuários, não fica presente essa preocupação do cuidado integral ao usuário com úlcera venosa no domicílio, por parte da equipe da ESF.

Podemos constatar nas falas dos usuários que muitas vezes não há uma preocupação da equipe em prestar a atenção a estes usuários com úlcera venosa, em seus domicílios.

“...Não recebo material de curativo. O curativo não fazem nem em casa nem na unidade, eu nunca solicitei porque se eu falá elas vem, mas eu não quero então elas não vem..”.(Entrevista 1).

No entanto, no depoimento da usuária, ao relatar que o curativo não é feito nem na casa e nem na unidade, ela mesma assinala que não quer que venham ao seu domicílio. Esta afirmação nos leva a pensar que precisamos estabelecer um diálogo com os usuários, buscando identificar se existe ou não alguma restrição, por parte deles mesmos, para receberem os profissionais em suas residências.

Este depoimento nos faz refletir que, apesar das vantagens enumeradas acerca da atenção domiciliar, não podemos generalizar que todos os usuários devem receber os integrantes das equipes da saúde. A visita não pode ser

compulsória. A recusa de receber a visita no domicílio deve se constituir em um fato a ser analisado com muita habilidade, pois esta decisão pode estar revestida de outros problemas enfrentados pelos usuários. A longitudinalidade – seguimento no tempo com estabelecimento de vínculo – poderá ser a grande ferramenta reveladora desta análise.

Nas falas dos usuários fica evidenciado que as equipes da atenção básica não têm dispendido tempo para realizar o curativo no domicílio a estas pessoas com úlcera venosa, quer seja pela falta de organização do processo de trabalho, quer seja por recusa dos usuários, ficando prejudicado o acesso a esse tipo de atenção. Entendemos que, quando algum integrante da equipe vai ao domicílio, este poderia fornecer algumas informações e orientações sobre os cuidados com as úlceras venosas.

8.6 ACESSO A ORIENTAÇÃO

Foi possível observar, no momento de realização do curativo nos domicílios, e pelos relatos dos entrevistados, que na consulta médica os usuários não recebem qualquer orientação que contribua para uma boa evolução da úlcera venosa que pudesse levar à cicatrização desta ferida. Este carência de orientações, conforme discutido anteriormente, pôde ser identificado ao observar a técnica adotada por estes usuários na limpeza da lesão e as coberturas utilizadas. Somado a isso, o usuário não tem acesso a materiais específicos para o tratamento da sua úlcera, e nem espaço físico adequado para que a atenção seja prestada na unidade.

Neste contexto, o usuário fica exposto às condutas inadequadas. Mesmo com essas limitações, o acesso poderia ser estendido, se seguidas as diretrizes propostas por Borges (2005). Essas diretrizes indicam que o usuário com úlcera venosa necessita de um tratamento adequado, avaliação, acompanhamento, e monitoramento de sua úlcera. As equipes não dispunham de infra-estrutura física para a realização do curativo, e ainda, enfrentavam a escassez de recursos materiais, o que pode potencializar a não valorização da orientação, quando esta deveria ser realizada com mais frequência e atenção.

Ampliando o acesso ao usuário os profissionais podem, em conjunto com os portadores de úlcera venosa, avaliar a possibilidade de proceder a limpeza da ferida da forma mais próxima e possível dos recursos que eles dispõem, apontar a utilização de coberturas adequadas, não-aderentes, de baixo custo e aceitáveis pelos usuários, indicar o uso de meias de compressão, e ainda, prever meios necessários por meio do serviço social ou meios legais. Abordar a indicação de medicamentos e produtos que possam estar sendo utilizados e contribuam para uma boa cicatrização da ferida, e, desta forma, estabelecer uma comunicação dialógica que possibilite a confirmação e/ou a revisão da conduta adotada pelo usuário.

Outra possibilidade seria proceder às orientações sobre encaminhamentos, quando necessário, para tratamento cirúrgico da anormalidade venosa. Esta é outra intervenção que necessita ser realizada nos serviços de APS, e ter garantido que este local está oficialmente com a responsabilidade de dar continuidade ao atendimento. Propor medidas complementares com estes usuários, de forma a elaborar estratégias que possibilitem, dentro do seu cotidiano, momentos para a elevação dos membros inferiores, como também para repouso. Estas são ações que deveriam estar acessíveis aos usuários. O ideal desta orientação é que o usuário mantenha o membro comprometido em repouso de 3 a 4 horas por dia. Porém, num atendimento onde a escuta ocorra, pode ser que o usuário não tenha esse tempo. Neste caso faz-se necessário um diálogo, para que fique estabelecido um acordo entre profissional e usuário, e que este faça o máximo dentro da sua disponibilidade. Elevar os pés inferiores da cama 15 cm, com material que economicamente seja acessível a estes usuários, como o tijolo de barro, é outra orientação que pode e precisa ser incorporada no atendimento a estes usuários. Ainda, podem ser recomendados alguns exercícios para pernas (ou para os MMIIS), além de caminhadas, lembrando sempre de respeitar as limitações destes usuários ao realizar tais atividades. (ABBADE; LASTÓRIA, 2005).

Os profissionais devem fornecer orientações que tenham fundamentação teórica para abordar o usuário com úlcera venosa. Destacamos aqui, novamente, o papel do enfermeiro. Ele deve ter um conhecimento do processo fisiopatológico da lesão cutânea, além de conhecimentos direcionados a biologia molecular, abordando a síntese de substâncias envolvidas nos fenômenos cicatriciais. (ARAÚJO, 2007).

As orientações devem estar alicerçadas/adequadas à realidade dos usuários, utilizando diferentes formas de comunicação. Deve, também, ouvir sempre estes

usuários, para que as recomendações não sejam apenas uma repetição mecânica de fundamentos científicos, e nem imposição.

Com efetiva participação dos usuários no planejamento para os cuidados necessários à úlcera venosa, levando em conta o grau de conhecimento, aspectos sociais, econômicos e culturais, as orientações poderão ser seguidas e estes usuários poderão ter uma melhor cicatrização de sua lesão, propiciando a ele uma melhor qualidade de vida.

Na maioria dos entrevistados ficou evidenciado que a equipe não tem realizado orientações, nem acompanhamento ou monitoramento destes usuários:

“Ninguém trata a ferida”. (Entrevista 2).

Em relação à orientação a entrevistada nº 4, declara que

“Não tem ninguém do posto que olha a ferida”. (Entrevista 4).

No depoimento da entrevistada nº 1, fica claro que o usuário não recebe nenhuma orientação sobre o tratamento da úlcera venosa, nenhum tipo de abordagem sobre o cuidado com a ferida é realizado pelos profissionais da ESF, apesar do destaque à visita do ACS, que entrega mensalmente os medicamentos de uso contínuo no domicílio.

“Ninguém dá orientação sobre a ferida. Ninguém não Traz os remédios direitinho eu anoto, assino todas as vezes que ela que eu assino eu assino”. (Entrevista 1).

A medicação é fornecida pelo Programa Saúde em Casa⁴. No município investigado, os usuários acima de 60 anos, acamados e/ou com mobilidade física

⁴ O Saúde em Casa foi lançado em abril de 2005 com o objetivo de ampliar e fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF), estruturado a partir de equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde. Por meio do Saúde em Casa, o governo de Minas Gerais destina R\$ 48 milhões/ano aos municípios onde as equipes do PSF atuam. Os recursos podem ser aplicados na qualificação de pessoal, obras em postos de saúde, compra de equipamentos médicos e de material de consumo. A prioridade do Saúde em Casa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e o PSF é um importante aliado na concretização das metas estabelecidas pelo governo do Estado para garantir mais saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. As principais metas são a redução do número de internações hospitalares, a redução da mortalidade materna e infantil e a cobertura vacinal de 85% da população infantil. (MINAS GERAIS, 2006).

prejudicada, recebem os medicamentos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em suas casas, após ser realizado um cadastramento.

A prática de atenção domiciliar tem ocorrido, mas, ainda é centrada no fornecimento de medicamentos, sem uma abordagem integral do usuário com úlcera, e com ausência de orientações, permitindo-nos afirmar que trata-se de uma atenção pontual. Tal prática, ainda centrada na medicalização, remete-nos ao seguinte questionamento: Esses profissionais não dispõem ou não valorizam conhecimentos desta natureza? As duas situações podem estar presentes. No entanto, seja qual for, é necessário investir em estratégias que possibilitem uma reflexão e (re)estruturação das práticas de saúde. A adoção de investimentos pode levar a instituir a acessibilidade organizacional e cultural mais condizente com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica.

No cenário desta pesquisa foi possível identificar, em um depoimento, que a prática dos profissionais da ESF ocorreu e foi valorizada pelo usuário. Segundo o fragmento, houve avaliação da ferida, realização do curativo, e até a ida do médico, com a assistência no domicílio destes profissionais.

“Sempre é a enfermeira [ESF] Quando vem para ver se tem que fazer o curativo. Se for vim aqui por causa do curativo lá do PSF, a [Enfermeira e técnica de enfermagem] vem e se precisar assim tiver feio e muito contaminado, muita coisa aí vem o Dr [médico da ESF] também”. (Entrevista 3).

Esta situação permite-nos afirmar que a usuária tem vínculo com a equipe, e esta faz avaliação quando necessário. Mas, quando indagada sobre a realização de orientação dos cuidados com ferida, ela não acontece, ou então não é reconhecida pelo usuário, pois às vezes as orientações acontecem simultaneamente à realização do curativo. Se esta orientação estiver acontecendo concomitantemente à realização do curativo, faz-se necessário repensar como estabelecer um diálogo para que o usuário incorpore essas duas dimensões da atenção.

Já com outra entrevistada, foi constatado que ocorreram orientações sobre os cuidados com a ferida, conforme podemos conferir no discurso a seguir:

“Na 1ª vez quem me orientou foi o médico, depois a enfermeira do [Centro de Atenção Secundária], depois a... [Técnica e Enfermeira ESF] que também já me orientou”

“A enfermeira orienta para fazer direitinho, as normas que tem que ser. Não passa pomada, não coloca esses banhos que as pessoas falam, atrapalha, manter sempre limpinho, seco, não deixar assim o mosquito pousar na ferida. Evitar lugar que tem poeira, contaminação, essas coisas. Se for em algum lugar sempre fechar a ferida., não deixar ela aberta no caso se precisar”.(Entrevista 3.

A usuária sinaliza que recebeu orientações em relação à limpeza, tipo de cobertura, por vários profissionais (médico, técnico de enfermagem, enfermeiro), desde a ESF até a atenção secundária. Mas, destaca a orientação do enfermeiro sobre limpeza da ferida mantendo-a sempre limpa e seca. Borges (2005) nos oferece com seu estudo que as coberturas devem ser oclusivas e que devem propiciar um ambiente úmido para favorecer a cicatrização. Mais uma vez houve a valorização da orientação do cuidado com a ferida, quando esta é realizada.

Podemos afirmar, com os depoimentos, que as orientações, quando ocorrem, estão voltadas principalmente para a limpeza e a cobertura. Mas não se evidencia nenhuma orientação de como se realizar a limpeza e qual cobertura deve ser utilizada para tratar a ferida. Nem mesmo qualquer outra orientação e/ou recomendação. E ainda, não fica constatada a participação deste usuário no tratamento de sua ferida. Também observa-se que o usuário não tem uma avaliação mais detalhada de outros fatores que possam intervir na cicatrização da úlcera.

A limpeza deve ser feita com soro fisiológico aquecido a 37º C. Alguns autores até nos trazem o uso da água de torneira, com algumas ressalvas sobre o seu uso. Ela deve ser fervida a fim de que o cloro não interfira na proliferação dos fibroblastos, estruturas estas importantes para a cicatrização da ferida. (BORGES, 2005; FERNANDEZ; GRIFFITHS, 2008).

Um importante aspecto a ser abordado são as coberturas utilizadas por estes usuários para cobrir as feridas. Estas podem favorecer a cicatrização e ainda proteger contra as agressões externas; deve ser oclusiva, de modo a manter a ferida

úmida. Tal característica leva a melhor cicatrização da lesão, pois mantém o pH e ainda evita infecção e traumas. (MCGUCKIN et al., 1997; CLINICAL...,1998).

No mercado, existem várias coberturas. Para escolha do melhor produto é necessária uma avaliação de natureza multifatorial e multiprofissional, e alguns parâmetros devem ser avaliados. Em relação ao paciente, o tipo de ferida, necessidades e expectativas do usuário em relação ao tratamento. No que se refere aos profissionais de saúde, o grau de conhecimento técnico-científico, as estratégias adotadas para prevenção, profilaxia e tratamento da úlcera, além da abordagem integral. Quanto às instituições, seus recursos orçamentários, seleção de critérios e uso destes recursos. Nas indústrias, tem acontecido o desenvolvimento das pesquisas, a fabricação de produtos cada vez mais modernos para serem utilizados, e há expectativa de retorno. (HILL, 1998 apud MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

Daí a necessidade de conhecimento do profissional de saúde sobre o tema, uma vez que terá que conciliar o avanço tecnológico, recursos disponíveis nos serviços de saúde e realidade sócio-econômica e cultural dos usuários sob atendimento.

Em nossa pesquisa, os produtos utilizados como coberturas variaram desde a utilização de plantas e produtos fitoterápicos, te o uso de cremes e antissépticos e pomadas com soluções com antibióticos. Estes dois últimos não sendo mais recomendados para a cicatrização das feridas. Na fala, a seguir, é possível identificar a utilização de um desses produtos:

“Porque o Mertiolate é secante e a pomada ela fica muito mole né, parece coisa que eu não tava vendo fundamento. Aí eu falei gente eu vou partir pelo Mertiolate para ver se tem uma solução. Aí você vê que ela ta fechando tá bem maior, ta fechando, não dói, porque o Mertiolate não dói, esse não, nem posso ver que dóia eu quero o bem para mim, eu vou continuá uns tempo com ele”. (Entrevista 1).

A situação apresentada acima reforça ainda mais a necessidade de uma escuta ampliada, para que o usuário e o profissional de saúde possam reconstruir o cuidado da forma mais condizente à realidade da pessoa em atendimento, e ainda, o

usuário busque incorporar tratamentos mais adequados e resolutivos para o tratamento de sua ferida e posterior cicatrização da mesma.

Mudança de conduta é desafiador. Ao detectarmos necessidade de deixar de usar produtos já não mais indicados, precisamos estabelecer um diálogo com esses usuários, de forma que eles identifiquem mudanças já experimentadas por eles, no cotidiano de suas vidas, com situações reais, e, também, a partir de exemplos desta natureza. Ou seja, entendemos que se faz necessário traçarmos a semelhança na mudança das indicações de produtos e/ou condutas no cuidado com feridas. Por exemplo, ao perguntarmos para mulheres, principalmente aquelas que realizam tarefas no âmbito do domicílio e tem mais idade, uma mudança vivenciada no cotidiano de suas vidas, é comum responderem que deixaram de usar o ferro à brasa para passar roupa e hoje utilizam ferro elétrico. Essa mudança ocorreu concretamente na vida das mesmas, e é neste momento que estabelecemos um paralelo, destacando que, com relação aos cuidados com a ferida, também foram descobertos novos produtos, mais apropriados e indicados. Este tipo de diálogo possibilita estabelecer uma relação mais horizontalizada e amplia a possibilidade de conseguir mais aceitação na mudança da conduta. Um diálogo, onde somente o profissional informa ou então determina a mudança, muitas vezes não tem tanta aceitação.

A terapia compressiva é outra medida a ser adotada pelo usuário com úlcera venosa. É sabido que a compressão do membro afetado acelera a cicatrização da úlcera venosa. Cullum et al. (2007), demonstraram que há um aumento da taxa de cicatrização da úlcera com qualquer compressão. Nos discursos, não foi possível identificar qualquer tipo de orientação relacionada à terapia compressiva, prática esta que deve ser adotada pelo portador de úlcera venosa ativa e até cicatrizada. Este fato se deve, muitas vezes, à falta de informação do profissional de saúde em relação a esta terapia complementar e outras importantes para o tratamento adequado da ferida, tais como pequenas caminhadas e exercícios para melhorar a função da articulação superior do tornozelo e bomba do músculo da panturrilha; repouso diário com elevação das pernas durante o dia, de 2 a 4 horas; suspensão dos pés inferiores das camas à noite, de 10 a 15 cm, conforme nos orienta Borges (2005) com suas diretrizes.

Com o exposto, podemos afirmar que o acesso à informação pode ser potencializado ou prejudicado por diversos fatores. Mas, sem dúvida, quando estão

presentes o recurso de conhecimento de natureza biológica como da dimensão das características organizacionais do trabalho, e no caso em questão, o conhecimento dos atributos da ABS que se quer implantar, pode-se minimizar os limites do acesso e ter uma atenção menos prejudicada. Até mesmo a superação de obstáculos já reconhecidos e evidenciados.

8.7 ACESSO AO TRATAMENTO DA FERIDA: À LUZ DAS RECENTES PRODUÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS.

Para uma boa evolução e cicatrização da úlcera venosa é necessário que o usuário faça corretamente a limpeza da ferida, utilize uma cobertura adequada e faça a terapia compressiva. Para a limpeza da ferida pode ser adotada a técnica limpa, em que se utiliza soro fisiológico, luva de procedimento, cobertura e instrumentais estéreis. (BORGES 2005).

Nos estudos apresentados por Fernandez e Griffiths (2008), foram avaliados os efeitos da água da torneira e outras soluções para a limpeza da ferida. Onze estudos foram incluídos na revisão. Destes, sete foram identificados comparando taxas de infecção e de cicatrização em feridas limpas com uso de água de torneira e soro fisiológico. Três estudos comparando a limpeza e não limpeza e um ensaio comparando a procaína com a água. Não foi encontrada nenhuma diferença significativa nas taxas de infecção de feridas crônicas em relação à água de torneira e soro fisiológico, e a taxa foi de 0,16 ou 85%. Os autores concluíram que não há evidências significantes de que, ao limpar feridas em adultos com água de torneira, a taxa de infecção não aumente ou mesmo reduza. Na falta de água de torneira potável, água fervida e arrefecida, bem como a água destilada, pode ser utilizada como agente de limpeza na ferida. Sendo a água de torneira a de maior acesso à população, esta poderia ser utilizada, e tem sido, pelos usuários do nosso estudo. Principalmente a água do chuveiro, conforme podemos observar nas falas a seguir:

“Água do chuveiro...” (Entrevista 1),

“Água do chuveiro... Soro” (Entrevista 2).

“.....Soro. Primeiro água do chuveiro...”(Entrevista 3)

“Água, soro...” (Entrevista 4).

Borges (2005) alerta quanto à utilização da água da torneira, no que se refere a não identificação da procedência da água, a falta de limpeza das caixas e dos canos e cloro presente na água corrente, que também podem prejudicar a cicatrização. Recomenda-se o uso da água de torneira, desde que fervida.

Para uma terapia tópica adequada é necessária a limpeza com soro fisiológico em jato com seringa de 20 ml e agulha 40x12 (TENÓRIO; BRÁZ, 2002; YAMADA, 1999; BORGES, 2005). A cobertura deve se adequar ao processo de cicatrização e características da ferida e deve ser de custo e disponibilidade acessível ao usuário com úlcera venosa. (TENÓRIO; BRÁZ, 2002).

Palfreyman et al. (2003 apud BORGES, 2005), salientam que as coberturas para úlcera venosa devem conter algumas características, tais como serem capazes de remover o exsudato presente na ferida, manter o meio úmido, ser estéril e sem contaminação, não deixar resíduos de material na ferida, reduzir a dor, possuir facilidade de troca, ser hipoalergênica, ter ação de membrana semipermeável, não causar traumas nas trocas entre os curativos, ser impermeável a microorganismos e fornecer isolamento térmico. Em nosso estudo, as coberturas utilizadas pelos usuários não estão de acordo com as características apresentadas para uma boa cicatrização da úlcera.

Estudos como o de Borges (2005); Oliveira e Santos (2007) demonstram que a utilização de antissépticos não é a mais indicada como agente tópico da ferida, pois os mesmos não apresentaram evidências científicas em relação à cicatrização das feridas. Durante a observação, foi possível constatar que, dos usuários com úlcera venosa participantes deste estudo, três entrevistadas realizam o curativo no banheiro, sem o uso da luva de procedimento. Utilizam o “chuveirinho”, sendo que este é comprimido pela entrevistada 1 de maneira a formar um jato que retire as crostas da ferida. Logo após, enxuga a região perilesional com a toalha, depois, seca o leito da lesão com um pano limpo e borrifado, várias vezes, uma solução antisséptica – Merthiolathe -, cobre a lesão com uma faixa.

“Água do chuveiro, gaz ou pano limpo e fervido, Merthiolate e fita...”.(Entrevista 1).

A entrevistada nº. 2 lava a ferida no banheiro com o “chuveirinho”, com a gaze absorvida de sabonete esfrega a região perilesional e o leito da lesão. Em seguida, seca com toalha e depois limpa a região afetada com o soro, secando de imediato com a gaze. Prossegue borrifando, várias vezes, uma solução com antióbio (Rifocina) e, ao redor, coloca uma pomada fitoterápica. Cobre a lesão com um pano limpo, faixa e fita crepe:

“Água do chuveiro, sabão, faixa limpa, soro, gaze quando tem, faixa, aloe vera, rifocina e fita. Compra com verba própria (aposentadoria)” (Entrevista 2).

A entrevistada nº. 3 também realiza o curativo no banheiro com faixa e sabonete, esfregando o leito da lesão. Enxuga, depois esfrega a lesão com o soro e algodão, não utiliza nenhuma cobertura, e ainda deixa a ferida aberta:

“Cotonete e soro. Primeiro água do chuveiro, algodão com sabão” (Entrevista 3).

A entrevistada nº. 4 tem seu curativo realizado diariamente por um cuidador. Nesta situação, durante a observação, a usuária mantém o pé imerso em uma bacia com água do chuveiro, faz a limpeza da lesão com a água da própria bacia utilizando gaze, friccionando a região perilesional. Apenas o leito da lesão é lavado com soro. Depois seca ao redor, colocando pomada (Fibrase), gaze, atadura e fita crepe, lavando as mãos sem utilizar luva de procedimento.

“Água, depois ela enxuga bem enxugadinho e passa a pomada” Pomada, Água, soro, usa luva, faixa...”. (Entrevista 4).

O que fica evidenciado é que as técnicas utilizadas não são recomendadas nos estudos mais recentes sobre o tratamento das feridas, e ainda utilizam coberturas inadequadas que não contribuem para cicatrização da úlcera. Nas entrevistas, os usuários relataram que utilizam materiais por diferentes circunstâncias da realidade em que vivem, conforme podemos observar nos discursos a seguir:

“Geralmente eu to comprando né. Quando eu precisava de mais coisa o postinho me dava gaze, soro, faixa. (Entrevista 3).

“....Compra um pouco. Soro é dado pelo posto. A minha sobrinha traz gaz e faixa do lugar onde trabalha”. (Entrevista 4).

Desta forma, em relação ao uso do material, foi possível identificar nos discursos que não há o fornecimento de material para realização do curativo, e não foram identificadas orientações quanto à terapia tópica, indicando que a acessibilidade organizacional restringe o acesso do usuário ao tratamento adequado.

Esta situação implica em outro limite, que se trata da acessibilidade econômica, pois o usuário pode encontrar barreiras de ordem financeira, quando, ao acessar os serviços não consegue os materiais para o tratamento de sua lesão. Esta aquisição pode significar um custo elevado para estas pessoas, sendo a tendência recorrerem a utilização de produtos com custo menor, o que nem sempre significa adquirir o recurso adequado. Os serviços de ABS também precisam dispor de materiais que não comprometam a assistência ao usuário, no caso com úlcera venosa. Destacamos mais uma vez que se faz necessário proceder às orientações e realizar supervisões, visando à realização da terapia tópica mais condizente com a produção de conhecimento, além de elaborar solicitações consistentes aos setores administrativos dos serviços de saúde, demonstrando as evidências, baseadas em pesquisas científicas, do uso da terapia tópica nestas lesões. Tudo isso visando a aquisição de produtos indicados com base científicas para o tratamento da UV, buscando melhor resolubilidade do processo cicatricial, e conseqüentemente, da qualidade de vida dos usuários que enfrentam esse tipo de agravo.

Importante destacar novamente, ainda em relação ao tratamento da ferida, a terapia compressiva. Em nosso estudo, nenhum dos usuários utilizava meias de compressão. Estas devem ser adotadas pelas pessoas com úlcera venosa ativa e até mesmo cicatrizada, sendo melhores as de alta compressão.

Diante de tal situação, é possível afirmar que os serviços de saúde precisam adquirir materiais e se equipar estruturalmente para atender a esse tipo de necessidade de saúde, mas também devem instituir protocolos, manuais, normas e rotinas que melhorem a atenção à saúde dos usuários com úlcera venosa, seja no nível primário, secundário ou terciário. Mas há necessidade de serem instituídas

primeiramente na atenção básica, seja na unidade básica de saúde, ou ESF, por se tratar do primeiro contato que o portador de úlcera venosa tem com os serviços de saúde, e pela maior proximidade, vínculo que os profissionais das ESFs podem estabelecer com os usuários. Conseguindo, assim, maior adesão às recomendações e por conseguinte, melhorando o acesso e a acessibilidade à população sob sua responsabilidade.

Ainda em relação ao acesso ao tratamento, foram evidenciados aspectos relacionados ao acesso de medicamentos de uso sistêmicos.

8.8 ACESSO: MEDICAMENTOS SISTÊMICOS

O fornecimento de medicamentos aos usuários é atribuição do Sistema Único de Saúde. O acesso a medicamentos como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, insulinas indicados para o tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, entre outros, vem sendo assegurado para a dispensação em farmácias básicas municipais, com verbas destinadas pelas três esferas do governo. (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005c; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2007). Nos depoimentos do nosso estudo, os medicamentos fornecidos aos usuários com úlcera venosa são, em sua maioria, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, insulina e alguns antibióticos:

*“Os remédios da pressão, da diabetes, AAS eles me dão”
(Entrevista 2) .*

...Os remédios da pressão, da diabetes, coração, AAS eles dão... (Entrevista 3) e;

Em um caso detectamos medicamentos de alto custo.

*“Eu também tomo um que é do hormônio (Parlordel)... Esse eu pego lá na [Regional de Saúde], perto do [estádio de futebol]. É um remédio muito caro. Muitos anos eu to fazendo tratamento”
(Entrevista 3).*

Quando indagamos sobre os medicamentos para a ferida, os usuários relataram que não tem acesso a esse tipo de recurso. No caso, aos medicamentos para o tratamento da úlcera venosa.

“...Os do curativo são comprados. Por isso eu não tenho nada direito.... (Entrevista 2).”

.Os da Vascular tem que comprar. Quando o Dr não tem lá para me dar, eu compro...” (Entrevista 3).

Os depoimentos deixam evidentes que o acesso é comprometido, pois se o usuário não consegue ter todos os medicamentos necessários para o tratamento de sua úlcera, há o comprometimento de sua saúde e ainda de sua qualidade de vida. Podemos observar, nos fragmentos a seguir, que a ESF é vista como o local que dispensa medicamentos:

“Resolve com os remédios da pressão só. Quando a gente precisa de um antibiótico também, se fala, lês faz a receita para a gente. Se precisar do antibiótico eles faz a receita para a gente. O AAS, esse aí todas as vez vem o remédio da pressão... (Entrevista 1).

Tendo em vista que o usuário necessita de medicamentos adequados para o tratamento da sua úlcera venosa, devemos salientar que a ferida não evolui somente com o uso de medicamentos que podem melhorar o retorno venoso, mas também o usuário deve ter um tratamento adequado da sua ferida que inclui limpeza, cobertura, compressão da úlcera. O acesso ao tratamento adequado da ferida é outro componente importante a ser abordado, e um desafio a ser vencido no município em estudo, podendo a indicação destes medicamentos tópicos estar estabelecida em protocolo de atendimento específico para feridas. Aí também, outro recurso que precisa de investimento para ser implantado.

8.9 ACESSO AO ESPECIALISTA

O acesso ao especialista se constitui como um recurso importante no tratamento aos portadores de úlceras crônicas, incluindo os que apresentam úlceras venosas sem cicatrização há mais de seis meses, conforme nos sinaliza. (BORGES, 2005). Nestas situações, os usuários necessitam muitas vezes de avaliação com o vascular ou angiologista. Os participantes do nosso estudo informam apresentar as feridas há muito tempo, variando de 4 até 30 anos. Aqui vale ressaltar que este tempo refere-se ao intervalo identificado desde os primeiros sintomas até a cicatrização, com úlceras abertas ativas que nunca cicatrizaram e ainda úlceras que abriram e cicatrizaram, e depois reativaram.

Em nosso estudo, os usuários relatam diversas formas para o acesso ao especialista. Três das entrevistadas relataram ter acesso ao cirurgião vascular, porque já faziam tratamento com outro especialista em um ambulatório de especialidades, vinculado a uma Instituição de Ensino Superior do município em estudo. Referência para vinte e sete municípios da micro e macrorregional. Outro aspecto a ser destacado é que este ambulatório está localizado no Distrito Sanitário I, no qual residem os sujeitos investigados.

“ Fiz tratamento com... [vasculares][Vascular] é meu médico há mais de 30 anos... “ Ele que tratou da minha perna muito tempo. Trata até hoje”. (Entrevista 2).

Porque eu faço tratamento com a endócrino aí a residente da endócrino me deu um encaminhamento para eu marcar para o vascular. Aí ela já olhou a perna e falou que eu precisava passar no vascular, para eles avaliar”. (Entrevista 3).

“ Encaminhamento para fazer a consulta do pé foi lá mesmo com a Dra [Endócrino]. Eu ia na reunião ali naquela casa (como é que chama?) em frente ao [Hospital de referência] [ASSOCIAÇÃO DOS DIABÉTICOS], eu freqüentava lá.” ... “pedi um encaminhamento porque eu já tava diabética, pedi um encaminhamento para Dra, ela me deu e aí eu comecei o tratamento. (Entrevista 4).

Uma das usuárias não teve acesso ao cirurgião vascular e sim ao dermatologista, em um centro de atenção secundária, localizado em outro local, que se encontra inserido em outro Distrito Sanitário, conforme podemos observar no discurso a seguir:

“Foi lá no.... [Centro de Atenção Secundária-DII]“Minha experiência de tratamento eu trato com Dr...[dermatologista]. (Entrevista 1).

Pelos discursos acima evidencia-se que os serviços não são integrados e o sistema de regulação é comprometido, incipiente ou mesmo inexistente, e ainda, o usuário não reconhece a ESF como porta de entrada. (CECÍLIO, 1997).

Na entrevistada nº. 2 um aspecto positivo apresentado se refere ao tempo que o usuário está em acompanhamento com o mesmo especialista, revelando o vínculo estabelecido e a confiança neste profissional, quando recebe atendimento. Por outro lado, uma úlcera que não se cicatriza há mais de trinta anos faz-nos questionar sobre os fatores que podem estar presentes que levaram e levam à sua cronificação. Diversos motivos podem ter ocorrido e estar ocorrendo para esta situação, podendo ser desde a técnica de limpeza, cobertura e a não utilização da terapia compressiva até a associação de todos esses e, ainda outros, como a falta de adesão deste usuário às recomendações e/ou orientações dadas pelos profissionais.

“[Vascular] é meu médico há mais de 30 anos Ele é bom até. Se eu for lá, ele vai rancá essa casquinha preta aqui, ele faz o curativo, é muito educado. Gosto demais dele”. (Entrevista 2).

Em um sistema de saúde que tem a ABS como eixo da reorganização da atenção podemos considerar que os profissionais da Estratégia da Saúde da Família, ao exercerem a coordenação da atenção desses usuários, podem contribuir para evitar, ou mesmo minimizar, essas possíveis complicações. Para tanto, o investimento na melhoria do acesso e acessibilidade aos portadores de úlcera venosa precisa ocorrer, nas diversas dimensões.

Nesta mesma entrevista, o usuário revela que não tem sido atendido pelo profissional vascular, por não ter recursos financeiros para consulta, explícito no fragmento a seguir:

Eu não to indo lá porque é difícil porque eu não tenho... [convênio], porque eu tenho que pagar, e eu não dou conta. (Entrevista 2).

Se o usuário tem que ter acesso ao vascular, este atendimento e seguimento precisam estar assegurados na organização do sistema de saúde. Por direito constitucional o cidadão brasileiro tem assegurado o tratamento às necessidades de saúde pelo Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, sem desembolso financeiro. Assinalamos que o acesso a esse tipo de informação parece-nos estar comprometido, como não nos dedicamos a uma questão que nos permitisse fazer tal afirmação, recomendamos que em outros estudos este aspecto, do direito aos recursos necessários ao tratamento, seja investigado com mais detalhes.

Ainda a entrevistada nº. 2 nos traz a situação que diz respeito a continuidade de atendimento na rede, quando o especialista encaminha para o profissional médico da atenção básica, no relato a seguir:

“Fiz tratamento com...[vasculares] que mandaram passar com... médico da [ESF]”. (Entrevista 2).

Esta situação reforça a potencialidade da Estratégia de Saúde da Família, em dar continuidade no tratamento do usuário com úlcera venosa para acompanhamento e monitoramento dele na rede de atenção à saúde.

Já na entrevistada nº 3, ocorre o inverso. O usuário procurou a unidade de saúde da família que a referenciou para o especialista, mas não houve o retorno do paciente a unidade de saúde para acompanhamento deste usuário:

“Mas no... [médico ESF].. Ele olhou e aí ele me encaminhou para o vascular. Mas na época ele me passou remédio foi até bom”.

Neste discurso fica claro que a usuária conseguiu ser encaminhada e ainda mostra que houve prescrição de medicamento, e que este foi muito bom.

Nesta mesma entrevista o usuário informa outra condição para conseguir acesso ao tratamento com o vascular:

“ Tem um vascular que é meu amigo e vou no consultório, e ele ta me atendendo.... Eu vou no consultório. Inclusive ele me dá os remédios. Faz atendimento de graça. Assim por amizade. Amizade de muitos anos”. (Entrevista 3).

Este depoimento revela uma forma de ter acesso a partir de influências por relações pessoais, fato que era comum antes da implantação do SUS, e que ainda é presente. Este acesso, independente das relações de amizade, é um aspecto de direito legítimo do usuário perante aos princípios do SUS.

O acesso pode acontecer nos diversos níveis, mas é necessário que todos os serviços estejam integrados, visando a continuidade da atenção, sendo esta atenção coordenada a partir da Atenção Básica. (CECÍLIO, 1997).

8.10 ACESSO: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Um aspecto circunscrito ao acesso se refere ao horário de funcionamento da unidade de saúde da família, onde o usuário possa procurar e ser ou não atendido pelos serviços. Pereira (2008) aponta em seu estudo que o horário restrito das Unidades de Saúde da Atenção Básica de um município do interior paulista, contribui negativamente para o atributo acesso da ABS. Este é um dos pontos a serem reavaliados visando encontrar alternativas que ampliem a possibilidade de seguimento destes usuários nos serviços. A flexibilização do horário e, ainda, horários alternativos locais, podem melhorar as condições de acessibilidade destes serviços.

Nas falas dos entrevistados vemos que há delimitação sistematizada do horário, não possibilitando aos usuários seguir o preconizado na organização do trabalho.

“ A gente tem que ir lá e tem as horas. Tem que ser na parte da manhã até o meio-dia. E depois começa uma hora da tarde e fecha finalzinho de tarde. (Entrevista 1).

“É das oito às onze. Depois começa de uma a cinco”. (Entrevista 3).

A organização do processo de trabalho é estabelecida, na maioria dos serviços de saúde, segundo as possibilidades dos profissionais de saúde, e muitas vezes não se leva em consideração as características e necessidades da população adscrita.

Outra questão desta natureza é que os usuários não conseguem diferenciar o que é uma unidade de saúde da família de uma unidade de pronto atendimento que funciona vinte e quatro horas, e referem ter acesso 24h, o que indica que a Unidade de Pronto Atendimento é referência para uma situação crônica.

“ Não sei te dizer direitinho não. Porque lá mesmo a noite, que a gente precisar de ir lá, eles atende né, quando é assim não tem horário não é 24 horas?....”. (Entrevista 4) .

Não ter o serviço de atenção básica como porta de entrada é uma situação que merece ser mais estudada, para que providências na organização dos serviços sejam tomadas, já que estes têm como princípio a co-responsabilidade pelos usuários da área de abrangência.

Os usuários, quando apresentam dificuldades de comparecer nos horários estabelecidos pelas unidades, geralmente têm pouca possibilidade de diálogo para negociação e buscam soluções individuais, acabando por não comparecerem para seguimento. Merhy et al. (1997) discutindo sobre o gerenciamento dos processos de trabalho, alerta sobre as necessidades do usuário no encontro com o profissional de saúde, no serviço de saúde, onde nem sempre as situações são equivalentes, e que pode comprometer a responsabilização e confiança na intervenção.

Isso nos leva a seguinte reflexão: será que os horários foram estabelecidos conforme a disponibilidade dos profissionais de saúde? Houve uma negociação e participação do usuário para que fossem definidos os horários de funcionamento das unidades de saúde? Temos aqui mais um questionamento que pode indicar futuros

estudos, que possam produzir indicações na perspectiva da melhoria do acesso, acessibilidade e, portanto, fortalecimento da ABS e da qualidade da atenção aos usuários do SUS.

8.11 ACESSO: TEMPO DE ESPERA

O tempo de espera é outro aspecto que deve ser avaliado em relação ao acesso. Nas falas, é frequente a queixa de que os usuários ficam longos períodos de espera na recepção, de duas até três horas.

“ Quando tem muita gente na frente demora umas duas horas, mais ou menos, porque se você for ver é muita gente na frente, é por ordem de chegada né...”(Entrevista 1).

“Da ...eu fico a manhã inteira, porque eles demoram para atender né? Eu chego lá porque eu gosto de ir cedo para não ficar muita gente na frente, chego lá 7 7 e pouco e fico até quase onze”. (Entrevista 3).

Starfield (2002) adota como parâmetro para medir barreira de acessibilidade organizacional, o tempo de espera na recepção, tendo como limite o tempo de 30 (trinta) minutos. Ou seja, um tempo maior já é considerado mau indicador do desempenho do serviço.

Além do tempo a mais de espera na recepção, há ainda a demora para o início do atendimento, que se estende mais ainda, caso haja necessidade de consulta médica.

“O Hiperdia demora para ser atendido, até duas horas às vezes, porque atende individual, as meninas passam avisando o dia, aí demora. Olha peso,estatura, medi a pressão e a diabetes, conversa tudo. Se tiver alterado a pressão e a diabetes encaminha lá para Dr., te dá medicação, então

demora. Na espera ali, fica um tempo ali esperando”.
(Entrevista 3).

Considerando o exposto pelos usuários, fica evidente a necessidade de que esse tempo seja reduzido, e para tal o gestor, os profissionais e usuários precisam elaborar proposta nesta direção.

Esse tempo prolongado de espera também foi detectado como um dos problemas de acesso, no estudo de Almeida e Macinko (2006); Pereira (2008), todos estes investigando sobre a avaliação das características organizacionais e de desempenho de serviços de ABS, respectivamente dos municípios de Petrópolis (RJ) e do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto. Esse resultado pode se constituir em um dos fatores que leva a restrições em procurar atendimento nos serviços de ABS, prejudicando o acesso e a acessibilidade ao serviço.

8.12 ACESSO: TEMPO DE CONSULTA

O que tem se observado é que os serviços de saúde, em seu planejamento, consideram 15 minutos como o tempo a ser dispendido para cada usuário na consulta médica, ou às vezes até menos.

“A consulta? Consulta mais ou menos uns quinze minutos”.
(Entrevista 3).

Esse parâmetro se deve muitas vezes à produção que estes profissionais têm que apresentar diariamente. Talvez este tempo seja o suficiente para atender às demandas que o usuário apresente, mas também não poderia ser uma “camisa de força”. É necessário ter como pressuposto que, em algumas situações, este tempo pode ser menor ou até maior para atender os usuários, e desta forma ter a flexibilidade de rever estratégias para definir tempo de consulta, de modo que esta seja mais adequada para cada usuário. Nas entrevistas, os usuários falam de 15 até 30 minutos a duração da consulta médica, conforme podemos observar abaixo:

*Consulta mais ou menos uns quinze minutos”. (Entrevista 3).
“Consulta de rotina eu vou na Demora nada, depende é por ordem de chegada, se é de manhã por exemplo a gente tem que ta lá 15 para 7, pra podê faze a ficha. Meia hora não é muito mesmo. Ela é rápida para atender, ela atende muito bem, examina, vê pressão, ela é muito legal, muito educada”. (Entrevista 1).*

Em alguns estudos o tempo dedicado a um consulta médica tem se destacado como um indicador de qualidade de atendimento. O estudo de Cotta et al. (2005) nos mostra que o tempo de consulta também é o mesmo apresentado em nosso estudo, com duração de 15 a 30 minutos, revelando-se como um fator de qualidade do serviço, em relação a outros estudos como o de Espinosa et al. (2004), realizado no México. Nele, o tempo dispendido para uma consulta variou de 5 a 15 minutos. Gonzalez e Jodra (2000) em um estudo na Espanha identificaram que o tempo variou de 6 a 8 minutos; no de Ogden et al. (2004), o tempo foi de 8 minutos.

Entretanto, podemos afirmar que o tempo de consulta apresentado em nosso estudo foi referido, como tempo mínimo, o limite máximo (15minutos) recomendado. Ao analisarmos essa dimensão do acesso, o tempo referido pelos usuários, como dispensado na consulta médica, possibilitaria uma abordagem mais ampliada dos problemas enfrentados pelos usuários, até mesmo conhecer hábitos que podem ser favoráveis ou desfavoráveis no processo saúde doença.

“Meia hora não é muito mesmo. Ela é rápida para atender, ela atende muito bem, examina, vê pressão, ela é muito legal, muito educada”. (Entrevista 1).

A depender do tempo planejado para a consulta pode-se reforçar o modelo de consulta voltada para prescrição e dispensação de medicamentos.

Nas falas dos participantes deste estudo, o que fica demonstrado é que os médicos centram sua atenção na doença, e outros atendimentos estão vinculados à alguma atividade pré-estabelecida, como por exemplo, ao grupo denominado Hiperdia. Esta participação é um recurso condicionado a dispensação dos medicamentos prescritos no rol dos previstos pelo Ministério da Saúde.

O monitoramento é fundamental em usuários com doenças crônicas, e pelos depoimentos vem acontecendo numa perspectiva de “barganha”. Participando do grupo Hiperdia terá direito a receber a medicação. Essa estratégia precisaria ser superada, e outras serem formuladas, para que os usuários compareçam por motivação própria. Para tanto, acreditamos que a atenção à saúde não deveria ser focada apenas na atenção médica, e esta não fosse centrada somente na doença e medicamentos.

As pessoas poderiam ter mais espaço para falar de outros assuntos e mesmo trabalhar anseios e angústias. E também, momentos em que os profissionais pudessem promover a discussão de assuntos pertinentes a cuidados individuais, de caráter curativo e preventivo, como aqueles relacionados ao tratamento de úlceras venosas, discutindo a partir das experiências dos participantes que enfrentam o dia a dia com esse tipo de problema. O acesso, ao ser ampliado para outras ações, e estas serem motivadoras para os usuários, poderia contribuir no tempo da consulta, de modo a ser mais adequado para as diferentes situações vividas pelos usuários.

8.13 CUIDADOR

Assim como ao usuário definimos a unidade temática acesso ao cuidador também, mas foram identificados ainda os seguintes subtemas: Socialização, outros níveis de atenção, conhecimento, materiais, recursos de diferentes naturezas.

Em nosso estudo, apenas um usuário com úlcera venosa dispunha de um cuidador, que há quinze dias vinha realizando o curativo da lesão. Quando perguntado sobre como ela faz a abordagem com a pessoa com a ferida, responde:

...”Ela não é só uma perna, não é só uma ferida. Ela é um ser humano total...” (cuidador).

Esta situação nos remete a afirmar que o cuidador discurso onde considera o paciente em sua integralidade, sendo este princípio da atenção básica, que poucos profissionais têm utilizado no dia a dia do seu trabalho ao cuidar das pessoas.

Ainda, foi abordado os sentimentos do cuidador ao cuidar da pessoa com ferida, e neste sentido demonstra uma preocupação, pela falta de continuidade no tratamento, falta de uma abordagem interdisciplinar:

“Fico preocupada, fico. Porque eu sei que ela não tem o regime adequado, não tem um acompanhamento médico adequado, que deveria ter. Nem o repouso adequado. Então mesmo que eu faça a minha parte tá faltando alguma coisa, Fica faltando um braço, fica faltando uma perna...”(cuidador).

A pessoa com úlcera venosa necessita de um acompanhamento abordando, aspectos em relação à ferida, às doenças de base, alimentação adequada, e as medidas complementares como o repouso, caminhadas breves. (BORGES, 2005).

Outra preocupação expressa pela cuidadora, ao ser abordada quanto aos seus sentimentos em relação ao cuidar da pessoa com úlcera venosa diz respeito a aspectos do cuidado para além da dimensão biológica, como pode ser evidenciado nos fragmentos a seguir:

“... precisa de uma coisa que se chama diversão, acho que todo ser humano precisa. Fica só aqui, a vida dela é aqui, fica muito triste mesmo. A gente precisa ver outras caras, conversar com outras pessoas. Um namorado”. (Entrev. Cuidadora).

Este depoimento destaca a preocupação da cuidadora com a vida restrita no espaço da casa, da pessoa de quem cuida, identificando que esta condição tem gerado sentimento de tristeza na mesma e assinala necessidades que precisam ser trabalhadas *a gente precisa ver outras caras, conversar com outras pessoas. Um namorado*. Nesta perspectiva o acesso a socialização, possibilidade de conversar e de ter outras relações no convívio diário, indica ser essa dimensão do cuidado ao ser humano que ainda não está na oferta dos serviços de saúde. Sem dúvida que esses aspectos também são de responsabilidade da família, por outro lado Estratégia da Saúde da Família tem o compromisso de considerar a família nas suas relações intra e extra familiares, como objeto de seu trabalho. Desta forma essa condição revelada pela cuidadora precisaria ser discutida com integrantes da

família e, mesmo ofertar recursos que possibilitasse o convívio em outras atividades, principalmente de lazer a essa portadora de UV. Se houver atividade desta natureza no serviço de saúde, passa a ser um recurso a ser ofertado, e ofertar de outras instituições, também é uma forma de promover acesso, além de estar operando com o princípio da intersetorialidade, inscrito como um dos princípios da ABS.

Outro fato identificado se refere ao acompanhamento médico, que o cuidador evidencia como prioritário, somente cita os outros profissionais:

“...Eu sinto muita dificuldade que eu acho que falta médico...”
(Cuidador). *“...Eu acho que precisava urgente de um acompanhamento médico mais de perto..”* *“ Eu acredito que a saúde é um todo, é a enfermagem, é o técnico, enfermeira, nutrição, fisioterapia. “ E não ta tendo esse povo, né, ta faltando muito né...”*

Nas falas fica claro, que seria necessário a abordagem por outros profissionais, para a visão do paciente como um todo, mas ratifica principalmente o atendimento do profissional médico.

Pode este depoimento assinalar um olhar mais fragmentado desta cuidadora, ou seja, que o cuidado se faz com uma superposição de especialidades, no entanto como não foi investigado de forma a deixar mais claro essa possibilidade, deixamos assinalado que este é um conceito que precisa ser explorado e reconstruído junto a população. Não estamos querendo dizer que os profissionais aqui citados não são importantes no cuidado, mas não que a ausência destes, na estratégia da saúde da família seja impeditivo de promover o cuidado integral. Se houver necessidade do cuidado específico destes profissionais, o acesso a eles precisa estar assegurado em outros níveis da atenção e, as orientações fundamentais na recuperação e na prevenção de complicações da situação podem e devem ser de conhecimento dos profissionais da ABS.

O cuidador faz uma crítica ao funcionamento da ESF quando relata:

“...E esse PSF, é só para inglês vê. Não funciona na íntegra. Ela é uma paciente acamada que precisa de atendimento

domiciliar sim, que o médico venha sim, ela não tem condições de ir lá não gente. Que dia que veio?.

A ESF não é porta de entrada, há também uma discredibilidade no serviço, por não realizar a visita médica domiciliar, ainda reforça a falta de credibilidade e confiança no serviço quando é perguntado se a unidade de saúde tem atendimento à necessidade da pessoa com ferida, responde:

“...Não. Nem a ferida” (cuidador).

A situação encontrada nos remete novamente a reflexão: Será que a ESF, não tem conseguido abordar o usuário e atendido as suas necessidades? Há falta de treinamento para os profissionais para atender o usuário com ferida? Falta organização no processo de trabalho?

Na análise elaborada frente a fala da cuidadora, indicando a necessidade lazer, convívio e de outros profissionais no PSF, reforça a necessidade de investimentos de acesso a conhecimento por parte daqueles que atuam no PSF, de recursos materiais para proceder o cuidado, de articulação com outros recursos da comunidade, em síntese de uma mudança da prática de saúde que possibilite acesso a recursos de diferentes natureza.

Um fato positivo encontrado na entrevista com o cuidador, e citado como um ponto facilitador no cuidado ao usuário com úlcera venosa, é o vínculo que o cuidador estabeleceu com a pessoa com a ferida quando diz:

“...Então ela tem disponibilidade, eu chego, pode tá passando roupa, fazendo as coisas dela, ela para tudo para fazer o curativo, se demora 200 horas aqui... “ ... Ela é realmente amorosa, é um namoro longo isso aqui, não vai acabar hoje não vai acabar amanhã, não é daqui um ano daqui dois, depende do todo...”

Então a qualquer momento que o cuidador, chega a pessoa com a ferida deixa de fazer as atividades diárias, para que possa ser realizado o curativo, trata-se

de um momento, não é voltado somente para a técnica do curativo, mas também um momento de descontração, amizade e respeito.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso estudo, foi possível identificar diferentes e diversas dimensões do acesso do usuário com úlcera venosa nos serviços de saúde. Podemos afirmar que a rede de saúde, pelos discursos apresentados no estudo, demonstra uma rede desarticulada entre os diferentes níveis, com falta de continuidade do tratamento da pessoa com ferida. O usuário muitas vezes é referenciado a um serviço de maior complexidade, mas, o retorno ao serviço de atenção básica não ocorre de forma sistematizada.

Vários serviços foram denominados de porta de entrada, como unidades de pronto atendimento, serviços especializados, consultas particulares e até mesmo laços de amizade que proporcionam atendimento gratuito a especialistas. A ESF, nesta pesquisa, não é um serviço que é ponto de referência para os usuários, não tem reconhecimento da sua potencialidade. Mas, no cenário deste estudo ficou evidenciado que a forma como os serviços de saúde, no caso a ESF, organizam o processo de trabalho, ainda é centrado na doença, prescrição de medicamentos, sem uma abordagem integral do usuário com úlcera venosa. Situação esta que tem contribuído para a falta de reconhecimento do serviço.

No que se refere ao aspecto horário de funcionamento, as ESFs apresentaram delimitação do horário. Estratégias para remanejamento destes horários deveriam ser estabelecidas, seja no período da noite e/ou até mesmo finais de semanas e feriados. Por se tratar de uma unidade que apresenta três equipes de saúde da família, poderia haver um revezamento destas equipes, onde uma delas poderia estar de suporte em períodos diferentes aos que já estão estabelecidos na rotina, para atender as demandas necessárias do usuário.

O acesso à consulta médica foi um aspecto que se apresentou em todas as entrevistas, sendo identificado por dois usuários o atendimento no domicílio. Este, uma ampliação do acesso. Mas ainda a consulta é centrada na doença, com procedimentos e prescrição de medicamentos. O sistema de informação Hiperdia, que tem potência para organizar, planejar e monitorar a atenção integral aos hipertensos e diabéticos e, portanto, atuar na prevenção e tratamento de úlceras venosas, não vem sendo utilizado nesta perspectiva.

Esse instrumento, no depoimento dos entrevistados, nos permite conformar a idéia que o Hiperdia vem sendo usado como um instrumento de negociação – retorno no Hiperdia para verificar os níveis pressóricos e glicêmicos para poder receber os medicamentos, caso esteja correndo outras ações os usuários não fizeram referência.

Em nenhum momento foi citada a consulta de enfermagem e por outro profissional. Um aspecto positivo foi apresentado no tempo de consulta médica, quando em nosso estudo demonstrou o tempo de 15 a 30 minutos para esse atendimento. Tem sido até um indicador de qualidade de atendimento, comparado à literatura. Já com relação ao tempo de espera para consulta, os usuários, em seus discursos, aguardam longos períodos na sala de espera, variando de meia até duas horas, sendo o preconizado no máximo até trinta minutos. Esta situação revela necessidade de rever a organização do processo de trabalho das equipes para atender as demandas.

Quanto ao acesso ao especialista vascular, em três entrevistas, foram identificadas diferentes formas de acesso, desde conveniência por laços de amizade, até a inserção deste usuário em outros níveis de atenção, referenciada para tal especialidade, e, ainda, somente um usuário apresentou ser referenciado pela ESF. O atendimento com o especialista não é visto pelo usuário como um direito inerente de quem utiliza o SUS. Somente uma usuária não teve abordagem do médico vascular e sim do dermatologista e demonstra na entrevista o vínculo com tal profissional.

Ao discutirmos sobre acesso ao tratamento adequado da ferida, nos deparamos com uma situação em que nenhum dos entrevistados apresenta material adequado para o tratamento, que o fornecimento de alguns tipos de materiais como gaze e soro às vezes são fornecidos pelas equipes de saúde da família, ou até fornecidos por familiares ou o próprio usuário custeando seu tratamento. As coberturas utilizadas para tratamento tópico da ferida foram das mais variadas. Desde plantas à antissépticos, não sendo recomendadas pela literatura.

O acesso à realização do curativo no domicílio foi revelado por dois entrevistados, salientando, principalmente, a avaliação do profissional enfermeiro e o técnico de enfermagem. Uma delas ressalva, ainda, a avaliação do médico em caso de complicações.

No que se refere às orientações recebidas sobre os cuidados necessários para melhor cicatrização, nos deparamos com uma situação na qual os profissionais enfermeiros orientam de forma adequada sobre a limpeza e a terapia tópica, mas não se evidenciou nenhuma orientação em relação às terapias complementares, como o uso de meias de compressão, caminhadas, repouso. Ainda não se reconheceu nos discursos que o enfermeiro e/ou outro profissional de saúde faça o acompanhamento e monitoramento do usuário com úlcera venosa.

No aspecto acesso a medicamentos, pelos discursos dos entrevistados, eles tem acesso a remédios para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Já em relação aos medicamentos para o tratamento da úlcera, somente um deles nos revela ter acesso, pois consegue adquiri-lo sem custos com um profissional médico que a atende gratuitamente.

Entretanto, podemos afirmar que outros estudos devem ser realizados, onde os sujeitos devam ser os profissionais de saúde possibilitando a formulação de novas estratégias a serem estabelecidas e incorporadas por usuários, para que a atenção a saúde dos usuários com úlcera venosa não seja comprometida.

Faz-se necessário fortalecer a parceria entre Secretaria de Saúde e Universidade, para que se invista esforços no aprimoramento e capacitação de pessoal, instituindo protocolos de atendimento às pessoas com feridas, estabelecendo fluxos, sistema de regulação para que o usuário seja atendido e seu tratamento tenha continuidade e seguimento nos diferentes serviços, além de trabalhar na conscientização dos usuários sobre seus direitos. Principalmente os da saúde assegurados na constituição.

REFERÊNCIAS

ABBADE L. P. F.; LASTÓRIA, S. Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. **International Journal of Dermatology**, n. 44, p. 448-456, 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15941430>>. Acesso em: 01 maio 2008.

_____. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An Bras Dermatologia**, v. 81, n. 6, p. 508-522, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962006000600002&script=sci_arttext >. Acesso em: 01 maio 2008.

ADAY, L.; FLEMING, G.; ANDERSEN, R. **Health Care in the US.:** Equitable for Wom? Beverly Hills: Sage Publications, 1990.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: OPAS, 2006. (Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n. 10).

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ARAÚJO, I. C. F. **Tratamento de Feridas Crônicas de Membros Inferiores com Biocurativo.** 2007. 200 f. Dissertação. (Mestrado em Biotecnologia Médica) - Hemocentro de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu (SP), 2007.

ARAÚJO, T. et al. Managing the patient with venous ulcers. **Ann Intern Med**, 2003, n. 138, p. 236-334. Disponível em: < <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/138/4/326> >. Acesso em: 01 maio 2008.

BAPTISTA, C. M. C.; CASTILHO, V. Cost survey of procedure with Unna Boot in patients with venous ulcer. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 844, nov./dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/v14n6a17.pdf>.> Acesso em: 22 maio 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1995.

BERGONSE, F. N.; RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 2, 131-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2008.

BLUMENTHAL, D.; MORT, E.; EDWARDS, J. HSR: The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups. **Health Services Research**, v. 30, n. 1, apr., 1995. Part 2.

BORGES, E. L. **Tratamento Tópico de Úlcera Venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2005.

BORGES, E. L.; CALIRI M. H. L.; HAAS, V. Systematic review of topic treatment for venous ulcers. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.6, p. 1163-1170, nov./dez 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/16.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)**. Brasília: MS, 2001a.

_____. Departamento de Informática do SUS. Datasus. **Informações de saúde. Rede assistencial**. 2008. Disponível em:<<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B376C3D0E0F359G103H0I1Jd3L23M0N&VInclude=../site/infsaude1.php&lista=op1&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

_____. **Diretrizes para implantação de Complexos Reguladores**. Pacto pela Saúde. Brasília: MS, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_complexos_reguladores.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2008.

_____. Instituto de Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. **Manual de Enfermagem**. Brasília: MS, 2001b.

_____. **Portaria nº 036-R/SESA/ES, de 07.7.2005**: dispõe sobre a dispensação de medicamentos excepcionais pelo Estado, por meio dos CRE's da SESA/ES. Brasília: MS, 2005b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. **Portaria nº 412/GM, de 23.02.06:** descentralização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para os Municípios do ES, destinados ao custeio de medicamentos dos Grupos de Hipertensão e Diabetes e Asma e Rinite. Brasília: MS, 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. **Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2006a.

_____. **Portaria nº 2.084/GM, de 26.10.05:** financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. Brasília: MS, 2005c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. **Resolução nº 523/2005, da CIB/SESA/ES:** aprovando www.saude.gov.br o elenco de medicamentos a ser financiado com os recursos do IAFAB – Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica que deverá existir na UBS – Unidade Básica de Saúde do Município. Brasília: MS, 2005a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2008.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 04 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. **Dados estatísticos – Uberaba (MG).** 2007. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br>.. Acesso em: 10 maio 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org). Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para o debate. In: _____. **Planejamento sem normas.** 2. ed. São Paulo : Hucitec, 1998. cap. 3, p. 53-60.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.301-306, mar./abr. 2007.

CARRARO, T. E. Humanização: subsídio para a metodologia da assistência de enfermagem. In: WESTPHANLEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2001.

CECÍLIO, C. O. Modelos técnicos-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3. p. 469-478, 1997.

CLASSIFICATION and grading of cronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. **J. Cardiovasc. Surg.**, v. 38, n. 5, p. 437-441, 1997.

CLINICAL Praticice Guidelines. **The managment of patients with venous leg ulcers**. New York: RCN INSTITUTE, 1998.

CORNWALL, J. V.; LEWIS, J. D. Leg ulcers revisited. **Br. J. Surg**, v. 70, n. 681, 1993.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Sci. med**, v. 15, n. 4, p.227-234, 2005.

CRUZ, G. L. F. M.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1 , jan./mar. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 abr. 2008.

CULLUM, N. et al. Compression for venous leg ulcers. **Cochrane Review**, Oxford, 2007.

CUNHA, M. H. F.; MACEDO, C. P.; FIGUEIREDO, A. E. R. **Sistematização da atual tecnologia de curativos para idosos portadores de feridas crônicas**: parceria entre casa transitória/UBS do distrito sanitária norte de Belo Horizonte. UFMG: Belo Horizonte, [2000]. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/anaisdo6encontrodeextensao>>. Acesso em: 16 jul. 2008.

CUNHA, N. A. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Tratamento de Feridas Crônicas**. 2006. 33 f. (Projeto do Curso de Enfermagem) – Fundação de Ensino Superior de Olinda- FUNESO – Olinda-PE, 2006. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf >. 2006. Acesso em: 16 jul. 2008.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: **um guia para enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 2001.

ESPINOSA, R. M. O. et al. Satisfacción de los usuários de 15 hospitales de Hidalgo, México. **Rev Esp. Salude Pública**, v. 78, n. 4, p. 527-537, jul./ago, 2004.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades de saúde do distrito sanitário: Projeto Gerus**. Brasília: MS, 1995. p.177-184.

FERNANDEZ, R.; GRIFFITHS, R. **Water for wound cleansing**. [S.l.]: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008.

FIGUEREIDO, M. Úlcera Venosa. **Medicina On Line: Revista Virtual de Medicina**, v. 1, n. 8, jan.mar 2000. Disponível em:<<http://www.medonline.com.br>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

FRADE, M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora - MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol.**, v. 80, n. 1, p. 41-46, 2005. Disponível em:<www.anaisdedermatologia.org.br>. Acesso: 10 maio 2007.

FRANÇA, L. H. V.; TAVARES, V. Insuficiência Venosa Crônica: uma atualização. **J. Vasc. Br**, v. 2, n. 4, p. 318-28, 2003.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FRANKS, P.; CLANCY, C. M.; NUTTING, P. A. Defining primary care: empirical analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. **Med Care**, v. 35, n. 7, p. 655-668, jul. 1997.

GAMBA, M. A. **Cuidado de Enfermagem: uma prática de saúde coletiva**. Acta Paul. Enf; São Paulo v.11, número especial, p. 64-66, 1998. Disponível em < http://www.unifesp.br/denf/revista_acta. Acesso em 02 de maio de 2005.

GONZÁLEZ, A. R.; JODRA, V. M. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. **Rev Esp. Salude Pública**, v. 74, n. 3, p. 275-286, maio/jun. 2000.

HILL, M. J. **Dermatologic Nursing Essentials**: a core curriculum. New Jersey: Pitman Editor, 1998.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do Tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KREUTZ, I.; MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. Cuidado popular com feridas: representações e práticas na Comunidade de São Gonçalo, Mato Grosso, Brasil. **Ciência y Enfermería**, v. 9, n. 1, p. 39-53, 2003.

LIMA, R. C. M. et al. Efeitos do fortalecimento da panturrilha na hemodinâmica venosa e na qualidade de vida em um portador de insuficiência venosa crônica. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 1, n. 3, p. 218-226, 2002. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984a.

_____. Medicina popular. In: GUIMARÃES, R.(Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984b.

MAFFIOLETTI, V. L. R. et al. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1085-1082, 2006.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares Parte I. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393-410, jul./ago. 2003.

MCGUCKIN, M. et al. **Venous leg ulcers guideline**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1997.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras, das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Portal de Informações. **Saúde em Casa**. Belo Horizonte: SES-MG, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa>. Acesso em: 15 ago. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MION, J. R. D. et al. **Hipertensão arterial: abordagem geral**. [Brasília]: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

NUNES, J. P. **Avaliação da assistência prestada aos portadores de úlcera venosa atendidos no programa saúde da família do município de Natal-RN**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2006.

OLIVEIRA, A. S.; SANTOS, V. L. C. G. Topical iodophor use in chronic wounds: a literature review. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 671-676, jul./ago, 2007.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2008.

_____. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar potência (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 314 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2001.

PIEPER, B.; CALIRI, M. H. L.; CARDOZO, L. J. **Apostila de orientação aos profissionais para doença venosa e úlcera venosa**. 2002. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/projetos>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

SÁ, E. T. **Possibilidades e Limites de Reconstruir a recepção das Unidades Básicas de Saúde- (Re)conhecendo o trabalhador.** 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006.

SALIBA, N. A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 11, n. 21, p. 38-55, 2007.

SANTOS, A. R. **Metodologia Científica a construção do conhecimento.** 5. ed. Rio de Janeiro. 2002.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Supl. 1, p. 100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: MS, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TENÓRIO, E. B.; BRÁZ, M. A intervenção do enfermeiro como diferencial de qualidade no tratamento de feridas. **Rev. Bras. Home Care**, v. 10, n. 2, fev. 2002. Disponível em:<<http://www.pronep.com.br/cjp/feridas.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

YAMADA, B. F. A. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. esp., 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A -ENTREVISTA (USUÁRIO)

Roteiro de entrevista semi-estruturado destinado aos **usuários com úlcera venosa** para realizar o curativo no **domicílio.**

Tempo da ferida?

Dimensão da ferida?

O (a) Sr (a) tem alguma experiência de tratamento? Se sim, qual?

Os tratamentos anteriores foram bons para a sua úlcera? Se sim, o tratamento ajudou em que aspectos?

Decisão sobre a procura do serviço de saúde.

O que levou o (a) Sr (a) a decidir a procurar o serviço?

O (a) Sr (a) procurou outros serviços para tratar a úlcera? Se sim, quais? Por que?

O que levou o (a) Sr (a) a não procurar a unidade de saúde?

Entrada nos serviços de saúde.**Acesso para o atendimento nesta Unidade.**

- ser morador da área de abrangência
- ser morador da área de abrangência e ser cadastrado na Unidade
- precisa de encaminhamento de algum profissional de saúde (especificar se for exigido de profissional (is) específico(s)_____
- pode procurar espontaneamente, mas precisa ser morador da área de abrangência.
- pode procurar espontaneamente, mas precisa ser morador da área de abrangência e ser cadastrado na Unidade.
- Outra formas. Especificar _____.
- Não sabe.

Onde se deu a identificação de necessidade de tratamento da úlcera venosa e por quem?

identificada no domicílio

pelo próprio usuário

por familiares

pelo ACS

pelo Auxiliar de Enfermagem

pela Enfermeira

Pelo médico

Outros. Especificar _____

situação identificada na própria ESF

pelo próprio usuário

por familiar

pelo ACS

pelo Auxiliar de Enfermagem

pela Enfermeira

Pelo médico

Outros. Especificar _____

Como o usuário teve/ tem acesso a esse tipo de tratamento, a unidade de saúde da família.

por procura espontânea

por encaminhamento realizado por:

pelo ACS

pelo Auxiliar de Enfermagem

pela Enfermeira

Pelo médico

Outros. Especificar _____

Não sabe

Situação identificada em outro serviço de saúde.

Especificar o serviço (nome da instituição) _____

Como o usuário teve/ tem acesso a esse tipo de tratamento, nesse outro serviço.

1 por procura espontânea

2 por encaminhamento realizado por quem:

3 Outros. Especificar _____

Não sabe

Recepção

Que tipo de atendimento o (a) Sr (a) foi buscar?

Quem recebeu o (a) Sr (a) na unidade pela primeira vez que compareceu?

Como o (a) Sr (a) conseguiu marcar o primeiro atendimento?

O (a) Sr (a) não conseguiu marcar o primeiro atendimento? Por que?

Serviços ofertados

Que tipo de atendimento é oferecido ao (a) Sr (a) pela unidade de saúde (consulta médica, de enfermagem, curativo, vacina, orientações, verificar pressão e diabetes, dispensação de medicamentos para pressão, diabetes, outros medicamentos e materiais de curativos)?

Que tipo de atendimento em casa é oferecido ao (a) Sr (a) pela unidade de saúde (consulta médica, de enfermagem, curativo, vacina, orientações, verificar pressão e diabetes, dispensação de medicamentos para pressão, diabetes, outros medicamentos e materiais de curativos)?

Quais são os profissionais que fazem atendimento no domicílio para tratar a sua ferida?

Qual o tipo de atendimento o (a) Sr (a) gostaria de ter em casa?

Quando a (o) Sra (o) vai ser atendido na unidade, quanto tempo demora?

Qual é o horário de funcionamento da unidade de saúde?

A unidade de saúde tem algum telefone para marcar consulta ou pedir alguma informação no horário de serviço?

Os medicamentos são dados ao (a) Sr (a) pela unidade, ou tem que comprar?

Referência e Contra-referência

Conduta para encaminhar para Serviços Especializados (realização de exames, encaminhamento para especialista e até mesmo internação)

() precisa de **encaminhamento próprio*** de algum profissional de saúde da Unidade Básica/ESF, podendo ser feito por:

() Enfermeira

() médico

() Outros. Especificar _____

Trata-se de impresso da SMS- URA, especificamente para encaminhamento a serviços especializados – (guia de referência)

() precisa de encaminhamento, **sem ser exigido impresso próprio****, de algum profissional de saúde da Unidade Básica/ESF, podendo ser feito por:

() Enfermeira

() médico

() Outros. Especificar _____

** trata-se de impresso com identificação da SMS- URA (receituário).

() Outra formas. Especificar _____ -

() Encaminha verbalmente

() Não sabe.

Quais são as facilidades e dificuldades que o (a) Sr (a) encontra quando precisa ser encaminhado para outros serviços?

Resolutividade

O (a) Sr (a) acha que os serviços tem resolvido seus problemas?

Tratamento da ferida

Em que o (a) Sr (a) se baseia para realizar o curativo?

O (a) Sr (a) recebe alguma orientação sobre como fazer o curativo? Se sim, de quem?

Quais são as orientações que o (a) Sr (a) recebe para fazer o curativo?

Como é o atendimento na sua casa? Por quem ele é realizado?

Quais são as vantagens de se realizar o curativo em casa?

Quais são as desvantagens de se realizar o curativo em casa?

Quais são os materiais que são utilizados para a realização do curativo?

Como o (a) Sr (a) limpa a ferida?

Tempo que leva para limpar a ferida?

Tratamento da úlcera venosa.

- Gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Compressa

Atadura de crepe

Meia elástica

Cobertura (pomada, óleo e outro) Especifique. _____

Aquisição dos Materiais

Como o (a) Sr (a) adquire esses materiais?

Compra com verba própria.

Compra com ajuda de alguém.

Compra com a ajuda de alguma instituição.

Fornecimento pela unidade.

Amostra grátis

Outras formas. Especifique. _____

Percepção e Sentimentos sobre a úlcera venosa.

Como o (a) Sr (a) se sente com esta úlcera?

O (a) Sr (a) acha que a ferida dificulta a sua vida? Se, sim o quê?

O (a) Sr (a) acha que a úlcera (ferida) está melhorando?

APÊNDICE B - ENTREVISTA (CUIDADORES)

Roteiro de entrevista semi-estruturado destinado aos **cuidadores.**

Identificação do cuidador

Formal Informal, Se informal marcar alternativa abaixo:

Parentesco:

Esposo Esposa Filho Filha Neto Neta

Irmão Irmã

Vizinho Amigo Outra pessoa. Especifique.

O cuidador é remunerado?

Sim. Não.

Qual é a profissão da pessoa que realiza o curativo?

Há quanto tempo realiza o curativo?

Tem experiência em fazer o curativo?

Quais são os recursos que a Unidade disponibiliza para o cuidado a ser realizado ao usuário com úlcera venosa?

O (a) Sr (a) recebe alguma orientação sobre como cuidar da pessoa com úlcera venosa, se sim de quem?

Quais são as orientações que o (a) Sr (a) recebe para cuidar das feridas?

Percepção e sentimentos do cuidador sobre o usuário com úlcera venosa

Como você percebe que as úlceras venosas acometem o indivíduo? (Foco: Alterações que estes indivíduos sofrem, problemas psicossociais, fisiopatologia, necessidades de saúde, causas da úlcera, resultado de ter a primeira ferida).

Como você percebe, avalia e sente as pessoas com úlcera venosa lidam com o seu problema no dia a dia?

Como você tem trabalhado com o usuário com úlcera venosa? (Foco: ferida, integralidade)

Como você se sente ao ter que prestar cuidados aos usuários com úlcera venosa.

Se sente:

Seguro (a)

Preocupada (o)

Proporciona ou não satisfação

Algum sentimento desagradável:

rejeição() ascos() repugnância() se fosse possível deixaria para outro profissional/pessoa atender?

Quanto às dificuldades o (a) Sr (a) destacaria alguma para proceder a atenção a esses usuários? Por favor, comente sobre eles.

Você destacaria algum aspecto que considera facilitador para prestar atendimento a esses usuários? Por favor, comente sobre eles.

O (a) Sr (a) acha que a ferida está melhorando?

Percepção do cuidador sobre o acesso do usuário aos serviços de saúde

O (a) Sr (a) saberia me dizer se a pessoa com úlcera venosa que você cuida recebeu algum atendimento na unidade de saúde ou em algum outro lugar? Comente.

O (a) Sr (a) saberia me dizer quem descobriu a ferida da pessoa que você cuida? Comente.

Quando a pessoa com ferida que você cuida necessita de encaminhamento (realização de exames, encaminhamento para especialista e até mesmo internação), como a unidade de saúde, faz?

Quais as facilidades e dificuldades que o (a) Sr (a) encontra quando a pessoa com a ferida é encaminhada para outros serviços?

Que tipo de atendimento a unidade de saúde faz? (consulta médica, de enfermagem, curativo, vacina, orientações, verificar pressão e diabetes, dispensação de medicamentos para pressão, diabetes, outros medicamentos e materiais de curativos)

A unidade faz algum atendimento em casa (consulta médica, de enfermagem, curativo, vacina, orientações, verificar pressão e diabetes, dispensação de medicamentos para pressão, diabetes, outros medicamentos e materiais de curativos)?

A unidade de saúde atende a tudo a que a pessoa com a ferida necessita? Se sim, comente.

Técnica para limpeza da úlcera.

No que se refere a limpeza da ferida da úlcera, quais os materiais que são utilizados?

Tempo que leva para limpar a ferida?

Como o (a) Sr (a) limpa a ferida?

Tratamento da úlcera venosa.

Gaze

Luva de procedimento

Luva estéril

Compressa

Atadura de crepe

Meia elástica

Cobertura (pomada, óleo e outro) Especifique. _____

APÊNDICE C - OBSERVAÇÃO (USUÁRIO)

Roteiro de observação para o **usuário no domicílio**.

Data da observação:

Horário: início _____ término _____

Micro Área de atendimento: _____

USUÁRIO

Realização do curativo pelo próprio usuário.

Aspectos Gerais:

Barreiras físicas:

Disposição de móveis e equipamentos:

Limpeza:

Iluminação:

Privacidade:

Dimensão:

Acomodação:

- Cadeira
- Cama
- Outras acomodações: especifica _____

Local de realização do curativo:

Sala Quarto Cozinha Varanda

Outro. Especifique _____.

Móveis e utensílios utilizados para a realização do curativo:

Cadeira Banco Balde Bacia

() Outros. Especifique. _____

No que se refere a limpeza da ferida , quais os materiais que são utilizados

Tempo que leva para limpar a ferida?

Como ele limpa a ferida?

Tratamento da úlcera venosa.

- () Gaze
- () Luva de procedimento
- () Luva estéril
- () Compressa
- () Atadura de crepe
- () Meia elástica
- () Cobertura (pomada, óleo e outro) Especifique. _____

APÊNDICE D - OBSERVAÇÃO (CUIDADOR)

Roteiro de observação para o **cuidador no domicílio.**

Data da observação:

Horário: início _____ término _____

Micro Área de atendimento: _____

Comunicação do Cuidador

Verbal: Clareza

Coerência

Coordenação de idéias

Tonalidade de voz

Conteúdo

Não-Verbal: Expressão facial

Olhar para o usuário

Ouvir o usuário

Expressão Corporal: Movimentos suaves e coordenados

Movimentos abruptos e bruscos

Displicência

Irritação

Atenção

Aspectos Gerais:

Barreiras físicas:

Disposição de móveis e equipamentos:

Limpeza:

Iluminação:

Privacidade:

Dimensão:

Acomodação:

- Cadeira
- Cama

Local de realização do curativo:

Sala Quarto Cozinha Varanda

Outro _____.

Móveis e utensílios utilizados para a realização do curativo:

Cadeira Banco Balde Bacia Outros. Exemplifique.

Técnica de limpeza da ferida

No que se refere limpeza da ferida, quais os materiais que são utilizados:

Tempo que leva para limpar a ferida?

Como ele limpa a ferida?

Tratamento da úlcera

- Gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Compressa
- Atadura de crepe
- Meia elástica
- Cobertura (pomada, óleo e outro) Cite qual. _____

APÊNDICE E – TERMO ENTREVISTA- USUÁRIOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS
COM ÚLCERAS VENOSAS**

Prezado (a) Sr (a) _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome “A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários, cadastrados nas equipes de saúde da família e seus respectivos cuidadores” e a mesma tem como objetivo saber como as pessoas que tem úlcera venosa (um tipo de ferida na perna) podem procurar o serviço, como elas são encaminhadas para serviços especializados, se for necessário, e o tratamento que elas recebem, nos serviços de saúde e nas casas, em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG.

Para isso estaremos realizando uma entrevista com um questionário e também será utilizado um gravador e uma fita cassete para as pessoas com úlcera venosa, em suas casas, com perguntas: - como vocês se sentem com esta ferida - quem realiza o curativo - quem atende e como é o atendimento em casa – quando precisa ser encaminhado como é feito, como é realizado o curativo, ou seja como o (a) Sr (a) faz o curativo - recebe alguma orientação - de quem recebe a orientação - as vantagens e desvantagens de se realizar o curativo em casa – quais os materiais são utilizados – como consegue os materiais, como é o tratamento e acompanhamento das pessoas com úlceras, precisam ou não ser encaminhados. Esta pesquisa vai colaborar na identificação da forma como se realiza os cuidados com a ferida , como acontece o atendimento e seguimento das pessoas com úlcera venosa nos serviços de saúde e ainda conhecer as diversas maneiras de se cuidar das feridas e descobrir os recursos utilizados para contribuir na melhoria dos

cuidados a esses usuários, caso seja detectado alguma dificuldade e ou não seja adequada a realização do curativo. Caso não se encontre dificuldades e ou inadequações pretendemos ajudar reforçando o que já é feito sobre os cuidados com as feridas em relação ao tratamento e acompanhamento destas pessoas com úlcera venosa.

A entrevista será realizada pela pesquisadora, será organizada durante após uma visita para conhecer o usuário com o agente comunitário de saúde, com uma data marcada pelo usuário. Depois vai ser marcada a outra visita conforme a disponibilidade do usuário para que ocorra a entrevista, a partir de um roteiro que apresenta questões sobre os cuidados com as feridas dos usuários com úlcera venosa e também sobre como é que deve ser feito o atendimento, acompanhamento destas pessoas nos serviços de saúde. A entrevista será gravada com um gravador e fita cassete e depois transcrita.

Gostaríamos de contar com a sua participação respondendo às perguntas feitas em um questionário. As informações e as respostas que forem dadas por você não causarão nenhum dano, risco à sua pessoa e serão tratadas em sigilo no conjunto dos demais respondentes. Destacamos que a sua participação não lhe trará nenhuma despesa financeira. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (34) 3336-8133 e chamar por Fernanda Bonato Zuffi ou (16) 3602-3403 e chamar por Maria José B. Pereira Também poderá se comunicar no endereço Praça Manoel Terra, nº 50 – Centro – Uberaba – e procurar pela Professora Fernanda Bonato Zuffi, do Centro de

Graduação de Enfermagem. Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação. Atenciosamente.

Fernanda Bonato Zuffi

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Prof^a Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Eu, _____

(especificar o tipo de participante: usuário(a))

Aceito participar da pesquisa e estou ciente de que o questionário será tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Uberaba, _____ de _____ de 2008.

Assinatura _____

APÊNDICE F – TERMO ENTREVISTA - CUIDADORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CUIDADORES**Prezado (a) Sr (a)** _____**Endereço:** _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome “A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários, cadastrados nas equipes de saúde da família e seus respectivos cuidadores” e a mesma tem como objetivo saber como as pessoas que tem úlcera venosa (um tipo de ferida na perna), recebem o tratamento em suas casas, em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG.

Para isso estaremos realizando uma entrevista com um questionário e um gravador com fita cassete para os cuidadores de pessoas com úlcera venosa em casa com perguntas: - quem é o cuidador - como se sentem ao realizar o curativo na ferida – recebem algum dinheiro para cuidar desta ferida – qual é a profissão deste cuidador – há quanto tempo realiza este curativo – tem experiência em fazer o curativo – a unidade de saúde dá algum material para que se possa fazer o curativo – se o cuidador acha que a pessoa com ferida sofre – o cuidador sabe dizer como o usuário com ferida enfrenta o seu dia a dia – como ele tem trabalhado com a pessoa que tem ferida - o que o cuidador considera difícil e fácil quando cuida do usuário com úlcera venosa – quais os materiais que são utilizados - como ele faz o curativo- como é o atendimento e acompanhamento desta pessoa com a ferida. Esta pesquisa vai colaborar na identificação da forma como se realiza o curativo na

ferida, como acontece o atendimento e seguimento das pessoas com úlcera venosa nos serviços de saúde e ainda conhecer as diversas maneiras de se cuidar das feridas e descobrir os recursos utilizados para contribuir na melhoria dos cuidados a esses usuários, caso seja detectado alguma dificuldade e ou não seja adequada a realização do curativo. Caso não se encontre dificuldades e ou inadequações pretendemos ajudar reforçando o que já é feito sobre os cuidados com as feridas em relação ao tratamento e acompanhamento destas pessoas com úlcera venosa.

A entrevista será realizada pela pesquisadora, será organizada durante após uma visita para conhecer o cuidador, com uma data marcada por ele e a pessoa com a ferida. Na próxima visita ocorrerá a entrevista com um roteiro que apresenta questões sobre os cuidados com as feridas também sobre como é e deve ser feito o atendimento, nos serviços de saúde. A entrevista será gravada com um gravador e fita cassete e depois transcrita.

Gostaríamos de contar com a sua participação respondendo às perguntas formuladas em um questionário. As informações e as respostas que forem dadas por você não causarão nenhum dano, risco à sua pessoa e serão tratadas em sigilo no conjunto dos demais respondentes. Destacamos que a sua participação não lhe trará nenhuma despesa financeira. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (34) 3336-8133 e chamar por Fernanda Bonato Zuffi ou (16) 3602-3403 e chamar por Maria José B. Pereira Também poderá se comunicar no endereço Praça Manoel Terra, nº 50 – Centro – Uberaba – e procurar pela Professora Fernanda Bonato Zuffi, do Centro de

Graduação de Enfermagem. Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação. Atenciosamente.

Fernanda Bonato Zuffi

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Prof^a Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Eu, _____

(especificar o tipo de participante: cuidador)

Aceito participar da pesquisa e estou ciente de que o questionário será tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Uberaba, _____ de _____ de 2008.

Assinatura _____

APÊNDICE G – OBSERVAÇÃO - USUÁRIO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - OBSERVAÇÃO
SISTEMÁTICA USUÁRIO COM ÚLCERA VENOSA****Prezado (a) Sr (a)** _____**Endereço:** _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome “A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários, cadastrados nas equipes de saúde da família e de seus respectivos cuidadores” e a mesma tem como objetivo saber como as pessoas que tem úlcera venosa (um tipo de ferida na perna) podem procurar o serviço, como elas são encaminhadas para serviços especializados, se for necessário, e o tratamento que elas recebem, tanto nos serviços de saúde, em específico em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba e também em suas casas.

Para isso estaremos observando como as pessoas com úlcera venosa, cuidam de suas feridas em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba, ou seja, como realizam o curativo no local da ferida, – se seguem alguma prescrição médica ou não - tipo de material que utilizam - o local onde fazem o curativo – se usam luvas ou não – Onde jogam fora material retirado e que foi utilizado para realizar o curativo – local que o material é guardado – há algum material que é usado de novo - identificar qual é o material e quais os cuidados para utilizar de novo – se há presença de animais de estimação na casa e em que lugar eles ficam.

Esta pesquisa vai colaborar na identificação da forma como se realiza o curativo na ferida e assim conhecer as diversas maneiras de se cuidar e ainda descobrir os recursos utilizados para contribuir para os melhores cuidados a essas pessoas, caso seja detectado alguma dificuldade e ou não seja adequada a realização do curativo. Caso não se encontre dificuldades e ou inadequações pretendemos ajudar reforçando o que já é feito sobre os cuidados com as feridas.

Para que ocorra a observação pela pesquisadora será solicitado que se possa realizar esta observação com uma data marcada pela pessoa que tem a ferida, após a sua autorização será pedido que ela faça o curativo, organizada durante a visita domiciliar, após a primeira visita para conhecer usuário com ferida. A observação ocorrerá na segunda visita com roteiro que apresenta questões sobre os cuidados com as feridas dos usuários com úlcera venosa. Os registros de cada observação serão realizados logo após e não durante a visita.

Gostaríamos de contar com a sua autorização para que possamos realizar a observação em uma das vezes que estiver realizando o curativo, na ferida. Os aspectos observados não causarão nenhum dano, risco à sua pessoa e serão tratadas em sigilo. Destacamos que a sua participação não lhe trará nenhuma despesa financeira. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (34) 3336-8133 e chamar por Fernanda Bonato Zuffi ou (16) 3602-3403 e chamar por Maria José B. Pereira Também poderá se comunicar no endereço Praça Manoel Terra, nº 50 – Centro – Uberaba – e procurar pela Professora Fernanda Bonato Zuffi, do Centro de Graduação de Enfermagem.

Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação. Atenciosamente.

Fernanda Bonato Zuffi

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Profª Drª. Maria José Bistafa Pereira

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Eu, _____

(especificar o tipo de participante: usuário(a)).

Aceito participar da pesquisa e estou ciente de os aspectos observados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento. Atenciosamente.

Uberaba, _____ de _____ de 2008.

Assinatura _____

APÊNDICE H – OBSERVAÇÃO - CUIDADOR

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - OBSERVAÇÃO
SISTEMÁTICA CUIDADOR****Prezado (a) Sr (a)** _____**Endereço:** _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o nome “A atenção dispensada aos usuários com úlcera venosa: percepção dos usuários cadastrados nas equipes de saúde da família e seus respectivos cuidadores” e a mesma tem como objetivo saber como as pessoas que tem úlcera venosa (um tipo de ferida na perna) podem procurar o serviço, como elas são encaminhadas para serviços especializados, se for necessário, e o tratamento que elas recebem, tanto nos serviços de saúde, em específico em três equipes de saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba e também em suas casas.

Para isso estaremos observando como as pessoas que cuidam (cuidadores) das pessoas com úlcera venosa, em três equipes da saúde da família do Distrito Sanitário I de Uberaba, ou seja, como realizam o curativo no local da ferida – se seguem alguma prescrição médica ou não - tipo de material que utilizam - o local onde fazem – se usam luvas ou não – Onde jogam fora material retirado e que foi utilizado para realizar o curativo – local que o material é guardado – há algum material que é usado de novo - identificar qual é o material e quais os cuidados para que possa ser utilizado de novo – se tem algum animal de estimação em casa e em que lugar eles ficam.

Esta pesquisa vai colaborar na identificação da forma como se realiza os cuidados com a pessoa com a ferida e assim conhecer as diversas maneiras de se cuidar das feridas e descobrir os recursos utilizados para contribuir na melhoria dos cuidados a esses usuários, caso seja detectado alguma dificuldade e ou não seja adequada a realização do curativo. Caso não se encontre dificuldades e ou inadequações pretendemos ajudar reforçando o que já é feito sobre os cuidados com as feridas.

Para que ocorra a observação pela pesquisadora será solicitado que se possa realizar esta observação com uma data marcada pelo cuidador que faz o curativo da pessoa com ferida e o usuário com a úlcera, após a sua autorização será pedido ao cuidador que faça o curativo, organizada durante a visita domiciliar, após a primeira visita para conhecer o cuidador. A observação ocorrerá na próxima visita a partir de um roteiro que apresenta questões referentes aos cuidados com as feridas dos usuários com úlcera venosa, para que eu possa fazer a observação. Os registros de cada observação serão realizados logo após e não durante a visita.

Gostaríamos de contar com a sua autorização para que possamos realizar a observação em uma das vezes que estiver realizando o curativo, na ferida de quem você cuida. Os aspectos observados não causarão nenhum dano, risco à sua pessoa e serão tratadas em sigilo. Destacamos que a sua participação não lhe trará nenhuma despesa financeira. Também informamos que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato através do telefone (34) 3336-8133 e chamar por Fernanda Bonato Zuffi ou (16) 3602-3403 e chamar por Maria José B. Pereira Também poderá se comunicar no endereço Praça Manoel Terra, nº 50 – Centro –

Uberaba – e procurar pela Professora Fernanda Bonato Zuffi, do Centro de Graduação de Enfermagem. Agradecemos a sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação. Atenciosamente.

Fernanda Bonato Zuffi

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Prof^a Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

Pesquisadora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
EERP-USP

Eu, _____

(especificar o tipo de participante:cuidador(a)).

Aceito participar da pesquisa e estou ciente de os aspectos observados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento. Atenciosamente.

Uberaba, _____ de _____ de 2008.

Assinatura_____

ANEXOS

ANEXO A – CARTA COMITÊ DE ÉTICA



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-002 - São Paulo - Brasil
 FAX: (55) - 16 - 3631-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-5382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 214/2008

Ribeirão Preto, 08 de setembro de 2008

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de setembro de 2008.

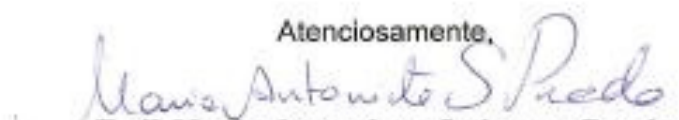
Protocolo: nº 0877/2008

Projeto: A ATENÇÃO DISPENSADA AOS USUÁRIOS COM ÚLCERA VENOSA: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E CUIDADORES CADASTRADOS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS RESPECTIVOS CUIDADORES.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
 Fernanda Bonato Zuffi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
 Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP