

FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (STRICTU SENSU)  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Grazielle Stambassi**

**PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM  
FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Juiz de Fora  
2015

Grazielle Stambassi

**PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM  
FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora , como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: “Cuidado em Saúde e Enfermagem”

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra Sonia Maria Dias

Juiz de Fora

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Stambassi, Grazielle .

PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Grazielle Stambassi. -- 2015.

133 p. : il.

Orientadora: Sonia Maria Dias

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Cicatrização de feridas. 3. Assistência Integral a Saúde. I. Dias, Sonia Maria , orient. II. Título.

Grazielle Stambassi

**PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM  
FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Sônia Maria Dias - orientadora  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza – 1<sup>a</sup> examinadora  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Geovana Brandão Santana Almeida – 2<sup>a</sup> examinadora  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Eline Lima Borges – 1<sup>a</sup> suplente  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais

---

Prof.<sup>a</sup> Dra Heloisa Campos Paschoalin – 2<sup>a</sup> suplente  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico à minha querida e amada filha Larissa, por seu carinho e suas declarações diárias, que me fortaleceram na caminhada e na superação dos obstáculos. E à qual prometo ensinar que como Cristo, às vezes abdicamos de momentos com a nossa família pelas causas de seu povo. Tentarei incentivá-la na crença de que fazer Mestrado é bom, que crescer no conhecimento é bom, e que ajudar a humanidade é maravilhoso.*

*Também dedico aos meus pais, Adilson e Ziléia, que compartilharam toda alegria e toda dor, e tornou esse caminho possível, cuidando da Larissa e assim cuidando de mim.*

*Ao Geter, presente nos últimos momentos dessa caminhada, pela compreensão da minha dedicação mútua aos estudos em um momento tão importante de nossas vidas.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus por me abençoar com a vaga no mestrado e as graças alcançadas em cada etapa vencida e por ter me guardado e à minha família com saúde, em meio a tantas dificuldades. Agradeço Senhor por ter me feito companhia em vários momentos de solidão e angústia e sono nas madrugadas e em cada amanhecer me fortaleceu e renovou para novas lutas. Obrigada por não ter me deixado desistir, e por ter colocado pessoas no meu caminho, importantes para cada renovação e crescimento necessários.*

*Aos meus queridos pais, Adilson e Ziléia, pelo alicerce e herança em vida do acesso à educação e incondicionalmente por se doarem ao cuidado com Larissa junto a mim, principalmente nestes dois anos do Mestrado. Minha eterna gratidão.*

*À minha querida filha Larissa, amor inigualável, que me incentiva a cada amanhecer com seu sorriso sincero e abraço acolhedor. À quem irei transferir a herança do estudo com a benção de Deus.*

*Ao meu esposo, Geter, pela participação nesta etapa final, ajudando no que foi possível na sua rotina de trabalho extenuante, e compreendendo a minha dedicação mútua em um período tão especial de nossas vidas.*

*Ao meu irmão Fábio, por ser um grande incentivador e que sabe o valor do estudo como herança do qual eu falo.*

*Aos amigos e familiares, lamento as inúmeras recusas de participar das reuniões, a minha ausência pelas horas de estudo, cansaço e desânimo.*

*À tia Aparecida pela oração de Nossa Senhora que me ofertou para me acompanhar nessa caminhada.*

*Aos professores das disciplinas cursadas no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFJF, por partilhar o conhecimento, tão essencial à minha transformação.*

*Aos professores da disciplina de Gerência do Cuidado, que cursei na Escola de Enfermagem da UFMG como disciplina isolada antes da minha inserção no programa de Juiz de Fora, que foi essencial na minha busca em estudar o cuidado de enfermagem.*

*Às professoras Dra Rosane Mara e Dra Josete Luzia Leite, que ministraram brilhantemente a disciplina de Teoria Fundamentada nos Dados que cursei na Escola de Enfermagem Anna Nery. Embora não tenha sido possível o uso por ocasião do mestrado, esse conhecimento buscado não será perdido.*

*À professora Dra Cristina Arreguy- Sena, pelo apoio na defesa do projeto, pela disponibilidade incrível no partilhar conhecimento, e pelo estímulo constante da produção científica na enfermagem e com competência.*

*À professora Dra Edna Barbosa de Castro, pelos conhecimentos compartilhados e fundamentais na educação em enfermagem, pela compreensão das minhas dificuldades e a prontidão para ajuda, com sua serenidade, sempre me perguntando se estava tudo bem. Não sabe o quanto me senti acolhida.*

*À professora Dra Geovana Brandão Santana Almeida, à quem tenho muita admiração e que embora não tenha ministrado disciplina no mestrado, foi participativa nos momentos de construção na defesa do projeto e me trouxe contribuição. Seu carisma também foi essencial a mim nessa caminhada.*

*À professora Dra Heloisa Paschoalin, à quem também admiro muito, agradeço o acolhimento do meu choro no Hospital Universitário, momento de extrema exaustão que vivi. Agradeço também às contribuições muito proveitosas na banca de qualificação e que me trouxeram crescimento.*

*À professora Dra Beatriz Francisco Farah, agradeço o contato único e tão produtivo como foi o da banca de qualificação. Obrigada por ter se debruçado sobre a minha pesquisa e ter trazido contribuições marcantes na mesma. Fiquei enriquecida com os autores aos quais me apresentou e com as pontuações, enfim senti-me imensamente orientada.*

*À professora Dra Norma Valéria Dantas, por quem tenho imensa admiração pela competência e motivação na educação em enfermagem, no estímulo à produção científica, principalmente na área da Estomaterapia, na qual tive a oportunidade de conhecê-la através do curso sob sua coordenação. Muito obrigada pelas grandiosas contribuições na qualificação, que me trouxeram conhecimento científico e qualidade em pesquisa.*

*À professora Dra Eline Lima Borges da UFMG, por quem tenho admiração pelos conhecimentos produzidos para a enfermagem, que prontamente se dispôs a contribuir com a participação na defesa final.*

*A professora e orientadora Dra Sônia Maria Dias, agradeço as vivências do caminho que não foi fácil, mas foi de aprendizado para mim. Os processos de construir e reconstruir foram persistentes e exaustivos, mas permitiu-me buscar o conhecimento e possibilitou-me reflexões sobre o processo de ensino- aprendizagem no Programa Stricto Sensu. Obrigada pela oportunidade.*

*Aos enfermeiros participantes deste estudo, pela disponibilidade e contribuição valiosa. Com os quais compartilho o sentimento de frustração por deparar com a realidade de trabalho que vivenciam no cuidar de pessoas com feridas crônicas no município da Zona da Mata Mineira.*

*À querida secretária do Programa de pós-graduação Elisângela Almeida, acolhedora, compartilhando comigo todos os obstáculos, com prontidão e contribuições nas resoluções necessárias e nas conquistas, com carinho e incentivo. Muito obrigada, eu diria que você está no lugar certo com as pessoas certas.*

*A coordenadora Dra Anna Maria de Oliveira Salimena, enfermeira, educadora, acolhedora, que tem a minha admiração, agradeço pelos inúmeros momentos em que precisei de acolhimento e encontrei compreensão e orientação. Ora firme não me deixando desistir, ora partilhando lágrimas comigo. Um ser humano incrível e uma legítima educadora do cuidado, muito obrigada!*

***Enfim, compreendi que o caminho não é só do mestrando...***



*“O progresso começa com a convicção de que o que é necessário, é possível”*

*Norman Cousins*

## RESUMO

O objeto de investigação deste estudo foi a percepção do enfermeiro sobre o cuidado a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde. Objetivou-se descrever a percepção do enfermeiro sobre o cuidado a pessoas com feridas crônicas, discutir os fatores intervenientes no processo de trabalho em enfermagem que interferem no cuidado a pessoas com feridas crônicas e analisar a configuração do cuidado prestado pelos enfermeiros a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde do município da Zona da Mata Mineira. Adotou-se como caminho metodológico a pesquisa qualitativa descritiva. O cenário do estudo foram seis unidades de Atenção Primária à Saúde de um município da Zona da Mata Mineira, nas quais foram selecionados 11 enfermeiros para uma entrevista semi-estruturada. Utilizou-se a análise de conteúdo de Laurence Bardin, e para a primeira etapa de pré-análise utilizou-se o software Atlas Ti 6.2, que possibilitou a organização dos dados e a codificação. Para a formação das categorias, à luz do objetivo deste estudo e da interpretação analítica de Bardin, tomou-se como referência, a abordagem de Sanna (2007) sobre o Processo de Trabalho em Enfermagem. A primeira categoria abordou sobre o cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do assistir, e teve quatro subcategorias abordando os seis componentes: o agente e o objeto, os instrumentos, a finalidade, o método e o produto. Nesta, as falas dos enfermeiros participantes apontaram que os componentes do processo de trabalho em enfermagem “Assistir” estão inexistentes ou inviabilizados de promover a produção do cuidado integral esperado. Evidenciou-se que a condição de trabalho e de assistência aos usuários limitada, está desencadeando no profissional e no paciente, sentimentos com potencial para desencadear agravos emocionais, pois há soluções para as demandas, embora elas estejam inatingíveis. Na segunda categoria abordou-se o cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do “Participar Politicamente”, na qual, as falas demonstraram apelo pelas condições de trabalho dos profissionais e do tratamento precário ao usuário. Mas ainda é incipiente o desenvolvimento político do enfermeiro, em que um número reduzido demonstrou intervir com domínio no cuidado político. Conclui-se que a assistência a feridas crônicas, na APS do município de estudo, encontrava-se precária e fragilizada, destituída de recursos estruturais e com características de desassistência à necessidade do usuário, diante da complexidade que é o tratamento de feridas crônicas. Dessa forma, os usuários com feridas crônicas se deparam com uma rede de serviços, no município, fragmentada e o tratamento se faz descontínuo e não integral. Os enfermeiros precisam valorizar-se e capacitar-se para o exercício da dimensão política, procurando ser proativos na defesa do cuidado adequado e qualificado ao cliente e na defesa de melhores condições de trabalho para a produção do cuidado integral.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Cicatrização de feridas. Assistência Integral a Saúde.

## **ABSTRACT**

The research object of this study was the perception of nurses about the care of people with chronic wounds in Primary Health Care. The objective was to describe the perception of nurses about the care of people with chronic wounds, discuss the factors involved in the work process nursing that affect the care of people with chronic wounds and analyze the configuration of care provided by nurses for people with chronic wounds in Primary Health Care in the city of Zona da Mata Mineira. We used to Laurence Bardin content analysis, and for the first stage of pre-analysis used the Atlas Ti 6.2 software, which enabled the organization of data and coding. For the formation of the categories in the light of the objective of this study and analytical interpretation of Bardin, was taken as a reference to Sanna approach (2007) on the Work Process in Nursing. The first category addressed on nursing care for people with chronic wounds in the context of the watch, and had four subcategories addressing the six components: the agent and the object, the instruments, the purpose, method and product. This, by the participants nurses showed that the components of the work process in nursing "Watch" are nonexistent or unfeasible to promote the production of the expected full care. Showed that the working condition and limited assistance to users, is unleashing the professional and the patient, feelings with the potential to trigger emotional injuries as there are solutions to the demands, even though they are unattainable. In the second category addressed to nursing care for people with chronic wounds in the context of "Politically participate" in which the discourses appeal demonstrated by the working conditions of workers and the poor treatment to the user. But is still incipient political development of the nurse, where a limited number shown intervene in the political domain carefully. We conclude that the care of chronic wounds, the APS study municipality, stood precarious and fragile, devoid of structural resources and lack of assistance features to the user's need, given the complexity that is the treatment of chronic wounds. Thus, users with chronic wounds are faced with a network of services in the city, fragmented and treatment becomes discontinuous and not integral. Nurses need to value themselves and empower themselves to pursue the political dimension, trying to be proactive in defending the proper care and qualified customer and defending better working conditions for the production of integral care.

Keywords: Nursing care. Wound healing. Integral Assistance to Health.

## LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Processos de Trabalho em Enfermagem de Sanna (2007)	27
Quadro 2	Cinco Estágios do Ciclo Político	32
Quadro 3	Funções da Atenção Básica para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde	35
Quadro 4	Procedimento Operacional Padrão de Limpeza de Lesões da Rede FHEMIG	47
Quadro 5	Produtos Padronizados para tratamento de Lesões na Rede FHEMIG	50
Quadro 6	Caracterização dos Enfermeiros entrevistados das UAPS do Município da Zona da Mata Mineira	60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
NaCl	Cloreto de Sódio
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
WCET	World Council of Enterostomal Therapists
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
UVC	Úlcera Venosa Crônica

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b>	14
<b>2 INTRODUÇÃO</b>	16
<b>3 OBJETIVO</b>	21
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	22
4.1 A Atenção Primária de Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem	22
4.1.1 Contexto Histórico das UAPS e a Enfermagem	22
4.1.2 O Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem	24
4.1.3 O cuidado de Enfermagem: instrumentos e métodos	28
4.2 Políticas Públicas no Contexto da APS e do cuidado com feridas	31
4.3 O cuidado Integral com Feridas Crônicas	39
4.3.1 Feridas Crônicas	39
4.3.2 Algumas considerações sobre a integralidade no cuidado a pessoas com feridas crônicas na APS	39
4.3.3 Diretrizes e Protocolos	44
<b>5 METODOLOGIA</b>	54
5.1 Delineamento da Pesquisa	54
5.2 Cenário	54
5.3 Participantes	55
5.4 Procedimentos de coleta de dados	56
5.5 Tratamento dos dados	56
5.6 Procedimentos Éticos	58
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	59
6.1 Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa	59
6.2 Categorias elencadas	63
6.2.1 O cuidado de Enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Assistir	63
6.2.1.1 Subcategoria 1 - O objeto e o agente do processo de trabalho em enfermagem: o cuidar da pessoa com ferida crônica	64

6.2.1.2	Subcategoria 2- Instrumentos do processo de trabalho em enfermagem: o cuidar da pessoa com ferida crônica	71
6.2.1.3	Subcategoria 3 - Finalidades e Métodos no processo de trabalho em enfermagem: o cuidar da pessoa com ferida crônica	92
6.2.1.4	Subcategoria 4 – Produto do processo de trabalho em enfermagem: o cuidar da pessoa com ferida crônica	100
6.2.2	Categoria 2 - O cuidado de Enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Participar Politicamente	104
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>121</b>
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
	APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados	124
	APÊNDICE C: Considerações teóricas da pesquisadora para a configuração de uma linha de cuidado integral à pessoa com ferida crônica	125
	<b>ANEXOS</b>	<b>131</b>
	ANEXO A: Parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	132

## 1 APRESENTAÇÃO

O meu interesse em aprofundar o conhecimento sobre o cuidado a pessoas com feridas germinou durante a graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, quando participei de um projeto ambulatorial de lesões de pele no Hospital Universitário. Neste serviço, o cuidado era multidisciplinar, resolutivo e já incorporava tecnologias novas e avançadas em comparação ao tradicional e limitado cuidado com feridas que eu conhecia naquela ocasião. Minhas inquietudes se despertaram então para a questão da ampliação da acessibilidade e resolubilidade do cuidado com feridas nos demais serviços de assistência, de forma a alcançar um maior número de usuários.

Graduada, iniciei minha vida profissional atuando na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por um ano em cidades pequenas e por sete anos em uma capital, obtendo experiências na dimensão prática do cuidado com feridas e desvelar grandes dificuldades e desafios inerentes. A maioria da população adscrita em minha equipe era idosa, e junto à equipe atuei em vários casos de clientes com feridas, muitos, inclusive, domiciliares. Ao mesmo tempo em que trabalhava na ESF, concluí uma especialização em Saúde da Família, que ampliou o meu olhar sobre a assistência primária de saúde (APS) e as possibilidades de melhoria no processo de trabalho. Neste momento, duas foram as minhas principais necessidades de busca de conhecimento: aprofundar o cuidado com feridas e o cuidado com a equipe de enfermagem; esta, em minha percepção, se desgastava bastante com a rotina de trabalho na ESF.

Atualmente, exerço a Enfermagem em uma Comissão de Protocolos Clínicos em uma instituição hospitalar pública, na qual realizo ações de implantação, implementação e monitoramento de protocolo clínico dentre outras áreas o de feridas, utilizando da gestão de indicadores para a prática assistencial segura, de qualidade e baseada em evidência científica. Além do mais, realizo ações educativas, como treinamentos e cursos para multiplicação de recursos humanos na aplicação dos protocolos assistenciais e divulgação de resultados nos setores assistenciais.

Recentemente concluí uma especialização em Enfermagem em Estomaterapia na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que me habilitou para o cuidado especializado com feridas, estomias e



incontinências. A especialidade me instigou, diante de um novo olhar adquirido, a iniciar um caminho de produção de conhecimento especializado para a Enfermagem por meio da prática da pesquisa, sendo mola propulsora para eu firmar a primeira intenção de realizar no Curso de Mestrado do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UFJF um estudo na área de feridas.

Durante o assistir e administrar a assistência a pessoas com feridas no contexto hospitalar, despertou-me uma inquietação acerca da assistência em feridas em um município da Zona da Mata Mineira, caracterizada pelos egressos hospitalares de pessoa com ferida, apresentando retrocesso na cicatrização, dentre outras complicações. Havia a percepção de uma descontinuidade do cuidado com feridas após a alta hospitalar para a atenção primária à saúde deste município.

A partir de questões norteadoras, iniciou-se a minha aproximação com o problema de estudo: Qual a percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o cuidado à pessoa com feridas crônicas nesse município? Como está a produção do cuidado de enfermagem a feridas crônicas, tendo o enfermeiro enquanto sujeito do trabalho em saúde? Qual ou quais seriam os fatores intervenientes do processo de trabalho em enfermagem no cuidado a pessoa com ferida crônica na Atenção Primária à Saúde no município? Quais são os desafios da prática assistencial para este profissional na tentativa de garantir uma assistência integral à pessoa com ferida crônica?

Espero, com a realização deste estudo, compreender e refletir sobre as questões apresentadas pelos enfermeiros e subsidiar discussões para a formulação de diretrizes assistenciais e políticas públicas para a reorientação de serviços de saúde, no sentido de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado a feridas crônicas. Para tanto, o estudo obedeceu à seguinte estrutura: apresentação, na qual abordo minha motivação para a realização do mesmo; introdução, com destaque para o objeto de estudo e a contextualização; fundamentação teórica, na qual são abordados os alicerces para a compreensão do objeto de estudo e subsídio para a análise dos dados coletados; trajetória metodológica, caracterizada como estudo qualitativo descritivo; apresentação dos resultados; discussão, enfocando os sentidos das falas dos participantes do estudo; e, por fim, as considerações finais.

## 2 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente pesquisa é a percepção do enfermeiro sobre o cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde.

A trajetória, que motivou a pesquisadora à investigação do objeto referido, baseou-se em sua percepção de que usuários de um serviço público de saúde hospitalar com feridas crônicas faziam o egresso da atenção primária à saúde do município de estudo, para o hospital, com suas feridas apresentando retrocesso na cicatrização, dentre outras complicações. Almejou-se, assim, descrever e analisar fatores intervenientes no processo de cuidado à pessoa com ferida crônica na APS que justificassem a ocorrência, tendo em vista o enfermeiro como agente desse cuidado em saúde.

A APS tem sido apontada em pesquisas e em políticas públicas como a melhor referência para o atendimento das condições crônicas, como visto em um estudo de prevalência de feridas realizado na província de Barcelona, na Espanha, com o intuito de conhecer a prevalência de feridas crônicas, como também a sua distribuição segundo os recursos assistenciais que demandam. Constatou-se neste estudo que a maioria das pessoas com úlceras de perna, compreendidas como úlceras crônicas, eram atendidas na atenção primária à saúde (FERRER-SOLÀ et al., 2009).

Os serviços de assistência à saúde, no Brasil, precisam estar organizados para as demandas e necessidades de cuidados a pessoas com feridas crônicas. A Atenção Primária de Saúde, considerada ordenadora do cuidado em saúde e porta principal de entrada do usuário do SUS, imprime na relação assistencial a maior promoção de vínculo com o cliente, por conta da proximidade com o seu contexto de vida individual, familiar e em comunidade, favorecendo a integralidade da assistência.

No tocante às políticas públicas, em 2011, o Ministério da Saúde Brasileiro elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011 a 2022, cujo objetivo é promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores

de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. O plano tem diretrizes relativas à vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Tem como meta enfrentar e deter nos próximos 10 anos as DCNT, primeiramente, constituintes deste plano, doenças circulatórias, câncer, diabetes e problemas respiratórios crônicos (BRASIL, 2011a).

Em 2013, a Portaria nº 252 do Ministério da Saúde instituiu a rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, e recentemente ela foi revogada pela Portaria GM/MS nº 483 de 01/04/2014, que atualiza e amplia a primeira ao considerar e estabelecer as diretrizes para a organização das linhas de cuidado integral. Ela não define, de forma específica, quais linhas de cuidados deverão ser organizadas prioritariamente, no entanto, dá competência à Secretaria Municipal de Saúde de organizá-las baseadas no perfil e nas necessidades de saúde locais, e, ainda, incube a Atenção Básica a prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas.

Enquanto complicações secundárias das doenças crônicas, as feridas crônicas, encontram orientação política nas portarias referidas acima. No entanto, os demais tipos de feridas crônicas, passíveis de se originarem de outras etiologias, não encontram amparo nas políticas públicas para a organização de uma assistência em nível macropolítico.

Nas instituições de saúde, a organização da assistência a feridas crônicas deve estar instituída por meio de protocolos, cujas diretrizes devem estar baseadas em evidências para o respaldo legal e compromisso com a assistência de qualidade e segura, e, principalmente, com ações centradas no usuário.

Cuidar da pessoa com ferida crônica é como cuidar de sua identidade. Destarte, Barros e colaboradores (2010, p.419) afirmam que “para muitos, a beleza física é fundamental, e a pele bonita e saudável contribui para intensificá-la, pois detalha a aparência, identificando, de forma única, cada indivíduo”.

A pele é um importante órgão do corpo humano, com uma pluralidade de funções, mas que principalmente se apresenta como barreira de proteção a diversos agentes e tem uma dimensão estética importante por sua visibilidade.

Quanto à dimensão estética do cuidado, Domanski e Borges (2012, p.18) sustentam que “quanto à comunicação, a pele é visual, e justamente na face, tem

especial importância, pois caracteriza o indivíduo e contextualiza o meio interno e externo em que ele vive, destacando aspectos de sua beleza”.

Para Irion (2012) a fisiologia da pele se divide em três categorias principais: proteção, imunidade e termorregulação.

A perda da integridade da pele pode estar relacionada às condições multidimensionais na saúde do cliente, como a física, emocional, espiritual, social entre outras. Além disso, destaca-se, que essas dimensões podem ser agravadas pela existência da lesão e tornar de maior complexidade o tratamento desta. Irion (2012) complementa que agravos aparentemente triviais contra a anatomia e a fisiologia da pele provocam efeitos profundos.

Destarte, Martins et al. (2010, p. 464) alerta:

Deve-se atentar neste processo para os fatores locais e sistêmicos que podem favorecer ou retardar a cicatrização das lesões. Neste sentido é importante destacar que a enfermagem, embora esteja à frente no atendimento a esta população em unidades básicas de saúde, nas enfermarias e nos domicílios, não deve atuar isoladamente, ou seja, é preciso integrar os esforços de uma equipe multiprofissional.

Atualmente, as feridas crônicas também são chamadas de feridas complexas e consideradas um problema de saúde pública. Elas têm uma sintomatologia caracterizada pela presença de dor, desconforto e possibilidade de não cicatrização, além de ter seu tratamento complexo e ser de elevado custo, exigem o cuidado especializado de uma equipe multidisciplinar (DEALEY, 2008).

Com relação ao tempo de tratamento e de cicatrização das feridas crônicas, este é geralmente prolongado e Dealey (2008) explica que isso é devido à sua etiologia subjacente, mas que também ocorre independente da influência de uma patologia, pois podem surgir de feridas agudas que se tornaram crônicas por não cicatrizarem durante um longo período de tempo e talvez anos. Como exemplo, um estudo realizado em Belo Horizonte, capital do estado brasileiro de Minas Gerais, demonstrou que 26,4 % das pessoas com feridas as possuem por volta de 11 a 30 anos (BORGES, 2011).

Com relação à prevalência de feridas crônicas, nos Estados Unidos, aproximadamente 6,5 milhões de pessoas desenvolvem feridas crônicas anualmente, com a estimativa de 1 a 2% da população dos países desenvolvidos passarem pela experiência de uma ferida crônica em seu tempo de vida. Na Europa Central, aproximadamente 15% da população adulta apresentam sintomas de

Insuficiência Venosa Crônica (IVC) e 1% apresenta úlcera venosa (BORGES, 2011). Já nos clientes que necessitam de atenção domiciliar, a prevalência de feridas é de 9,9% em estudo realizado na Barcelona (USTREL-OLARIA, AMORÓS-MIRO, 2008).

No Brasil, alguns estudos foram realizados e apresentados por Borges (2011), com resultados de 1,5% de prevalência de feridas em uma cidade de São Paulo, e na capital de Minas Gerais demonstrou 2,6% de casos de úlceras venosas ativas ou cicatrizadas.

No tocante à faixa etária mais prevalente na ocorrência de feridas crônicas, Borges (2011) aponta que há aumento da mesma com o avançar da idade e Dealey (2008) afirma que não só nas pessoas idosas, mas também aquelas com múltiplos problemas sistêmicos.

Para a realidade brasileira, tal ocorrência é significativa, uma vez que nos deparamos com a mudança do perfil da população com o aumento da longevidade, com hábitos de vida inadequados, que geram altos índices de doenças crônicas, como Diabetes mellitus, doenças vasculares, dentre outras (SILVA, 2006). Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, em torno de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Considerando-se todos os aspectos relevantes no cuidado à pessoa com ferida crônica, principalmente no tocante a sua necessidade de abordagem integral e multidisciplinar e a perspectiva de prevalência na população, cabe ressaltar que é necessário organizar o processo de trabalho em saúde para o atendimento adequado e resolutivo de suas necessidades.

Decerto, segundo Sanna (2007), o processo de trabalho em saúde é compartilhado por vários agentes, entre eles o enfermeiro, com sua responsabilidade no cuidado com feridas crônicas. E, Brito et al (2013, p.418) reforça que é “área de atividade do cotidiano do enfermeiro, e ao mesmo tempo um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística”.

Em Minas Gerais, há uma Deliberação do COREN de número 65, do ano 2000, que dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento de lesões cutâneas. Nesta, os profissionais de enfermagem Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem possuem atribuições no cuidado com feridas enquanto os especialistas têm menção como preferenciais

na prescrição do tratamento. Na enfermagem, existe uma especialidade que aprofunda o conhecimento em feridas, denominada de Estomaterapia.

A existência de cursos especializados na área de feridas tem motivado o crescimento, nos últimos cinco anos, do número de pesquisas na área, e a abertura de oportunidades de mestrados e doutorados nesse contexto. Nestas pesquisas, a temática de “feridas crônicas” esteve presente em 70% da amostra, porém há um enfoque centrado dos estudos no aspecto curativo em detrimento do preventivo e um número muito reduzido abordou temáticas como complicações, educação em saúde, qualidade de vida, avaliação, e sentimentos da equipe frente ao cliente com ferida crônica (BRITO et al., 2013).

Evidenciada essa lacuna nas pesquisas, é pertinente ao enfermeiro volver o olhar para estudos que contemplem as demais dimensões do cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas, vislumbrando as superações do enfoque hegemônico tradicional e da observação de Waldow (2001) de que, na enfermagem brasileira, é forte a orientação para o lado técnico predominante. Além do intuito maior que é busca de conhecimento para superações de processos de trabalho e serviços fragmentados que tanto expõem os usuários aos demais agravos em sua saúde, além de ferir seu direito à saúde.

### 3 OBJETIVOS

- 1) Descrever a percepção do enfermeiro sobre o cuidado a pessoas com feridas crônicas;
- 2) Discutir os fatores intervenientes no processo de trabalho em enfermagem que interferem no cuidado a pessoas com feridas crônicas;
- 3) Analisar a configuração do cuidado prestado pelos enfermeiros a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde do município da Zona da Mata Mineira.

## **4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Almejou-se nesta fundamentação teórica discutir alicerces que se fizeram necessários precipuamente para a compreensão do foco do estudo em feridas crônicas, com recorte para a percepção do enfermeiro sobre o cuidado com feridas crônicas como parcela no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Por conseguinte, a fundamentação se fez importante para subsidiar a análise dos dados da pesquisa.

São três os tópicos a seguir, sendo o primeiro “A Atenção Primária de Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem”, o segundo, “Políticas Públicas no Contexto da APS e do cuidado com feridas”, e o último, “O Cuidado Integral com Feridas Crônicas na APS”.

### **4.1 A Atenção Primária de Saúde e o Processo de Trabalho em Saúde e em Enfermagem**

#### **4.1.1 Contexto histórico das UAPS e a Enfermagem**

As primeiras Unidades de Atenção Primária foram criadas nas décadas de 1920 e 1930, ainda chamadas centros de saúde, no eixo Rio-São Paulo, e eram vistas como uma tecnologia recente, com a diferença de aproximadamente 400 anos em relação aos hospitais. Suas práticas estavam ligadas ao controle dos agravos transmissíveis e as ações se baseavam em visitas e na educação em saúde e, também, algumas ações em puericultura. A enfermagem até então, com uma história de atuação em hospitais há muito tempo, “nasce”, conforme expressão do autor, na saúde pública (SANTOS; MIRANDA, 2007, p.46).

O mesmo autor relata que em 1920, com as Caixas de Aposentadoria e Pensão, a assistência era organizada por categoria profissional e não era extensiva aos familiares. Até os anos 1940, percebia-se uma população com grandes necessidades: pouco assistida, baixa capacidade instalada de serviços de saúde (sobretudo em atenção primária). No modelo capitalista, com intervenções de campanhas e intervenções policiais, a enfermagem se transforma rapidamente em hospitalar e o médico sanitário passa a gerenciar, até 1930, os poucos centros de saúde.



Até 1960, a evolução se dava no âmbito hospitalar e farmacêutico, mas com a inclusão, a partir de 1960, dos programas de saúde, houve um diferencial na atenção primária à saúde, incluindo subdivisão do trabalho em saúde. A gerência dos centros de saúde permanece com os médicos sanitaristas. No final dos anos 60 e início de 1970, ampliam-se os centros de saúde em virtude do aumento de desassistidos, reflexo do aumento da pobreza e desemprego. Os programas de saúde se referiam a atendimentos médicos e de enfermagem para responder à doença. Com a reforma universitária de 1968, é criada a pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, mas a enfermagem se insere na atenção primária de forma complementar para uma “cobertura numérica e não para uma cobertura resolutiva em que a qualidade de vida fosse o principal foco” (SANTOS; MIRANDA, 2007, p.51).

Na década de 70, com a ampliação da rede de unidades e programas do Ministério da Saúde, se fortalece a atuação do enfermeiro na Saúde Pública. E nos anos de 1980, com o novo cenário político e o movimento de reforma sanitária, além da 8ª Conferência Nacional de Saúde, amplia-se a participação popular e, com isso, a municipalização da saúde traz uma ampliação dos serviços de saúde, sobretudo os de atenção primária. Nesse contexto, inserem-se outros profissionais de nível superior nas gerências dos centros de saúde. Posterior a este contexto com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família, o enfermeiro assume quase exclusivamente a coordenação desta proposta de atenção à saúde. De 1990 em diante, os enfermeiros são notados em espaços de gestão, nos conselhos de saúde e assessorias: “Esse profissional deixa de ver o hospital como sua única possibilidade de atuação e crescimento, havendo outras mais coletivas e até políticas” (SANTOS; MIRANDA 2007, p.57).

O SUS, além de um resgate aos valores humanos, surgiu como uma proposta filosoficamente estruturada para contrapor-se às distorções na organização e desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, que sofria grande influência do modo capitalista. Santos e Miranda (2007) consideram que um dos aspectos de organização do SUS é o Programa de Saúde da Família (PSF), inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), que tem por base as diretrizes e princípios do SUS.

Está posto na Lei 8.080/90 (BRASIL,1990) a premissa de haver resolução dos serviços em todos os níveis da assistência e organização dos serviços públicos, evitando duplicidade de meios para fins idênticos e assim como a concretização dos

princípios doutrinários do SUS, da universalidade, da integridade, da equidade, e dos organizacionais: descentralização, hierarquização e regionalização e controle social, referência esta de Lunardi et al. (2010).

No entanto, estudos demonstram que até os dias atuais, os serviços sofrem influências do capitalismo, arraigando práticas não concernentes às reais necessidades dos usuários e impondo desafios aos profissionais e clientes. Cabe questionar como estão postas estas práticas de cuidado com feridas crônicas no município de estudo.

Para prestar assistência em saúde é preciso que o profissional reflita sobre o modelo assistencial, o qual é entendido como a forma com que o cuidado em saúde é produzido e se organiza na política de saúde para atender às necessidades da população, num determinado contexto sócio-histórico (PIRES, 2005).

E Pires (2009) alerta que, além da necessidade de refletir, a enfermagem, como parcela do trabalho em saúde, precisa construir e defender um modelo de organização do trabalho que considere o direito à saúde e o provimento de ações tecnicamente competentes e protetoras desse direito.

Como alicerce, “o enfermeiro precisa pensar nas bases teórico- práticas que têm subsidiado o seu trabalho na atenção básica, já que, muitas vezes, toma para si a tarefa de operar esses diferentes modelos, ao executar o gerenciamento da assistência em programas e unidades de saúde” (SANTOS; MIRANDA, 2007, p.148).

Portanto, o resgate histórico dos Centros de Atenção Primária à Saúde favorece a compreensão do contexto atual da sua organização para este estudo. Assim, é perceptível que os desafios impostos pelo modo capitalista, da oferta de procedimentos, centrada no médico e na doença, ainda estão arraigados nos profissionais, nos gestores e até nos usuários, que supervalorizam a cura e desvalorizam o processo de cuidar.

#### 4.1.2 O processo de trabalho em saúde e em enfermagem

Para Sanna (2007), o Processo de Trabalho é a transformação de um objeto em outro objeto por meio de instrumentos e da intervenção humana. O trabalho decorre das necessidades do ser humano, que se transformam ao longo do tempo, por constituir-se em um ser social com necessidades de sobrevivência. Franco e

Franco (2011) também afirmam a importância do processo de trabalho, pois acredita ser meio para a produção do cuidado aos usuários.

O trabalho em saúde tem como ações tecnológicas os processos de intervenção em ato, que operam como tecnologias de relações, de encontros e subjetividades, com grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer (MERHY, 2007). O mesmo denomina as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, como: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves compreendem as relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. Tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. Por último, tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos, normas, estruturas organizacionais.

Merhy (2007) esclarece que tais tecnologias são utilizadas conforme uma razão e intencionalidade, ou necessidade de saúde, e que suas escolhas remetem a uma determinada modelagem de tecnologia do trabalho vivo.

Com relação aos agentes, são denominados de agente produtor e agente consumidor. Merhy (2007) aponta que ambos, no processo de trabalho de saúde, têm contato, por um lado, com os saberes tecnológicos do produtor e, por outro lado, com os conhecimentos, representações e intencionalidades do consumidor, que conformam uma interseção partilhada. E enquanto agentes do cuidado, as equipes de atenção básica e as equipes de saúde da família são consideradas estratégicas para propiciar longitudinalidade /continuidade da atenção, construção de vínculos, resolubilidade no primeiro nível da atenção (SILVA, 2011b).

Merhy e Onocko (2007) acrescentam que a gestão do processo de trabalho de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, assemelha-se a uma arena de disputas dos distintos trabalhadores, em que cada profissional tem seu modo subjetivo de construir um caminho em busca da missão institucional. E, especificamente, o trabalho em saúde é complexo e necessita ser compartilhado por vários agentes (SANNA, 2007).

Lunardi et al. (2010) apoia a afirmativa de Sanna (2007) sobre os agentes do trabalho em saúde, acrescentando que são profissionais que cooperam entre si, de forma complementar, e determinam relações entre si, em torno do objeto, instrumentos e produtos dessas atividades.

Turci (2008, p.124) orienta à necessidade de interação de recursos, saberes e interesses no processo de trabalho em saúde para o alcance da efetividade do mesmo:

Ao direcionar o processo de trabalho para o alcance de objetivos e metas, visando modificar uma situação não desejada, esta característica própria e especial do trabalho em saúde aponta para a complexidade da interação entre os diferentes recursos em jogo, incluindo os aspectos cognitivos, organizativos, políticos, subjetivos, financeiros e outros. Portanto, de forma muito particular na área de saúde, para alcance efetivo dos objetivos, é necessário tê-los claros, saber explorar os recursos existentes, fazendo interagir recursos, saberes e interesses.

O papel da enfermagem é uma peça-chave na oferta da atenção primária à saúde na consideração da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), pois a APS representa a transição da cura para o cuidado, da tecnologia densa para a cognição e subjetividade e da substituição do espaço hospitalar pelo ambulatorial, domiciliar e comunitário (OPAS, 2011).

A prática de enfermagem, também relacionada a uma finalidade social do trabalho, precisa rever os elementos que a constituem para que possa atingir as diretrizes do SUS. E Sanna (2007, p.222) conceitua o trabalho da enfermagem como:

O trabalho da enfermagem é complexo e multifacetado, requerendo um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se articulam de maneira própria, para produzir transformação da natureza com especificidade que caracteriza particulares esferas de atuação profissional, formas de contribuição social e inserção política com as quais precisam operar conscientemente os profissionais de enfermagem.

Para a mesma autora, o processo de trabalho em Enfermagem apresenta seis componentes: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. O objeto é sobre aquilo que se trabalha, que contém a potencialidade do serviço que será transformado pela ação do ser humano. O agente é o ser humano que faz intervenções sobre o objeto na tentativa de transformá-lo. Instrumentos podem ser físicos ou não, utilizados para a transformação desejada, caracterizados por conhecimento, habilidades, atitudes e instrumentos. Os métodos são as ações organizadas para atender as finalidades, executada pelos agentes sobre o objeto, com uso de instrumentos para a produção do serviço. Por fim, o produto significa a concretude de um serviço com o efeito esperado (SANNA, 2007).

A mesma autora contribui que o método do processo de trabalho deve ser uma ação inteligente e planejada, voltada para um objeto específico. É o único que difere quando o processo demanda diferentes agentes. Cada um tem o seu, que é especificidade de cada profissão.

A finalidade do processo de trabalho em enfermagem para Sanna (2007) perpassa por promover, manter e recuperar a saúde. Em acordo, Waldow (2007) complementa que o sentido do cuidado da enfermagem está em promover o bem-estar do outro e inclui afeto e consideração. Complementando o entendimento sobre a finalidade do processo de trabalho, na opinião de Merhy (2007), ela constitui a realização de um produto ou da finalidade. E o objeto é a produção do cuidado.

Na enfermagem, Sanna (2007) entende que há diferentes processos de trabalho, a saber: Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente. Cada um destes tem caracterizado o seu objeto, agente, instrumento, finalidade, método e produto, apresentados a seguir no Quadro 1:

Quadro 1- Processos de Trabalho em Enfermagem de Sanna (2007)

Os processos de trabalho na Enfermagem

Componentes Processos	objeto	agentes	instrumentos	finalidades	métodos	produtos
<b>Assistir</b>	cuidado de indivíduos, família e comunidades	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem	conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico, etc.	promover, manter e recuperar a saúde	sistematização da assistência e procedimentos de enfermagem	pessoa saudável ou morte com dignidade
<b>Administrar</b>	agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem	enfermeiro	bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	coordenar o processo de trabalho assistir em enfermagem	planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria	condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia.
<b>Ensinar</b>	indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem	aluno e professor de enfermagem	teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc
<b>Pesquisar</b>	saber em enfermagem	enfermeiro	pensamento crítico e filosofia da ciência	descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem	métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa	novos conhecimentos e novas dúvidas
<b>Participar politicamente</b>	força de trabalho em enfermagem e sua representatividade	profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam	conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos	conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	negociação e conflito	poder, reconhecimento social e conquista de condições favoráveis para operar os processos de trabalho

Quadro 1. Processos de trabalho em Enfermagem.

Fonte: SANNA, M.C.Os processos de trabalho em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília,2007.

Pires (2009) contribui sobre o trabalho em enfermagem:

O trabalho em saúde e enfermagem envolve uma relação entre sujeitos. O cuidador - sua subjetividade, história, direitos,

necessidades, relações com os demais participantes do trabalho coletivo, concepção cultural-profissional de saúde; e o sujeito cuidado - suas necessidades e concepções culturais de saúde. Estas expectativas e interesses podem aproximar-se, potencializando a perspectiva do cuidado "de si e do outro" ou distanciar-se gerando conflitos.

Em acordo com o exposto por Sanna (2007), sobre os componentes do processo de trabalho em enfermagem, Pires (2009) comunga, embora denomine de sujeito cuidador o agente, e sujeito cuidado a pessoa que receberá o cuidado de enfermagem. Ademais, aponta para instrumentos importantes na relação assistencial.

#### 4.1.3 Cuidado de enfermagem: Instrumentos e Métodos

Enquanto profissão, o “enfermeiro tem a responsabilidade de prestar auxílio a pessoas, grupos, famílias e comunidades, de modo que eles conservem, consigam e mantenham um estado de saúde (GEORGE, 1993, p.17).

Pires (2009, p.744) acrescenta à contextualização que aqui se faz sobre o cuidado de enfermagem, que:

A Enfermagem enquanto disciplina do âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que contribuam para preservação da vida em sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano.

O cuidar do ser humano, no contexto da APS, remete à caracterização de atendimento centrado no indivíduo inserido no seu contexto de vida individual, familiar, comunitário e social.

“O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado, constituindo de ações, atitudes e comportamentos baseados em conhecimento científico” (WALDOW, 2001, p.149). Assim, o cuidado possui variadas dimensões e algumas a serem consideradas no contexto das pessoas com feridas crônicas, serão abordadas a seguir.

Malagutti e Kakiyama (2011, p.627) destacam a ampliação e a totalidade do cuidado para outras dimensões além do físico ou da doença:

O cuidado de enfermagem é a inter-relação pessoal realizada no cumprimento da lei, com empatia, autenticidade e abrangendo todas as dimensões do cliente, esteja ele com feridas ou não.

O cuidado de enfermagem, propriamente dito é a “ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano (HORTA, 2011, p.35).

A dimensão estética do cuidar refere-se aos sentidos e valores que fundamentam a ação em um contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar e o fazer. A dimensão ética do cuidar consiste no cuidar como um valor profissional e pessoal, e é de central importância prover normas, os quais governam as ações e atitudes em relação àqueles a quem se cuida (Waldow, 2001).

Para Leloup (2007), há outra dimensão ainda no que se refere ao cuidar, que é o cuidado espiritual, com a alma, com o Ser que habita o corpo, com as doenças da alma, como os sentimentos e o apego. A dimensão espiritual do cuidado.

Soares (2012, p.115) concluiu em seu doutoramento que o cuidado, centrado na família, é uma abordagem emergente, e é preciso que o enfermeiro transcenda a assistência do indivíduo como um todo e considere a família. Toda família possui forças que precisam ser valorizadas pelo enfermeiro e reconhecidas por ela mesma: “Elas não precisam ser resgatadas e sim apoiadas”.

Há, ainda, resultados muito significativos no fechamento de feridas e na recuperação motora através do cuidado domiciliar. São processos em geral longos, que demandam a participação de toda a equipe multiprofissional e a construção de estratégias inovadoras de cuidado considerando os contextos materiais e familiares. Em muitos casos, toda a família passa a estar sob o cuidado da equipe, a qual tem a possibilidade de redescobrir o poder da afetividade e do carinho na recuperação da saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

Os conhecimentos científicos sobre o cuidado de enfermagem, expressos pelas teorias de enfermagem, processo de enfermagem, assistência, cuidados, síndromes, níveis de atendimento de enfermagem, precisam ser apropriados pelo enfermeiro (HORTA, 2011).

Santos e Miranda (2007) contextualizam que as teorias orientam a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo os fenômenos. Sob o ponto de vista de McEwen e Wills (2009), as teorias de enfermagem tornam a prática de enfermagem mais declaradamente determinada, afirmando não apenas ser o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos. E, no contexto do cuidado integral, afirmam que “o uso de uma teoria de enfermagem leva a um cuidado coordenado e menos fragmentado”.

A teoria de enfermagem, segundo George (1993, p.17), é a forma de relacionar conceitos, através do uso de definições que sejam úteis ao desenvolvimento de inter-relações significativas para a descrição ou classificação de abordagens à prática, ou como a própria autora resume: “uma forma de auxiliar e explicar as abordagens à prática”.

Assim, Santos e Miranda (2007) apresentam a divisão das teorias de enfermagem que se encontram categorizadas em teorias sobre necessidades e problemas dos clientes, teorias sobre interação (comunicação com o cliente), teorias sobre sistemas, teorias sobre campos de energia e teorias sobre intervenção prática na saúde dos coletivos. Todas as teorias têm contexto, forma e processo (MCEWEN; WILLS, 2009).

Dentre as teóricas sobre necessidades e problemas de clientes, a que está mais compatível com o cuidado a pessoas com feridas crônicas é Dorothea E. Orem, pois esta pretende possibilitar ao indivíduo, à família e à comunidade tomar iniciativas e assumir responsabilidades para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar. Já, dentre as teorias sobre interação, a de Hildegard E. Peplau parece sugerir uma boa base para o enfrentamento das questões relativas à saúde mental e sofrimentos, tão associados à condição de ter uma ferida crônica, um processo de perda da integridade da pele, e todos os seus determinantes (Santos; Miranda, 2007).

Com base nas teorias que melhor se aplicam ao contexto e dimensões do cuidado, a enfermagem também atua através de um processo denominado “processo de enfermagem”, que foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta nos anos 70 (CIANCIARULLO, 2000). Ele é definido por Horta (2011) como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano”. Constitui-se de seis etapas: histórico de enfermagem,



diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem, prognóstico de enfermagem.

Quando o enfermeiro aplica o processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano, ele está realizando a assistência de enfermagem, assim denominada por Horta (2011). O enfermeiro quando tem conhecimento e domínio, além de disponibilidade de aplicação dos Instrumentos básicos de enfermagem, agrega valor à profissão enquanto ciência. Cianciarullo (2000, p.2) define os instrumentos básicos como as habilidades e conhecimentos específicos da enfermagem e afirma que:

Os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados direcionados para a solução de problemas de saúde, de indivíduos ou grupos, e os instrumentos básicos de enfermagem constituem parte desse conhecimento sistematizado, ensinado e aplicado na prática com responsabilidade e compromisso, constituindo uma parcela da profissionalização da enfermeira.

Na enfermagem, são instrumentos do cuidar: a observação, a comunicação, a aplicação do método científico, a aplicação dos princípios científicos, a destreza manual, o planejamento, a avaliação, a criatividade, o trabalho em equipe e a utilização dos recursos da comunidade (HORTA, 2011).

No cuidado a pessoas com feridas crônicas, o enfermeiro precisa considerar vários saberes da profissão até então apresentados com vistas a subsidiar a fundamentação adequada do ser e fazer a enfermagem para a pessoa com ferida crônica. “A Enfermagem é a profissão do cuidado, e a que mais tem produzido conhecimentos para fundamentar as diversas dimensões do cuidado” (PIRES, 2009).

#### **4.2 Políticas públicas no contexto da Atenção Primária à Saúde e do cuidado com feridas crônicas**

Uma forma de contextualizar a compreensão sobre políticas públicas é pensá-la como processo apresentada por Howlett, Hamesh e Perl (2013):

A política pública é um fenômeno complexo, que consiste em inúmeras decisões tomadas por muitos indivíduos e organizações no interior do próprio governo e que essas decisões são influenciadas por outros atores que operam interna e externamente no Estado.

Howlett, Hamesh e Perl (2013, p.14) ilustra o ciclo da política pública através da análise comparativa com os estágios da resolução aplicada de problemas a partir do quadro “Cinco Estágios do Ciclo Político e sua Relação com a resolução aplicada de Problemas”, que consiste em um método de resolução de problemas no processo político-administrativo:

Quadro 2: Cinco Estágios do Ciclo Político

<b>Resolução aplicada de problemas</b>	<b>Estágios no ciclo político</b>
1 Reconhecimento do problema	1 Montagem da agenda
2 Propostas de solução	2 Formulação da política
3 Escolha da solução	3 Tomada de decisão política
4 Efetivação da solução	4 Implementação da política
5 Monitoração dos resultados	5 Avaliação da política

Fonte: HOWLETT, M., RAMESH, M. PERL, A. Política Pública: Seus Ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013,p.15.

Howlett, Hamesh e Perl (2013) explica que a fase de “montagem da agenda” é o processo de como os problemas chegam à atenção dos governos; a de “formulação de política” se refere ao modo como as propostas são formuladas no âmbito governamental; a de “tomada de decisão” é o processo pelo qual os governos adotam um curso de ação ou não; a “implementação da política” se relaciona ao modo pelo qual os governos efetivam uma política e por último, a “avaliação da política” se refere aos processos pelos quais os atores e societários monitoram os resultados das políticas podendo resultar em uma nova conceituação dos problemas e das soluções.

Semelhante ao processo de tomada de decisão no processo de enfermagem, o sucesso da aplicação deste método de implementação de políticas públicas depende do conhecimento dos atores envolvidos, mas também de sua capacidade de influenciar politicamente uma determinada questão.

No tocante à saúde, Silva (2011b) afirma que as políticas públicas estão inseridas em um nível macro de desafios para o aperfeiçoamento de uma rede de atenção no SUS e estão contempladas na formulação e na implementação de políticas no SUS, as quais o autor explica que promovem coerência à proposta de redes de atenção em saúde.

Para Santos e Miranda (2007), a influência política é sentida, dentre outras questões, na atribuição de privilégio de alguns programas ao invés de outros e no não-enfrentamento incisivo da problemática, e, perpassa ainda, pela desvalorização e abandono do trabalhador e no pouco investimento na área.

Com relação às políticas públicas, não há uma portaria que aborde especificamente a área temática de feridas crônicas, mas, as portarias que abordam as doenças crônicas fazem referência às complicações, para as quais se tornam referência neste estudo, pelo semelhante conjunto de ações necessárias para o tratamento.

A mais recente é a Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014 (BRASIL, 2014), que redefine a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

A referida Portaria, nº 483, considera como base as portarias anteriores: Portaria nº4279/GM/MS de 30 de Dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e Portaria 2488/GM/MS de 21 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A mesma portaria considera como base o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011a), com referência especial ao eixo III que trata do cuidado integral das DCNT e o “Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias” (BRASIL,2012).

Em 2010, a Portaria 4.279/GM/Ms (2010), veio redefinir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecer diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. O documento contempla um anexo com a justificativa de se organizar a rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos, os elementos constitutivos, as principais ferramentas de microgestão dos serviços e diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

Primeiramente, a portaria (BRASIL, 2010) apresenta a RAS como uma estratégia de superação da intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas no SUS que são demonstrados por:

- (1) lacunas assistenciais importantes;
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
- (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e
- (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Acrescenta ainda que, a instituição da RAS visa assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência:

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

Em 2011, a Portaria nº 2.488/GM/MS aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, a estratégia Saúde da família e Programa de Agentes comunitários de Saúde. Nela também são referenciadas as Redes de Atenção à Saúde:

Estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011b).

O “Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias”, publicado em 2012, é ferramenta de apoio para os gestores, contribuindo para a construção, organização e fortalecimentos das redes de saúde, considerando também o grande desafio de superar a fragmentação do sistema através da instituição da Atenção Básica como coordenadora do cuidado.

De acordo com a portaria 2.488/GM/MS (BRASIL, 2011b), a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), representadas no quadro a seguir:

### Quadro 3 – Funções da Atenção Básica para o Funcionamento das Redes de Atenção à Saúde

Funções da Atenção Básica para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS):

I -Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçados, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Esta Portaria trata ainda das competências das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, que são enumeradas em 16 itens, mas que estão apresentadas a seguir àquelas que corresponderam. Dá-se especial atenção, nessa fundamentação, às competências relacionadas ao atendimento das diretrizes preconizadas e as de organização do processo de trabalho na Atenção Básica:

- Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
- Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;
- Programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

Em 2011, um Plano de Ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil, de 2011-2022, foi elaborado pelo Ministério da Saúde e visa preparar o Brasil para enfrentar e deter as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos próximos dez anos, entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

O objetivo deste plano é o de “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco”. Além disso, visa fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas e

fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral.

No eixo do cuidado Integral, dentre as principais estratégias, encontra-se a elaboração da linha de Cuidado Integral das Doenças Crônicas Não - Transmissíveis que implica:

Definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da atenção primária, garantindo a referência e a contra-referência para a rede de especialidades e a rede hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (BRASIL, 2011a).

As responsabilidades profissionais dos enfermeiros são definidas por atribuições em cada nível e especialidade do assistir. No cenário deste estudo, a Atenção Básica/ ESF e os enfermeiros têm como atribuições (BRASIL, 2011a):

I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes 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 - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Os enfermeiros, na Atenção Primária de Saúde, têm uma diversidade de ações e compromissos com programas, como de saúde da mulher, da criança, imunização, entre outros, com vistas à resolutividade da atenção e de melhores resultados epidemiológicos. E em estudos, Santos e Miranda (2007) relatam que o enfermeiro do PSF apresenta seu processo de trabalho voltado tanto para o indivíduo quanto para a coletividade, mas ainda atrelado a patologias, como hipertensão, diabetes, ginecologia. Além disso, também realiza grande carga de atividades referentes ao processo de trabalho gerencial. As mesmas autoras ressaltam a necessidade de reordenação do trabalho da enfermeira no PSF, conferindo prioridade no estabelecimento de vínculos e laços de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e população.

Em estudo realizado no Brasil, citado pelos mesmos autores, pelo Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC-ICN/ABEN), evidenciou-se que “as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem vinculavam-se a um modelo assistencial centrado na prática médica, de caráter curativo e individual”. As autoras ressaltam que “para qualificar o trabalho da enfermeira na atenção primária é importante que ela possa rever seus saberes e instrumentos com os quais opera” (SANTOS; MIRANDA, 2007, p.150).

A partir de 1990, com a implantação do Programa de saúde da Família houve uma inversão do modelo de assistência à saúde: o modelo tradicional antes pautado na doença, em cuidados esporádicos, centrado no médico, sem participação da comunidade, com centralização no setor saúde, dá lugar ao novo modelo em que o conceito de saúde é prioritário, cuidados são contínuos, centrado na equipe ao invés de no médico, tem ênfase na participação popular, descentralização e intersetorialidade (GEOVANINI et al., 2010).

Para a mesma autora, a decisão política de implantar Saúde da Família no município é um passo importante, mas transformar a decisão em ação precisa de um trabalho articulado entre todos os profissionais atuantes no sistema, juntamente com a comunidade assistida.



### 4.3 O cuidado integral com feridas crônicas na APS

#### 4.3.1 Feridas crônicas

Barros e colaboradores (2010) denominam a ferida como uma ruptura da integridade de um tecido, que pode atingir a epiderme, derme, tecido subcutâneo, fáscia e tecido muscular. Para os mesmos autores, as feridas podem ser classificadas em traumáticas, cirúrgicas e ulcerativas crônicas e, além disso, sua cicatrização pode sofrer influência de múltiplos fatores como idade, biotipo, condições nutricionais, doenças crônicas, insuficiências vasculares e imunossupressão.

Para Lizarraga, Sanz e Martos (2011), a ferida é crônica quando a evolução da cicatrização é maior que seis semanas e compreendem as úlceras por pressão, as vasculares, o pé diabético, as úlceras tumorais, as iatrogênicas e as neuropáticas.

Na abordagem da pessoa com úlcera crônica, torna-se imprescindível a avaliação do microambiente da sua ferida (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011, p.59):

As feridas crônicas possuem características que dificultam o processo de cicatrização, como o acúmulo de metaloproteinases, colagenases e elastases, as quais degradam prematuramente o colágeno e fatores de crescimento. Apresentam também microambiente com hipóxia, o que leva à proliferação de fibroblastos e conseqüentemente aumento da fibrose tecidual. Outro fator é a propensão de serem colonizadas por bactérias e fungos, que retardam a cicatrização.

#### 4.3.2 Algumas considerações sobre a integralidade no cuidado a pessoas com feridas crônicas na APS

Fílon (LELOUP, 2007), há dois mil anos, contemporâneo de Cristo, faz uma reflexão sobre o cuidado que permite, conforme sua teoria da transcendência, transcender por todo esse tempo e ser altamente aplicável e atual na sociedade em que vivemos. Os escritos sobre os Terapeutas de Alexandria que, embora não se saiba se de fato existiram, a não ser na idealização de Fílon, foram cuidadores em excelência no que se refere à integralidade, na consideração do ser como um todo e na consideração do ser em harmonia.

Trazer à reflexão do cuidado questões como hábitos, crenças, valores, apegos, desejos, sentimentos, referências arquetípicas, é enriquecedor e contribui para sedimentar a necessidade de se pensar o cuidado através dessas características humanas. A religiosidade, que Fílon apresenta, é maior do que estabelecer a religião ou crença que se segue, mas o poder e a referência que o Ser possui neste corpo, que o leva à paz e à harmonia.

Boff (1999) ressalta que, nas grandes tradições terapêuticas da humanidade, sempre houve a percepção de que a cura é um processo global não somente relacionada à parte enferma, e que a cura seria completa se resultasse da intervenção humana e divina, ou seja, corporal e espiritual.

Em apoio ao exposto, Dealey (2008) afirma que o cuidado integral com feridas possui diferentes dimensões: o cuidado físico, o psicológico e o espiritual. Nestes estão contemplados os cuidados com a nutrição, com a infecção, com a abordagem do tabagismo e da diabetes mellitus, os efeitos fisiológicos do estresse, da dor, do sono, da ansiedade, da motivação, da autoimagem, do medo, do pesar, da impotência, dentre outros.

Waldow (2007) complementa que o cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar, consistindo em uma postura ética e estética frente ao mundo. O conceito de saúde na constituição perpassa pelo direito do usuário à integralidade da assistência, entendida por Pinheiro e Mattos (2009) como integralidade no sentido de ter suas necessidades assistidas e no sentido de que o acesso aos serviços lhe garantirá ações ampliadas de promoção, proteção e recuperação:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A saúde constitui-se, portanto, como uma política de Estado e amplia sua assistência e assegura a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988).

A integralidade é, ainda, um dos princípios descritos no artigo 7º da Lei 8.080 de 19/09/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e Mattos (2001, p.04) assim a define:

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Para melhor compreensão do conteúdo de Pinheiro e Mattos (2009), parte-se primeiramente da ideia de que a integralidade não é passível de um único sentido, uma única definição, e é fonte de indignações e lutas de atores sociais por uma sociedade mais justa.

O primeiro sentido da integralidade para Pinheiro e Mattos (2009) está na prática da biomedicina, ou seja, da medicina que tem o conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença, com o uso prudente, mas, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos de que tratamos.

Para os mesmos autores, as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de curar o sofrimento gerado por uma doença e deve-se buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um cliente apresenta. Esta é uma tarefa de um conjunto de profissionais, mas que no encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional a realização da integralidade.

Os profissionais têm em comum a preocupação de discernir de modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças.

Em outro sentido, converge-se para questões ligadas à organização do trabalho nos serviços e práticas de saúde. Neste sentido, há uma "horizontalização" dos programas, ampliando o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica nesse ou naquele programa do ministério. A integralidade transcende da atitude

para um modo de organizar o processo de trabalho, que amplia as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Em terceiro e último sentido, abordado por Pinheiro e Mattos (2009), trata-se de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.

Resumindo sobre os três sentidos da integralidade, para Pinheiro e Mattos (2009, p. 65), eles incidem sobre diferentes pontos:

O primeiro sobre as práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

A integralidade está no cliente que não se reduz a uma lesão que no momento lhe causa sofrimento, no profissional que busque escapar dos reducionismos na orientação de suas práticas dos serviços assistenciais que não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Assim, o princípio da integralidade implica em superar reducionismos, inclusive em seu terceiro sentido que Pinheiro e Mattos (2009, p. 66) remetem na fala seguinte:

Nas políticas, é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco.

Para Silva (2011), é possível compreender a integralidade em vários sentidos, como Pinheiro e Mattos (2009), porém denomina esses sentidos de integralidade vertical e integralidade horizontal. No sentido vertical, está a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades, e no sentido horizontal se refere à implementação de redes, para que estas sejam integrais, o que “exige uma sequência de pontos de atenção com padrões tecnológicos próprios, que articulados, caminham rumo à produção do cuidado integral” (SILVA, 2011, p. 73).

Castro e Pereira (2010, p.04) apontam para a complexidade do cuidado integral:

A complexidade do cuidado integral remete ainda à complexidade da existência, do viver a vida cotidiana, onde uma necessidade não satisfeita pode interferir em todas as outras e expor o sujeito de forma a torná-lo mais vulnerável socialmente e com isso torná-lo mais suscetível ao adoecimento.

No contexto da assistência a pessoa com ferida crônica, precisa-se deixar de olhar uma ferida como um agravo que requer apenas um curativo. “O enfermeiro também precisa ser acolhido e ajudado para que pense de forma diferente este problema de saúde, o qual requer muito mais que um procedimento” (SOARES, 2012).

Cabe destacar que Florence Nightingale já declarava em seus escritos a importância dos enfermeiros serem capazes de pensar criticamente sobre o cuidado do cliente e fazer o apropriado e necessário para auxiliá-lo a se curar. A enfermagem era vista como “a que irá nos colocar nas melhores condições possíveis, para que a natureza restaure ou preserve a saúde, a fim de prevenir ou curar doença ou lesão” (McEWEN;WILLS,2009, p.357).

Os enfermeiros não especialistas, mas, com competência, desenvolvem seus potenciais cognitivos por meio de levantamentos de dados sistematizados e dos respectivos planos de cuidados e prescrições de enfermagem, em contextos teóricos específicos, que provem uma perspectiva de direcionalidade para os cuidados e para o alcance de metas. Todavia o enfermeiro especialista, além do domínio do conhecimento da situação, da teoria utilizada e das relações com outras áreas do saber, utiliza com pertinência a intuição, o raciocínio e a experiência do próprio cliente (SANTOS, 2000).

Para Cardoso e Silva (2010), o cuidado é o núcleo central de produção de atos que ocorre entre cliente e profissional e consiste no processo de recuperação da autonomia do sujeito. Neste mesmo estudo, aplicam-se os conceitos tecnológicos em saúde com o processo de cuidado, identificando o emprego de tecnologias leves e leve-duras. Evidenciou-se a valorização das relações de trabalho entre os profissionais. Utilizou-se da prática comunicativa para o alcance da integração dos agentes do processo e circulação de saberes para melhor atender o cliente.

Prestar assistência individualizada e sistematizada exige do profissional de enfermagem ver o cliente como um todo. Significa descobrir os anseios e

expectativas de cada um deles. Para tanto, é necessário que o profissional de enfermagem desenvolva uma profunda habilidade empática e uma atitude de escuta, para descobrir e valorizar o especial e o diferente existentes em cada ser humano.

Significa ainda ser solidário com o outro, valorizar o aspecto humano, prestar assistência sempre dentro de uma visão holística e estabelecer uma relação de ajuda e empatia, fazendo do conhecimento humanizado a base da profissão “Enfermagem”, contribuindo assim para a re-significação da identidade e melhora da qualidade de vida da pessoa com ferida. Esse tipo de assistência prestada a esses indivíduos pode ter efeito positivo e vir a contribuir para uma recuperação mais rápida (GERALDO, 2010).

De acordo com o estudo, a percepção do portador de úlceras crônicas traduz-se em dificuldades decorrentes do agravo pela dor, preconceito, dependência para atividades diárias e conseqüentes alterações no estado emocional. Os clientes consideram que o sentimento de dor impossibilita sua convivência em família, levando às noites sem descanso e dificuldades para deambulação, fatores que interferem desfavoravelmente na vida dessas pessoas. Frente à problemática, questiona-se sobre as ações para o alívio da dor e a inclusão da abordagem psicológica para lidar com as questões perturbadoras decorrentes da situação estressora vivenciada por portadores de feridas crônicas. Neste contexto, é relevante refletir sobre a inserção e percepção do enfermeiro (LARA et al. 2011).

#### 4.3.3. Diretrizes e protocolos

Para Borges (2005), diretrizes clínicas é um conjunto de afirmativas sistematizadas e baseadas em melhores evidências, para auxiliar os profissionais e os clientes em decisões sobre o cuidado, em circunstância específica.

##### As diretrizes clínicas no Brasil

No Brasil, a maioria das diretrizes clínicas, sejam elas formalizadas ou não em protocolos, tratam de questões ou tecnologias assistenciais e são definidas a partir de consensos e opiniões de especialistas e/ou conformações a pressão de determinados grupos de interesse... (ANSS, 2009, p. 28).

A discussão em torno de diretrizes clínicas origina-se da percepção de variações dos padrões de prática e utilização de serviços de saúde, uso inapropriado de serviços e incerteza acerca dos resultados obtidos pelo uso ou não de serviços ou procedimentos. São fatores relevantes na definição de diretrizes: relevância epidemiológica da condição, custos, potencial de mudança nos resultados de saúde, nível elevado de variação na prática e prevalência de uso de uma tecnologia (PORTELA, 2004).

As diretrizes são adaptadas às instituições por meio de protocolos, assim, “protocolo técnico é instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções” e “... de acordo com cada realidade (CTAB/COREN MG)”.

O desenvolvimento de protocolos específicos ajuda o profissional a padronizar diretrizes clínicas ou normas de condutas dirigidas e organizadas, com vistas à melhoria na assistência ao cliente portador de lesões de pele. Eles podem ser de quatro tipos: prevenção, avaliação, tratamento e de orientação aos clientes (SILVA, 2011b, p.45).

Várias são as intenções quando se pretende a elaboração de um protocolo, como é o exemplo da Gerência de Atenção Primária da cidade de Segovia - Espanha, que possui um protocolo específico para feridas crônicas, publicado em 2008 (CASTRO et al., 2008), com o objetivo geral de unificar ações e incorporar ações preventivas. Acrescenta-se também, os objetivos específicos para diminuir as alterações nas atividades de vida diária dos clientes que possuem feridas crônicas, para reduzir o tempo de cicatrização, evitar o surgimento de complicações e aumentar o conforto e a qualidade de vida das pessoas. No que diz respeito à atuação profissional, o protocolo objetiva ainda diminuir a variabilidade da prática clínica mediante práticas baseadas em evidência, além do mais, promover a adequada utilização de tecnologias sanitárias e guiar a priorização da distribuição de recursos.

Lizarraga, Sanz e Martos (2011, p.664) dizem que “uma úlcera cutânea é uma perda de substância que afeta a epiderme, a derme e, ocasionalmente, a hipoderme e que terá a cura com uma cicatriz, com extensão, forma e profundidade variáveis”. Para os mesmos autores, a úlcera é considerada crônica quando a evolução da cicatrização é maior que seis semanas, sendo exemplos as úlceras por

pressão, as vasculares, o pé diabético, as úlceras tumorais, as iatrogênicas e as neuropáticas.

Dealey (2008) traz como princípios gerais do tratamento de feridas a avaliação, o tratamento da ferida, a documentação e a avaliação da cobertura, que devem estar contidos nos protocolos institucionais.

Borges (2005), em sua tese de doutorado, apresentou evidências de diretrizes para o tratamento de úlceras venosas, a partir dos princípios do tratamento de feridas: a avaliação do cliente, a avaliação da úlcera, a documentação dos achados clínicos, a realização de cuidados com pele perilesão, a indicação de cobertura, os encaminhamentos do cliente, entre outros respectivos às úlceras venosas.

Para cada princípio do tratamento de feridas crônicas vasculares, Borges (2011) apresenta recomendações de evidências científicas no tratamento de feridas crônicas. Na “avaliação” há recomendações para coleta de história clínica completa, realização de exame físico, identificação de fatores de risco, pesquisa de etiologias, descrição de sinais e sintomas, solicitação de exames laboratoriais, definição da localização da úlcera. Posteriormente com foco na úlcera, recomenda-se avaliar sinais locais de edema e perfusão, descrever a profundidade da ferida, descrever a base e a aparência da úlcera, mensurar a área da úlcera, atentar para a redução da área, se necessário realizar coleta de material para cultura e biopsia.

A documentação dos achados clínicos tem recomendações para a documentação da história da úlcera, registros dos sinais vitais aferidos e medidas antropométricas de peso e altura e cálculo do índice de massa corpórea (BORGES, 2011).

Carpenito-Moyet (2011) recorda que historicamente, os enfermeiros acreditavam que quanto mais informações escrevessem, melhor seria o seu respaldo legal, entretanto, atualmente, isso se modificou, pois perceberam que “um sistema de documentação compreensível e dinâmico, pode registrar mais dados em menos tempo e espaço”. Acrescenta, ainda, que no caso de uma disputa legal, os registros irão representar a razoável prudência do enfermeiro e o comprometimento com a política da instituição.

Para a autora, a finalidade de maior importância da documentação é a comunicação à equipe sobre a condição e a evolução do cliente, além de definir o foco do enfermeiro e sua responsabilidade diferencial. Proporciona, ainda, a



classificação do cliente, a revisão dos cuidados, a justificativa dos custos e, finalmente, fornece dados para a revisão administrativa e legal e para a educação e pesquisa.

Nos cuidados com a ferida e ao redor da pele, Borges (2011) recomenda: limpeza com soro fisiológico, desbridamento, tratamento de dermatites e observação de reações alérgicas. Na indicação de cobertura e outras ações preventivas, a autora apresenta recomendações específicas às úlceras vasculares. E, por último, recomenda-se o encaminhamento dos clientes: depreende-se que há a necessidade de encaminhá-los para os profissionais dermatologistas, especialistas de acordo com as etiologias de base ou adjacentes, e para a realização de exames.

Em um protocolo da Instituição FHEMIG, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a solução fisiológica é utilizada para a limpeza de lesões, conforme ilustra o Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Uso de solução fisiológica para limpeza de lesões na Rede FHEMIG

## 5. Limpeza de Feridas

Consultar **APÊNDICE IV - Procedimento Operacional Padrão - Limpeza de Lesões**

### Pontos importantes:

Irrigação com o soro aquecido a 37°C para não prejudicar o processo cicatricial. Na impossibilidade de aquecer o NaCl 0,9% usá-lo em temperatura ambiente.

- Utilizar NaCl 0,9% de 250 mL. Caso a lesão demande volume maior de soro, utilizar mais de um frasco;
- Fazer limpeza mecânica (manual) da pele ao redor da ferida com gaze umedecida em NaCl 0,9%. Em caso de sujidade pode-se associar sabão líquido hospitalar, tendo o cuidado para que este não escorra para o leito da lesão;
- Não secar o leito da ferida, somente ao redor da mesma. (*Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR*).

Fonte: FHEMIG. Caderno de Protocolos Clínicos. Org.: GARCIA, G.F et al.. Belo Horizonte: FHEMIG, 2014.

Irion (2012, p.49) destaca, na avaliação do cliente, de forma complementar, o histórico social, as condições de vida e de trabalho:

O histórico social consiste em diversos fatores relacionados com a cultura, os recursos, as atividades e o sistema de apoio do indivíduo. Cada cliente tem uma combinação exclusiva desses fatores que influenciam seu risco para feridas e o prognóstico para a cura.

O autor em questão também acredita que o profissional de saúde necessita entrevistar não só o cliente, mas também a família e os cuidadores, para determinar quais os níveis de compreensão do processo pelo qual se desenvolveu a ferida e como facilitar sua regeneração (IRION, 2012).

Na avaliação específica da ferida, muitos protocolos têm adotado o “Preparo do Leito da Ferida” como subsídio e orientação para avaliação do processo cicatricial. Trata-se de uma avaliação sistemática de detecção dos possíveis fatores que interferem negativamente no processo de cicatrização. Para isso Malagutti e Kakiyara (2011, p.59) apresentam o acrônimo denominado de TIME:

“T”: tecido; avaliação quanto à presença de tecidos desvitalizados

“I”: presença de infecção ou colonização

“M”: desequilíbrio da umidade

“E”: borda da ferida

“Após a avaliação do leito e bordas das feridas crônicas, devemos realizar as condutas terapêuticas adequadas para remoção ou diminuição das barreiras que prejudicam a cicatrização” (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011, p.60).

A ferramenta TIME favorece, ainda, o raciocínio do enfermeiro acerca da indicação de cobertura para a ferida. No entanto, o processo de escolha do curativo ideal perpassa por outras questões; uma delas é a responsabilidade da enfermagem com relação à divisão técnica do trabalho. Malagutti e Kakiyara (2011, p.628) alertam que:

A indicação e aplicação de produtos no leito da ferida sem a prescrição do enfermeiro é uma ação ilegal e antiética, sendo passível de punição jurídica em ação autônoma competente e sanção junto ao COREN e quando o enfermeiro não realiza a prescrição ou simplesmente delega a indicação de produtos, seja por negligência ou imperícia, não se exime da responsabilidade frente aos efeitos indesejáveis, uma vez que a prescrição de cuidados de enfermagem e medicações é privativa, segundo a Lei do Exercício Profissional.

Outro ponto a ser considerado é acerca da ética do cuidado com as feridas crônicas, que deve seguir pelos princípios éticos de não-maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. A não-maleficência, como a própria palavra diz, é não fazer mal ao próximo. No contexto do cuidado com as feridas crônicas, “o portador de feridas necessita de uma assistência contínua, livre de negligência, imperícia e imprudência” (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011, p.628).

Os mesmos autores continuam discorrendo sobre os princípios éticos, e a Beneficência, por sua vez, significa fazer o bem ao próximo, prestar cuidado humanizado e integral. Em seguida tratam do Respeito à Autonomia, o qual implica no respeito aos interesses e direitos do cliente e consiste em planejar o cuidado, considerando a vontade, a crença e os valores morais do cliente. Por fim, ponderam sobre a Justiça, que requer a distribuição justa, responsável, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. Neste, no planejamento do cuidado, considera-se a alocação de recursos, a necessidade e o acesso aos bens considerados finitos e escassos.

De forma geral, os curativos têm finalidades que também devem ser consideradas no processo de escolha da cobertura, que são: oferta de nível adequado de hidratação, isolamento térmico do resfriamento por evaporação, leito da ferida livre de material estranho e de tecido necrótico, manutenção do controle de bactérias (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011).

Outros critérios são: o conforto do cliente, a dor, o estresse e a insegurança; com relação à técnica de aplicação, também se avalia quanto à sua adaptabilidade ao leito da ferida, a permanência do curativo, a facilidade de remoção e se a equipe está treinada na aplicação; o critério efetividade, no qual se observa se a cobertura está adequada para o estágio ou grau, se promove evolução na cicatrização, se há contraindicações; e os custos unitários e gerais das coberturas (DEALEY, 2008).

Em virtude de todas as variáveis a serem consideradas no processo de escolha da cobertura adequada ao tratamento de feridas crônicas, torna-se imprescindível que os serviços de saúde tenham a disponibilidade dos variados tipos de coberturas e outros materiais que atendam a necessidade do cliente, ou seja, estejam centrados no usuário.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) lançou recentemente uma atualização do seu Caderno de Protocolos Clínicos (FHEMIG, 2014). Ele apresenta dois protocolos de feridas hospitalares, que padronizam o uso de coberturas especiais e demais ações do cuidado com feridas. Cabe ressaltar nesta fundamentação, que o Quadro 5 - Produtos Padronizados para tratamento de lesões na Rede FHEMIG, ao demonstrar as coberturas especiais referidas, assim como a sua descrição, indicação, contra-indicação é um exemplo de avanço no cuidado com feridas, pois disponibiliza o acesso do usuário às tecnologias de acordo com sua necessidade. Ademais, serve para esta pesquisa como caracterização das

coberturas, apesar de neste rol, não estarem contempladas todas as tecnologias regulamentadas para uso no Brasil, como segue:

**Quadro 5 - Produtos Padronizados para tratamento de lesões na Rede FHEMIG**

<b>Produto para Prevenção de Lesões</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicação</b>	<b>Contra-indicação</b>
<b>A.G.E (ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS)</b>	Solução protetora cutânea. Componente: ácidos graxos; composto por ácido linoléico, caprílico, láurico e capróico, lecitina de soja, vitaminas A e E.	Manutenção da integridade da epiderme; hidratação de pele íntegra.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. <b>Utilizar apenas em pele íntegra.</b>
<b>FILME TRANSPARENTE NÃO ESTÉRIL</b>	Cobertura de poliuretano transparente, não estéril, adesivo utilizado para cobertura secundária.	Proteção de pele íntegra.	Feridas abertas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>PROTETOR CUTÂNEO</b>	Cobertura em spray; Solução protetora cutânea, polimérica, difundida em solvente não citotóxico, não alcoólico e não gorduroso, composto de emoliente.	Proteção cutânea para pele íntegra. Oferece proteção contra-irritações de pele decorrentes de incontinência urinária e fecal e danos causados pelos adesivos em curativos repetitivos. Proteção da pele ao redor de ostomias, fístulas e feridas drenantes.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Não utilizar em pele não íntegra.
<b>PROTETOR CUTÂNEO CREME BARREIRA</b>	Solução protetora cutânea; Creme barreira durável; agentes emolientes e umectantes; permite a adesão de fitas e produtos adesivos.	Nos casos de incontinência urinária e fecal; na prevenção de dermatites. Proteção sob adesivos. Fornece proteção única e duração prolongada contra fluidos corporais, ao mesmo tempo que hidrata e condiciona a pele. Indicado para prevenção de dermatite associada a Incontinência (DAI) e assaduras.	Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula. Não utilizar em pele não íntegra.
<b>Produto para Tratamento de Lesões</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicação</b>	<b>Contra-indicação</b>
<b>ALGINATO DE CÁLCIO/SÓDIO ESTÉRIL</b>	Cobertura de ferimento, absorvente, composto de um polímero em fibras de alginato de cálcio e/ou sódio, em placa resistente a tração, não adesiva e não oclusiva.	Lesões abertas com exsudato de moderada a grande quantidade; presença de cavidades sangrantes, com ou sem infecção; deiscências cirúrgicas; úlceras por pressão - estágio III e IV, neurotróficas ou venosas.	Lesões com perdas teciduais superficiais, com ou sem presença de exsudato; feridas superficiais com predomínio de tecido necrótico. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>BANDAGEM ELÁSTICA AUTO- ADERENTE</b>	Bandagem composta de algodão e rayon com adesivo borracha permeável.	Indicada para fornecer compressão (pós-cirúrgico ou não), imobilização, suporte externo, fixação de curativos ou catéteres; auxílio na drenagem linfática, ativação de sistema analgésico e endógeno, além de	Úlceras arteriais ou mistas. Presença de infecção ou miíase. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.

		regeneração tecidual.	
<b>BANDAGEM ELÁSTICA AUTOCOMPRESSIVA</b>	Bandagem elástica autocompressiva, composta de algodão e rayon, com elasticidade e dois dispositivos de fixação.	Tratamento de úlceras de estase venosas ;edemas de MMII.	Úlceras arteriais ou mistas; presença de infecção ou miíase .Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>BOTA DE UNNA</b>	Algodão de trama aberta, impregnada com pasta contendo óxido de zinco a 10%, água destilada, glicerol, álcool, cetostearílico, cetomacrogol, óleo mineral, goma de guar, goma de xantina, metil-para-microxiloenoato e propil-para-hidroxiloenoato.	Tratamento de úlceras venosas e edemas linfáticos; eczema; tromboflebite.	Úlceras arteriais; sensibilidade aos componentes; úlceras mistas; presença de infecção ou miíase. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>COBERTURA COM POLI-HEXAMETILENO BIGUANIDA</b>	Cobertura primária, composta por poli-hexametileno biguanida.	Feridas com sinal de infecção, infectadas, criticamente colonizadas, crônicas, cavitárias.	Feridas limpas com baixo exsudato. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>COBERTURA ESTÉRIL DE FIBRA DE VISCOSE</b>	Confeccionado em película de poliéster/face perfurada de poliuretano.	Feridas com excesso de exsudato, infectadas, em substituição à gaze ou compressa tradicional.	Feridas com pouco ou moderado exsudato. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>PLACA DE COLÁGENO E ALGINATO DE CÁLCIO</b>	Estéril, macia, flexível, altamente absorvente, indutora de cicatrização, composta por 90% de colágeno com cadeia de tripla hélice e 10% de alginato de cálcio.	Feridas que requeiram reparação tecidual tanto em lesões agudas como em crônicas; áreas doadoras e receptoras; feridas exsudativas.	Vasculite ativa. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.

<b>ESPUMA DE POLIURETANO</b>	Hidropolímero hidrocélular, composto de camada externa de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias, permitindo troca gasosa.	Feridas com perda tecidual profunda parcial ou total; feridas com presença de cavidades (utilizada na forma de enchimento); úlceras de pressão, arteriais e venosas.	Feridas com perda tecidual superficial com predomínio de tecido necrótico; ausência de exsudato. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>ESPUMA DE POLIURETANO COM IBUPROFENO</b>	Espuma de poliuretano, impregnada com ibuprofeno 0,5 mg/cm <sup>2</sup> , com dispensação sustentada, não adesivo, recoberto por filme de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias.	Úlceras de pernas de diversas etiologias ;úlceras por pressão; queimaduras superficiais e 2º grau; áreas doadoras; feridas pós operatórias; feridas superficiais e abrasões.	Lesões infectadas. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>ESPUMA DE POLIURETANO COM PRATA</b>	Espuma de poliuretano, impregnada com íons de prata, com dispensação sustentada, e sistema regulador e controlador de umidade, recoberto por filme de poliuretano impermeável a líquidos e bactérias.	Feridas infectadas com alta exsudação e odor;	Lesões com pouca ou nenhuma exsudação. Hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>FILME TRANSPARENTE ESTÉRIL</b>	Película transparente estéril de poliuretano, tipo barreira, permeável a gás, vapor e bactérias, permitindo oxigenação da ferida e impermeável à água.	Fixação de cateteres vasculares; coberturas de incisões cirúrgicas limpas sem presença de exsudato; proteção de escoriações; prevenção de úlceras por pressão estágio I ;cobertura de áreas doadoras de enxerto e abrasões; cobertura secundária.	Feridas com exsudato e infectadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>GAZE NÃO ADERENTE IMPREGNADA COM PETROLATUM</b>	Cobertura estéril não aderente, estéril, em tela de malha impregnada com petrolatum.	Queimaduras superficiais de 2º grau; áreas cruentas pós-trauma ou ressecção cirúrgica; feridas com formação de tecido de granulação; áreas doadoras e receptoras de enxertos dermcutâneos.	Feridas secretivas/infectadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>HIDROCOLÓIDE PLACA</b>	Cobertura estéril composta de carboximetilcelulose sódica, recoberto por uma película de poliuretano, permeável ao vapor úmido e impermeável a agentes de comunicação, oclusivo.	Prevenção e tratamento de feridas abertas não infectadas, com pouco a moderado exsudato; feridas com tecido necrótico; áreas doadoras de pele.	Feridas infectadas, altamente exsudativas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.

<b>HIDROGEL</b>	Hidrogel amorfo, transparente, composto por carboximetilcelulose, propilenoglicol e água.	Remoção de tecido desvitalizado em feridas superficiais e profundas. Pode ser usado em feridas infectadas.	Pele íntegra e lesões fechadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>HIDROGEL COM ALGINATO</b>	Hidrogel amorfo composto de alginato de cálcio e/ou sódio e propilenoglicol.	Úlcera por pressão, úlceras de estase venosa e arterial, cortes, abrasões e lacerações. Remoção de crostas e tecidos desvitalizados, proteção de tecido de granulação.	Pele íntegra e lesões fechadas. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>MEMBRANA DE CELULOSE</b>	Cobertura não aderente, acetato decelulose. Tela de malha impregnada com parafina e petrolatum.	Para os tratamentos preventivo e curativo de lesões resultantes da perda do epitélio, especialmente as com grande potencial de infecção, que sejam caracterizadas como ferimento superficial ou profundo da pele, com exsudação abundante ou escassa.	Associação com produtos oleosos, pomadas, cremes ou gel sob a membrana. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.
<b>PRATA NANOCRISTALINA</b>	Cobertura de ação antimicrobiana, não aderente, flexível, composto por prata nanocrystalina, uma camada central de rayon e polietileno.	Úlceras venosas, úlceras diabéticas; receptores de enxerto e feridas infectadas.	Não deve ser associada a outros produtos de base oleosa. Pacientes com hipersensibilidade a algum componente da fórmula.

Fonte: FHEMIG. Caderno de Protocolos Clínicos. Org.: GARCIA, G.F et al.. Belo Horizonte: FHEMIG, 2014.

Para FHEMIG (2014, p.668), “é indispensável que os profissionais envolvidos com o tratamento de feridas estejam acompanhando os avanços nesta área, conciliando, adequando e introduzindo novos métodos e conceitos alternativos às tecnologias existentes.”

Destacam-se as iniciativas da FHEMIG, expostas na padronização de coberturas especiais e na elaboração de protocolos, que representam instrumentos essenciais para a concretização do cuidado de qualidade e seguro.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Delineamento da Pesquisa

Almejou-se aproximar do enfermeiro e seu contexto de trabalho e, através da pesquisa científica, obter das falas a sua percepção e a expressão desafios no cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas. Destarte, tornou-se necessário uma aproximação, que foi possível ao realizar-se uma pesquisa de natureza qualitativa, ou seja, com base na “partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível” (CHIZZOTTI, 2011, p. 28).

Além do mais, vislumbrando um melhor aproveitamento dos dados, a pesquisa é descritiva, uma vez que apresenta como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2011), que na presente pesquisa se trata da percepção dos enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas na atenção primária à saúde.

### 5.2 Cenário

O cenário constituiu-se de Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), em um município da Zona da Mata Mineira. O município apresenta uma população de 516 mil habitantes, segundo dados estatísticos do IBGE (2010). Na última estatística realizada, a população idosa era de 70 mil, representando o percentual de 13,57 % do total da população.

Assim, a demografia do município é relevante para esta pesquisa e para o planejamento da atenção às feridas crônicas, uma vez que a maior prevalência destas, segundo os estudos apresentados, ocorre na faixa etária a partir dos 60 anos, e vivenciamos o aumento da longevidade na realidade brasileira.

A escolha do cenário foi, primeiramente, motivada pela pesquisadora, por ser a porta de entrada preferencial do usuário do SUS e a de maior vínculo deste e da comunidade com o profissional. Na UAPS, o profissional tem a oportunidade de acompanhamento do usuário por tempo prolongado, que é característico do cuidado com a ferida crônica. Dessa forma, estes profissionais também são capazes de, no



exercício do cuidado, compartilhar as dificuldades e facilidades do tratamento de feridas crônicas no município. Ademais, as características de vínculo e acesso do usuário às UAPS podem contribuir para o alcance do cuidado integral.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde, no município de estudo, estão divididas entre UAPS tradicionais e UAPS com Estratégia de Saúde Família. Na presente pesquisa, não houve critério de seleção relacionado com esta característica, mas buscaram-se contextos, nos quais o cuidado de enfermagem com feridas crônicas era prestado.

Para a pesquisa foram abordadas seis Unidades de Atenção Primária de Saúde, que abrangem cinco regiões sanitárias do município de estudo. Das UAPS, duas são tradicionais e quatro possuem Estratégia de Saúde da Família. Na maioria das UAPS, no mínimo dois enfermeiros participaram deste estudo.

### 5.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros atuantes no cuidado a pessoas com feridas crônicas nas UAPS, ou seja, com experiência e/ou envolvidos no cuidado com feridas, pois, julgou-se que estavam na posição de revelar as questões da pesquisa relativas a esta prática profissional.

Para a seleção dos participantes, foram considerados os critérios de elegibilidade: ser enfermeiro atuante no cuidado a pessoas com feridas crônicas; enfermeiros de ambos os sexos, todas as raças, crenças e cor de pele; que concordassem em participar como voluntários não remunerados; que externassem sua aquiescência em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram considerados critérios de exclusão de participação da investigação: enfermeiros que estivessem em férias ou afastados do serviço no período de coleta de dados.

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos com os supervisores das UAPS, com os quais se agendava uma reunião de apresentação do estudo. Posterior à reunião o supervisor referenciava o primeiro enfermeiro e este referenciava a pesquisadora a outros. Foram buscados a participar da pesquisa 17 enfermeiros, dos quais 02 foram excluídos por estarem de férias e 04 recusaram a participação, sendo o total de 11 o número final de participantes desta pesquisa.

Foram abordados todos os enfermeiros que cuidavam de pessoas com feridas crônicas das UAPS, que foram cenários da pesquisa. A maioria dos enfermeiros fez referência aos enfermeiros especialistas em Estomaterapia, que na opinião da maioria deles e, apesar de exercerem função como enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, detêm conhecimento e têm participação ativa nos fóruns de discussão sobre assistência às feridas na atenção primária de saúde do município. A saturação foi atingida quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa.

#### 5.4 Procedimentos para coleta de dados

Na técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. No instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) para a entrevista, foram contemplados os objetivos propostos pelo estudo através das questões norteadoras acerca do cuidado a pessoas com feridas crônicas na APS.

As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico MP4 e posteriormente transcritas, digitadas e arquivadas em meio físico, impressas, e em meio informatizado, no Software de apoio para análise instalado no computador da pesquisadora.

Para Trivinos (2011, p.146), a entrevista “valoriza a presença do investigador e ao mesmo tempo oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”. A interação entrevistado e entrevistador também é destacada por Haguette (2001, p.86) ao referir que “a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas”.

#### 5.5 Tratamento dos dados coletados

No percurso analítico desta pesquisa, adotou-se a técnica da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011), com o intuito de uma compreensão mais profunda do conteúdo das falas dos participantes a respeito do cuidado a pessoas com feridas crônicas.

Para Bardin (2011, p.48), a análise de conteúdo é conceituada como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas).

Segundo a mesma autora, as fases da análise de conteúdo estão em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Na primeira fase da análise de conteúdo iniciou-se a definição de unidades de significação e formação inicial das categorias teóricas. Para subsidiar esta etapa de pré-análise das entrevistas transcritas, buscou-se apoio do Software denominado “Atlas Ti 6.2”, que é um instrumento informatizado de apoio para a organização e processamento das informações e validação do processo. Neste software, a pesquisadora realizou a criação da Unidade Hermenêutica que é o conjunto de documentos primários a serem analisados, que neste caso foram as onze entrevistas transcritas. Após a leitura integral dos documentos primários do tipo flutuante e exaustiva, foram atribuídos códigos às citações.

No segundo pólo cronológico, seguiu-se para a categorização em “memos”, ou seja, os códigos foram organizados em grupamentos à luz do objetivo do estudo, sugerindo-se uma formação de categorias. Nesta fase, a pesquisadora elaborou indicadores quantitativos para fundamentar e validar o processo analítico, preconizado no método, como segunda fase e denominada por Bardin (2011) como descrição analítica. São eles:

- O número de códigos encontrados;
- O número de citações relacionadas;
- Os códigos com maior frequência nas falas, sendo que nesta pesquisa os mais frequentes se apresentaram acima de cinco citações;
- Os códigos com maior densidade de palavras (acima de 100 palavras);

Foram atribuídos ao corpus 58 códigos e 181 citações relativas, com variação na distribuição entre os códigos. Os mais frequentes, e ao mesmo tempo com maior densidade de palavras, permitiram nortear a formação das categorias,

que estão de acordo com o objetivo almejado na pesquisa. Para Chizotti (2011, p.117), a eleição das categorias deve estar claramente definida, e serem pertinentes aos objetivos pretendidos na pesquisa, a fim de condensar um significado a partir de unidades vocabulares. Os demais códigos tiveram uma distribuição variada com as citações e também foram incluídos nas categorias, agregando-lhes valor na discussão das mesmas.

No terceiro pólo cronológico, seguiu-se para o tratamento dos dados e realizou-se a análise inferencial relacionando os dados com a literatura. Em decorrência deste processo, emergiram duas categorias, sendo que a primeira apresenta quatro subcategorias que foram apresentadas como resultados e discussões.

#### 5.6 Procedimentos éticos

A presente pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466 CNS/MS (BRASIL, 2012) e foi cadastrada na Plataforma Brasil. Posteriormente, foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e aprovada através do parecer número 481.952 em 05 de Dezembro de 2013 (ANEXO A).

## **6 RESULTADOS e DISCUSSÕES**

Primeiramente, apresenta-se uma análise das características dos participantes da pesquisa a fim de contribuir para o conhecimento dos enfermeiros participantes e reforçar a intenção metodológica de buscar aqueles com atuação e experiência no cuidado com feridas crônicas.

Posteriormente, apresentam-se os resultados deste estudo, analisados a partir das etapas da análise de conteúdo, as quais permitiram a produção de duas categorias, a Categoria 1- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Assistir e a Categoria 2- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Participar Politicamente.

### **6.1 Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa**

As características dos enfermeiros participantes da pesquisa, apresentadas no Quadro 6, se referem ao sexo, realização de pós-graduação, áreas de atuação profissional, função profissional atual, e tempo de exercício profissional no atual serviço.

Quadro 6- Caracterização dos enfermeiros entrevistados das UAPS do município da Zona da Mata Mineira, 2014

Características	Quantitativo de enfermeiros participantes	
	nº absoluto	Nº percentual
<b>SEXO</b>		
Feminino	10	90,91%
Masculino	01	9,09%
<b>ÁREAS DE REALIZAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO</b>		
Saúde da Família	07	63,63%
Enfermagem em Estomaterapia	03	27,27%
Centro de Tratamento Intensivo	03	27,27%
Unidade de Tratamento Intensivo Neopediátrica	01	9,09%
Enfermagem do trabalho	01	9,09%
Gestão de Serviços de Saúde, Auditoria e Acreditação	01	9,09%
Mestrado em Enfermagem	01	9,09%
Mestrado em Saúde Coletiva	01	9,09%
Nenhuma	02	18,18%
<b>ÁREAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
Atenção básica- Estratégia Saúde da Família	08	72,72%
Atenção básica- UBS tradicional	03	27,27%
Atenção hospitalar – CTI	02	18,18%
Atenção hospitalar – geriatria	01	9,09%
Atenção domiciliar	01	9,09%
Escola de Enfermagem	01	9,09%
Serviço de Urgência	01	9,09%
Serviço especializado de cardiologia	01	9,09%
<b>EXERCÍCIO PROFISSIONAL ATUAL</b>		
Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família	08	72,72%
Enfermeiro da UBS tradicional	02	18,18%
Enfermeiro da UBS tradicional e gerente	01	9,09%
<b>ESPECIALIDADE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL ATUAL</b>		
Enfermeiro da ESF com pós-graduação em Saúde da Família	06	75%
Enfermeiro da UBS tradicional com pós-graduação em Saúde da Família	01	33,33%
Enfermeiro da ESF com pós-graduação em Estomaterapia	03	37,5%
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO ATUAL SERVIÇO</b>		
< 2 anos	04	36,36%
2 a 10 anos	05	45,45%
>10 anos	02	18,18%

Fonte: elaborada pela pesquisadora. Juiz de Fora (2014)

Em um estudo sobre o perfil da enfermagem brasileira desenvolvido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2010), evidenciou-se que, nas unidades assistenciais em saúde, o sexo feminino é predominante na enfermagem no Brasil, constituindo-se de 87,20%. O grupo de participantes da pesquisa, confirmou esta predominância com 90.9% de mulheres. Não há estudos que sustentem algum impacto dessa característica com relação ao cuidado com feridas crônicas, apesar de o sexo feminino, em si, possuir determinações na realidade brasileira:

A enfermagem no Brasil é uma profissão predominantemente feminina e assim traz consigo as delícias e dores que nos identificam enquanto gênero: múltiplas jornadas de trabalho, baixos salários e inadequadas condições de trabalho. Em contrapartida devolvemos responsabilidade, envolvimento afetivo e compromisso social (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ, 2011, p.253).

No que se refere à atuação profissional, conforme também mostra o Quadro 01, a maioria dos enfermeiros participantes já teve experiência anterior em outros níveis e estabelecimentos de assistência em saúde, sobre os quais se infere que conheçam outros contextos ou níveis de complexidade do cuidado em saúde.

Os enfermeiros participantes da pesquisa atuavam na atenção primária à saúde, sendo que 03 ou 27,27% exerciam atividades em UAPS tradicional e 08 ou 72,72% exerciam atividades em UAPS com Estratégia Saúde da Família.

A maioria dos enfermeiros participantes buscou aperfeiçoamento profissional, alguns possuindo mais de uma pós-graduação na enfermagem. Esta característica sugere que são profissionais pró-ativos, supondo que buscam o conhecimento para a melhor contextualização e desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Há uma predominância para a especialização em Saúde da Família, seguida pela de Estomatoterapia e Unidade de Terapia Intensiva na mesma proporção. Uma participante tem especialização na área de gestão e qualidade.

Assim confirma Valente, Viana e Neves (2010, p.11):

A especialização tem efetivamente contribuído para a prática do enfermeiro à medida que possibilita a sua formação em diferentes áreas do conhecimento. No que tange à assistência, sem sombra de dúvida a sua contribuição é imensurável, pois possibilita que as pessoas sejam assistidas com competência. Portanto disponibiliza à sociedade enfermeiros interessados, experientes e habilitados às

necessidades humanas segundo a realidade e capazes de superar as dificuldades práticas de saúde junto à população com conhecimento e sensibilidade.

Do total de participantes, o Quadro 6 mostra que, apenas dois enfermeiros que atuavam no PSF não eram especialistas em saúde da família e, dos que atuavam na UAPS tradicional, um era especialista em Saúde da Família.

Um estudo do perfil dos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família destaca que a realização de curso de especialização em saúde da família não significa que o enfermeiro tenha toda a competência nesta área técnica, mas esta formação tem se mostrado importante, como uma oportunidade de qualificação, reciclagem, aquisição de conhecimentos não obtidos na graduação, trazendo contribuições para a prática profissional (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Com relação à especialidade de Enfermagem em Estomaterapia, três enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família a realizaram. Paula e Santos (2003) afirmam que o significado de ser especialista engloba inúmeras representações positivas que remetem à valorização e reconhecimento deste profissional com posição de destaque nas áreas temáticas de formação, apresenta-se em busca constante de capacitação, com vontade de crescer e disponível ao repasse de conhecimentos, e, dentre outras características, traz qualidade para a assistência. Os enfermeiros participantes especialistas em estomaterapia demonstraram em suas falas um grande envolvimento com as pessoas com feridas crônicas e com as questões relativas à assistência de feridas na atenção primária do município de estudo. Confirmaram ainda a posição de destaque no conhecimento sobre feridas, reconhecida pelos demais enfermeiros caracterizada pela busca de referência para discussão dos casos e avaliação de pacientes. Ademais, confirmaram a disponibilidade no repasse de conhecimentos.

Conforme o Quadro 6, a maioria dos participantes apresenta o tempo de atuação de dois a dez anos no atual serviço, o que permite inferir que a maioria conhece o contexto e o processo de trabalho local e podem apresentar diferentes níveis de experiência com a assistência a pessoas com feridas crônicas. No entanto a obtenção de experiência pode não estar relacionada somente ao tempo de trabalho local, mas depender do envolvimento do profissional e do perfil da população adscrita à UAPS e assistida, na visão da pesquisadora.



## 6.2 Categorias elencadas

A partir das falas dos participantes e do processo de análise de conteúdo, apreendeu-se que os enfermeiros participantes apontaram para questões relativas aos componentes do processo de trabalho em enfermagem no contexto do cuidado a pessoas com feridas crônicas.

Para a formação das categorias, à luz do objetivo deste estudo e da interpretação analítica de Bardin, tomou-se como referência a abordagem de Sanna (2007) sobre o Processo de Trabalho em Enfermagem, que se constitui de cinco tipos, a saber: Administrar, Assistir, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente. Contudo, em especial neste estudo, emergiram dois tipos de processos de trabalho de Sanna, que foram o Assistir e o Participar Politicamente.

Para melhor situar na apresentação dos resultados, reapresenta-se a seguir as categorias e subcategorias:

Categoria 1- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do assistir, na qual as falas dos enfermeiros participantes contemplaram suas percepções, dificuldades e estratégias relativas aos componentes do processo de trabalho em enfermagem “assistir” na atenção primária à saúde.

Categoria 2- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Participar Politicamente, na qual as falas permitiram identificar os desafios dos enfermeiros no desenvolvimento do processo de trabalho em enfermagem com participação política.

### **6.2.1 Categoria 1- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do assistir**

Tendo como referencial os componentes do processo de trabalho em enfermagem, citados anteriormente por Sanna (2007), esta categoria receberá as seguintes subcategorias: Subcategoria 1- O objeto e o agente do processo de trabalho em enfermagem; Subcategoria 2- Instrumentos do processo de trabalho em

enfermagem; Subcategoria 3- Métodos do processo de trabalho em enfermagem; e Subcategoria 4- Finalidade e produto do processo de trabalho em enfermagem.

#### 6.2.1.1 Subcategoria 1 - O objeto e o agente do processo de trabalho em enfermagem

Com maior frequência de citações “o cuidar de pessoas com feridas crônicas” apresentou-se com a tônica de ser o objeto de trabalho do enfermeiro na assistência a pessoas com feridas crônicas na APS, representado nas falas por suas características essenciais e enfrentamentos atuais no município de estudo.

O componente “agente” do cuidar de pessoas com feridas crônicas foi abordado pelo enfermeiro neste estudo, com destaque para a compreensão de sua competência e a identificação de outros agentes do cuidado a pessoas com feridas crônicas na APS, embora alguns inexistentes e outros sem ocupar a função na especialidade de formação na rede de assistência do município de estudo.

Para Sanna (2007, p.222), o objeto do processo de trabalho se constitui naquilo sobre o qual se trabalha para ser transformado pela ação do ser humano em produto ou serviço, e a dimensão assistir em enfermagem “tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades”.

No que se refere ao cuidado com feridas crônicas, o objeto do processo de trabalho em enfermagem se traduz no cuidado demandado pela pessoa com ferida crônica, considerando suas dimensões física, psicológica, social e espiritual nos contextos individual, familiar e comunitário.

Segundo a percepção dos participantes da pesquisa, o ser-cuidado ou a pessoa com ferida crônica é um ser integral e que, portanto, demanda um cuidado integral para ter suas necessidades atendidas. As falas a seguir ilustram essa percepção:

Tem que acompanhar o paciente como um todo. A partir do momento que nós começamos a tratar dele, da anemia e da questão do alcoolismo, a ferida começou a cicatrizar. (E6)

O cuidado é integral, não é só fazer o curativo, mas também é verificar a alimentação, a doença de base, o alcoolismo e outras coisas, por exemplo, quando não traz a pomada para o curativo, porque não teve dinheiro pra comprar. (E7)

Geralmente são pessoas que têm uma série de problemas de saúde... Às vezes, a ferida é o que menos interessa pra elas. (E2)

Traldi (2004, p.117) está de acordo com essa concepção do enfermeiro ao afirmar que “o tratamento de feridas deve ir além dela, observando o cliente como um todo, de forma holística, tentando identificar os fatores desencadeadores do processo para intervir, dentro das possibilidades, em cada um deles.”

Cabe ressaltar que, o usuário, além da necessidade de curativo, pode ter doenças de base, hábitos de vida prejudiciais à saúde, nutrição alterada para menos do que as necessidades corporais, dificuldades financeiras, sociais, que superam a atuação do enfermeiro e demandam a atuação de outros profissionais de saúde.

Foi observado, ainda, pelos participantes que o aspecto emocional alterado também pode estar presente, segundo as falas:

As pessoas com feridas crônicas são bem carentes. É complicado lidar com elas, porque não é só o lado da ferida, tem o lado emocional que interfere. (E1)

O aspecto emocional encontra-se amparado na visão de Silva et al. (2011a, p. 594), quando afirmam que a pessoa portadora de lesões crônicas encontra-se fragilizada por estar com dores, odores e secreções, que persistem por um tempo prolongado de tratamento, diminuindo sua autoestima.

Com o conhecimento de que a maioria dos agravos na saúde, por menor que seja, podem atingir variadas dimensões no ser humano, cabe ressaltar que elas se apresentam de forma muito particular em cada indivíduo. Cada um apresentará suas demandas e necessidades relativas ao agravo.

Para ilustrar, têm sido desenvolvidos estudos demonstrando as singularidades destes agravos, relativos ao gênero feminino e masculino. Um estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas vasculares crônicas na mulher aponta para singularidades relativas ao gênero, como subsídio para o enfermeiro no planejamento do cuidado adequado a especificidades do cotidiano

feminino. Há uma tônica no aspecto estético, no acometimento da autoestima e também na necessidade de desenvolvimento do autocuidado (SILVA, 2012).

Por outro lado, no gênero masculino as abordagens referentes ao trabalho e a sexualidade precisam ser contempladas pela equipe multiprofissional que atua no cuidado ao homem com úlcera venosa crônica (UVC), dada a valorização destes aspectos pelo mesmo. Assim, Sanna (2007, p.222) afirma que “o trabalho em saúde por ser muito complexo e atender a necessidades vitais, literalmente, é compartilhado por vários agentes”.

Os participantes ressaltaram que, sobretudo E11, a composição de uma equipe multidisciplinar é essencial para atender as necessidades de cuidado integral da pessoa com ferida crônica e põem em questionamento o seguimento do cuidado, conforme apreendeu-se na fala:

Acho imprescindível o acompanhamento multidisciplinar, pois vejo clientes na APS que precisavam de um suporte nutricional, do fisioterapeuta, principalmente com relação a calçado. Temos a situação de três clientes com amputação de pé, por diabetes. Eu estou com foco no cuidado com a ferida e depois que cicatrizar pra onde vou encaminhar? O cliente vai ficar solto, eu não tenho um local para referenciar, onde eles pegassem uma opinião, uma avaliação e retornassem. (E11)

Dealey (2008, p.168) compartilha deste pensamento, afirmando que o tratamento das feridas crônicas é complexo e exige cuidado especializado, que pode ser realizado de forma melhor, se ministrado por uma equipe multidisciplinar.

Apreende-se ainda, da fala de E11, que, na APS do município de estudo, a pessoa com ferida crônica, embora necessite de uma equipe multidisciplinar para o cuidado integral, não tem acesso aos demais profissionais além do enfermeiro e o médico generalista de sua equipe. Há um apelo do enfermeiro pela falta de referência que imprime no seu contexto de trabalho um sentimento de sobrecarga e de limitação do direito do usuário à saúde, de ter acesso ao tratamento adequado.

Em seguimento, observou-se que a parcela do trabalho em saúde é destaque na atuação do enfermeiro no que concerne à sua competência para o cuidado com feridas crônicas, pois, sendo especialista ou não na área de feridas, foi reconhecido como agente do processo de trabalho em enfermagem no contexto das feridas crônicas, como mostra nas falas a seguir:

O enfermeiro tem que abraçar essa causa. O tratamento de feridas é

histórico da enfermagem, inclusive o curativo (E2).

Eu vejo que é algo próprio da enfermagem, porque é um cuidado que tem de ser continuado. (E4)

As afirmativas inseridas nas falas se amparam em Brito et al. (2013, p. 418), que consideram o cuidado de enfermagem com feridas como área de atividade do cotidiano do enfermeiro e ao mesmo tempo “um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística”.

Além do mais, Malagutti e Kakihara (2011, p.628) sustentam que o enfermeiro é o responsável legal da atividade de enfermagem e lhe cabe coordenar a equipe de enfermagem, conduzir e viabilizar o processo de cuidado.

Tomando por base os pensamentos dos autores citados anteriormente, é atribuída a responsabilidade da sala de curativos e o tratamento de lesões ao profissional enfermeiro, não somente pela supervisão de enfermagem com a presença do técnico de enfermagem que realiza procedimentos de curativo, mas por sua formação acadêmica e atribuição legal, que no estado de Minas Gerais é amparada pela Deliberação COREN-MG 65/00, que dispõe sobre as competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

Nesta mesma Deliberação, dispõe-se sobre as atribuições do técnico de enfermagem, que na presente pesquisa é referenciado pelos enfermeiros participantes em suas falas:

Eu tenho alguns clientes com curativos mais complexos que eu assumo. Os outros curativos, geralmente, o técnico de enfermagem realiza e eu faço indicação da conduta e supervisão. (E2)

Na equipe de saúde da família, fazemos busca ativa, eu e a técnica de enfermagem para acompanhar os curativos. Ou quando eles podem vir à UAPS, faço a supervisão desse cuidado com feridas. (E8)

Nesse contexto, Malagutti e Kakihara (2011, p.628) sustentam que “o técnico de enfermagem participa do processo administrativo e presta cuidados como membro de uma equipe, junto ao enfermeiro.”

Diante das falas e dos autores, infere-se que o enfermeiro tem o profissional técnico de enfermagem em sua equipe, atuando de forma coerente com suas atribuições legais e promovendo parceria como agente no processo de cuidar de pessoas com feridas crônicas na APS.

Atualmente, o cuidar de feridas crônicas tem desafiado os profissionais generalistas para a busca de conhecimento, haja vista o avanço rápido de tecnologias para o tratamento de lesões, com benefícios comprovados de conforto, redução do tempo de tratamento, resolubilidade e custos. E na busca desse conhecimento especializado, tem-se configurado outro agente do processo de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas crônicas, que é o enfermeiro estomaterapeuta, especialista com conhecimento, treinamento e habilidade para o cuidado de qualquer tipo de ostomizado e de portadores de fístulas, feridas agudas e crônicas e incontinências anal e urinária. Esta especialidade foi estabelecida pelo World Council of Enterostomal Therapists (WCET) a partir de 1980 (WCET, 2000).

Dentre os participantes da pesquisa, três são enfermeiros estomaterapeutas, e na fase pré-analítica dos dados, foram identificados como os participantes que contemplaram com o maior número de citações, ou seja, tiveram em suas falas a abrangência de várias questões acerca da assistência a feridas crônicas. Com relação à densidade este grupo também se destacou, com maior volume de palavras. Acredita-se que esse achado reflita o aperfeiçoamento do conhecimento na busca pela especialização em estomaterapia, permitindo maior imersão no contexto específico e geral desse cuidado e autonomia em expressar-se.

No Reino Unido, as enfermeiras estomaterapeutas ou enfermeiras especialistas em viabilidade tissular demonstraram, em um estudo realizado em 2002, que 57 % são participativas e contribuem com pesquisas científicas (DEALEY, 2008, p. 231).

Os enfermeiros estomaterapeutas participantes desta pesquisa tiveram a percepção de que o usuário com ferida crônica necessita de maior atenção, a ser dispensada em seu tratamento. No entanto, estão lotados na Atenção Primária de Saúde e encontram-se na função de enfermeiro de equipe de Saúde da Família, com as atribuições pertinentes que lhe ocupam o tempo, e o cuidado especializado com feridas se torna inviável:

Eu me deparo sempre quando vou gerenciar o cuidado com feridas crônicas com o pensamento: Eu atuo na estratégia saúde da família, então minha função aqui não é essa, não era pra eu ter esse olhar de especialista pra tratar o cliente, o olhar do estomaterapeuta. Mas eu acabo tendo esse olhar porque eu gosto. Mas sempre fico dividido, porque tenho também a questão assistencial, as outras coisas que tenho que dar conta como o preventivo, pré-natal, puericultura,

vacina, supervisão e diversas outras atividades que nós temos. Então fica difícil eu me dedicar mais ao tratamento dessas pessoas. (E2)

Embora eu seja estomaterapeuta, estou na estratégia de saúde da família, onde desenvolvo meu trabalho. Existe uma demanda para o especialista, mas eu não posso abrir este fluxo, porque tenho que cumprir atribuições próprias do programa, que acabam reduzindo minha disponibilidade para o atendimento de clientes com feridas crônicas. No entanto, fico como referência para apoio dos outros profissionais em casos pontuais. (E11)

O estudo de Paula e Santos (2003, p.479) vem ao encontro destas falas, na situação de sentimento de aumento de cobrança em nível pessoal por parte do próprio enfermeiro, que vê a necessidade deste usuário, sente-se responsável e tenta incorporar o possível no seu contexto de “enfermagem generalizada e especializada” para o tratamento adequado.

Entretanto, apreende-se da fala de E2, que o conflito de sua dupla especialização, entre ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e ser enfermeiro estomaterapeuta está contraditório quando expresso sobre o olhar dispensado ao cliente com ferida crônica. Entende-se que o olhar do profissional especializado é mais profundo e acurado à realidade do cliente, contribuindo para um cuidar com excelência. Ademais, somos um todo indivisível, ou seja, não há como separarmos a capacidade adquirida pela especialização na observação das necessidades do cliente.

Cesaretti, Paula e Paula (2006) defendem que a forma fragmentada com que a assistência de enfermagem foi organizada da divisão técnica do trabalho, do ensino por órgãos e sistemas, do papel burocrático e gerencial, de inúmeras funções e atividades, é conflitante, contraditória e relaciona-se à enfermagem generalista e enfermagem especializada.

Os mesmos autores destacam que:

Essa prática marcada pelo cuidar especializado e pelo cuidar generalista subsidia o especialista para a busca de formas de desempenho, não só de novas funções como para qualificação das antigas (CESARETTI; PAULA; PAULA, 2006, p.43).

Assim, infere-se que é equivocada a expressão de E2 sobre a divisibilidade do olhar, pois as antigas funções são qualificadas no processo de especializar-se.

Os enfermeiros da APS fazem referência aos enfermeiros estomaterapeutas quando precisam discutir algum caso, e, quando o especialista está na mesma UAPS, isso é valorizado, ilustrado por E5:

O cuidado poderia ser melhor, às vezes ficamos sem material, sem orientação. Eu tenho a estomaterapeuta aqui ainda, mas quem não tem um, não tem como discutir. Precisa-se de um centro de referência na APS. (E5)

Paula e Santos (2003) ao investigar o significado de ser estomaterapeuta, aponta que este procura um caminho melhor direcionado com a capacitação técnica e com isso obtém reconhecimento, satisfação e prazer profissional.

Inferese-se que, na APS do município de estudo, por não possuir um centro de referência conveniado com profissionais especializados, há uma procura dos profissionais generalistas pelos estomaterapeutas, que, além das atribuições do PSF, fazem parte de uma comissão de feridas na APS. Essa referência é pontual, favorecendo aos que têm maior proximidade, o recebimento de orientações e multiplicação de saberes. No entanto, provêm de outras UAPS solicitações de avaliações pelos enfermeiros generalistas, para a qual o usuário se desloca até o especialista. Esse fluxo gera sobrecarga de dupla função ao enfermeiro estomaterapeuta e especialista em saúde da família, tornando-se impositiva a necessidade de um centro de referência para uma atenção adequada a pessoas com feridas crônicas e melhores condições de trabalho ao profissional. Ademais o fluxo referido também pode gerar incompreensão por parte de outros profissionais da equipe de saúde:

Os agentes de saúde falam: Você está fazendo curativo de cliente que é de outra área? Eles não conseguem compreender a complexidade que é o tratamento de uma lesão de perna. (E2)

A não concretização do serviço de referência à outros agentes do processo de trabalho em saúde permite inferir sobre a falta de reconhecimento institucional presente neste contexto, que implica no “desinteresse e na incompreensão das intervenções especializadas como da restrita importância atribuída ao trabalho realizado” (PAULA, SANTOS, 2003, p.479).

Inferese-se ainda, das expressões dos participantes, que o enfermeiro estomaterapeuta é valorizado pelos demais profissionais da APS, pelo suporte que



dá à equipe nos processos decisórios do tratamento com feridas crônicas. Mas, em consonância com as lutas da especialidade de enfermagem em estomaterapia, ainda não alcançou-se apoio político para projetos para a assistência especializada a pessoas com feridas crônicas.

Portanto, os agentes do processo de trabalho em enfermagem, no contexto da APS no município de estudo, estão constituídos pelos enfermeiros generalistas das UAPS tradicionais, os enfermeiros das equipes de Saúde da Família e, dentre estes, os especialistas em Estomaterapia, embora não regulamentados na rede.

Além do mais, como parcela do processo de trabalho em saúde, os demais profissionais constituintes das equipes de saúde nas UAPS tradicionais e com PSF também são agentes do cuidado em saúde a pessoas com feridas crônicas. No entanto, tem-se uma limitação no município de estudo, relativa ao acesso aos demais agentes do cuidado multidisciplinar preconizado com feridas crônicas, que inviabilizam a transformação integral das necessidades do ser-cuidado ou a concretização do serviço de forma integral.

Diante dessa limitação referida, o profissional enfermeiro sente uma sobrecarga nas atividades com as necessidades do usuário que se prolongam e complicam, gerando ainda o sentimento de frustração, por não ter a competência e conhecimento para resolvê-los, mas principalmente por deparar com a estagnação dos resultados de sua parcela de trabalho no cuidado a pessoas com feridas crônicas.

#### 6.2.1.2 Subcategoria 2- Instrumentos do processo de trabalho em enfermagem

No sentido de esclarecer, Sanna (2007) aborda que os instrumentos do processo de trabalho em enfermagem consistem nos conhecimentos, habilidades, atitudes, materiais, equipamentos e espaço físico relativos ao contexto do assistir.

As falas dos participantes deste estudo geraram uma identificação com os seguintes instrumentos de trabalho: o espaço físico e as relações de trabalho, expressas por “centro de referência com avaliação de especialista”, seguido por

materiais, expressos por “material básico e especial”. Além disso, os demais instrumentos, conhecimento, protocolo, capacitação, as habilidades e atitudes, como os expressos por estabelecimento de vínculo, afeto, carinho, persistência e adesão do usuário ao tratamento, também foram abordados pelos participantes.

Para a abordagem dos instrumentos espaço físico e relações de trabalho, os participantes foram assertivos, diante de toda complexidade referida e sentida no processo de cuidado a pessoas com feridas crônicas, em considerar como ideal dispor de um centro de referência com avaliação de especialista, uma vez que as ações das UAPS eram limitadas:

O ideal seria um centro de referência para o encaminhamento das pessoas com feridas crônicas em que a assistência da UAPS é limitada. Nesta, o enfermeiro estomaterapeuta teria a possibilidade de orientar o enfermeiro da saúde da Família que vai acompanhar o usuário. Acredito que assim teríamos a possibilidade de resposta no tratamento das feridas crônicas. (E3)

Falta ter um centro de referência. A nossa idéia era ter a referência para o especialista, utilizar a referencia e contra referencia, mas não foi concretizado. (E2)

A rede tem uma referência e contra referência que considero falida. Eu não tenho como referenciar o usuário fica só unilateral, só o enfermeiro cuidador. Parece que o cliente com ferida crônica é do enfermeiro e não é assim! Então eu acho que seria ideal se tivesse essa rede para referência. (E11)

Infere-se que os participantes têm a percepção e valorizam a estratégia de formação de redes de atenção à saúde. Cabe ressaltar que “rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, requer a adoção de elementos que dêem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos” (SILVA, 2011b, p.31).

Moura (1997) indica que, na segunda metade da década de 1990, já existiam estudos mostrando o esgotamento da forma de integração dos serviços das instituições tradicionais, comungando com as falas dos participantes que apresentaram a tônica para a existência de uma rede de atenção à saúde a pessoas com feridas crônicas, referindo sua inexistência na organização atual de assistência à saúde no município.

No que diz respeito às considerações das falas anteriores dos participantes, acerca da referência e contra-referência, evidencia-se que, deve haver uma definição mínima de competências e responsabilidades dos pontos de atenção,

inclusive com o estabelecimento da forma de comunicação entre eles (BRASIL, 2014). Os pontos de atenção à saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

Destarte, um centro de referência com enfermeiro especialista e demais profissionais necessários para as demandas e necessidades integrais da pessoa com feridas crônicas constitui um ponto de atenção de uma rede integrada de saúde.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica e são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

Dealey (2008, p.234) apoia a existência do centro de referência especializado para o tratamento de feridas, no entanto a autora esclarece que ainda não está sedimentada a conscientização dos benefícios de um serviço especializado, como referência:

Os centros de tratamento de feridas têm uma grande contribuição para oferecer em termos de cuidado especializado para os problemas com feridas, de oportunidades educacionais para aumentar o número de profissionais com conhecimento especializado e de atividades de pesquisa essencial para ajudar na geração de evidências para tema tão importante.

A mesma autora relata, ainda, que um estudo de Austin (apud DEALEY, 2008), realizado no Reino Unido, sobre as enfermeiras especialistas em feridas, demonstrou os papéis dessa profissional nos aspectos clínico, educativo, de liderança, científico e gerencial. Elas recebem encaminhamentos de outras enfermeiras, treinam outros profissionais, estão envolvidas na organização, aconselhamento de compra de recursos, têm participação no desenvolvimento de normas e padrões, em auditorias, participam de pesquisa e gerenciam equipes.

No que concerne ao instrumento material, foi expresso, pelos participantes da pesquisa, que os materiais básicos e especiais – básicos: gaze, solução fisiológico, atadura, luvas e demais materiais de uso na realização dos curativos; e especiais: coberturas avançadas para o tratamento de feridas – são ideais no

cuidado a feridas crônicas, pois, além dos benefícios já comprovados, a falta do material inviabiliza o cuidado de enfermagem com qualidade e desestimula o vínculo entre usuário e profissional, controverso à proposta do cuidado integral. Ademais, isso se torna um fator desencadeante de sofrimento na enfermagem, por não ter como oferecer um cuidado contínuo e eficaz, como se verifica nas falas:

Não pode faltar material, o SUS tem que prover os materiais. Nós temos falta até de gazes às vezes, é difícil! (E5)

Devemos ter o material mínimo que precisamos para estar cuidando da pessoa e realizando o curativo da ferida. Materiais básicos e que as vezes falta! Mas o ideal seria mesmo se conseguisse os curativos especiais. Pois eles poupam tempo, poupa o profissional, tem uma melhora mais rápida da ferida do cliente, ou seja um tempo de cicatrização menor. (E1)

Os gastos seriam bem menores se a atenção primária implantasse as coberturas especiais, já foi provado isso. Pois vemos o quanto se gasta de gaze e soro, sem resultado! Então se você tivesse o instrumento certo pra estar trabalhando a resposta seria muito mais rápida, teríamos a condição de ver a cura, pois hoje muito difícil de isso acontecer na nossa realidade. (E9)

Decerto as falas dos participantes referem-se ao que Waldow (2007) afirma ser o meio ambiente físico estrutural, ou seja, dentre outras questões, é necessário ter materiais suficientes, em condição de uso e seguros, considerados indispensáveis para a concretização do cuidado. Assim compreendem este instrumento como ideal.

Com relação aos custos, demonstrado na fala de E9, Santos et al. (2014, p.619) apoia:

A alta frequência de curativos aponta para questões relacionadas aos custos do tratamento das lesões. Urgem empreendimentos direcionados à efetividade das ações desenvolvidas pela Atenção Primária, principalmente as relacionadas às feridas vasculares em função de sua cronicidade, que acometem grande parte da população idosa, exposta especialmente a outros fatores, como reduzidos custos financeiros e que encontra nesse nível de atenção à saúde a única possibilidade de resolução de seu problema.

Além do custo, participantes tiveram falas expressivas sobre a atual condição de trabalho, emitindo a sua avaliação e questionamento sobre a efetividade do serviço que é oferecido para o tratamento de feridas crônicas na APS, em seguimento:

Que tratamento é esse que nós temos a oferecer? Parece que estamos fazendo de conta que trata de ferida. Nós sabemos que essas pomadas não são mais usadas, mas com o que eu vou tratar a ferida? Às vezes é a única coisa que temos para lançar mão. E as pessoas com feridas não querem que você trate só soro fisiológico na ferida. (E2)

Estamos, de certa forma, tratando de forma inadequada e ciente disso que está acontecendo... Existem outros recursos para se tratar uma lesão. (E3)

Hoje, para o tratamento de feridas, nós temos: o soro e uma neomicina, e às vezes, quando necessita da prescrição de alguma pomada, o usuário passa pelo dermatologista ou pelo angiologista. Então a gente segue a prescrição médica e não temos nada na unidade para poder estar tratando corretamente uma ferida. (E6)

Nós não estamos cuidando da ferida adequadamente para a sua cura, parece que estamos alimentando a existência dela. Então eu acho assim uma coisa extremamente frustrante (E9)

Inferese das falas, que a ausência de materiais básicos inviabiliza o atendimento também do que é básico em um curativo, pois, impede-se o processo de limpeza das feridas e a proteção e promoção de temperatura ideal, possível através de curativos oclusivos. Mas o tratamento de feridas em si encontra-se agravado pelo fato de não existir padronização de coberturas especiais na atenção primária de saúde em estudo. As coberturas especiais, de acordo com as falas, reduzem o custo e tempo de tratamento, ademais são adequadas a cada fase do tratamento, haja vista que não se trata mais de feridas com pomadas do início até a cicatrização, além de algumas destas pomadas ou óleos não serem mais indicados para este fim, inclusive.

Um estudo realizado na atenção primária de saúde na cidade de Recife-PE demonstrou situação semelhante:

Resultados referentes aos produtos disponíveis para realização de curativo permitem visualizar que as unidades dispõem dos itens mais básicos, mas ainda não incorporaram produtos de comprovada relação custo-efetiva, o que, inicialmente, pode repercutir em altos custos para gestão pública e maior sofrimento da população assistida, no que se refere ao prolongamento da cura ou estabilização do quadro, exposição a complicações e dor. ( SANTOS et al.,2014)

A palavra “difícil” foi expressiva para um dos participantes que refletiu em sua fala um desgaste com a realidade consequente da falta de material para a assistência a feridas nas UAPS do município, e concluindo ao final como “penoso”:

Para mim, particularmente, cuidar de feridas é uma coisa que não me atrai mais, que pode estar relacionada ao fato de na atenção primária, atualmente, nós não temos estrutura nenhuma, o que temos é soro fisiológico e nebacetim e sulfatiazina de prata. Acho muito difícil fazer uma coisa sabendo que é difícil ter um resultado ideal. O cuidar de feridas é um trabalho! Mas está bem difícil, está um trabalho penoso!(E9)

De modo a sustentar os sentimentos expressos na fala de E9, Lunardi Filho (2009, p.08) relaciona essa relação conflituosa com a condição de trabalho, afirmando que “sentimentos de sofrimento e de culpa decorrem da convivência, por não oferecer os cuidados básicos e indispensáveis à recuperação de saúde do cliente”.

Na mesma opinião está Santos e Miranda (2007, p.213) ao afirmar que, “cuidar enquanto função pode ser fonte de sofrimento, devido às péssimas condições que o trabalho oferece para desenvolvê-la de modo adequado e satisfatório”.

Os mesmos autores chamam a atenção do gestor no que se refere ao sofrimento do trabalhador, pois deveria planejar ações efetivas para melhorar as condições de trabalho dos profissionais, que sofrem pelas condições inadequadas dos ambientes de trabalho, muitas vezes sendo acometidos por doenças relacionadas ao trabalho.

Amparado nas falas dos participantes e dos autores, infere-se que há necessidade do gestor responsável atentar para as condições de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde no município de estudo, haja vista os sentimentos e dificuldades expressos em suas falas.

Alerta Carrasqueira e Barbarini (2010) que se o trabalho, por um lado, favorece a formação e a consolidação da identidade, por outro lado ele pode, também, estimular uma descompensação psíquica.

Para fomentar o estresse laboral, os enfermeiros, participantes na APS do município de estudo, convivem ainda com a tensão e a pressão da população no atendimento de suas necessidades.

Dessa forma, os participantes relatam que, diante da dificuldade de acesso ao material adequado através do atendimento na UAPS, e na angústia compartilhada com o usuário pela resolubilidade da assistência a sua ferida crônica,

ambos buscam diversas estratégias, profissionais, usuários e familiares. Há um anseio expresso por todos em garantir a cobertura adequada ao tratamento de alguma forma e há uma frustração com os gestores, dos quais é a competência de fornecer recursos materiais e infraestrutura adequada para o cuidado em saúde.

Estas estratégias para garantir a cobertura para o tratamento de feridas, na fala dos participantes, perpassam pela aquisição do material necessário, pelo próprio cliente ou familiar, oriundo de seu orçamento ou de recurso judicial que interpõem para garantir acesso ao material, como declarados nas falas:

Na medida do possível, a gente tenta parceria com o próprio cliente. Negociamos com ele, se tem condição de adquirir essas coberturas. Quando o cliente pode colaborar, a gente vê uma resposta boa no tratamento. (E3)

Os clientes que tem recurso financeiro, nós pedimos para a família comprar como suporte para garantir o tratamento. Fora isso, o tratamento se baseia em acompanhar né e dá as orientações necessárias dentro daquilo que a gente tem. (E9)

Temos um cliente que tem acesso a cobertura especial por conta de processo judicial que ele interpôs. Às vezes, em busca do bem-estar desse cliente e de um tratamento digno, nós colaboramos com o recurso. (E2)

Permite-se inferir das falas apresentadas que o profissional enfermeiro tem compartilhado o planejamento do cuidado com o usuário, apresentado ao mesmo a cobertura adequada ao seu tratamento, ao invés de estar conivente com o que está disponível na APS deste município. A cobertura que está disponível não está adequada às necessidades do usuário com ferida crônica, entretanto, o meio para o usuário ter garantido uma assistência adequada tem sido ele próprio comprar ou requerer seu direito por vias judiciais.

Todavia, segundo as falas a seguir, a maioria dos usuários não tem condição econômica para aquisição das coberturas especiais:

Adquirir as coberturas é impossível para a maioria das pessoas. (E2)

Há limitação de recursos, se a pessoa não tem condição de comprar, e se não temos na APS o necessário, não conseguimos prestar assistência adequada. (E7)

Atendemos a uma comunidade pobre, que não tem condição de comprar a cobertura, eu também não posso fornecer o material, então ele afasta do posto. Ele não desce um morro enorme pra vir aqui passar um sorinho com uma gaze em cima. Ele prefere fazer

isso em casa e se afasta demais da equipe. (E3)

Inferre-se das falas que, embora o enfermeiro compartilhe o planejamento do cuidado com o usuário, este, pelo baixo poder aquisitivo, tem impossibilidade de adquirir o material para o cuidado adequado com sua lesão. Ademais, depara-se com o fato de que a existência do material ou a cobertura é instrumento facilitador para que outro instrumento seja viabilizado, o vínculo. Sem a cobertura adequada, o usuário abandona o tratamento e não adere aos demais cuidados e não dá ao enfermeiro a condição de mostrar sua competência no cuidado com feridas crônicas.

Destarte, inferre-se que o cliente busca, principalmente, a resolubilidade na APS, que no caso da assistência a feridas crônicas no município de estudo, busca principalmente o acesso a materiais adequados para este fim.

A fala de E3, reporta a um estudo de Tomasi et al. (2011) que discorre sobre as características dos usuários que utilizam os serviços de atenção básica nos Estados Sul e Nordeste brasileiro e o achado foi que apenas 10% das pessoas atendidas tinham o ensino médio completo ou superior, e um quarto das pessoas eram analfabetos ou só sabiam assinar o nome. E Tomasi et al. (2011,p.4401), acrescenta que:

Este perfil indica a situação socioeconômica da população que utiliza os serviços da atenção básica e sugere um viés de utilização em favor dos mais pobres, uma vez que indivíduos de maior escolaridade da área de abrangência dos serviços estejam buscando e utilizando outros serviços.

Percebe-se uma similaridade na característica socioeconômica das pessoas atendidas na atenção básica do presente estudo com o achado de Tomasi et al. (2011), o que remete aos gestores a importância de disponibilizar acesso aos materiais necessários para assistência desta população, de modo que o cuidado possa ser integral e efetivo.

Ainda na tentativa de conseguir o material, os participantes relatam que fazem contato com os laboratórios distribuidores ou fabricantes das coberturas a fim de obter benefício de doação para os usuários, como visto nas falas:

Se você não tem interesse e não busca alternativas pra conseguir alguma coisa em benefício dos clientes, acaba não se fazendo nada. Então o que temos muitas vezes a fazer é entrar em contato com laboratório e este te fornece a cobertura, ou quando vamos em congresso acaba conseguindo coberturas para trazer para nossos clientes. (E2)



Como não tem o que fazer a mais com o material disponível, buscamos parceria com representante de laboratório, para conseguir coberturas. (E3)

Diante da impossibilidade financeira do usuário em adquirir a cobertura, os participantes declaram que buscam alternativa de solução através da caridade, da doação, tanto dos outros usuários, quanto dos profissionais presentes no contexto do cuidado a feridas, em seguimento na fala:

Primeiro tentamos trabalhar com a prevenção, em seguida buscamos recurso, por exemplo, às vezes o material de um cliente que terminou o tratamento e sobrou cobertura, cientes da situação no posto, eles doam para usar em outro cliente que não tem condição de comprar. E, se tem alguma pessoa que precisa muito do tratamento adequado, a equipe de profissionais colabora financeiramente por meio de doação. (E9)

Na fala de outra participante, há um posicionamento de desacordo com a estratégia de buscar benefício com laboratório para o usuário:

Eu não peço ao laboratório para fornecer gratuitamente, nem forneço o que me mandam, pois esse fornecimento é pontual, às vezes não podem mandar a cobertura. (E11)

A fala de E11 informa um posicionamento rígido diante da estratégia de buscar benefício para o cliente através do fornecimento de coberturas pelos laboratórios. O que parece estar posto é que nos casos em que se busca benefício para garantir a cobertura ideal para o seu tratamento, o usuário depende da sorte do encontro com pessoas disponíveis para a ajuda, e do interesse do laboratório em divulgar o seu produto. Tal fornecimento pode ser pontual como a fala de E11, e o risco de descontinuidade do cuidado, é aumentado.

Por outro lado, a postura rígida de E11 permite inferir que diante das condições de trabalho à que está exposto, supõe-se um desgaste emocional. Além da falta de material de material básico, da padronização de coberturas especiais para tratamento adequado e outras condições precárias na assistência da Atenção primária à Saúde a pessoas com feridas crônicas, percebe-se uma frustração com a gestão, que não valoriza a condição de trabalho dos profissionais e não toma providências para melhorias.

Entretanto, a fala de E11 também remete à reflexão sobre a ética e valores humanos, pois o que se infere é que a relação do profissional com o gestor e cliente está desumanizada pela precariedade de condições de trabalho e da assistência a pessoa com feridas crônicas no município de estudo. A solidariedade, o comprometimento com o outro, o vínculo, o respeito, a ação proativa para garantir a assistência e as relações humanizadas se apresentam fragilizadas.

Na Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2008), reflete-se sobre a necessidade da produção do cuidado em saúde sob a ótica da ética, estética e política. A ética se encontra na tradução da atitude de gestores, trabalhadores de saúde e clientes, ambos comprometidos e co-responsáveis. A Estética se apresenta na criatividade e sensibilidade na produção de saúde. A Política, pois se trata de uma organização social e institucional das práticas assistenciais e gestoras do SUS.

Ademais cabe ressaltar que (BRASIL, 2008, p.62):

O compromisso ético- estético- político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Na fala de E4, a seguir, percebe-se que ele também se posiciona de forma assertiva e contrário a qualquer alternativa, uma vez que considera não ser função do profissional enfermeiro, garantir o acesso às coberturas especiais:

Eu acho que as questões de material não depende do enfermeiro e então não tem como conciliar o que é ideal e possível no tratamento de feridas na nossa realidade. (E4)

Encontra-se, respaldada em diretrizes políticas, a responsabilidade pelo acesso do usuário ao material necessário para seu tratamento, bem como o papel da organização do trabalho, no âmbito da gestão. Para que a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas funcione, cabe à esfera municipal de gestão garantir o acesso aos insumos e medicações para o tratamento (Brasil, 2014).

Compete à gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2007, p.14):

Garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas; garantir a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde,

incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Ressalta-se ainda, neste mesmo documento, que cabe às equipes de saúde participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UAPS.

Apreende-se das estratégias referidas anteriormente, relativas à obtenção de coberturas para o tratamento de feridas, que apesar de demonstrarem que os enfermeiros, insatisfeitos com as condições de trabalho postas, têm sido proativos na busca de acesso dos usuários a um tratamento de qualidade e digno com suas necessidades para tratar a ferida crônica, que não estão adequadas por não competir ao enfermeiro esta função. Agrava-se o fato que há uma ausência de postura dos gestores acerca da falta de insumos necessários ao cuidado, de forma a atender com suficiência a necessidade dos usuários. E de acordo com E4, é impossível garantir, nas atuais condições de trabalho, o ideal no tratamento de feridas com o que é ofertado na APS.

Cabe ressaltar que no município de estudo a cobertura da APS é insuficiente, abrangendo, segundo dados de 2014, 61 % da população, dados do Plano Municipal de Saúde do município de estudo. Na presente pesquisa, as UAPS participantes constituem referência de atendimento para a população de 61.266 habitantes.

Sob o ponto de vista do conhecimento, este também é considerado por Sanna (2007) como um instrumento do processo de trabalho em enfermagem. E na presente pesquisa foi demonstrado pelas falas dos participantes, que tomaram como importante deter o conhecimento acerca do cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas, a saber:

Cuidar de pessoas com feridas crônicas depende muito do conhecimento do profissional. (E10)

Eu achei que ainda tinha pouca bagagem para ajudar realmente as pessoas com feridas crônicas, então procurei fazer o curso de especialização. (E2)

Cianciarullo (2000, p. 151) comunga com a mesma análise ao afirmar que:

O saber específico do cuidar e do cuidado proporciona ao enfermeiro a possibilidade de alcance de uma autonomia profissional, onde a competência e o domínio do fazer e do saber, refletem-se sobre os níveis de decisão que lhes são designados.

Apreende-se das falas que, não obstante, o enfermeiro está constantemente voltando o olhar para o seu objeto de trabalho, que com o seu domínio de conhecimento, favorece a observação orientada e o levantamento de dados sobre o referido objeto de trabalho. O conhecimento favorece ainda, o respaldo de suas decisões e a autonomia para o cuidado de enfermagem, enquanto parcela do cuidado em saúde.

Ademais, percebe-se o movimento de busca de aperfeiçoamento no cuidado a feridas através de curso de pós-graduação em feridas, com destaque para a Enfermagem em Estomatoterapia, que tende a propiciar à atenção primária à saúde o valor do conhecimento especializado. É útil para o compartilhamento de casos e nos processos decisórios do planejamento da assistência a feridas no município, dentre outras ações. Embora já se tenha discutido, cabe ressaltar sobre a situação de que estes se encontram compondo as equipes de Saúde da Família e da importância de se disponibilizar espaço na rede de assistência municipal para um serviço de referência para pessoas com feridas com as ações do enfermeiro estomaterapeuta.

Sob o ponto de vista do compartilhar o instrumento do processo de trabalho em enfermagem, os participantes têm em comum o conhecimento:

Nós, enfermeiros, temos o conhecimento do tratamento de feridas, então temos que compartilhar com o colega, o saber, para definir a melhor conduta e tratamento. (E10)

Nós procuramos pesquisar sobre as feridas e discutir com as outras enfermeiras. Às vezes aparece uma ferida diferente e buscamos o conhecimento uma das outras. (E8)

O cuidado ideal depende da reciclagem da equipe multidisciplinar, é ter o material mínimo necessário sim, mas também é ter conhecimento. Não é possível pensar que fazer um grande curso de capacitação dos enfermeiros da APS tenha sido suficiente. A capacitação é sempre! (E11)

A formação contínua dos profissionais de saúde, envolvidos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de feridas crônicas, tem papel determinante no controle e na otimização dos custos, pois se obtém um impacto positivo nos resultados clínicos e econômicos, ao aliar os avanços tecnológicos de materiais aos equipamentos e à prática baseada em protocolos adequados tanto para a prevenção quanto para o tratamento (DOMANSKI;BORGES, 2012).

Diante das falas, os enfermeiros participantes demonstraram valorizar os resultados de pesquisas científicas, como referência de estudo sobre as feridas diferentes ou complexas. Ademais, também legitimam a capacitação para o cuidado com feridas crônicas, como necessária e de forma contínua.

Ainda no que se refere à importância da capacitação e do compartilhar saberes, as participantes apontaram para dificuldades nas seguintes falas:

Dentre outras causas, a falta de conhecimento, estimula a conduta da improvisação, ou seja, a de que se eu não tenho o melhor, eu uso o que tem na UAPS, o que eu posso oferecer, porque é o que a secretaria manda! Muitos enfermeiros têm o conhecimento, porque fizeram treinamento, mas pode ser em vão a disponibilidade desse conhecimento, se faltar do material mais básico, como a gaze, ao mais complexo como a meia compressiva. O caos! Então é muito frustrante. (E11)

Como não temos um protocolo de feridas que normatize e padronize o nosso cuidado, nós baseamos as ações no nosso conhecimento teórico. (E4)

Infere-se que, através das falas, há uma relação interdependente entre os instrumentos apontados de conhecimento, material e protocolo. Percebe-se que a falta de um interfere na utilização do outro, com possibilidade de inviabilizar o cuidado inadequado. Assim sendo, a falta do conhecimento provoca a conduta inadequada no uso do material, a falta do material causa frustração no enfermeiro, pois o seu conhecimento não é aproveitado pela indisponibilidade de recursos.

O conhecimento acerca da finalidade de cada cobertura possibilita uma tomada de decisão, do profissional enfermeiro, mais coerente com as necessidades de tratamento da ferida, assim como, o conhecimento da técnica de aplicação permite o menor desperdício de material, com um consequente impacto positivo nos custos. O protocolo, como a padronização do uso de coberturas no tratamento de feridas, é constituído de diretrizes baseadas em evidência, e se faz um importante instrumento do processo de trabalho em enfermagem.

Cullum et al. (2010, p. 24) referem que a enfermagem baseada em evidências se trata da “aplicação de informações válidas, relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro”. Afirmam ainda que, tais evidências devem ser complementares ao conhecimento que se tem dos clientes, incluindo o ambiente e os recursos disponíveis.

O protocolo, na fala dos participantes, tem um apelo forte, pela questão da padronização das coberturas na APS, e é considerado como ideal e necessário para o cuidado com feridas, de acordo com a fala de E11 e E4:

Quando começamos a nos reunir, primeiramente pensamos no protocolo, pois acho que o protocolo é a forma correta de estarmos conciliando o ideal, falar a mesma língua, padronizar na instituição, em todas as unidades o mesmo tipo de atendimento. Porque também não adianta só uma minoria estar fazendo, tem de ser a cidade inteira. Ele está pronto, e penso que a forma de se atingir o ideal é com ele. Ele te dá um respaldo enquanto profissional sobre o que você pode fazer ou não. Ele elimina a técnica de improvisação, e dita o que é adequado e respalda as ações. (E11)

Estão fazendo um protocolo de feridas e estou esperando chegar à UAPS para vermos se então teremos acesso ao material adequado para a realização do cuidado. (E4)

Depara-se com o reconhecimento, do enfermeiro da APS do município de estudo, da importância do protocolo, no que concerne à padronização de ações, condutas e produtos para tratamento de feridas, e a maioria dos enfermeiros foram participativos no processo de elaboração do mesmo e já houve apresentação da proposta aos gestores.

No protocolo, o enfermeiro alimenta o ideal de se ter acesso aos curativos especiais, por sua eficiência já evidenciada em estudos no tratamento de feridas, mas conforme as falas a seguir, não há respostas dos gestores:

Nós elaboramos o protocolo, tentamos adquirir pelo menos alguma cobertura que ajudasse melhor o tratamento do usuário com ferida crônica, mas não tivemos nenhuma resposta da prefeitura. (E3)

Então o sonho e ideal é o protocolo, fruto de uma construção conjunta, que batalhamos e está pronto, revisado, atualizado e adaptado! Inserimos nele inclusive um tratamento baseado em evidencia e comprovado o benefício do uso com um teste. O protocolo está pronto e já foi apresentado aos gestores na Secretaria de Saúde, mas estamos aguardando a resposta do secretário de saúde há meses. O protocolo passou por uma comissão e foi aprovado em um primeiro momento em 2006, data de sua criação. Então passou pelo Conselho Municipal de Saúde, pela APS, COREN, ou seja, por todos os tramites que oficializa e dá respaldo profissional. Já temos o protocolo e precisa ser oficializado. (E11)

A secretaria lançou um protocolo básico com outras ações que realizamos como preventivo e saúde da criança, mas com relação a feridas para padronização dos curativos especiais ainda não está aprovado. Tem uma comissão envolvida nesse processo. (E1)

A falta da linha-guia e de protocolos e aqui no nosso município dificulta muito o nosso trabalho. Nós já tivemos varias tentativas de fazer esse protocolo ser aprovado aqui. Faço parte da comissão, já reunimos várias vezes e até hoje por questões políticas a gente não consegue operacionalizar esse protocolo que foi barrado no momento da licitação. (E2)

Infere-se das falas dos participantes que, embora o enfermeiro tenha o conhecimento, participe ativamente na composição de uma comissão e compartilhe o saber na elaboração do protocolo, divulgando para as instâncias gestoras, conforme os trâmites legais, os gestores não oferecem resposta à essa demanda que é urgente. Apesar disso, não se percebe nas falas dos participantes, a atuação em reivindicações políticas mais avançadas, frente à demora de resposta dos gestores sobre a sua implantação no município de estudo.

Embora já referida na fundamentação teórica desta pesquisa se faz relevante discutir que a influência política é sentida, dentre outras questões no não-enfrentamento incisivo da problemática, e, perpassa ainda, pela desvalorização e abandono do trabalhador e no pouco investimento na área (SANTOS; MIRANDA, 2007). Assim infere-se que, a implantação do protocolo enquanto ação de melhoria e instrumento do processo de trabalho em saúde esteja na dependência da vontade política no município de estudo.

A valorização política na implementação de um protocolo padronizado com coberturas especiais é diferenciada em algumas instituições públicas de saúde brasileiras. Há vários serviços públicos com protocolos padronizados e aplicados na prática assistencial como exemplo a Fundação Hospitalar do estado de Minas gerais, que percebe os protocolos como “importantes ferramentas de gestão, pois proporcionam uma melhor alocação de recursos, racionalização da assistência, definição de metas assistenciais e avaliação de novas tecnologias em saúde” (FHEMIG, 2014, p.08).

Ademais, nesta mesma instituição, já se encontram padronizadas as coberturas especiais ou avançadas para o tratamento de feridas e a solução fisiológica está instituída apenas para o procedimento de limpeza da ferida (FHEMIG, 2014).

Foi expresso nas falas anteriores que diante da inexistência de um protocolo que padronize as coberturas especiais, o acesso a estas se torna ainda mais difícil. E o que é possível sem o referido protocolo de padronização fica exposto nas falas

seguintes:

Então atuamos mais na avaliação e na orientação inclusive dos funcionários, porque não temos muito que fazer sem o material adequado de tratamento. (E6)

A estratégia, sem o material adequado, se resume no acompanhar. (E8)

Considerando as falas, o uso de linhas-guia, baseadas em evidências científicas válidas e atuais, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional em cada nível de atenção, cujo uso será facilitado por intervenções criativas sobre o processo de trabalho – as intervenções multifacetadas – pode levar as equipes de Saúde da Família a atingirem alto grau de resolução dos problemas comuns, reduzindo o número de encaminhamentos a médicos especialistas e internações hospitalares, além de fortalecer o papel coordenador da APS (OPAS, 2011).

Embora as estratégias citadas pelos participantes estejam configuradas no processo de cuidar na APS do município de estudo, elas se encontram prejudicadas pela falta da cobertura adequada para a cicatrização da ferida. Assim depara-se na realidade dos participantes que o seu conhecimento e as ações de cuidado têm sido em busca de melhorias para os usuários, mas a produção do cuidado de forma integral é inviabilizada, e nem sempre há resposta esperada no aspecto da lesão, causando o sentimento de frustração no agente do processo de trabalho.

Dantas, Torres e Dantas (2012), afirmam a importância do protocolo que se justifica pelo fato de a cronicidade de algumas lesões serem favorecidas pela assistência mal conduzida, pois nesses casos a lesão pode permanecer anos sem cicatrizar, acarretando um alto custo social e emocional. Ademais, em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, gravando as condições socioeconômicas e a qualidade de vida dos portadores e familiares, além de onerar os serviços de saúde.

As habilidades e atitudes também se consagram instrumentos do processo de enfermagem para Sanna (2007), e os enfermeiros participantes as traduzem no jeito, no carinho, no vínculo, na busca de adesão ao tratamento e na persistência do enfermeiro. Assim apresentam-se as falas:

Eu acho que o que ajuda muito é o carinho, o jeito, e o hábito de higiene do usuário. (E6)

A pessoa com ferida crônica precisa de um cuidado continuado e integral, no qual o enfermeiro esteja sempre e diretamente ligado,



inclusive o que se apresenta também como objetivo do PSF. (E4)

Para ilustrar o que os enfermeiros participantes apontaram como instrumento de trabalho, Waldow (2007) confirma que existem as variáveis da cuidadora e do ser cuidado, que influenciam na concretização do cuidado de enfermagem. Da cuidadora compreendem a motivação, experiência, conhecimento, habilidade técnica, capacidade para cuidar, pensamento crítico, enquanto do ser cuidado consideram-se as experiências anteriores, conhecimento, motivação, rituais de cuidado e família.

Além do mais, a organização do processo de trabalho requer que se pense no ato de cuidar como campo solidário, humanizado de relações, onde acontecem fluxos de afetos entre trabalhador e usuário, ainda em uma relação mútua de responsabilidade de facilitar o caminhar pela rede de saúde (PESSOA, 2011).

Inferese-se que os enfermeiros participantes reconhecem os instrumentos, habilidades e atitudes como componentes do seu processo de trabalho, no entanto há nas entrelinhas, dessa fala, que, na falta de outros instrumentos também importantes, ele intensifica suas ações nas relações comunicativas de forma compensatória.

Porém o que parece estar posto nas falas anteriores dos participantes sobre o usuário não voltar ao atendimento no posto porque não há material adequado, remete ao fato de que os valores do usuário precisam ser levados em consideração pelo modelo de atenção e ser preocupação dos gestores, pois o que se mostra é que os usuários têm abandonado o tratamento pela falta de recurso material na APS, dispensando o acesso ao que é básico: o soro, a higiene, a orientação e também as relações com os profissionais.

Apreende-se então que as características dos usuários com feridas crônicas também interferem na relação do agente com o objeto do processo de trabalho em enfermagem, conforme a fala de E11:

Então, eu acho primeiro que é uma categoria de clientes que estão perdidos na minha realidade e quando aparece um profissional capacitado que entende do assunto, o cliente não enxerga que é a tábua da salvação dele. Mas ao contrário, ele não adere. (E11)

E tomando por base a fala de E11 e as questões levantadas nesta categoria sobre as características dos usuários com feridas crônicas, reflete-se a fala de Santos e Miranda (2007, p. 216) sobre o atendimento na Atenção Primária à Saúde:

É de atendimento de pessoas envolvidas em questões sociais relevantes, mas que não têm resolução imediata, dependendo de mudanças estruturais radicais, difíceis de serem atingidas pelos profissionais que prestam a assistência.

Considerando ainda a questão da relação interpessoal, Castro e Pereira (2011, p.489) remetem à questão de que:

O sujeito que cuida, ao acolher o outro e respeitar sua cultura, limites, entorno social, reafirma-se como um sujeito cuidador. Isto se dá dentro de um processo relacional com o sujeito que é cuidado, pois ele - cuidador - precisa compreender e se aproximar da realidade da pessoa cuidada.

Na assistência de enfermagem à pessoa com ferida crônica, é considerada a possibilidade da mesma em promover a mudança ou a aquisição de um novo hábito de autocuidado que venha a contribuir com a recuperação ou manutenção de sua saúde. Essa relação requer do agente do cuidado o uso de instrumentos adequados, mas deve-se levar em conta que há fatores intervenientes que estão fora do alcance do profissional de saúde e que, portanto, o processo de trabalho nem sempre é concluído. As áreas afins como a socioeducativa e socioeconômica trazem impactos sobre o estado de saúde do usuário e na sua relação com os hábitos de cuidado e com os profissionais de saúde e devem ser considerados e respeitados pelo enfermeiro enquanto cuidador com implicações no desenvolvimento de ações políticas no cuidado.

A busca da adesão do usuário ao tratamento é um desafio para os enfermeiros participantes no cuidar de pessoas com feridas crônicas, e denotam em suas falas a necessidade de uma negociação constante e de uma gestão compartilhada com o usuário:

Apesar de intervirmos o usuário não adere. Eu tenho muita lesão recorrente por essa causa. Eu faço um contrato quando começo a acompanhar, senão fizer a sua parte eu não acompanho. Por exemplo, se um cliente com ulcera venosa, que, inclusive, é a mais prevalente na nossa realidade, não fizer repouso, controlar a glicemia, uma dieta adequada que orientamos, eu não acompanho. Salvo alguns casos mais complexos. (E11)

Há um grande desafio no sentido de fazer com as pessoas façam adesão ao tratamento, geralmente por acumularem o cuidado com

vários problemas de saúde e subestimar o cuidado com a ferida. (E2)

Destarte, Melo et al. (2011, p.309) apontam para representações do usuário com ferida crônica com relação às vivências impostas pelo tratamento, que podem estar relacionadas com as falas de E11 e E2 sobre a adesão deste usuário:

Os impactos na vida cotidiana gerados pela ferida, os esforços exigidos na construção de itinerários terapêuticos e a busca de tratamento e cura configuram-se, em última instância, como importantes fatores de estresse individual e familiar, podendo culminar no *nervoso*, referido por participantes deste estudo.

Assim, o estímulo da adesão do usuário ao tratamento, enquanto instrumento do processo de trabalho em enfermagem, também no assistir a pessoas com feridas crônicas, está impressa nas atitudes de co-responsabilidade entre profissional e usuário e na habilidade deste ter vínculo com o enfermeiro e com o cuidado em saúde. Assim sendo, o instrumento do conhecimento viabiliza estas relações para a finalidade do processo de trabalho que é principalmente a promoção de saúde e bem estar. No entanto, infere-se que estas relações são muito desafiantes no contexto da APS do município de estudo.

É frequente nos serviços de atenção primária de saúde, quando o usuário busca alguma assistência, ele referir a demanda que traz ao serviço e ao profissional, apesar de o profissional perceber um rol de necessidades para intervenção. Na percepção do indivíduo, ele tem apenas uma, que na verdade é a sua demanda. Isso é desafiante na atenção primária de saúde, e principalmente na Estratégia de Saúde de Família, cujo vínculo deve ser maior, pois cabe ao profissional buscar a co-participação do usuário na identificação de suas necessidades e a co-responsabilização no plano de cuidados.

Esse processo pode requerer do profissional um tempo prolongado, persistência e a garantia de um acompanhamento contínuo, que são inviáveis em um contexto cujo número de famílias para cada equipe é elevado e o número de equipes multidisciplinares de referência seja ineficiente. Dessa forma, a abordagem integral se torna inviável e o cuidado adequado e resolutivo fica comprometido.

É da percepção dos participantes desta pesquisa que o papel da Atenção Primária de Saúde é fundamental pelo vínculo, cuidado contínuo e integral, apesar disso, depara-se nas falas dos participantes da pesquisa, que está na UAPS

tradicional e UAPS com Saúde da Família, uma semelhança na fala, embora por situações causais diferentes:

Como serviço eu só posso oferecer pra ele o recurso humano que sou eu, pois recurso material é zero! Eu me deparo, muitas vezes, com a não adesão do cliente total. Não é a falta de motivação do cliente, mas sim, a falta de condições de aderir financeiramente ao tratamento. (E11)

Na atenção tradicional de UAPS, eu sinto uma carência pelo modelo de atenção que eu atendo, pois nele tenho dificuldade de realizar o cuidado continuado. No caso das feridas crônicas, por exemplo, eu tenho cadastro de usuários que vem na unidade buscar insumos para o curativo, às vezes o contato que tenho é com os familiares, que me falam como está a ferida dele, algum vínculo é possível. Mas eu não tenho a dimensão do quantitativo de pessoas com feridas crônicas na área de abrangência. (E10)

Silva (2011b, p.163) afirma que “no SUS, a vinculação do usuário ao profissional de saúde da atenção básica em geral é frágil, mesmo na Saúde da Família”. Desta forma, permite-se inferir da fala de E11, que no contexto da APS do município de estudo e da UAPS com Saúde da Família, o vínculo e a adesão são deficientes, com expressiva atribuição de causa à falta de material para tratamento adequado. Apesar disso, o cuidado a pessoas com feridas crônicas é desafiante, pois se caracteriza pela necessidade de abordagem de várias dimensões, pela elaboração de planos de cuidados multidisciplinares, pelo estabelecimento de diversas relações que dependem da co-participação do usuário. O que também se configura como um desafio para o usuário, e se não tiver uma atuação do profissional com habilidades e atitudes para apoiar esse processo, corre-se o risco da não adesão do usuário ao serviço e ao tratamento da ferida, expondo ainda o cliente à ocorrência de complicações da ferida que prolongam a sua cicatrização.

Por outro lado, na fala de E10, permitiu-se constatar que também o vínculo e adesão do usuário e a continuidade de tratamento são deficientes, no entanto, isso se refere ao modelo de atenção em que as visitas domiciliares se tornam difíceis de serem realizadas sem o agente de saúde, não há acompanhamento de tratamento de feridas se o cliente não vir à unidade, embora haja a distribuição de material para realização de curativo, o básico disponível na UAPS.

Uma das questões relativas ao desafio das relações profissional-usuário que emergem são os sentimentos, apontados na fala a seguir:

O cuidado com feridas crônicas necessita da questão da co-

responsabilidade, é um tratamento compartilhado. Ele traz sofrimento também para o profissional, porque muitas vezes você não consegue a resposta num prazo que se espera e tem que ter a consciência de pode ser demorado, e alguns imprevistos podem ocorrer no caminho. (E10)

Para Silva et al (2011a, p. 594), os profissionais envolvidos no cuidado com feridas crônicas “sofrem o impacto das lesões que se dispõem a tratar”, enquanto que, do ponto de vista de Lunardi, Filho (2009, p.02), “está inerente ao trabalho da enfermagem, em razão da sua própria natureza e de suas características, o enfrentamento de situações de sofrimento pelos clientes e pelos profissionais que os assistem”.

O que parece ocorrer é que o processo de cicatrização gera expectativa nos profissionais que o acompanha, o que muitas vezes pode se tornar o foco da assistência à pessoa com ferida, subestimando os demais fatores associados e intervenientes no processo. Impõe-se sobre os produtos utilizados, como a cobertura e o curativo, uma grande responsabilidade na resolubilidade desse cuidado. Por outro lado, a associação do processo de cicatrização com os múltiplos fatores intervenientes, entre eles as doenças de base, os vícios, tornam o cuidado mais complexo e podem potencializar o sofrimento de ambos, usuário e profissional.

Ademais, toda relação de cuidado na enfermagem exige envolvimento, uma relação interpessoal passível de despertar diferentes emoções, conforme sustenta Waldow (2007), de que todo cuidado representa um compromisso, pois ao se decidir cuidar, ocorre o envolvimento.

A persistência foi apontada pelo participante, no conjunto das atitudes, como instrumento para o cuidado com feridas crônicas, segundo E7:

É uma persistência. Eu acho que essa é a palavra! Porque o enfermeiro se responsabiliza, preocupa, mas o usuário não. Apesar disso, diariamente tem que orientar e cobrar. Não volta na data combinada para troca de curativo, e quando volta chega com o pé todo sujo, o curativo também. O pouquinho que você conseguiu construir, às vezes desconstrói por causa daquele hábito da pessoa, então eu acho que é persistência é a palavra sim... (E7)

A palavra persistência no Dicionário Online de Português (2014) consiste no ato de persistir, de ser constante, firme e perseverante, e o persistir engloba o significado de permanecer, de perdurar, como se algo persiste inalterável e prolongado. Apreende-se do relato do enfermeiro participante da pesquisa, que na

APS o cuidado com feridas crônicas depende em grande parte da pessoa com ferida, ou seja, através da sua participação no tratamento, na transformação do hábito de cuidado, o que, por outro lado, requer do profissional a persistência, pois esse processo pode ser constante e demorado e depender de alto esforço na negociação entre ambos.

Com relação aos instrumentos no processo de cuidar de feridas crônicas na APS, para os participantes estão expressos, pelo espaço físico e de relações do centro de referência especializada em feridas, o material, o conhecimento, as habilidades e atitudes de carinho, jeito adequado, promoção de vínculo, de adesão ao tratamento, permeados dos sentimentos que emergem nas relações e nos desafios que despontam. Cabe ressaltar, que os instrumentos têm forte relação entre si, como elo de interdependência, que faz da ausência de um, a inviabilização de outro, como foi tônica da interferência da falta de coberturas especiais para o tratamento adequado.

Waldow (2007) conclui que o meio ambiente do cuidado, administrativo, corresponde à direção e às chefias de serviços e equipes, dos quais se espera uma conscientização na promoção da valorização do cuidado, no provimento de material e pessoal suficiente, com vistas à qualidade do atendimento. Espera-se ainda que estejam sensíveis às necessidades dos funcionários, que visem seu bem-estar. E finalmente, inclui nessa expectativa, que haja apoio no planejamento e desenvolvimento das atividades de enfermagem, na prestação do cuidado, o que neste contexto se faz crucial através da disponibilização dos instrumentos do processo de trabalho e da capacitação contínua dos profissionais para operá-los com qualidade.

#### 6.2.1.3 Subcategoria 3 - Finalidades e Métodos no processo de trabalho em enfermagem

Sob a ótica de Sanna (2007), a finalidade do Processo de Trabalho em Enfermagem está em promover, manter e recuperar a saúde. Enquanto um dos metaparadigmas da enfermagem, a saúde também é considerada como finalidade da sistematização da assistência em enfermagem.

Para os enfermeiros participantes, no contexto do cuidado com feridas crônicas, a finalidade está compreendida conforme as falas:

Quando você vê a evolução da ferida, tem uma satisfação com isso. (E4)

Traz uma satisfação muito grande quando você tem uma resposta positiva no tratamento com o usuário, quando você cria um vínculo com o cliente. (E10)

Cuidar de feridas crônicas pra mim na verdade é uma grande paixão... Mas é um grande desafio. Eu vejo que tratar de pessoas com feridas crônicas, traz satisfação quando você consegue fazer com que elas façam adesão ao tratamento. Quando você consegue fazer a recuperação, é um grande desafio. (E2)

Waldow (2011) subsidia as falas apresentadas, ao afirmar que o cuidar envolve uma ação interativa, momento que se resulta em situação de cuidado. É intencional, e seus motivos diversificam, podendo envolver, aliviar, confortar, ajudar, promover, restabelecer, entre outros.

Apreende-se das falas que, neste contexto, a finalidade perpassa pela busca de resultados positivos com destaque a cura ou cicatrização da lesão, mas também em ambas as ações implementadas, como o estabelecimento de vínculo e a adesão do usuário ao tratamento efetivo.

O enfermeiro tem na Sistematização da Assistência de Enfermagem, nos procedimentos e nas técnicas para o cuidado, o conjunto de métodos do processo de trabalho em enfermagem, afirmado por Sanna (2007). Mas a reorientação da prática assistencial para superação do modelo hegemônico de atenção à saúde apresentou-se controverso na prática dos enfermeiros participantes.

Apesar de os enfermeiros participantes relatarem que, na orientação do cliente, baseiam suas ações centradas nas necessidades do mesmo, na seleção e prescrição de material para tratamento da ferida relatam utilizar o material que se tem disponível na APS do município de estudo para o cuidado com feridas e não o material que, com sua avaliação, o usuário necessite. Tal situação demonstra raízes no modelo hegemônico, centrado na oferta procedimento.

Merhy et al. (2007) defendem que o modelo assistencial procedimento-centrado é um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir em saúde é com a produção de procedimentos e de forma secundária com as necessidades

dos usuários. Os mesmos autores relatam que esse modelo corrobora com o capitalismo que determina a produção de serviços sob a mesma lógica.

De forma a caracterizar o fazer da enfermagem, no cuidar da pessoa com ferida crônica na APS do município de estudo, outras questões foram referenciadas pelos participantes. Primeiramente, cabe ressaltar que a organização do cuidado de enfermagem tem variação nas UAPS e está organizada pela complexidade do curativo e pela divisão técnica do trabalho, segundo demonstram as falas:

Na UAPS eu procuro atender pelo menos duas vezes por semana na sala de curativo. Eu tenho alguns clientes, eu não assumo todos, eu geralmente assumo os curativos mais complexos. Os outros geralmente o técnico me chama pra avaliar, eu falo o que pode ser feito. (E2)

Os técnicos de enfermagem realizam o procedimento no domicílio, nas vezes que o enfermeiro não pode ir. (E8)

Em alguns clientes o curativo é feito diariamente na unidade, outros, que tem condições, eu oriento a fazer em casa que é a maioria, e uma vez por semana eu faço avaliação. Também tenho os curativos domiciliares dos acamados que eu vou em média uma vez por semana ou o cuidador me liga quando tem alguma dificuldade. (E11)

O enfrentamento do conjunto diversificado de necessidades e demandas aos serviços de saúde coloca em foco não apenas a atual organização dos serviços e ações de saúde, como também as capacidades dos profissionais de saúde para lidarem com esse novo contexto. “O manejo das condições crônicas requer a abordagem de dimensões que vão além dos conteúdos específicos da área biológica ou da atuação individualizada de uma determinada profissão ou especialidade” (DAMAZIO;GONCALVES, 2012, p.199).

Infere-se das falas dos enfermeiros participantes que o agente do processo de trabalho técnico de enfermagem é atuante no cuidado e realiza ações que lhe são prescritas pelo enfermeiro, e este, por sua vez, realiza a supervisão e os procedimentos mais complexos, conjuntamente. A Deliberação do COREN 65/00 apoia a organização das atribuições no cuidado com feridas conforme apresentado nas falas dos enfermeiros participantes.

Apreende-se ainda das mesmas falas que, com o material que é disponibilizado, como soro fisiológico, gaze e pomadas, o procedimento de troca de curativo é imposto à enfermagem no mínimo uma vez ao dia, de acordo com o



volume de exsudato da ferida. A operacionalização deste cuidado demanda maior disponibilidade do técnico de enfermagem e os curativos domiciliares, quando não há como treinar um cuidador, podem gerar um alto grau de dependência da enfermagem. Além do mais, há um expressivo gasto com gazes e pomadas para suprir a periodicidade de troca e, conseqüentemente, um expressivo custo do tratamento.

No tocante à observação e avaliação do ser-cuidado, que é o ponto de partida do fazer do enfermeiro na sistematização da assistência, os participantes apontaram para princípios e desafios no desenvolvimento do método do processo de trabalho em enfermagem:

Quando o usuário vem no posto, nós avaliamos a ferida, se está evoluindo bem. Se não está, encaminhamos para o médico avaliar conjuntamente. Decide-se a conduta, anota-se em prontuário e quando precisa comunicar tem o agente de saúde, que é o elo de comunicação com o usuário. (E1)

Falta muito esta questão da logística, de material na APS, porque eu faço uma avaliação adequada, sei o que é pra usar, mas na hora de indicar eu não posso indicar, porque o cliente não tem condição de comprar. (E2)

Os enfermeiros participantes pontuaram princípios semelhantes aos princípios do cuidado com feridas apresentados por Borges (2011) e Dealey (2008), que estão compostos pela avaliação do cliente, a avaliação da úlcera, a documentação, a indicação de cobertura e os encaminhamentos necessários.

Apesar desta concordância com Borges (2011) e Dealey (2008), sobre os princípios do cuidado com feridas crônicas, e muitos participantes admitirem fazer a avaliação, não há material, não há para onde encaminhar, o cuidado não se faz integral e a sistematização da assistência de enfermagem se fragmenta. Tal fato se agrava quando as recusas de participação nesta pesquisa se fundamentam na questão de não ter o que falar, pois, na opinião destes profissionais, não reconhecem o que estão fazendo como tratamento de feridas, haja vista a limitação imposta na APS.

Por conseguinte, a falta do material essencial ao cuidado tem estimulado tanto o usuário quanto o enfermeiro a buscar estratégias para garantir o possível na integralidade do tratamento. No entanto, quando não há estratégia alternativa, a maioria dos participantes, demonstrou, pela frequência das citações e pelo conteúdo

das falas, que, diante de toda falta de opções de tratamento de feridas na APS, há uma falta de coerência entre a avaliação e a indicação de cobertura, pois os enfermeiros têm que realizar o curativo com o material que possuem:

A gente realiza o curativo com o que a gente tem aqui. Quando não tem é só o soro fisiológico e fechar o curativo né. (E1)

A limpeza é que tem colaborado e o organismo do cliente respondendo a isso né se ele responde bem, se ele não responde a gente tem perdas realmente. (E6)

...não vai ter aquele produto mas a gente vai fazer com técnica né asséptica, vai manter aquele curativo limpo... então enfim é o que da pra fazer. (E7)

Os clientes, conforme eu falei que tem recurso, a gente pede a família comprar, da outro suporte, fora isso a gente faz o acompanhamento né e dá as orientações necessárias dentro daquilo que a gente tem. (E9)

Pessoa (2011) sustenta que, na ótica do cuidado integral, o serviço de saúde deve operar centrado nas necessidades dos usuários e não mais na oferta de serviços, pois dessa forma o acesso será limitado e o tratamento não resolutivo.

Diante das falas, infere-se, ainda, que a oferta, em termos de insumo para curativo na APS do município de estudo, é limitada, pois atende aos casos na fase inicial, limpeza da ferida, e na final, oclusão e proteção da lesão. Em alguns casos, o meio úmido promovido pela solução fisiológica, favorece o desbridamento autolítico, procedimento necessário na fase inflamatória da cicatrização, mas não trata as complicações infecciosas da lesão. Pode ocorrer de não atender às necessidades de conforto do cliente, nem à sua disponibilidade para as trocas frequentes do mesmo, por exemplo, quando trabalha fora. Assim, a limitação do recurso de coberturas adequadas é inconforme com o cuidado integral.

Contrário ao que foi posto nas falas dos participantes, um enfermeiro participante afirmou ter uma conduta divergente relativa à atitude de prescrever o que está disponível na APS:

Eu não vou deixar de oferecer o que é melhor ao tratamento da lesão, porque não temos ou porque a situação financeira não permite. Se o que tenho no posto não é adequado eu não vou passar. (E11)

Neste caso a fala de E11 reflete a preocupação com a ética do cuidado e com a assistência adequada ao cliente, refletindo qualidade e segurança do

paciente. Infere-se que a mesma pontua a sua atuação na prescrição de coberturas para feridas, prioritariamente com relação aos seus conhecimentos científicos, não permitindo que a questão financeira de acesso ao insumo necessário seja dominante. Entende-se que o acesso do cliente ao material precisa ocorrer para o atendimento da prescrição que foi planejada em consonância com a premissa do cuidado integral, no modelo usuário-centrado e não na oferta de serviço.

Assim defende Merhy et al. (2007, p. 83) sobre a fala de E11:

Os trabalhadores podem ser potentes dispositivos de mudança dos serviços assistenciais [...] os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários de solidariedade e valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

Além da questão da oferta de procedimento permear a prática de alguns profissionais, a assistência centrada no ato prescritivo e hegemonia médica ainda estão presentes no contexto de estudo. A tomada de decisão do plano terapêutico ser da equipe e usuário, o enfermeiro ainda enfrenta situações arraigadas ao modelo médico hegemônico, pois possui o conhecimento para a indicação de cobertura, mas a prescrição da mesma, que no caso são pomadas, é exclusividade do médico, como se vê na fala de E7 que trabalha em UAPS com Saúde da Família e de E10 que está na UAPS tradicional:

O enfermeiro tem sua ação limitada, não pelo conhecimento dos profissionais porque temos domínio da conduta, mas pela necessidade de pedir prescrição médica, isso é uma limitação. (E7)

Quando eu trabalhava em estratégia de saúde da família, eu tinha o cuidado compartilhado com o médico, era estabelecido um plano de cuidados conjunto e fazia o tratamento de acordo com o estabelecido pelas prescrições médicas e o cuidado de enfermagem, além das orientações. Na UAPS tradicional procuramos fazer isso, mas o enfermeiro tem que seguir as prescrições médicas! (E10)

Infere-se que o modelo assistencial de saúde presente nos serviços de saúde, apesar de no plano municipal de saúde estar descrito que se tem na Saúde da Família a reorganização das práticas de saúde no município, nos serviços ainda se depara com o modelo hegemônico da doença, médico-centrada, que consequentemente influenciam o processo de trabalho.

Como amparo à fala de E7, Merhy et al. (2007, p.127) relata que:

A baixa resolutividade na rede básica está relacionada ao exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, com relação entre si e com o usuário.

Diante dessa realidade, o processo de tomada de decisão na indicação de coberturas na UAPS fica restrito ao profissional médico, no que tange a receitar pomadas, que segundo os participantes estão disponíveis. No caso das coberturas especiais, elas são cadastradas na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), enquanto correlatos em produtos de saúde e permitem a prescrição pelo enfermeiro.

Dessa forma, os participantes desta pesquisa revelaram buscar um consenso em pesquisas, com demais profissionais enfermeiros, com os especialistas e, inclusive, com os médicos no seu local de trabalho, visando melhorias no processo de indicação da cobertura mais adequada. No entanto, as coberturas não estão disponíveis na UAPS e não estão padronizadas em protocolo institucional que as normatize para o tratamento de pessoas com feridas crônicas.

Deste modo, o protocolo na área clínica tem a função, segundo Silva (2011b), de promover a qualidade técnica da atenção nos diversos níveis do sistema e a utilização racional dos recursos, além de ordenar o cuidado na perspectiva do modelo de atenção.

Considera-se um instrumento essencial para normatizar as ações já preconizadas nas diretrizes para os profissionais, a fim de garantir uma assistência segura e adequada a pessoa com ferida crônica, pois, conforme Malagutti e Kakiyara (2011, p.630) alertam, “os erros em técnicas e na indicação de produtos para serem aplicados no leito da ferida envolvem a saúde humana e podem ter efeitos trágicos para as pessoas sob seus cuidados”.

Os autores afirmam ainda que:

Com o advento dos avanços tecnológicos e científicos que impulsionaram o conhecimento da profissão, multiplicaram-se as dúvidas e questionamentos diante das consequências da utilização desses novos saberes, com isto resgatam-se preocupações éticas e legais que eram comuns no início da enfermagem moderna, acerca dos riscos e benefícios proporcionados pelo cuidado aos clientes (MALAGUTTI; KAKIHARA, 201, p. 631).

Infere-se que ainda estão presentes no serviço, alguns profissionais que se

preocupam com o domínio das habilidades técnicas e colocam as atitudes e o conjunto de conhecimentos que devemos desenvolver para atender as reais necessidades do indivíduo como um ser total em segundo plano. Isso é bem característico do processo de trabalho centrado em ofertas de ações, das quais a UAPS oferece, e não nas necessidades de saúde da população, o que se apresenta neste estudo é o desequilíbrio, em que a maioria das ações não é centrada no usuário e, se observa também, que nem em todas as situações se trabalha com a integralidade.

Ressalta-se ainda que o modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais, assim como insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

Com relação à integralidade da assistência, foi ressaltado por E7 que o ideal é que esteja inserida em todos os processos, vislumbrando a garantia de acesso da pessoa com ferida crônica à rede de assistência e aos profissionais de que necessita:

A integralidade é ter equipe multiprofissional, é ter o médico em parceria com o enfermeiro, é ter nossos gestores fornecendo todos os produtos que precisamos, é ter o nutricionista abordando a alimentação. Além do mais, é ter o psicólogo para ajudar a pessoa, pois às vezes o usuário acha que tem que estar com aquela ferida, e até mesmo a mantém. (E7)

Infere-se na fala do enfermeiro participante, que ele discute os sentidos da integralidade de Pinheiro e Mattos (2009). E, a partir de cada sentido, determina intervenções necessárias para o atendimento integral.

No tocante ao procedimento de orientação do usuário, o cuidado integral é foco, conforme ressaltado na fala dos participantes:

Temos que trabalhar muito a orientação, pois a comunidade tem hábitos precários de saúde e a falta de cuidado é enorme (E8)

Eu tento a orientação do cliente, sobre as coberturas se ele pode adquirir. Oriento com relação à tudo que não depende do serviço, não depende do sistema. Então a orientação é possível no cuidado. Ainda, oriento para o autocuidado. (E4)

Se não tem psicólogo pode-se conversar um pouco com a pessoa, se não vai ter aquele produto, mas nós vamos fazer o curativo com técnica asséptica e manteremos o curativo limpo, orientamos a alimentação... Enfim é o que dá pra fazer. (E7)

A orientação que temos a fornecer é a prevenção! Pois com nossa situação, sem muito recurso, é trabalhar com a prevenção! (E9)

Os participantes ressaltam que fazem muita orientação aos clientes com feridas na atenção primária, ora intensificando-a pela falta de outros atos assistenciais que o próprio profissional poderia estar desenvolvendo, ora suprimindo uma parcela da falta de ações de outros profissionais. Apontam ainda a importância do ato assistencial de orientação voltado para o tratamento da ferida, a escolha da cobertura, o autocuidado, a higiene e a prevenção. E nas referências dos participantes, percebe-se que as orientações são adequadas com a necessidade do usuário, contribuindo com a inversão do modelo centrado em procedimentos, rumo ao cuidado integral, aqui amparado pelo primeiro sentido da integralidade de Pinheiro e Mattos (2009).

#### 6.2.1.4 Subcategoria 4 – Produto do processo de trabalho em enfermagem

Sanna (2007) elucida que o produto do processo de trabalho em enfermagem é a pessoa saudável e/ou a morte com dignidade. No que concerne ao cuidado com feridas crônicas, o que se pretende produzir é a cura da lesão e o restabelecimento das demais necessidades afetadas, causadas pela existência da lesão ou as doenças primárias e hábitos de vida intervenientes no processo causal da perda de integridade da pele.

Alguns participantes demonstraram em suas falas que têm a perspectiva de concretude no processo de trabalho, mas relativo ao alcance daquilo que é possível,

Vale a pena investir nesse cuidado, porque a ferida crônica pode sair deste estado crônico e depois pode-se ver a cura, da ferida e isso traz muita satisfação ao usuário.(E1)

Tratar de pessoas com feridas crônicas traz a satisfação quando você consegue fazer com que elas façam adesão ao tratamento, quando você consegue fazer a recuperação, é um grande desafio. (E2)

No que depende do profissional estamos fazendo um trabalho direito e com o que temos de evolução em alguns casos, avaliamos que está sendo boa.(E8)

No cotidiano do assistir a pessoa com ferida crônica, depara-se com a expressão do enfermeiro ao avaliar a ferida, sobre a beleza do aspecto da mesma, o que traz espanto na maioria das vezes para o usuário, mas representa a satisfação com a positividade na evolução para a cicatrização ou controle de alguma complicação. E isso foi valorizado pelos participantes desta pesquisa em falas anteriores de sua satisfação quando vê a evolução da ferida.

Nesse aspecto, Silva (2000) sustenta que o cuidar deve ampliar o olhar, consistindo em reconhecer a beleza e a vida nas suas diferentes formas e em locais onde, aparentemente, elas não se fazem tão visíveis, ou seja, há uma valorização do positivo, pois há vida se expressando. A autora exemplifica, através do cuidado a um cliente com pé diabético, quando um tecido de granulação é identificado, mesmo ao lado de tecido necrótico, com odor, tem-se a satisfação, porque, contudo, ele existe.

A valorização do que está positivo é uma forma de estímulo e incentivo para seguir o tratamento, pois, conforme já pontuado nas falas dos participantes, muitas intercorrências podem acontecer no percurso do tratamento, e cabe ressaltar que elas podem ser oriundas do próprio cliente, do profissional e ou da gestão.

No que tange à atuação do enfermeiro, os participantes afirmam buscar estratégias e ações compatíveis com a finalidade do cuidado, mas com o que é possível na UAPS, não há como garantir o alcance do produto esperado no processo de trabalho em enfermagem, conforme a fala:

Nós criamos estratégias que não são as ideais, mas são as que estão ao nosso alcance para ofertar uma assistência melhor para o cliente. Mas acaba sendo frustrante, porque você vai até certo ponto do tratamento, depois é interrompido e não tem continuidade. Por muitas vezes eu não tenho a resposta que eu queria ter. (E2)

O cuidado que a gente tem pra poder prestar pra eles é muito assim... ou melhor, deixa bem a desejar. (E1)

A cura é muito difícil de ser vista na nossa realidade hoje. (E9)

No contexto da assistência à pessoa com ferida crônica, os participantes declaram que embora haja uma finalidade mais ampla do cuidado rumo à integralidade, o que é possível no cuidado atual inviabiliza a sua concretização integral, pois ele é descontínuo, inadequado e limitado. Dessa forma, há uma tônica ao sentimento de frustração, expressa nas falas anteriores.

O profissional especialista em Estomaterapia também comunga com o sentimento de frustração, conforme a seguir:

No momento enquanto profissional, ta meio frustrante, vamos dizer assim, porque a gente sabe enquanto estomaterapeuta , os recursos que existem pra tratar ferida crônica e isso não é disponibilizado para o tratamento do cliente. (E3)

Esse sentimento de frustração já foi descrito por Chambliss (1996 apud MALAGUTTTI; CAETANO 2009, p. 02):

A frustração e o desapontamento vivenciados por muitas enfermeiras, independentemente de sua fonte, na maioria das vezes são percebidos em sua dimensão moral, pois “não há como ser uma enfermeira ética em ambientes nos quais outros poderosos bloqueiam o que as enfermeiras reconhecem como suas obrigações morais.

O processo produtivo do cuidado a feridas crônicas na APS do município de estudo, na percepção dos participantes, remete ao sentimento de frustração, inferindo-se que estes, encontram-se insatisfeitos com as condições de trabalho que os gestores os submetem, além do usuário não ter acesso ao que lhe é garantido mediante políticas públicas, que são os insumos adequados ao seu tratamento em acordo com suas necessidades.

E fazendo um recorte da fala de Silva (2011b, p.70), no que se refere às finalidades do processo de trabalho em enfermagem com doenças crônicas, ele reforça:

A efetividade na atenção às doenças crônicas é muito reduzida em sistemas de saúde fragmentados e direcionados principalmente para as condições agudas. Os usuários precisam ter assegurados a continuidade do atendimento e ampliar a adesão ao tratamento, sendo indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas.

Tal afirmativa é compatível com a análise para a atenção às condições crônicas que é a ferida crônica, pois, conforme demonstrado anteriormente, é importante a disponibilidade dos instrumentos do cuidado e o seu modo de fazer pertinente às necessidades do usuário. O que Silva (2011b) traz é a causa raiz da fragmentação do sistema de saúde, o que permite inferir, segundo a opinião dos



participantes dessa pesquisa, à semelhança com a atual situação dos sistemas de saúde municipais de referência e contra-referência.

Merhy (2007, p.118) confirma, com suporte da fala, que:

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção

Assim, em virtude da falta de vários instrumentos necessários para garantir a assistência de qualidade, contínua e integral, os participantes expressaram a dificuldade de concretizar o serviço, de alcançar o produto do seu processo de trabalho, manifestando o descrédito e a frustração no cuidado. Por outro lado, esta situação também se manifesta no usuário, inviabilizando o processo de vínculo e adesão deste ao tratamento:

E o que a gente vê hoje em dia é que os profissionais não acreditam no tratamento de feridas da mesma forma que os clientes também não, porque chegam à UAPS e, muitas vezes, não temos nem soro pra lavar a ferida [...] A ferida poderia cicatrizar em quatro meses, mas vai levar um ano para isso, porque eu não tenho materiais pra passar, para ajudar o processo cicatricial. (E2)

E o usuário, na percepção dos participantes, é influenciado pela não concretização integral do cuidado, como se pode confirmar na fala de E3:

No momento, o que nós sentimos na APS é que a pessoa com ferida crônica é um cliente desanimado, ele acha que a lesão não vai fechar nunca, e nós também não damos uma resposta. O cliente se afasta do posto, porque pra vir ao posto para ficar colocando sorinho e gaze, ele é capaz de fazer na casa dele. (E3)

Assim, frente ao exposto, depara-se com a realidade de que pouco é possível fazer com o que se tem, a finalidade do processo de trabalho em saúde é inviabilizada ou limitada e a produção do cuidado é cerceada ou parcial, muitas vezes sujeitando os usuários a complicações ou recidivas de lesões e prolongamento de um tratamento que é permeado de várias necessidades humanas.

Santos e Miranda (2007) destaca alguns problemas referentes aos serviços considerados “porta de entrada” do sistema de saúde, expressos na falta de garantia de acesso, na descontinuidade de ações e projetos com os movimentos políticos, no princípio da integralidade que se limita a discursos, e na dificuldade de integração entre os vários níveis do sistema de saúde. Acrescenta que “dessa forma não há o

aproveitamento de todas as oportunidades e possibilidades de ações e intervenções nesse nível de atenção, passando responsabilidades de sua competência para outros níveis” (SANTOS, MIRANDA, 2007, p.2).

Sob a perspectiva semelhante dos participantes, que compõe um conjunto de seis unidades de Atenção Primária no município de estudo, no contexto da APS, tradicional ou PSF, do município da zona da mata mineira, não estão disponibilizados, segundo os achados desta pesquisa, componentes importantes do processo de trabalho em enfermagem para a concretização do cuidado integral a pessoas com feridas crônicas. Em vista disso, de formas diferentes, os participantes estão buscando garantir o exercício do cuidado de enfermagem e apontam estratégias para o alcance de resultados no que é possível, embora nem sempre haja algum resultado, e é inviável o alcance integral dos resultados que se espera.

Este fato remete para a necessidade de intervenções por parte dos enfermeiros e dos demais profissionais de saúde, diante da vida real dos serviços de atenção primária à saúde do município que está posta, procurar transcender as dimensões do cuidado para uma atitude política, para uma abordagem concernente com a quinta dimensão do Processo de trabalho em enfermagem de Sanna (2007), que é o participar politicamente, e em busca do terceiro sentido da integralidade da assistência de Pinheiro e Mattos (2009).

### **6.2.2 Categoria 2- O cuidado de enfermagem a pessoas com feridas crônicas no contexto do Participar Politicamente**

Sanna (2007) desperta para um tipo de processo de trabalho em enfermagem, que consiste no Participar Politicamente. Este permeia todos os outros processos, o assistir, o administrar, o ensinar, o pesquisar.

Para os participantes desta pesquisa, as questões políticas foram intensamente abordadas nas falas. Embora impressas com revolta e frustração com a gestão, conforme a seguir:

Cabe ao enfermeiro ficar correndo atrás de recursos? Isso não é uma forma de trabalhar! Nós não temos a resposta da Secretaria sobre o protocolo, ele já foi encaminhado, mas as resoluções não ocorrem. Eu acho que não existe outra forma de melhorar! (E3)

Já tivemos colegas que tentaram implantar esse serviço de referência na atenção primária, inclusive fomos treinados pra isso, com promessas de protocolo, tudo para se implantar um serviço adequado, e claro que isso não aconteceu! (E9)

Então eu percebo uma dificuldade muito grande no cuidado com feridas crônicas, o enfermeiro faz o seu melhor e essa clientela esta omitida como se ela não existisse! A Prefeitura ignora que existe cliente crônico, gente que é isso? É um cliente que leva um ônus enorme para o serviço sem eficiência! Agora, é um desinteresse da administração e do gestor, pois é como se não existisse esse cliente, cliente portador de pereba são anulados, infelizmente! (E11)

Infere-se das falas o sentido de apelo pela valorização do trabalho do enfermeiro, que faz sua parte, mas, sem a continuidade por falta de insumos, é um trabalho paliativo, um processo de trabalho sem perspectiva de alcance do produto esperado. O enfermeiro também conclama a atentar sobre a situação desassistida dos usuários com ferida crônica da APS do município de estudo e entende como perverso o descaso dos gestores.

Os enfermeiros participantes, nas falas, demonstraram apelo pelas condições de trabalho dos profissionais e do tratamento precário ao usuário. Mas ainda é incipiente o desenvolvimento político do enfermeiro, em que um número reduzido demonstrou intervir com domínio no cuidado político. Não há como inferir neste estudo, pelo número de participantes, a existência de uma coletividade política.

O poder para Waldow (2001) caracteriza-se por requerer um esforço individual, mas ele é nutrido e reforçado coletivamente. A mesma autora faz uma comparação entre o poder e o cuidado, apontando-os com as mesmas propriedades: processo, desenvolvimento, favorece crescimento, promove transformação e mudança no ambiente, é relacional, situacional e contextual.

A enfermagem, segundo Waldow (2001), tem sido caracterizada como um grupo sem poder e conclama para que a enfermeira busque conhecer a estrutura do sistema de cuidado à saúde e atuar como mobilizadora, como facilitadora e até como recurso.

Os participantes expressaram na presente pesquisa uma manifestação da insatisfação com a atual conjuntura de assistência aos usuários com feridas crônicas. A gestão é ciente disso, mas não valoriza como prioridade, segundo as falas:

Fica aqui um desabafo porque é uma coisa tão essencial cuidar da ferida, mas foi literalmente esquecida e largada pela saúde. Eu acho

que já passou da hora de ser implantado um serviço na atenção primária, porque sempre teve e sempre vai ter ferida crônica para cuidarmos! Nós nos deparamos com isso dia a dia! Não há melhora com os recursos que temos, têm outros bem melhores que dão resultado! Ah... Eu acho um descaso, estamos atrasados, na idade da pedra no tratamento de feridas!...Ai Jesus! (E9)

Falta à gestão se conscientizar de que é necessário investir no cuidado com feridas crônicas (E2)

Em seu doutoramento, Pires (2001) detectou algumas fragilidades políticas típicas nos enfermeiros e propôs indicações de perfil mais aproximado da qualidade política. O estudo aponta a perspectiva de se fortalecer a concepção de cuidado emancipatório na enfermagem, potencializando-a enquanto prática social reordenadora de desigualdades sociais.

Infere-se das falas sobre o contexto da gestão da APS, que a mesma não fornece respostas às reivindicações e não implementa mudanças. Sanna (2007) aponta que os métodos do processo de trabalho participar politicamente perpassam pela negociação e conflitos, empregados para transformar o objeto e necessitam de serem pactuados nos micro e macro ambientes políticos, sem o qual não podem operar. Os instrumentos são a argumentação, o diálogo, a pressão política, a manifestação pública entre outros.

Os participantes reconhecem a fragilidade política, tanto que declaram a necessidade de uma estratégia de maior mobilização política, ou seja, precisa-se do processo de trabalho Participar Politicamente, conforme as identificações das falas:

Nós precisávamos ter profissionais mais envolvidos na Atenção Primária, no sentido de conseguir fazer e operacionalizar grande parte das coisas na APS. Também precisávamos de apoio da gestão no sentido de fornecer os recursos que a gente precisa pra trabalhar, porque senão não tem como. (E2)

Eu acho que a Secretaria e nós enfermeiros, enquanto políticos, temos que fazer políticas para isso! Tem que se criar protocolos, tem que comprar material, falta sensibilizar os gestores para a importância das feridas crônicas, para evitar complicação das feridas... Eu acho que é isso. (E5)

Para COFEN (2011, p. 46), as organizações devem ter ações enérgicas para buscar fortalecer os profissionais e municiá-los de ferramentas capazes de resistir à precariedade a que são expostos. Os profissionais precisam ainda de respaldo na

qualificação de suas ações e normatização de procedimentos que possibilitem o exercício da profissão.

Os enfermeiros participantes não se apresentaram partidários a nenhum órgão ou entidade, mas apresentaram-se em sua maioria críticos e com sentimento de revolta diante da atual situação de desassistência à pessoa com ferida crônica e das condições de trabalho a que estão submetidos. Ademais, alguns fazem parte da Comissão de Feridas que é subordinada à Secretaria de saúde, um espaço de reuniões em que realizam reivindicações de melhorias aos gestores, se reúnem na elaboração de protocolos e implementam projetos.

Sanna (2007) afirma que, muitas vezes, a participação política está presente no profissional de enfermagem, sem que perceba. Há aqueles que se dizem apolíticos, pois declaram trabalhar sem professar crenças, servir a ideologias ou fazer proselitismo. Este é um engano frequente.

Existiram recusas de participação entre os enfermeiros das UAPS participantes, alegando não ter o que falar, porque não há tratamento de feridas na APS, em tom de revolta com a falta de instrumentos e modo de fazer adequados. Infere-se deste ato uma posição política de contestação da situação imposta pelos gestores.

É percebido dentre os participantes que uns são mais proativos que outros, além disso, há posicionamentos de conviência com as condições de trabalho, há situações de desagrado, porém sem mobilização ativa e criativa, e o que está posto é que a situação já está notificada aos gestores, há tempo, inclusive, e sem resposta:

Aquele que a gente consegue abordar, orientar e consegue participar adquirindo a cobertura nós acompanhamos do começo ao fim. (E3)

E acho que é isso e questões de material não depende do enfermeiro então não tem como conciliar o ideal com o que é possível. (E4)

Cuidar é mais que um ato mecânico, rotineiro e desprovido de sentido, fazendo parte da atividade criativa dos seres, compondo-lhes a estrutura de ser e vir a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais. O fazer humano é permeado de cuidado, capaz tanto de oprimir, quanto de libertar (PIRES, 2005).

Santos e Miranda (2007) defende que, em relação às condições de trabalho, os profissionais devem se unir e lutar, inclusive com os usuários e população, para interferir nos níveis hierárquicos decisórios, a fim de transformar a realidade em que estão inseridos.

Participar politicamente, para Sanna (2007, p.223), não significa estar filiado a um órgão de classe ou organização. “Todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda é uma forma de participação política, sem o quê não é possível estar no mundo em sociedade”.

Malagutti e Caetano (2009) apontam que as enfermeiras, ao buscarem e até mesmo exigirem melhores condições organizacionais de trabalho e de suficientes recursos humanos qualificados para realizar o trabalho, indiretamente, estão advogando pelos clientes e explicitamente exercendo poder, reivindicando que os seus saberes, crenças e valores, assim como suas responsabilidades éticas e profissionais sejam apoiados.

O produto deste processo de trabalho em enfermagem é o poder político, o reconhecimento social e as condições favoráveis para operar todos os processos de trabalho em Enfermagem (SANNA, 2007).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou a descrição da percepção dos enfermeiros sobre o cuidado a pessoas com feridas crônicas na APS, de maneira que as singularidades existentes no cotidiano da assistência no município da Zona da Mata Mineira contribuíram na reflexão sobre a produção, os fatores intervenientes e os desafios desse processo de trabalho no cotidiano do enfermeiro.

Foi possível desvelar através das falas dos enfermeiros, que abordam sobre os elementos ou componentes do processo de trabalho em enfermagem em dois dos cinco tipos, que são o Assistir e o Participar Politicamente. Sob esta ótica, caracterizou a análise e revelou-se no contexto das APS do município de estudo.

O enfermeiro apresentou potencial para o cuidado a pessoas com feridas crônicas, com domínio de conhecimento e das dimensões pertinentes a esse cuidado. É um profissional que demonstrou buscar capacitar-se, especializar-se e que, ainda, compartilha com o cliente não só os desafios de estar com ferida crônica, mas também o de estar em processo de adoecimento e inserido em uma realidade sanitária, social e econômica que o arraiga a dificuldades no lidar com a doença e com as limitações no cuidado. No entanto, a condição de trabalho e de assistência aos usuários está desencadeando no profissional e no cliente sentimentos que são potenciais para agravos emocionais, pois há soluções para as demandas, embora elas estejam inatingíveis.

No momento de abordagem dos participantes, foi demonstrado que a assistência a feridas crônicas, na APS do município de estudo, encontrava-se precária e fragilizada, destituída de recursos estruturais e com características de desassistência, inclusive, diante da complexidade que é o tratamento de feridas crônicas. Em geral, os componentes do processo de trabalho em enfermagem “Assistir” estão inexistentes ou inviabilizados de promover a produção do cuidado esperado.

É desvelada a falta de demais agentes do processo de trabalho, ou seja, outros profissionais na composição de uma equipe multidisciplinar para o tratamento integral de feridas crônicas. A pessoa com ferida crônica tem várias demandas e necessidades afetadas, que transcendem a atuação do enfermeiro na APS, apontando para outros atores deste processo, que são os enfermeiros

estomaterapeutas, outros profissionais de saúde e também de outras áreas afins como a socioeducativa.

Apreendeu-se o reconhecimento dos enfermeiros especialistas em estomaterapia pelos enfermeiros generalistas como referência para os casos mais complexos e apoio às equipes da atenção primária à saúde. Porém, esse fluxo gera sobrecarga de dupla função ao enfermeiro estomaterapeuta e especialista em saúde da família, tornando-se impositiva a necessidade de um centro de referência para uma atenção adequada a pessoas com feridas crônicas e melhores condições de trabalho ao profissional.

Há também um reconhecimento inicial, embora prematuro, dos gestores, relativo ao saber e domínio destes especialistas, uma vez que compõem uma comissão de feridas na APS do município, mas as resoluções são precárias, frente às reivindicações proativas desse grupo, demonstradas pelos participantes.

Soma-se ainda o fato de que os enfermeiros estomaterapeutas estão na composição de equipes de Saúde da Família, atribuídos com uma série de programas que os inviabilizam de ofertar adequadamente o cuidado integral ao usuário com ferida crônica, trazendo sentimentos de impotência diante da grande demanda de cuidado que requerem.

Foi possível identificar que, faltam recursos materiais indispensáveis para o tratamento de feridas crônicas tanto os básicos, quanto os avançados. Já estão postas, na área de feridas, tecnologias avançadas com diversas finalidades, para atingir o objetivo esperado neste tratamento, e, os produtos com ações limitadas ou paliativas persistem, fragilizando inclusive as relações de vínculo do usuário com o profissional e sua adesão ao tratamento. Diante do descrédito do cliente, este abandona inclusive o acompanhamento do enfermeiro, que vai além do ato de realizar um procedimento de curativo. Assim, o tratamento é inadequado por não atender as necessidades do usuário.

A partir das falas dos participantes, apreendeu-se que o participar politicamente é inerente ao processo de trabalho em enfermagem no contexto da assistência a feridas crônicas, pois a postura política está baseada nas ações, independente de posições partidárias.

Diante das ações expressadas pelos entrevistados, têm-se diferentes posições políticas dos enfermeiros, no que concerne a iniciativas de enfrentamento



para melhores condições de trabalho e melhorias no atendimento do usuário com ferida crônica. O processo de trabalho em enfermagem Participar Politicamente é aplicável a esta realidade e tem no enfermeiro o agente principal, compondo a comissão de feridas, elaborando protocolos, apresentando propostas de projetos e reivindicações de melhorias na assistência a esse usuário, como, por exemplo, um centro de referência especializado para os atendimentos que demandam o usuário com ferida crônica.

Embora ainda se depare com a conivência por parte de alguns participantes, assumindo posições que sugerem apolíticas, entende-se que esta postura também é definidora de posição política, pois demonstra acordo em permitir que o modelo hegemônico vigore, na contramão dos princípios do SUS.

No entanto, há a necessidade de o enfermeiro encontrar na instituição espaço para capacitações, inclusive políticas, uma vez que o cuidado político ainda é pouco conhecido e exercido pelos enfermeiros, até mesmo pela questão histórica de subordinação da Enfermagem.

Ademais, relativo à capacitação de profissionais, foi demonstrada a necessidade de investimento em treinamento contínuo para o cuidado integral com feridas crônicas, pois este é permeado de relações interpessoais entre usuário e profissional, como visto nesta pesquisa. Estas relações compõem os instrumentos do cuidar, e se torna indispensável para o enfrentamento dos desafios referentes à comunidade assistida. O treinamento se faz necessário também com relação às técnicas de aplicação das coberturas especiais e a sua indicação adequada e centrada nas necessidades do usuário.

Os aspectos mencionados acima deveriam contribuir para as relações de cuidado, mas o que se percebe na APS deste município da zona da mata mineira é que isso não é possível, pois as dificuldades são maiores que as facilidades no processo de cuidar de pessoas com feridas crônicas, o que aponta para a necessidade de revisão das políticas públicas e da realização de outros estudos com maior enfoque para essas questões.

É urgente a necessidade de valorização e apoio político ao cuidado com feridas crônicas por parte dos gestores no município de estudo, pois nenhum participante, no momento da abordagem, confirmou os gestores, oferecendo resposta às reivindicações, mas sim constituindo uma lacuna, pois a Secretaria Municipal de Saúde realizou um grande evento para capacitação dos profissionais

para o cuidado com feridas, mas não deu subsídios estruturais e funcionais para sua concretização.

Da mesma forma, os enfermeiros precisam valorizar-se e capacitar-se para o exercício da dimensão política, procurando ser proativos na defesa do cuidado adequado e qualificado ao ser-cuidado, conforme legítimo ao ser enfermeiro.

Além disso, a realidade apresentada pelos participantes aponta para um modelo assistencial ainda arraigado no modelo hegemônico, centrado no médico, na cura e na oferta de procedimentos, o que dificilmente se tornará resolutivo para a complexidade e singularidade do cuidado a pessoa com ferida crônica. O que este conclama é o cuidado centrado em suas necessidades, com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar; que a cura seja um dos produtos do processo de trabalho, mas que o caminho do cuidado seja acolhedor, contínuo e seguro de modo a um alcance integral de resultados. Na atual configuração da assistência, no município de estudo, o usuário está desamparado e sem referência na rede municipal de assistência à saúde para o atendimento complementar de suas necessidades.

Espera-se que os resultados desta pesquisa forneçam subsídios para discussões nos micro e macro espaços da saúde, vislumbrando a formulação de políticas públicas para a reorientação de serviços de saúde, no sentido de garantir as diretrizes de integralidade e a continuidade no cuidado a feridas crônicas. No entanto, a temática não se esgota nesta pesquisa, que abre possibilidades de outros estudos.

Os achados permitiram responder à pesquisadora sua inquietação inicial acerca do egresso hospitalar de usuários com feridas crônicas, apresentando complicações ou estagnação no processo evolutivo da cicatrização, depois de encaminhados à Atenção Primária à Saúde, após a alta hospitalar.

No entanto, a inquietação, apesar de respondida, persiste no sentido de vislumbrar soluções para a descontinuidade percebida entre os níveis de assistência terciário e primário, cabendo ressaltar que o fluxo do usuário com ferida crônica nem sempre é indicado para o nível hospitalar, o que evidencia uma lacuna na configuração da assistência municipal com a inexistência de um centro de referência especializado.

Os enfermeiros participantes também mostraram a importância da

constituição de uma rede de atenção à saúde integral a pessoas com feridas crônicas, ou seja, a existência de espaços com diferentes níveis de complexidade, integrados por meio de uma relação segura e contínua de referência e contra-referência, como forma de complementaridade do cuidado de forma a potencializar o alcance de resultados.

A importância desses centros de referência se faz não somente no assistir em enfermagem, mas também no ensino, ao contribuir com a capacitação e a formação dos profissionais na graduação e pós-graduação, como é o caso da Enfermagem em Estomaterapia. Também possui relevância para a realização de estudos, de forma a contribuir para a constante melhoria dos processos de trabalho em enfermagem e multiprofissional, além da contínua atualização e otimização do cuidado a pessoa com feridas crônicas.

Destarte, a pesquisadora sugere a configuração de uma linha de cuidado integral a pessoas com feridas crônicas no município de estudo, com base em políticas públicas já preconizadas para a linha de cuidado integral de atendimento às doenças e condições crônicas. Esta proposta tem demonstrado em estudos a eficiência na resolução da fragmentação de serviços da rede de atenção à saúde. Como contribuição para esta pesquisa, a pesquisadora apresenta “Considerações teóricas sobre a configuração de uma linha de cuidado integral à pessoas com feridas crônicas” no Apêndice C.

## REFERÊNCIAS

- OPAS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). A implementação de diretrizes clínicas na atenção a saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009.132 p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Reimpressão da 1ª Ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO I.S; KREMPEL M.C; HUMEREZ, D.C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Revista Enfermagem em Foco**. v. 2, n.4, 2011, p.251-54
- BARROS, A.L.B.L. e cols. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.440p.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.
- BORGES, E. L. **Tratamento Tópico de Úlcera Venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005.306f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BORGES,E.L. **Feridas: Úlceras dos Membros Inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990.  
Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010.  
Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 2010, nº 251, Seção 1, p.88.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica.**Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização– 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o**

**Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 (Acessado em 17 jun. 2013) - 2011a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 24 out.2011. Seção 1. 2011b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012 [acesso em 2013 jun 5]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 02 Abr.2014. Seção 1, p. 50.

BRITO, K.K.G. de et al. Feridas Crônicas: Abordagem da Enfermagem na Produção Científica da Pós-Graduação. Recife: **Revista de Enfermagem**: UFPE, 2013.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos.** Tradução Anna Maria Thorrel, Regina Macedo Garcez. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.832p.

CARRASQUEIRA, F.A., BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. **Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR**, Curitiba, v. 5, n. 1, nov. 2010.

CASTRO, L.C et al. **Guía para la Atención integral del paciente Con heridas crónicas Y úlceras por presión.** Gerencia de Atención primaria de Segovia – Espana: 2008.

CASTRO, M.; PEREIRA, W. R.. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, Junho, 2011.

CEZARETTI, U.R., PAULA, M.A.B., PAULA, P.R. **Estomaterapia: Temas Básicos em Estomias.** Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais.** 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CIANCIARULLO, T.I. (Org) . **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

COFEN.Organização político-profissional da enfermagem. Sistema Cofen/Conselhos Regionais na luta pelos ideais da enfermagem Brasileira.**Enfermagem em Foco** **011; 2(1): 46-50**

Conselho Federal de Enfermagem [página naInternet]. Brasília (DF): COFEN; 2011. [acesso 2014 Ago 10]. Disponível em:  
<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>

Conselho Regional de Enfermagem (MG). **Deliberação nº 65/2000**, 22/05/2000: Competências dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas. Belo Horizonte. COREN-MG, 2000 [acesso 2014 Abr 13]. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br>

CULLUM,N.et al. **Enfermagem Baseada em Evidências: uma introdução**. Artmed: Porto Alegre, 2010. 328p.

DANTAS, D.V., TORRES, G.V., DANTAS, R.A.N . Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. Revista **Ciência Cuidado e Saúde** 2011 Abr/Jun; 10(2): 366-372.

DAMÁZIO,L.GONÇALVES,C.A. (ORG).**Desafios da Gestão Estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DEALEY, C.**Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras**.3. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

**Dicionário online de Português**. Acesso em 2014. Disponível em:  
<http://www.dicio.com.br/persistencia/>

DOMANSKI,R.C. BORGES,E.L.(ORG.) **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidência**. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2012.

FERRER-SOLA, M. et al.. Prevalencia de la heridas cronicas en una comarca de la provincia de Barcelona. **Enfermeria Clinica**.2009;19(1):4–10.

FHEMIG. **Caderno de Protocolos Clínicos**. Org: GARCIA, G.F. et al.Belo Horizonte: FHEMIG,2014.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em:  
<<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceitocomo-fazer.pdf>>.

GEORGE, J.B.**Teorias de enfermagem**.Tradução: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.338p.

GEOVANINI, T. et al. . **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de janeiro: Revinter, 2010.

GERALDO, M.S. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Saúde Coletiva**, vol. 46, núm. 7, 2010, pp. 300-304 São Paulo:Editorial Bolina.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 8.ed.Petrópolis: Vozes,2001.224p.

HORTA,W.A. **Processo de Enfermagem**.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HOWLETT, M., RAMESH, M. PERL, A. **Política Pública: Seus Ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Brasília: IBGE, 2010a. (Suplemento Saúde)

IRION, G. Feridas: **novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**.Tradução: Roxane Gomes Santos Jacobson, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 2. ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LARA, M.O. et al. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enfermagem**. 2011;16(3):471-7.

LELOUP, J.Y.**Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria**. Tradução: FITTIPALDI,R. et al. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

LIZARRAGA, M.J.C. SANZ, M.S. MARTOS, M.A.C. Recomendaciones para el tratamiento local de lãs úlceras cutáneas crônicas. **Formacion Médica Continuada em Atencion Primária**,v.18 (10). Madrid: 2011, 664-672.

Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Schwengber AI, Silva CRA. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**.2010; 1(2):73-76.

LUNARDI, Valéria Lerch et al . Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 62, n. 4, Aug. 2009 .

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2001. V.6, p. 41-66.

MALAGUTTI, W. (Org.); KAKIHARA,C.T. (Org.). **Curativos, Estomias e Dermatologia - uma abordagem multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. 640p.

MALAGUTTI,W. CAETANO,C.C. **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**.Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2009.

MARTINS, M.A. ET AL. Úlcera crônica de perna de pacientes em tratamento Ambulatorial: análise microbiológica e de Suscetibilidade antimicrobiana. **Ciência e Cuidado em Saúde** Jul/Set; 9(3):464-470, 2010.

McEWEN, M. WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução: Ana Maria Thorrel. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELO, L.P. et al. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enfermagem**. 2011 Abr/Jun; 16(2):303-10.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. ONOCKO, R. (ORG). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007

MERHY, E.E. FEUERWERKERL, C.M. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Pan Americana Salud Publica**. 2008. 24(3)180-8

MOURA, Suzana. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 2, n. 1, Apr. 1998. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conceito de saúde**: 1948. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 15 ago. 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAULA, M.A.R. SANTOS, V.L.C.G. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2003, vol.11, n.4 [cited 2015-02-25], pp. 474-482 .

PESSOA, L.R.(COORD). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208p.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASC, 2009.

PIRES, M.R.G.M. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil**. [dissertação]. Brasília (DF): Departamento de Serviço Social/UnB; 2001.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino americana de Enfermagem**, 2005. Setembro-Outubro; 13(5): 729-36.



PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 5, Oct. 2009 .

PORTELA, M. C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Saúde, documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

ROCHA, J.B.B., ZEITOUNE R.C.G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15(1):46-52.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, 2007.

SANTOS, V. L. C. D. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia : cuidando do ostomizado.** São Paulo: Atheneu, 2000.

SANTOS, A.S., MIRANDA, S.M.R.C. (ORG) **A enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde.** Barueri, SP: Manole, 2007;

Santos ICRV, Souza MAO, Andrade LNV, Lopes MP, Barros e Silva MFA, Santiago RT Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária .**Revista Rene.** 2014 jul-ago; 15(4):613-20.

SILVA, M.J. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar.** São Paulo: editora Gente, 2000.

SILVA, Junior JB. Vigilância das Dant no Contexto da Vigilância em Saúde no Brasil. In: **Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não transmissíveis e promoção da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, S.F.da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2011. 202 p.

SILVA, R.C.L. et AL (Org). **Feridas: fundamentos e atualizações.** 3 ed. São Caetano do Sul, Sp: Yendis Editora, 2011.

SILVA, M.H. et al. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha Enfermagem.** 2013;34(3):95-101.

SOARES, M.F. **Impacto da úlcera de perna na vida da família: um estudo de caso.** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado), 2012.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência Saude Coletiva**. 2011;16(11):4395-4404.

TRALDI, M.C. **Fundamentos de Enfermagem na Assistência Primária de Saúde**. Campinas-SP: Editora Alínea, 2004.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2011. 176

TURCI, M. A. (org.) **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**- Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP comunicação, 2008

USTREL-OLARIA, A. AMORÓS-MIRÓ, G. Prevalencia de heridas de La piel em pacientes de atencion domiciliaria de 2 áreas basicas de salud de Barcelona: implicaciones em La práctica enfermera. **Enfermería clínica**. V.18(5). Barcelona: 2008. 232-238

VALENTE, G.S.C.; VIANA, L de O.; NEVES, I.G. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no municipio do Rio de Janeiro. **Enfermeria Global**, Murcia, n. 19, jun. 2010 .

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

World Council of Enterostomal Therapists - **WCET**. An Association of nurses. Members handbook. Australia: Ink Press Internacional, 2000.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Universidade Federal de Juiz De Fora  
Faculdade de Enfermagem  
PPG - Mestrado em Enfermagem**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: **PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, de autoria da mestranda Grazielle Stambassi, e da orientadora Prof. <sup>a</sup> Dra. Sonia Maria Dias. O referido estudo tem como objetivos descrever a percepção do enfermeiro sobre o cuidado a pessoas com feridas crônicas; discutir os fatores intervenientes no processo de trabalho em enfermagem que interferem no cuidado a pessoas com feridas crônicas; analisar a configuração do cuidado prestado pelos enfermeiros a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde do município da Zona da Mata Mineira. O motivo que nos leva a estudar a temática referida é o desejo de produzir conhecimento científico para a enfermagem e compreender o modo de produção do cuidado a pessoas com feridas crônicas como parcela do processo de trabalho do enfermeiro.

Para realizar esta pesquisa adotaremos a abordagem qualitativa, com análise de dados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. Recorreremos ao uso da técnica de entrevista semiestruturada, registrada em gravador MP4.

Dentre os benefícios esperados na realização da presente pesquisa, se encontra a possibilidade de reflexão sobre o cuidado prestado pelo enfermeiro a pessoas com feridas crônicas em uma cidade da Zona da Mata mineira, a fim de dar subsídio para discussões acerca da formulação de políticas públicas relacionadas ao cuidado integral com feridas crônicas nos serviços do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos, ou seja, os relacionados à técnica de entrevista com os sujeitos. Apesar disso, o (a) Sr (a) tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de comprovação de dano decorrente da presente investigação.

Para participar desta pesquisa, o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. O Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desta investigação. Os resultados serão utilizados para ampliar o conhecimento da área sendo divulgado em eventos e artigos científicos.

Estes dados serão mantidos em arquivos físicos e digitais sob a guarda do pesquisador responsável por um período de 05 (cinco) anos, e após esse tempo, os dados serão destruídos. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, em seu arquivo pessoal por cinco anos, e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa intitulada **PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

DECLARO que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler, compreender e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura pesquisadora	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

Fone: 32 2102 3788 / e-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

Pesquisadores responsáveis:

SONIA MARIA DIAS

Endereço: Faculdade de Enfermagem/ Campus Universitário da UFJF

CEP: 36036-900 - Juiz de Fora (MG)

Fone: (32) 2102 3297 / e-mail: [sonia.dias@ufjf.edu.br](mailto:sonia.dias@ufjf.edu.br)

GRAZIELLE STAMBASSI


Endereço: Faculdade de Enfermagem/ Campus Universitário da UFJF

CEP: 36036-900 - Juiz de Fora (MG)

Fone: (32) 8876-3965 / e-mail: [gstamba@hotmail.com](mailto:gstamba@hotmail.com)

## APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

### PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: CUIDADO A PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

 <b>Faculdade de Enfermagem - UFJF- PPG - Mestrado em Enfermagem</b>	<b>Local da Entrevista:</b>	<b>Data:</b>
	<b>UAPS:</b>	
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome: _____		
Idade: _____ Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino		
Formação profissional: _____		
Ano de conclusão de curso: _____		
Pós-graduação: _____		
Áreas de atuação profissional desde a formação: _____		
Atuação em gestão: _____		
Função no atual serviço: _____		
Tempo de trabalho no atual serviço: _____		
<b>QUESTÕES</b>		
1	O que significa para você o cuidar de pessoas com feridas crônicas?	
2	Como você realiza o cuidado a pessoas com feridas crônicas?	
3	Como você avalia o cuidado que você presta a pessoas com feridas crônicas na Atenção Primária à Saúde?	
4	Como considera ser o cuidado ideal a pessoas com feridas crônicas?	
5	Como conciliar o ideal com o possível no cuidado a pessoas com feridas crônicas?	
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>		

## **APÊNDICE C - Considerações teóricas da pesquisadora para a configuração de uma linha de cuidado integral a pessoa com ferida crônica**

Como condição pré-existente para a configuração de uma linha de cuidado, é a instituição no município, de uma Rede de Serviço de Saúde ou de Atenção à Saúde (RAS), compreendida como:

[..] forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme a lógica técnico-sanitária. (SILVA, 2011b, p. 37)

Mendes (2011) afirma que as propostas de Redes de Atenção à Saúde são recentes e se originaram nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos, avançando posteriormente para Europa Ocidental, Canadá e alguns países em desenvolvimento.

A maioria destes países tinha como superação a fragmentação dos serviços, e Mendes (2011, p.69) evidencia que “esse movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde” e já apresentam resultados de melhoras sanitárias e econômicas.

As experiências pioneiras destes demonstraram, ainda, como pontos-chave, dentre outros específicos a cada realidade, a gestão da clínica com diretrizes e o reforço da atenção primária de saúde (Mendes, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2008) preconiza que as RAS contenham seis modalidades de integração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008):

1. Um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população;
2. Espaços de integração de vários serviços;
3. A atenção à saúde contínua, ao longo do tempo;
4. A integração vertical de diferentes níveis de atenção;
5. A vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão;
6. O trabalho intersetorial.

Algumas linhas de cuidado integral referentes a doenças ou agravos de prevalência e magnitude relevantes na epidemiologia brasileira, já foram estabelecidas no Ministério da Saúde e desde 2013, encontra-se em andamento a elaboração da linha de cuidado integral às feridas complexas por Grupo Técnico de Estudos para Tratamento de Feridas no SUS-MS (Ministério da Saúde).

A Linha de Cuidado Integral é destacada por Silva (2011b, p.93) como “estratégia indispensável na RAS” e encontra-se definida no sistema de saúde brasileiro para algumas áreas temáticas através de políticas públicas. Para a área temática de feridas crônicas, ainda não se tem uma linha de cuidado integral específica, apesar de um grupo técnico do Ministério da Saúde estar elaborando-a, o qual referencia as feridas crônicas como feridas complexas.

Assim, toma-se como referência as políticas públicas e documentos referentes às doenças e condições crônicas, pois a grande prevalência de feridas crônicas se encontra nas feridas vasculogênicas.

Malagutti e Kakihara (2011, p. 73) reforçam que “as três principais causas de úlceras crônicas dos membros inferiores são: venosa, arterial e neuropática, sendo que, aproximadamente 75% dessas são de origem venosa”. Tal dado, também apresentado por Borges (2011), mostra que a úlcera crônica venosa representa, aproximadamente, 70 a 90 % das úlceras de perna. Dealey (2008) elucida que o Diabetes mellitus e a hipertensão arterial interferem no processo de cicatrização.

Além dos documentos do Ministério da Saúde, a linha de cuidado integral é amplamente discutida por outros autores que discorrem sobre a gestão em saúde com a formação de redes de atenção à saúde (RAS), e sobre a Gerência do Cuidado no nível local da assistência, com a proposta de construção de Linhas de Cuidado Integral.

Silva (2011b, p. 93) destaca que “alguns autores sugerem a construção de linhas de Cuidado Integral a partir de redes temáticas, que geralmente visam maior efetividade às ações de saúde voltadas a grupos prioritários e doenças mais prevalentes”.

A linha de cuidado integral, com base na conceituação de Franco e Franco (2011), se refere a seguir:

...a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Ela incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde, com ações preventivas, curativas e de reabilitação, ou seja,



proporcionar acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.

A Linha de Cuidado Integral é o desenho de um itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde. Inclui os sistemas de referência e contra-referência, mas difere por não funcionar apenas a partir de protocolos institucionalmente estabelecidos, mas sim de pactuações entre gestores, para reorganizar o processo de trabalho (PESSOA, 2011, p.21) .

Para Silva (2011b, p. 83), linhas de cuidado são:

Linhas de cuidado são estratégias utilizadas nas RAS, aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos das redes para ter suas necessidades adequadamente atendidas.

Pessoa (2011) aponta que a Linha de Cuidado Integral incorpora a idéia da integralidade na assistência de saúde a partir da unificação de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, curativas e de reabilitação e acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita.

O Quadro A, abaixo, apresenta um esquema das Diretrizes da Linha de Cuidado Integral, que precisam se tornar rotina na prática dos profissionais:

Quadro A - Diretrizes da Linha de Cuidado Integral

Diretriz	Significado/ objetivo	Ação
Acolhimento	Ato acolhedor do profissional com os usuários	Atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema de saúde
Vínculo		Acompanhar os processos por dentro da rede e organizar os processos de trabalho
Responsabilização	Facilitar o caminhar do usuário na rede	Resolver e se necessário fazer encaminhamento seguro

Fonte: elaborado pela pesquisadora baseado na publicação do Manual do Gerente, da ENSP-RJ

A operacionalização da Linha de cuidado está baseada nos Projetos Terapêuticos, que aciona e dispara a Linha de cuidado Integral e é “conjunto de atos

assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário com base em uma avaliação de risco” (PESSOA, 2011, p.23). Este risco pode ser clínico ou social, econômico, ambiental e ou afetivo.

Após a definição compartilhada entre equipe e usuário, do Projeto Terapêutico, o profissional de saúde orienta o usuário a buscar na rede de serviços os recursos de que necessita para atendimento de sua necessidade. Para que isso ocorra, é necessário que estejam pactuados entre os gestores das Unidades de Saúde e os gestores municipais um acordo de funcionamento de que os serviços devem se organizar centrados no usuário, com fluxos funcionando de forma harmônica, assegurando o acesso do usuário.

Existe um passo a passo para montar as linhas de cuidado integral que segue:

1. Identificar a rede de serviços de saúde;
2. Definir e priorizar quais linhas serão montadas;
3. Realizar as oficinas de trabalho pra produzir os pactos e definir os fluxos de cuidado aos usuários;
4. Mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços.

O critério para definir uma linha de cuidado pode ser a prevalência do agravo, a carência de cuidados em alguma área específica, a dificuldade de acesso e outros. Ela pode ser formada dentro de uma unidade de saúde, ou pode ser referenciada regionalmente, sendo que neste caso, BRASIL (2010) preconiza que é essencial para as regiões de saúde que estabeleçam suas linhas de cuidado e as suas diretrizes clínicas próprias.

Para manter o funcionamento da linha de cuidado é necessário um gestor ou um colegiado gestor, que tem como atribuição operacionalizar e manter os fluxos de acesso desobstruídos. “A gestão das linhas de cuidado integral deve estar atenta aos processos que a institui, isto é, às mudanças do processo de trabalho, aos novos fluxos que surgem e às inovações no ato de cuidar” (PESSOA, 2011, p.26).

Preconiza-se na organização do processo de trabalho, que a rede primária de assistência à saúde tenha o máximo de resolubilidade, pois tem o papel de co-gestora do projeto terapêutico elaborado para o usuário, e, portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis da assistência, pois o vínculo deve ser a Unidade Básica.

Silva (2011, p. 92) aponta que as equipes de atenção básica e as equipes de saúde da família são estratégicas para propiciar longitudinalidade/ continuidade da atenção, construção de vínculos, resolubilidade no primeiro nível de cuidados.

Ao focar uma só Unidade Básica de Saúde (UBS) é possível perceber que existem várias microunidades que se comportam como lugar de produção de cuidado. Cada lugar do serviço de saúde onde o usuário é atendido, onde há produção de intervenções sobre um determinado problema de saúde, caracterizam uma Unidade de Produção de Saúde (PESSOA, 2011).

Pessoa (2011, p.29) apresenta como exemplo das microunidades, uma UBS contendo Unidade de Produção de Recepção aos Usuários, Unidade de Controle de Prontuários, Unidade de Produção de Ações de Enfermagem, Unidade de Produção de Consulta Médica, Unidade de Dispensação de Medicamentos, Unidade de Produção de exames laboratoriais. O que define o modo como essas unidades se integram, se integrados ou compartimentados, é o processo de trabalho desenvolvido em seu espaço próprio. No entanto, quando compartimentados, promovem uma alienação dos produtos a cada unidade de produção, o que não é interessante, pois o que se procura é a interação de saberes e práticas para um bom funcionamento da Linha de cuidado e resolução do projeto terapêutico.

O usuário quando entra na Unidade Básica, busca a resolução de um determinado problema de saúde, assim ele é inserido no atendimento, em seguida, passa por uma impressão diagnóstica e avaliação de risco de adoecer, de forma integral. O profissional, ou vários profissionais em equipe, idealiza e compartilha com o usuário um conjunto de atos assistenciais para serem encaminhados para a resolução de seu problema, ou seja, estabelecem conjuntamente um Projeto terapêutico.

A produção do cuidado tem diferentes modos de ser realizado, segundo Merhy (2007), sendo conhecido como “produção de procedimentos” quando sua execução esta centrada em tecnologias duras/leve-duras, caracterizada por uma excessiva carga prescritiva, com relações sumárias e burocráticas. E, por outro lado, pode ser centrado em relações solidárias e conhecimento técnico, sendo denominadas de tecnologias leves/leve-duras.

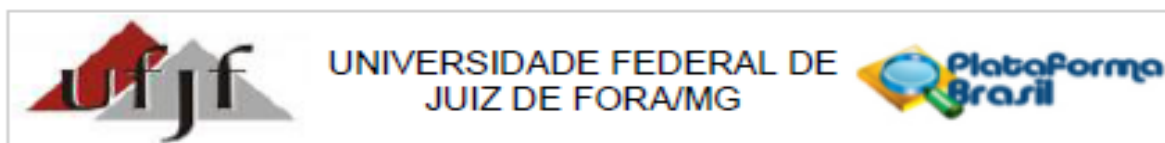
O usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, o seu projeto terapêutico é o conjunto de atos assistenciais idealizados e sua materialização consiste nos atos concretos assistenciais. O projeto terapêutico tem

como estruturante de si mesmo o conhecimento, técnico estruturado ou adquirido com as experiências da vida e do trabalho. Já os atos assistenciais são estruturados pela ação do trabalho. Assim, o trabalho se realiza a partir de tecnologias de trabalho (PESSOA, 2011).

O pacto para a construção da Linha de Cuidado Integral se produz a partir da adesão ao projeto, vontade política e recursos cognitivos e materiais, e requer reorganização do processo de trabalho no nível da rede básica. Deve garantir a disponibilidade de recursos, o fluxo centrado no usuário, instrumentos para referência segura, garantia de fluxos também da atenção especializada para as Equipes de Saúde da Família, determinação da UBS como responsável pela gestão do projeto terapêutico, análise permanente das prioridades assistenciais, gestão colegiada, envolvendo os diversos atores, busca de garantia de intersetorialidade como política estruturante (PESSOA, 2011).

**ANEXO**

**ANEXO A** - Parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** "O Enfermeiro na Configuração da Linha de Cuidado a Pessoas com Feridas Crônicas"

**Pesquisador:** Grazielle Stambassi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20587013.7.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 481.952

**Data da Relatoria:** 05/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

O estudo proposto apresenta valor científico e o objeto de estudo está delineado. A revisão da literatura está atualizada e o estudo encontra-se estruturado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Estão claros, definidos e apresentam compatibilidade com a proposta apresentada.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informa que a pesquisa possui riscos mínimos e apresenta os benefícios que a pesquisa trará.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema foi bem apresentado e subsidiado por referenciais pertinentes e atualizados. Metodologia é adequada ao objeto e objetivos do estudo.

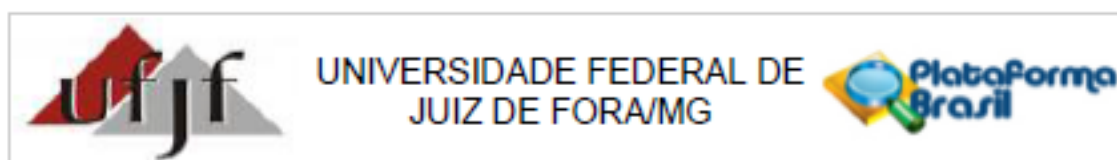
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo está bem escrito, com linguagem clara e possui todas as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa. Informa que se preservará o anonimato e o sigilo das informações. A pesquisa é de risco mínimo e declara que o sujeito será ressarcido pelo pesquisador, caso se sinta prejudicado em participar da mesma.

**Recomendações:**

Aprovado

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 35.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 481.952

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2014.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 06 de Dezembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br