

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

REGINA CÉLIA DE CASTRO

O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

Belo Horizonte - MG

2017

REGINA CÉLIA DE CASTRO

O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte - MG

2017

Castro, Regina Célia de.
C355s O sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas
[manuscrito]. / Regina Célia de Castro. -- Belo Horizonte: 2017.
151f.: il.
Orientador: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Úlcera Varicosa. 2. Estresse Psicológico. 3. Dor. 4. Atenção
Primária à Saúde. 5. Psicologia Social. 6. Pesquisa Qualitativa. 7.
Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WG 620


ATA DE NÚMERO 543 (QUINHENTOS E QUARENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA REGINA CÉLIA DE CASTRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de junho de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS*", da aluna *Regina Célia de Castro*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Eline Lima Borges e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:


- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de junho de 2017.

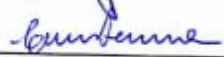
Prof. Dr.ª Maria Imaculada de Fátima Freitas
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



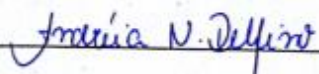
Prof. Dr.ª Eline Lima Borges
(EEUFMG)



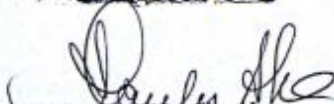
Prof. Dr.ª Cláudia Maria de Mattos Penna
(Esc.Enf/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03/07/2017


Prof.ª Dra. Maria Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedico este trabalho a todos as pessoas que possuem úlceras venosas e que, confiantes, entregam-se aos cuidados de uma equipe de enfermagem.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me colocar de pé diariamente e apontar caminhos e pessoas imprescindíveis em minha trajetória.

À Professora Dr^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, pela oportunidade de crescimento perante a minha pequenez de aprendiz. Obrigada pelo ensinamento profissional, pessoal e pela contribuição de suas palavras e reflexões.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade de aprendizado.

À Professora Maria José Menezes Brito e aos colegas de turma da disciplina Gerência de Serviços de Saúde e de Enfermagem, pelos ensinamentos de vida compartilhados em sala de aula e por contribuírem de forma singular nessa minha formação.

Às Professoras Eline Borges e Rita de Cássia, que em momento decisório me incentivaram a não desistir dos meus sonhos.

Às gerentes do Centro de Saúde, Denise Marliere e Karina Fonseca, por todo apoio e incentivo. Obrigada por acreditarem em mim e reconhecerem meu trabalho e esforço.

Aos colegas do Centro de Saúde Barreiro de Cima, pelo respeito e ajuda durante minhas ausências no serviço em prol deste trabalho e, em especial, à equipe 1: Luciana Caldas Teixeira, Marilene de Jesus Santos Soares, Sandra Helena da Silva, Gelva Maria da Conceição de Oliveira, Daniele Cristina Luiza Ferreira, Márcia de Fátima Rocha e Sérgio Roberto Miguel Leal.

Aos amigos mestres que me serviram de exemplo e estímulo, em especial Valéria Chaves, Clarice Morais e Moisés Mileib.

Aos meus amados pais, João e Sula, pelo amor, apoio, incentivo, acolhida e por servirem de exemplo perante o enfrentamento das dificuldades da vida.

À amiga e companheira de escola e profissão, Poliana Dias, por compartilhar emoções e me fazer acreditar a cada minuto que era possível o que parecia ser impossível.

Ao amigo Marco Aurélio de Sousa, pela ajuda, pelo carinho, pela paciência e pelo sorriso acolhedor.

Aos queridos Joel Vargas e Dr. João Henrique Fabel, que, com tão poucas palavras, mudaram o rumo de minha história.

Ao amado primo, Walter Augusto de França, pela desmesurada disposição e sabedoria.

Ao querido amigo Milson Fonseca, pela imensa ajuda, pelas palavras, pelo carinho e companheirismo.

Ao querido Felipe Mantovani, pelo exemplo de vida.

“O sofrimento que acorrenta a alma do doente
se achega à alma do cuidador e pergunta:
Você sente a minha dor?
Não se cale, não esmoreça, não desista de mim”.
(SOUSA, 2015, p. 10).

RESUMO

CASTRO, R.C. **O sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas.** 148 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

As úlceras venosas são lesões de membros inferiores causadas pela insuficiência venosa crônica e se caracterizam como um problema de saúde pública, sobretudo pela sua transcendência e vulnerabilidade. Alguns autores consideram que a convivência com uma úlcera venosa pode ocasionar mudanças e dificuldades em diversos aspectos na vida da pessoa acometida, com interferências negativas na qualidade de vida, paralelamente a sentimentos relacionados ao comprometimento da capacidade funcional e das relações sociais. No entanto, o sofrimento definido pelas próprias pessoas com úlceras venosas é pouco analisado na literatura. O objetivo do estudo foi compreender o sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas, com enfoque em suas representações sobre o agravo. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, na perspectiva de Alain Giami. Foram realizadas entrevistas individuais abertas com 12 pacientes com úlceras venosas, que realizam curativos e acompanhamento em unidades básicas de saúde, no município de Belo Horizonte. Os dados foram interpretados com base na Análise Estrutural da Narração e desvelaram quatro categorias: contexto de vida; impacto da existência da ferida no cotidiano; representações sobre a ferida: causas, tratamento, cuidados, curativo; expectativas em relação à cura e tratamento da ferida. A análise dessas representações mostrou que o sofrimento, muitas vezes, é reflexo de uma assistência deficitária em vários aspectos, concordando com o que outros autores afirmam sobre a repercussão da assistência inadequada aos pacientes com úlceras venosas. Esta pode levar a que uma lesão permaneça anos sem cicatrizar, acarretando alto custo social e emocional. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para redimensionar as práticas de cuidado dos profissionais e deslocar o foco do atendimento centrado apenas no cuidado da úlcera para uma abordagem integral do paciente com lesões, a fim de promover uma assistência direcionada, propiciando melhora no processo de recuperação.

Palavras-chave: Úlcera varicosa. Qualidade de vida. Sofrimento psíquico e físico. Representações sociais. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

CASTRO, R. C. **Suffering from the perspective of patients with venous ulcers.** 148 f. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

Venous ulcers are lesions of the lower limbs caused by chronic venous insufficiency and are characterized as a public health problem. Some authors consider that living with a venous ulcer can cause changes and difficulties in several aspects in the life of the affected person, with negative interferences in the quality of life, in parallel with feelings related to impairment of functional capacity and social relations. However, the presence of suffering defined by the people themselves with venous ulcers is little analyzed in the literature. The objective of the study was to understand the suffering from the perspective of patients with venous ulcers, focusing on their representations about the disease. This is a qualitative research, based on the Theory of Social Representations, from the perspective of Alain Giami. Individual interviews were carried out with 12 patients with venous ulcers, who performed dressings and follow up at Basic Health Units in the city of Belo Horizonte. The data were interpreted based on the Structural Analysis of Narrative and revealed four categories: Context of life; Impact of the existence of the wound in daily life; Representations about the wound: causes, treatment, care, dressing; Expectations regarding wound healing and treatment. The analysis of these representations showed that the suffering is often a reflection of deficient assistance in several aspects, agreeing with what other authors affirm about the repercussion of the inadequate assistance to the patients with venous ulcers that can lead to an injury to remain years without Healing, resulting in a high social and emotional cost. It is believed that this study may contribute to resize the care practices of professionals and shift the focus of care focused only on ulcer care to an integral approach of the patient with lesion, in order to promote a targeted care, providing improvement in the recovery process.

Keywords: Varicose ulcer. Quality of life. Stress, Psychological. Pain. Social representations. Community Health Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Úlcera venosa.....	25
Figura 2 - Divisão das regionais de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010.....	41
Figura 3 - Categorias das representações do sofrimento em relação às úlceras venosas.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados.....	49
Quadro 2 - Categorias e subcategorias emergidas das representações acerca do sofrimento nas perspectivas dos pacientes com úlceras venosas.....	51
Quadro 3 - Relação das categorias com os discursos dos entrevistados...	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AEN	Análise Estrutural de Narrativa
APS	Atenção primária à saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
ESF	Estratégia Saúde da Família
F	Fato
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
ICIDH	Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens
IMC	Índice de massa corporal
ITB	Índice de pressão tornozelo braço
J	Justificativa
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NSCCH	<i>Northern Sydney Central Coast Health</i>
P	Personagem
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RCN	<i>Royal College of Nursing</i>
RS	Representação social
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde e Assistência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade básica de saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UV	Úlcera venosa
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOCN	<i>Wound, Ostomy and Continence Nurses Society</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contextualização do problema.....	15
1.2 O sofrimento de pacientes com úlceras venosas.....	18
1.3 Objetivo.....	20
2 REVISÃO TEÓRICA.....	21
2.1 Atenção primária à saúde e à integralidade do cuidado.....	22
2.2 Contextualização.....	24
2.3 A enfermagem e o cuidado.....	29
2.4 A Teoria das Representações Sociais.....	33
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	39
3.1 Cenário e participantes do estudo.....	41
3.2 Escolha dos participantes e critérios de inclusão.....	42
3.3 Procedimentos de coleta e instrumentos.....	43
3.4 Métodos de análise.....	44
3.5 Questões éticas.....	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	48
4.2 Construção de categorias.....	49
4.3 Categoria: contexto de vida.....	51
4.3.1 <i>As boas relações sociais são fundamentais para trazer alegria, apesar da ferida.....</i>	51
4.3.2 <i>Ter pouco dinheiro torna a vida difícil.....</i>	54
4.4 Categoria: impacto da existência da ferida no cotidiano.....	57
4.4.1 <i>Úlcera venosa dói.....</i>	57
4.4.2 <i>Ter úlcera venosa atrapalha o cotidiano: a ferida interfere negativamente na vida.....</i>	63
4.4.3 <i>Úlcera venosa causa constrangimento.....</i>	65
4.4.4 <i>É preciso ter paciência quando se tem uma ferida crônica.....</i>	67

4.4.5 A recidiva da ferida é uma certeza.....	68
4.5 Categoria: representações sobre a ferida - causas, tratamentos, cuidados, curativo.....	70
4.5.1 Feridas que não cicatrizam aparecem em pessoas com diabetes.....	70
4.5.2 Alguns alimentos e hábitos de vida interferem negativamente na cicatrização de úlceras venosas.....	71
4.5.3 É difícil fazer terapia compressiva.....	73
4.5.4 Varizes e feridas pequenas não representam algo sério e pode-se fazer o próprio curativo em casa, desde que se tenha cuidado e condições adequadas.....	78
4.5.5 Idade avançada, herança genética, problemas circulatórios, varizes e cirurgia de varizes são causas de úlceras venosas.....	82
4.6 Categoria: expectativas em relação à cura e tratamento da ferida.....	85
4.6.1 O uso de antibióticos auxilia na cicatrização da ferida.....	85
4.6.2 Crenças espirituais: tratamento e cura.....	86
4.6.3 Os médicos, principalmente o angiologista, são os que detêm o conhecimento necessário para o tratamento de úlceras venosas.....	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS E APÊNDICES.....	112



Fonte: Sousa (2015, p.22).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Atualmente, a enfermagem vem ganhando destaque e ocupando um espaço cada vez mais promissor no tratamento de feridas. Os enfermeiros que se dedicam e se especializam nessa área tornam-se profissionais de referência. Enfermeiros designados como *experts* nas atividades que realizam, tais como os enfermeiros especializados, exercem mais influência em gerir cuidados, o que afeta os processos de saúde e seus resultados na clientela atendida (ROYAL COLLEGE OF NURSING - RCN, 2010).

O indivíduo acometido por uma ferida entrega-se aos cuidados de uma equipe de enfermagem para realização de curativos que envolvem técnicas assépticas, limpeza, aplicação de coberturas, bandagens, entre outros cuidados que visam à cura da lesão física. Porém, para Dantas (2008), a lesão física é parte de um processo, porque uma ferida pode ser também algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; uma marca ou uma mágoa, uma perda irreparável ou uma doença incurável. A ferida é algo que fragiliza e muitas vezes incapacita a pessoa que a tem.

Essa pessoa é um ser que pensa, sente, chora, ri, ama e tem necessidades como qualquer outro, o que exige que a realização de um curativo seja muito mais do que a busca pela cicatrização aparente: é uma relação de cuidado.

Silva *et al.* (2009) afirmam que a identidade própria do humano é construída na coexistência e na inter-relação. É o existencial que confere totalidade ao ser e o cuidado é responsável por reunir os diversos momentos do ser existente no mundo. Nessa percepção, o cuidado pode ser compreendido como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro. Dessa forma, o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância e passa-se a dedicar-se a ele (BOFF, 2003).

Falar do cuidado e da totalidade não significa que o ser humano seja um somatório de partes ligadas. O cuidado com as pessoas rompe com a fragmentação corpo/mente, normal/patológico. É uma dinâmica que reúne a compreensão de certa incompletude e da iminente necessidade de lançar-se à sua realização em cada instante da existência. Portanto, cuidar de alguém é querer o seu bem-estar de forma integral, humanizada e favorecer uma vida melhor e mais saudável.

Refletir sobre o cuidado remete a especular o que é o cuidado, quem cuida e por que cuidamos (SILVA *et al.*, 2009).

Esse cuidado está distante daquele a que alguns usuários estão sujeitos nos serviços de saúde, ao tratarem suas feridas crônicas por profissionais que os estigmatizam e, às vezes, até os consideram como não aderentes, podendo criar outro tipo de ferida cujo tratamento pode se tornar mais árduo do que as próprias feridas do corpo físico (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007). Esses autores referem-se, aqui, às “feridas da alma”, que incluem constrangimento, medo, preconceito e perda da autoimagem nas interações sociais.

Além disso, pessoas com feridas crônicas manifestam necessidades específicas, porque vivenciam essa condição marcada por sentimentos de improdutividade, nervosismo, inutilidade, culpa, autodesprezo, raiva, imperfeição, frustração e solidão (ALVES; SOUZA; SOARES, 2015)

O corpo íntegro possui uma identidade fundamental, já o corpo com ferida remete ao indivíduo uma nova imagem (AGUIAR, 2013). Dessa forma, pode-se pressupor que a própria existência da ferida crônica interfere nas subjetividades, que se modificam e modificam os comportamentos e criam situações que necessitam de cuidado específico e integral de saúde.

Nesse sentido, Silva, Figueiredo e Meireles (2007) afirmam que privilegiar um corpo com feridas é observar e refletir sobre tudo o que acontece com ele, como reage a mudanças, quais sensações são despertadas [...], como encara a sociedade e que limites e possibilidades são impostos pela ferida ao corpo. É necessário considerar o que existe de real e de imaginário sobre esse corpo, a fim de transcender o que está estabelecido como aparência ideal.

Souza e Matos (2010) ressaltam que a ferida, como marca corporal e física, representa um problema perceptível para o indivíduo e para as pessoas que o cercam. Isso pode levar a limitações nas relações interpessoais, ou seja, qualquer alteração que venha a alterar a imagem do corpo, tornando-o diferente do corpo do outro, traz repercussões diversas para o indivíduo.

Entre as feridas crônicas destacam-se as úlceras venosas (UV), que são feridas causadas por hipertensão venosa e representam um avançado estágio da insuficiência venosa crônica. Ciclos de repetição de ulcerações são comuns na

maioria dos casos, seguidos de um demorado processo de cura, culminando em recorrência ao longo de décadas (BENEVIDES *et al.*, 2016).

A ocorrência de uma UV exige, dos pacientes e seus cuidadores, a obtenção de conhecimentos práticos sobre a enfermidade, a necessidade de revisão de valores e de adaptação ao tratamento e às mudanças na vida social. De fato, essas mudanças podem desencadear dificuldades no autocuidado e no convívio social da pessoa, uma vez que se torna necessário alterar a rotina diária para se adaptar a uma nova condição de vida, o que traz reflexos negativos na qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2013).

Estudo realizado no município de João Pessoa, Paraíba, constatou que o significado da UV representa vários sentimentos, sendo o sofrimento, o principal deles (ALVES; SOUZA; SOARES, 2015). Verifica-se que o viver com UV poderá constituir-se em fonte de grande sofrimento, considerando as características associadas à alteração de saúde: dor intensa decorrida pela ferida, longo tempo do tratamento, seu caráter recorrente e crônico, instabilidade no processo de cura e limitações associadas (TORRES *et al.*, 2014).

Além da dor, as úlceras causam distúrbios do sono, restrição da mobilidade e podem gerar isolamento social e dependência (BENEVIDES *et al.*, 2016). Causam também importante impacto socioeconômico, pois sua cronicidade e possibilidades de recidiva consomem significativa quantidade de recursos e podem comprometer a capacidade produtiva de uma pessoa (O'DONNELL JR *et al.*, 2014).

O conhecimento do enfermeiro acerca da situação do paciente com UV no aspecto biopsicossocial permite a elaboração de um plano de trabalho focado nas necessidades da pessoa, sejam elas físicas ou emocionais, a fim de promover assistência bem direcionada, propiciando, assim, melhora no processo de recuperação e diminuição do impacto que a ferida pode provocar.

Para que isso ocorra, torna-se necessário que os profissionais ampliem seus cuidados para além do que asseguram os protocolos e as normas técnicas, sob risco de tornar o cuidado cada vez mais mecânico. É preciso um olhar sensível que perceba não apenas o fragmento do corpo lesado, e sim um ser humano completo e que sofre (CARVALHO, 2006).

O cuidado não é instrumental, tão pouco disciplinar, mas sim reflexivo e contribui para o bem, com ética, permitindo que o outro se mostre. Nesse sentido,

buscar diferentes formas de agir em relação ao outro e discutir peculiaridades sobre o fenômeno do cuidado humano compõe uma série de possibilidades sobre o cuidado no âmbito da saúde e da enfermagem (SILVA *et al.*, 2009).

A compreensão sobre o sofrimento das pessoas com UV deve ser, portanto, objeto constante de aprofundamento de estudos na área da enfermagem, paralelamente àqueles sobre as tecnologias necessárias para curativos.

1.2 O sofrimento de pacientes com úlceras venosas

Define-se sofrimento como ato ou efeito de sofrer; dor; padecimento; amargura; ser afligido; suportar; tolerar; aguentar; ser vítima de (XIMENES, 2000). No entanto, o sofrimento, definido pelas próprias pessoas com UV, é pouco analisado na literatura.

Vishwanath (2014) afirmou que ter úlceras de perna é uma condição em que o sofrimento do paciente está em proporções muito maiores do que aquilo que preenche o olho no exame clínico, o que representa um declínio significativo na qualidade de vida. Por isso, é essencial que o cuidado prestado incida sobre os fatores que interferem na qualidade de vida do doente, o que vai além dos fatores que se concentram apenas no tratamento objetivo de feridas. A avaliação holística das necessidades dos pacientes que sofrem é, portanto, recomendado para uma ótima gestão no tratamento de pessoas com feridas e é de baixo custo.

Waidman *et al.* (2011) e Santos, Camacho e Oliveira(2015) complementam e asseguram que o sofrimento faz parte do cotidiano das pessoas com feridas devido às dúvidas e aflições em relação ao tempo de tratamento e à ansiedade pela espera da cura. Para os autores, uma ferida não se resume apenas a uma lesão física, ela representa uma marca que causa estímulos negativos na vida dos indivíduos. Essa condição pode acarretar uma série de mudanças na vida de quem a possui, que serão vividas também em seus aspectos subjetivos, desvelados nas representações construídas ao longo da vida sobre a saúde e a doença e sobre o agravo em si.

O sofrimento também pode ser entendido como uma experiência particular, mas inserido em uma cultura, permeado por modos de pensar e viver compartilhados e expressos nas representações.

Propõe-se, então, um olhar sociológico sobre o sofrimento, centrando-se nas características dos pacientes com úlcera venosa, em seus contextos culturais e familiares, em suas representações e interações sociais que possam contribuir para a existência ou não do sofrimento em suas vidas na existência de uma ferida. Nas características individuais, há uma construção social que sustenta os modos de enfrentamento do agravo?

Do ponto de vista de pessoas com úlceras venosas, há sofrimento? Como fazem para vivê-lo e que estratégias de enfrentamento são utilizadas? No presente estudo, buscar-se-á compreender o sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas, com enfoque em suas representações sobre o agravo.

Nossa experiência como enfermeira na atenção básica em saúde reitera essas interrogações, pois a convivência com profissionais e usuários que realizam as trocas de curativos nas unidades básicas de saúde (UBS) sugere, sobretudo pela observação no cotidiano, que, em geral, os pacientes não demonstram ou explicitam o sofrimento em suas vidas. Silva, Figueiredo e Meireles (2007) descrevem que “a ferida da alma” em pessoas com feridas crônicas muitas vezes não é sequer identificada, pois é “guardada a sete chaves” pelos pacientes. Parece haver uma banalização, um hábito ou negação do sofrimento por parte de quem tem feridas crônicas, o que nos faz questionar sobre seus modos de lidar com o agravo. Paralelamente e ampliando esse olhar aos enfermeiros que prestam assistência às pessoas com UV, percebe-se que estes não parecem valorizar a dimensão que a lesão pode acarretar à nova condição de vida dessas pessoas.

Muitos profissionais mantêm a visão biomédica centrada na doença e práticas curativas e esquecem que o paciente é um ser biopsicossocial dotado de sentimentos, culturas, crenças e valores próprios. E que a lesão interfere consideravelmente em seu cotidiano (REIS *et al.*, 2013).

1.3 Objetivo

Compreender o sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas.



Fonte: Google imagens (2017).

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Atenção primária à saúde e à integralidade do cuidado

A atenção básica, atualmente denominada atenção primária à saúde (APS), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como o objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, seja necessidade de saúde ou sofrimento, deve ser acolhida. Deve ser o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), vem sendo destacado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para reorganização da APS, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, com possibilidade de reorientação do sistema de saúde estruturado a partir da UBS (SILVA *et al.*, 2010).

Nesse modelo de atenção à saúde, é necessário que se estabeleça uma relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. Configura-se uma nova concepção de trabalho e uma forma de vínculo diferenciada entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo mais diversidade das ações e busca permanente de consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, requer uma abordagem

que estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (BRASIL, 2000).

É recomendável que a equipe de saúde da família acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas, e que seja composta de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde, tais como dentistas, psicólogos e fisioterapeutas, poderão ser incorporados a essa equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 2000).

Belo Horizonte conta atualmente com 150 UBS e 588 equipes de ESF (BELO HORIZONTE, 2017b), que se localizam nos antigos postos de atendimento, anteriormente denominados centros de saúde. Essa característica de Belo Horizonte ressalta que o enfermeiro de equipe é também o responsável, entre os demais profissionais da unidade, pelas atividades matriciais do centro de saúde, como, por exemplo, o setor de curativos (BELO HORIZONTE, 2017a).

Para apoiar a inserção da ESF, o MS criou Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2010). Belo Horizonte conta atualmente com profissionais das áreas de Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Farmácia, Fonoaudiologia, Assistência Social, Psicologia e Educação Física, além da integração mais recente de homeopatas e acupunturistas (BELO HORIZONTE, 2014).

Entre as atribuições dos membros da equipe de saúde da família, compete conhecer a realidade das famílias, identificar os principais problemas de saúde e elaborar um plano de enfrentamento, realizar visitas domiciliares, garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para os casos de mais complexidade e prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011).

Os enfermeiros desempenham papel fundamental na equipe, pois cabe a eles o acompanhamento e a supervisão do trabalho, a promoção das capacitações

e educação continuada dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Na ESF, os profissionais de Enfermagem se constituem em grupo fundamental para o exercício da saúde coletiva, subordinando-se às necessidades de saúde da população sobre sua responsabilidade e intervindo no processo saúde-doença do coletivo. Portanto, é sem dificuldades que se identifica uma dupla dimensão no trabalho do enfermeiro gerencial/assistencial, o que resgata uma atuação ampliada para a enfermagem no que diz respeito à execução de várias ações (FARIAS *et al.*, 2014).

No âmbito gerencial e assistencial das ações de enfermagem é que se propõe estudar o sofrimento na perspectiva de pacientes com UV, com ênfase na atenção primária à saúde, na qual o cuidado e o tratamento das feridas têm sido um importante campo de atuação dos enfermeiros.

2.2 Contextualização

As úlceras venosas são o tipo mais comum de úlceras de perna (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK - SIGN, 2010) e são causadas pela hipertensão venosa (O'DONNELL JR. *et al.*, 2014). As úlceras da perna são assim consideradas quando não cicatrizam dentro do período de seis semanas e não apresentam qualquer tendência à cura em até três semanas (BORGES *et al.*, 2015). SIGN (2010) e Körberet *al.* (2011) afirmam que 60 a 80% de úlceras nas pernas têm um componente venoso, enquanto Vishwanath (2014) ressalta que as UVs representam mais de 80% de todas as úlceras de perna.

A insuficiência venosa crônica é causada principalmente pela incompetência do sistema venoso, que pode ser congênito ou adquirido (SALOMÉ; BRITO; FERREIRA, 2014), e quando as bombas musculares dos pés ou da panturrilha são incapazes de esvaziar as veias de forma eficaz, levando à estagnação do sangue nas pernas e fazendo com que a pressão no interior das veias e capilares aumente acima do normal. Essa pressão elevada conduz a numerosas alterações nos capilares e nos tecidos circundantes, gera um processo inflamatório e manifesta-se na maioria das vezes por sinais como dilatação das veias do sistema venoso

superficial, edema, endurecimento e alterações da cor no tecido dérmico. O estágio progressivo dessas alterações pode levar à ulceração (WATSON *et al.*, 2011).

Essas úlceras têm, em geral, formato irregular, com bordas bem definidas, tecido desvitalizado ou de granulação, sendo comum encontrar exsudato amarelo. A pele ao redor da ferida pode apresentar-se ruborizada, hiperpigmentada e com lipodermatoesclerose, caracterizada por graus variáveis de induração e fibrose. Pode ocorrer também eczema ao redor da úlcera (eczema de estase), evidenciado por eritema, descamação e prurido. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, com tamanho, localização e profundidade variáveis, mas comumente aparecem no terço distal da perna, próxima do maléolo medial, podendo iniciar de forma espontânea ou traumática (ABBADE; LASTORIA, 2006; BUDÓ *et al.*, 2015; JOAQUIM *et al.*, 2016).

Em alguns pacientes é possível notar placa de vênulas intradérmicas dilatadas, conhecidas como coroa flebectásica. Localizam-se geralmente no tornozelo, na região submaleolar e ocorrem devido à hipertensão venosa persistente, o que leva à dilatação e ao alongamento dos capilares e vênulas (FIG. 1). A dor e o edema de tornozelo são comuns e de intensidades variáveis e, quando presentes, pioram ao final do dia com a posição ortostática e melhoram com a elevação do membro (ABBADE; LASTORIA, 2006).

Figura 1 – Úlcera venosa



Fonte: Google Imagens (2017).

Salvetti *et al.* (2014) opinam que a dor é um sintoma muito frequente em pacientes com UV e sua prevalência varia entre 80 e 96% nesse grupo de pessoas e pode ser persistente e exacerbada durante as trocas de curativo. Por ser um sintoma frequente, a dor tem impacto significativo na qualidade de vida (HOPMAN

et al., 2013), pois pode limitar a mobilidade, dificultar as atividades laborais, provocar alterações nas atividades de vida diária e no padrão do sono. A dor contínua também é uma das causas de isolamento social e aumento nos gastos com tratamento. Prejudica o processo de cicatrização e é um dos principais motivos pelos quais as pessoas com UV procuram ajuda profissional (SILVA *et al.*, 2015a).

Além da dor, o odor fétido e exsudato também afetam negativamente a autonomia do paciente e limitam as relações sociais (SALOMÉ; BRITO; FERREIRA, 2014).

No entanto, torna-se imprescindível que os profissionais envolvidos no tratamento de UV realizem abordagem adequada. Para isso, a Sociedade de Cirurgia Vascular, com o Fórum Venoso Americano, sugere uma prática baseada em evidências que busca resultar na melhoria da efetividade e da qualidade dos cuidados, com custo reduzido. Essa abordagem envolve vários segmentos: diagnóstico correto, conhecimento básico da fisiopatologia da úlcera, avaliação precisa para determinar a causa e as condições que afetam a cura da lesão, o tipo de tratamento a ser utilizado, a terapia tópica adequada, com desbridamento e exames complementares, quando necessário, tratamento da infecção, quando presente, cuidados com a pele circundante, terapia compressiva e prevenção de recidivas após a cura (O'DONNELL JR. *et al.*, 2014).

Outra abordagem de tratamento abrangente inclui a prática de exercício físico (O'BRIEN *et al.*, 2014), elevação do membro, avaliação nutricional, terapia de compressão e reconstrução vascular (SHENOY, 2014; WHITE-CHU; CONNER-KERR 2014).

Estima-se que 1% da população adulta de países industrializados poderá ter essa lesão em algum momento de sua vida (ARAÚJO *et al.*, 2016; BORGES *et al.*, 2015; O'MEARA *et al.*, 2012; SIGN, 2010). Aguiar *et al.* (2005) e Budó *et al.* (2015) afirmam que as lesões venosas representam 75% dos casos de úlceras no mundo, porém dados nacionais sobre a prevalência e incidência desse agravo são ainda incipientes. Afetam pessoas de diferentes faixas etárias e são mais comuns em mulheres e em pessoas com idade de 65 anos ou mais (BORGES *et al.*, 2015). Gethin, Killeen e Devane (2015) asseveram que as UVs atingem até 4% da população acima de 65 anos.

Salvettiet *al.* (2014) acrescentam que a prevalência das UVs vem crescendo nos últimos anos no Brasil como reflexo do envelhecimento da população. E embora sejam escassos os registros dos atendimentos, essas úlceras contribuem para onerar os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) e interferem na qualidade de vida dessas pessoas e de seus familiares.

As UVs causam significativo impacto social e econômico devido à cronicidade, aos altos custos terapêuticos e de acompanhamento clínico, à complexidade do cuidado e à natureza recorrente (ABBADE; LASTORIA, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2016), pois quando não manejadas adequadamente, cerca de 30% das úlceras venosas cicatrizadas recorrem no primeiro ano, e essa taxa sobe para 78% após dois anos (KOURIS *et al.*, 2016).

O sexo, a idade, a história familiar, a raça, o peso corporal, a ocupação e o número de gestações figuram entre os fatores de risco para o desenvolvimento dessas úlceras (KOURIS *et al.*, 2016).

Ao considerar o impacto social e econômico, afirma-se que a UV provoca, muitas vezes, absenteísmo ou perda do emprego (AGUIAR *et al.*, 2005; SALVETTI *et al.*, 2014). Joaquim *et al.* (2016) e Salvettiet *al.* (2014) lembram que os sinais e sintomas resultantes das lesões ulcerativas dificultam o desempenho das atividades diárias, laboral e de lazer de quem as tem. Isso porque compromete a capacidade funcional, que é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, referindo que a lesão causa sofrimento e prejuízos à qualidade de vida.

Essa impossibilidade de trabalhar e o desconforto físico foram descritos por Melo *et al.* (2011) como fatores que favorecem o nervosismo e que se relacionam à piora da cicatrização de uma úlcera de perna. No entanto, os pacientes vivenciam um imperativo: acostumar-se com essas crises, pois “a ferida é assim mesmo” (MELO *et al.*, 2011).

Vários estudos mostram que a UV exerce um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida do paciente. González-Consuegra e Soriano (2011) prelecionam que a úlcera venosa, por ser de difícil cicatrização, provoca a deterioração significativa da qualidade de vida. Watson *et al.* (2011) reiteram que as úlceras causam impacto pessoal importante nas pessoas que as sofrem e nos familiares. Salomé, Blanes e Ferreira (2012) e Hopman *et al.* (2013) concluíram que

úlceras de origem vascular são muito dolorosas e resultam em baixa qualidade de vida, com declínio da autoestima e com depressão.

Pode-se afirmar que a qualidade de vida é marcada pela subjetividade e multidimensionalidade e sua avaliação dependerá dos valores e das concepções do indivíduo, bem como dos contextos diferenciados nos quais as pessoas estão inseridas (BORGES, 2005). Há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente de sua inserção na sociedade (TORRES *et al.*, 2014).

Em estudo realizado em Natal-RN comparou-se a qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica com e sem úlcera e foram identificados os aspectos mais afetados. Concluiu-se que as pessoas com úlcera venosa exibem prejuízo significativo na qualidade de vida, comparadas às que não têm úlcera venosa. Os aspectos da qualidade de vida mais afetados foram: aspecto físico, capacidade funcional, aspectos sociais e saúde física (DIAS *et al.*, 2014).

Silva *et al.* (2015a) e Salomé, Brito e Ferreira (2014) contribuem nessa abordagem e relatam que o longo tempo de convivência com uma ferida crônica, como a úlcera venosa, pode ocasionar mudanças e dificuldades em diversos aspectos na vida da pessoa acometida, que podem ser de ordem física ou de ordem emocional, ao afetar psicologicamente e influenciar no seu modo de ser e estar no mundo. A pessoa pode desenvolver sentimentos negativos como tristeza, medo, angústia, insatisfação, frustração, ansiedade, raiva, depressão, constrangimento, isolamento, sensação de incapacidade, sentimento de rejeição expressos como piedade e discriminação, dificuldade de relacionamento interpessoal e prejuízo em relação à imagem corporal que interfere na atividade sexual.

Em relação à vida sexual, pesquisa realizada por Souza e Matos (2010) revelou mudanças significativas em pessoas com feridas crônicas. Tais mudanças não se limitam à ausência apenas de relações sexuais. Ressaltam-se, aqui, a rejeição e o abandono por parte do parceiro. Os entrevistados manifestaram, ainda, a opção pelo isolamento afetivo, por não acreditarem mais no sucesso de uma relação futura (SOUZA; MATOS, 2010).

A UV pode levar o paciente ao isolamento social, depressão e constrangimentos, o que pode dificultar a manutenção ou aumento de seu ciclo

social de amizades, discriminação pela família e sociedade, e até por si mesmo (DIAS *et al.*, 2014; LARA *et al.*, 2011).

Em revisão sistemática realizada por Green *et al.* (2014) para explorar os fatores que têm impacto sobre a qualidade de vida de pacientes com úlcera venosa, mostrou-se que as úlceras exercem impacto negativo sobre todas as áreas da vida diária. Dor, exsudato, odor e as dificuldades de mobilidade eram desafios diários. A capacidade de se envolver com as atividades diárias era restrita, quer devido à úlcera e seus cuidados ou a um isolamento em resposta ao impacto dos sintomas. Depressão e mau humor eram comuns e, apesar disso, os participantes permaneciam esperançosos, conforme alguns dos estudos analisados. No entanto, os autores enfatizam que essas questões recebem atenção inadequada durante as consultas de acompanhamento e que tais implicações negativas são questões fundamentais que devem ser tratadas de forma eficaz pelos profissionais envolvidos (GREEN *et al.*, 2014).

Dantas Filho (2008) acredita que a pessoa com UV é especialmente fragilizada, tem odores e secreções diferentes e persistentes e está com dores, tanto no corpo quanto na “alma”. A autoestima destruída, a dura e prolongada recuperação e a perspectiva das complicações e sequelas são fantasmas que, geralmente, acompanham o tratamento desse tipo de doente.

2.3 A enfermagem e o cuidado

Wanda Horta (1926-1981) ensina que o “ser-enfermeiro” é gente que cuida de gente e o “ser-enfermagem” é ir além da obrigação do “ter que fazer”. É estar comprometido com a profissão e compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento (HORTA, 1979).

Em sua obra “Processo de Enfermagem”, de 1979, Wanda Horta apresenta a teoria de Imogenes King, desenvolvida em 1971, “*Toward a Theory for Nursing General Concepts of Human Behavior*”. Em seu livro, King desenvolve uma série de conceitos para o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem e tem como uma das proposições para os conceitos básicos de sua teoria a seguinte elaboração: “a enfermagem é um comportamento observável, encontrado nos sistemas do cuidado da saúde na sociedade” (HORTA, 1979, p. 14).

No entanto, observa-se que o cuidado está diretamente relacionado ao exercício profissional do enfermeiro e cabe a ele evidenciá-lo em suas atividades diárias, o que pode ser um diferencial bastante visível sobre as demais profissões que também lidam com tratamento de feridas.

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo e atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro no que se refere a questões especiais da vida. É envidar esforços de um ser humano para outro, visando proteger, promover saúde e possibilitar ao outro encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É, ainda, ajudar a obter autoconhecimento sobre si e sobre o processo o qual está vivendo (SOUZA *et al.*, 2005).

Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Esse cuidado consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade e criatividade. A forma de cuidar alia-se à cientificidade, cooperação, participação, ao “fazer com”, autenticidade, vínculo, respeito, presença, comprometimento, compreensão, confiança mútua, estabelecimento de limites, visão do outro como único, observação e uma boa comunicação (SOUZA *et al.*, 2005).

Considerando que a doença é um acontecimento que gera incertezas, dúvidas, descrença, revolta, expectativa e esperança, o cuidar significa estar atento a todas as dimensões do ser humano. As concepções e práticas de saúde voltadas para o cuidado não comportam mais um olhar fragmentado que visa somente à doença. Busca-se uma prática assistencial, de acolhimento e respeito, para um ser com sentimentos e valores, embasados na dignidade humana (ANTERO; MENDONÇA; SILVA, 2013).

Em decorrência da complexidade e do longo tempo de tratamento de uma UV, há que se considerar que, seguindo a perspectiva do cuidado integral, os enfermeiros, juntamente a uma equipe multiprofissional, necessitam de habilidade e conhecimento técnico e científico específicos, adoção de protocolo, articulação

nos diversos níveis de assistência e da participação ativa do paciente e seus familiares (REIS *et al.*, 2013).

Na APS o enfermeiro exerce importante papel nesse processo, por ser o responsável pela escolha da conduta no tratamento da lesão e de tornar o paciente ativo, juntamente com seus familiares. Compete ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, prescrever, realizar o curativo, orientar e acompanhar o tratamento, sensibilizando o paciente a seguir as orientações, esclarecendo todas as dúvidas e a importância dos cuidados prescritos para reconstruir uma interpretação correta e fundamentada no contexto de vida da pessoa. Tais cuidados podem possibilitar a maior adesão ao tratamento e a prevenção de recidivas que ocorrem por falta de orientações às medidas preventivas (REIS *et al.*, 2013).

Além disso, Lara *et al.* (2011) realçam a necessidade de aprender a valorizar os aspectos psicológicos do paciente com ferida para que se ofereça um suporte nessa área. Salienta-se a importância de ajudá-lo a lidar com os seus receios, pois não se pode ignorar que vivemos uma época de hipervalorização da estética e da beleza, em que a imagem corporal é relacionada à juventude, vigor, integridade e saúde.

Nesse sentido, a integridade da pele está diretamente relacionada à autoestima e à autoimagem, o que pode, algumas vezes, gerar situações de conflito, angústia e a sensação de transmitir imagem negativa às pessoas de suas relações sociais. Algumas vezes, a mudança da aparência física provocada pelas UV desperta diferentes reações em pacientes, amigos e familiares. Essas reações dependem da capacidade de adaptação dos envolvidos, do ritmo com que as alterações ocorrem e dos serviços de apoio disponíveis. Potter e Perry (2008) defendem que quando acontece uma transformação na imagem corporal, geralmente o paciente se ajusta às seguintes fases: estado de choque, recolhimento, reconhecimento, aceitação e reabilitação.

Desse modo, o tratamento das feridas crônicas requer, além de orientação científica adequada, a promoção de conforto emocional. A ferida pode representar uma agressão à integridade, produzindo um desequilíbrio psíquico que pode dificultar a realização de ações de autocuidado. As emoções são colaborativas tanto para uma ação terapêutica eficaz como ineficaz e também são mediações que ajudam a compreender os interesses do paciente e, a partir daí, programar

uma assistência direcionada a suprir as necessidades individuais (LARA *et al.*, 2011).

Ferreira (2006) acrescenta que, na perspectiva do cuidar em enfermagem, não se pode ignorar as emoções que se estabelecem como fruto do sentir humano. Dessa forma, não se pode desconhecer as ações, reações, percepções e experiências de vida do indivíduo. Cada um reage à ferida de uma maneira particular, individual e ímpar. Quando se envolve em um relacionamento de cuidar/cuidado, o sujeito passa a representar uma pessoa importante e singular (AGUIAR, 2013).

Para Carvalho (2006), cuidar da ferida de alguém vai muito além dos cuidados gerais ou da realização de um curativo. O cuidar em enfermagem não pode ser pensado como uma atitude que envolva somente as técnicas, procedimentos, tecnologias, mas como um ato que valorize a complexidade do lidar com o outro. É preciso conhecer a história de vida, as crenças, as emoções, os desejos e as percepções das pessoas envolvidas.

Assim, estar atento à subjetividade da pessoa, ao enfrentamento da situação de saúde/doença, à manifestação de tristeza e medo, de atitudes de agressividade ou recusa dos cuidados, às suas crenças e expectativas poderá revelar dados importantes para a solução de problemas que envolvem o contexto do cuidado da pessoa com a ferida.

Carvalho (2006) fundamentou-se em Mayeroff (1971) para enfatizar a importância de se compreender a pessoa a ser cuidada, ser capaz de entendê-la, de ir ao seu mundo como se estivesse dentro dela, para sentir de “dentro” como é a vida para ela, o que se esforça para ser e do que precisa para crescer. E destaca que os enfermeiros estão tão acostumados ao cuidar de feridas que não “percebem” o indivíduo, o que torna necessário resgatar o cuidado de enfermagem em seu sentido integral. Ouvir a pessoa acometida é também permitir que ela participe do seu processo de cuidar, não reduzindo a sua existência a um mero receptor de técnicas, procedimentos e cuidados. O não se sentir visto, a falta de diálogo e a comunicação estritamente técnica marcam, negativamente, o cuidado, porque se bloqueia a possibilidade de relação entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Assim, a compreensão do cuidar em enfermagem permite que essa

pessoa seja sujeito ativo e corresponsável pelo seu cuidado, sentindo-se valorizado, responsável e comprometido com sua recuperação.

Jorge e Dantas (2008) complementam que o paciente, antes de tudo, é um ser a viver e a se expressar física e psicologicamente. A ferida é apenas uma ponta desse ser, que é um todo existencial e, portanto, não pode ser tratada ou mesmo realizar sua prevenção como uma ocorrência de um fato patológico, isolado do cenário desse ser, desse existir. A ferida reflete em si mesma outros problemas que não necessariamente são estritamente orgânicos, inflamatórios e teciduais. Conforme Remen (1993), ignorar a esfera subjetiva faz com que determinados recursos e informações muito importantes se tornem inacessíveis.

Portanto, compreender o sofrimento na perspectiva de pacientes com úlceras venosas, com enfoque em suas representações favorecerá a reflexão sobre a abordagem e implementação de práticas para o cuidar/cuidado das pessoas com essas feridas.

2.4 A Teoria das Representações Sociais

Nos últimos anos, o conceito de representação social tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas. No campo da saúde e da doença, Gomes, Mendonça e Pontes (2002) verificaram que, cada vez mais, estavam sendo desenvolvidos estudos com a Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizadas como referencial teórico-metodológico.

Esse conceito tem raízes nas representações coletivas da Sociologia de Durkheim (1858 -1917), que afirmava que o coletivo age sobre os indivíduos, e na antropologia de Lévy-Bruhl (1857-1939), que teorizava sobre crenças, mitos e pensamento coletivo. Mas é na Psicologia Social que a representação social ganha uma teorização, desenvolvida por Serge Moscovici (1925-2014) e aprofundada por Denise Jodelet (ARRUDA, 2002).

A partir dos anos 1960, surge a preocupação por explicações pelos fenômenos do domínio do simbólico, as quais recorrem às noções de consciência e de imaginário. As noções de representação e memória social também fazem parte dessas tentativas de explicação (ARRUDA, 2002).

A obra de Moscovici, "*La Psychanalyse, sonimage, sonpublic*", que contém a matriz da teoria, surgiu em 1961, na França. Entretanto, foi um rápido momento de impacto que não produziu desdobramentos visíveis. A teoria aparentemente não vingou de imediato, fazendo sua reaparição com força total no início dos anos 1980. A pesquisa de Moscovici, voltada para fenômenos marcados pelo subjetivo e que dependia da interpretação do pesquisador, fugia aos cânones da ciência psicológica de então. Foi preciso esperar quase 20 anos para que o degelo do paradigma permitisse o despontar de novas possibilidades (ARRUDA, 2002). Segundo Herzlich (1991), Moscovici criou a TRS como uma tentativa de tratar a influência recíproca da estrutura social e a do sujeito.

Moscovici (1978) sistematiza sua teoria, recorrendo a dois processos: objetivação e ancoragem. A objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto, sem, no entanto, garantir sua inserção orgânica. Essa inserção se dá por meio da ancoragem, que é o processo que dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. A ancoragem consiste na ação que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias, e o compara com o paradigma de uma categoria que pensamos que seja apropriada. Objetivar é, portanto, agrupar significados diferentes; é constituir um conhecimento formal por meio de imagens e símbolos que transcendem o nível simbólico e abstrato, passando a operar como algo concreto e real. Ao fazer assim, os sujeitos sociais ancoram o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada (JODELET, 1989).

Com esse estudo, Moscovici compreendeu como um objeto científico torna-se objeto do senso comum (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Para Moscovici, existe uma passagem de uma teoria científica para uma representação social, sendo esta vista como processo e conteúdo. As representações sociais (RS) contribuem exclusivamente para a formação de condutas de orientação das comunicações sociais e para definir um grupo social na sua especificidade. A TRS também supõe uma relação de preexistência e determinação da teoria científica em relação às representações sociais (GIAMI; VEIL, 1997).

Considera-se, porém, que as representações são uma construção psicossocial sobre um objeto, elaborado pelo indivíduo de acordo com sua vivência e contexto de vida, sem necessariamente haver uma definição prévia oriunda das

teorias científicas. Os elementos relativos à “teoria científica” não podem ser considerados os únicos constitutivos das representações; o discurso científico não é o único elemento das representações sociais. Os homens julgam, classificam e definem os objetos sem, necessariamente, passar pelo conhecimento científico inicialmente. O senso comum produz representações e estas podem estar presentes no conhecimento científico (GIAMI; VEIL, 1997).

Pode-se, então, considerar a existência de um processo de transformação de certas representações e concepções, científicas ou não, que poderá ser utilizado posteriormente pelo senso comum ou pela ciência (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

A partir daí várias correntes foram se construindo, algumas centradas nas maneiras como as representações se constituem, outras nas relações das diferentes representações sobre um mesmo objeto, mas, sobretudo, a partir do questionamento de que as RS não se originam somente do conhecimento científico. Elas podem e se iniciam com o conhecimento cotidiano da experiência das pessoas e estas podem influenciar e influenciam também o desenvolvimento do conhecimento científico.

De acordo com Jodelet (1989), que busca um meio-termo entre o conhecimento científico e o senso comum, as representações formam um sistema e dão lugar a “teorias” espontâneas, constituindo-se em versões da realidade que encarnam as imagens ou condensam as palavras carregadas de significações, dando a um determinado objeto uma definição específica. Essas definições permitem uma visão consensual da realidade. Trata-se, então, de “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p.22).

As representações são a expressão do conhecimento e da interpretação sobre os objetos, tornando-se, portanto, um objeto de estudo fundamental sobre a vida social e pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais. Reconhece-se que as representações sociais, como sistemas de interpretação, regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais, igualmente intervindo em processos tão variados quanto a difusão e a assimilação dos conhecimentos, no

desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 1989).

Jodelet (2001) afirma, ainda, que sempre necessitamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. Para isso, torna-se necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas que este mundo estabelece, pois o compartilhamos com os outros - e neles nos apoiamos, às vezes convergindo, outras divergindo - para compreender, gerenciar ou confrontar. Fazemos isso por meio das representações sociais e, por isso, elas são tão importantes na vida cotidiana, uma vez que nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la.

Os estudos fundamentados em representações podem ser situados em duas vertentes: a construção social do fenômeno e suas variações e a construção subjetiva do fenômeno, feita pelos atores. Esses dois modos de construção estão ligados entre si, por laços complexos (GIAMI; VEIL, 1997).

As RS são entidades quase tangíveis, circulam, cruzam-se e se cristalizam continuamente por meio da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos e as comunicações trocadas estão impregnados delas. Correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração, e por outro lado, à prática que produz tal substância, como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica ou mítica (MOSCOVICI, 2012).

Giami (2007) refere que há uma homologia entre as expressões e significados individuais e coletivos das representações, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual.

A pesquisa que usa a teoria das representações sociais como referencial teórico, no entendimento de Silva, Camargo e Padilha (2011), focaliza sua atenção no conhecimento dos participantes, como importante para se compreender o cotidiano dos mesmos. O referencial da TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupos e como o conhecimento construído sobre

esses fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos.

Para Morvan (1990), a representação consiste no “ponto de vista do indivíduo em relação a um objeto ou, antes, trata-se do objeto conforme vivido e sentido pelo indivíduo, em sua complexidade, suas contradições, sua singularidade. Delimitar uma representação é desenhar o objeto que ocupa um lugar (corpo) na experiência histórica e única do indivíduo, a ponto de modificar a experiência e de orientá-la” (MORVAN, 1990, p. 88).

Essa perspectiva teórica, conforme Melo *et al.* (2011), aborda o viver humano como um processo multifacetado e complexo que se constrói historicamente, de forma individual e coletiva. Desse modo, acredita-se que a vivência do processo saúde-doença pelos indivíduos de cada sociedade está enraizada nas crenças, valores, práticas, representações, imaginários, significados, experiências individuais e coletivas. Isso reafirma o caráter psicossociocultural dos fenômenos que compõem o processo saúde-doença, além de fatores materiais e biológicos nele envolvidos.

Neste estudo é trabalhado o termo “representação” na vertente de Giami, sem reduzir a relação da dimensão social das representações, considerando que: toda representação é social; os elementos relativos à teoria científica não podem ser considerados os únicos elementos constitutivos das representações; o discurso científico não é o único elemento das representações sociais (GIAMI; VEIL, 1997). Assim, não há uma divisão entre o universo exterior e o interior do indivíduo. Indivíduo e objeto não são distintos (BARBOSA; FREITAS, 2014).

As representações são pensadas como “pontos de vista” ou “julgamentos de valor” sobre os objetos, introjetadas e questionadas ao longo da vida pelos sujeitos, em um processo construído por meio das interações sociais e em constante movimento (MASSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). Assim, um estudo de representações exige que os sujeitos da pesquisa possam apresentar informações advindas de sua experiência, bem como seus julgamentos acerca do objeto estudado.

Essa teoria vem sendo muito empregada nas pesquisas na área da enfermagem, devido à possibilidade de o pesquisador captar a interpretação dos participantes sobre a realidade que se almeja pesquisar. Permite também

compreender como os enfermeiros se inserem e interagem em um contexto marcado pela diversidade simbólica e cultural, o que possibilita um novo enfoque ao cuidado de enfermagem (MELO *et al.*, 2011).



Fonte: Google Imagens (2017).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa em saúde, por meio da qual o pesquisador busca entender o significado individual e coletivo de determinado fenômeno para a vida das pessoas, o que torna indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Dessa forma, o significado passa a ter função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam, de certo modo, suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. Assim, o pesquisador qualitativista pretende conhecer a fundo as vivências e representações que essas pessoas têm nessas experiências de vida (TURATO, 2005). Desse modo, a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados cuja realidade não é visível e necessita ser exposta e interpretada pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados. Esse universo da produção humana torna-se o objeto da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2015).

Contudo, estudos dessa natureza não visam a um conhecimento que possa ser generalizado e universalizado como regra, mas sim o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos (MASSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Para este estudo, viabilizou-se o uso da TRS como referência metodológica pelo interesse em apreender como o sofrimento é representado na vida de pacientes com úlceras venosas por meio de seus conhecimentos, crenças e valores. Isto é, traduzir os sentidos que as pessoas que vivem com uma úlcera venosa na perna, por um longo período, atribuem à situação, a partir de seu mundo subjetivo, em seu âmbito de vida.

O intuito desta abordagem metodológica está em valorizar a subjetividade do sujeito frente a uma úlcera venosa relacionando-a ao sofrimento e investigar quais representações existem perante uma abordagem repleta de significados, experiências e visões que o ser humano carrega de si mesmo e da vida.

Para esta abordagem foi utilizado como método de coleta de dados a entrevista não estruturada, que permite ao entrevistador ter a liberdade de conduzir o entrevistado na direção que considere adequada. Essa é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas em uma conversação informal. Trata-se, pois, de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica que proporciona ao pesquisador, verbalmente, a informação necessária (MARCONI; LAKATOS, 2003).

3.1 Cenário e participantes do estudo

A escolha das UBS se deu aleatoriamente por meio de sorteio entre as 150 unidades que estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Figura 2 - Divisão das regionais de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010



Fonte: Belo Horizonte (2010)

Inicialmente, foram sorteadas 10 UBS: Centro de Saúde Tia Amância (Centro-Sul), Centro de Saúde Santa Maria (Oeste), Centro de Saúde Oswaldo Cruz (Centro-Sul), Centro de Saúde Piratininga (Venda Nova), Centro de Saúde Minas Caixa (Venda Nova), Centro de Saúde São Bernardo (Norte), Centro de Saúde Santo Antônio (Venda Nova), Centro de Saúde Capitão Eduardo (Nordeste), Centro de Saúde Campo Alegre (Norte) e Centro de Saúde Vista Alegre (Oeste). Em vista da indisponibilidade de alguns centros de saúde, seja por motivos gerenciais ou por ausência de pacientes com UV, houve a necessidade de um novo sorteio, que incluiu o Centro de Saúde Cabana (Oeste) e o Centro de Saúde Vale do Jatobá (Barreiro).

Após a realização das entrevistas com os pacientes do primeiro centro de saúde contatado e uma análise preliminar das entrevistas, outro centro de saúde era convidado e incluído, e assim sucessivamente, até a saturação de dados. Os centros de saúde em que foram realizadas as entrevistas foram: Centro de Saúde Campo Alegre (dois participantes), Centro de Saúde Capitão Eduardo (um participante), Centro de Saúde São Bernardo (um participante), Centro de Saúde Vista Alegre (dois participantes), Centro de Saúde Cabana (dois participantes), Centro de Saúde Vale do Jatobá (três participantes) e Centro de Saúde Santo Antônio (um participante). O número de participantes em cada UBS se deu conforme a disponibilidade do serviço.

3.2 Escolha dos participantes e critérios de inclusão

Os participantes da pesquisa foram pessoas com UV, de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, que realizam curativos e acompanhamento em UBS no município de Belo Horizonte.

Após o consentimento do gestor local e após a constatação de possuírem UV conforme registros do diagnóstico em seus prontuários, os participantes foram contatados na própria UBS, por contato telefônico e por contato realizado pelos ACS. A escolha dos participantes foi aleatória e eles foram convidados a participar do estudo com os devidos esclarecimentos sobre o objeto e finalidades da pesquisa, ocorrendo a coleta de dados no mesmo dia ou posteriormente, no centro de saúde ou em seu domicílio, conforme sua disponibilidade e vontade.

O número total de participantes foi de 12 usuários, pelo alcance dos objetivos propostos. O fechamento amostral por saturação é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Para isso, a análise contínua dos dados foi realizada durante todo o processo de coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

De fato, a pesquisa qualitativa permite o aprofundamento e a compreensão dos fatos que se objetiva alcançar e não a busca em quantidade numérica (MINAYO, 2015). A análise preliminar, realizada durante a coleta, revela diferenças e semelhanças nos modos de pensar e agir dos participantes, o que propicia interpretação consistente e aprofundada das representações, definindo a necessidade de inclusão de mais participantes ou suspensão da coleta.

3.3 Procedimentos de coleta e instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais face a face, em profundidade, contendo questões abertas que foram gravadas em áudio, em ambiente privativo e tranquilo na UBS e no domicílio. A finalidade foi oferecer segurança para o entrevistado expressar-se livremente, garantindo-lhe que nenhuma informação sua acarretaria prejuízo em seu atendimento na UBS.

Foi preenchida, inicialmente, uma ficha de identificação contendo dados básicos sobre o usuário, tais como as letras correspondentes ao nome, data de nascimento, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, número de filhos, pessoas com quem reside, religião, tempo de existência da ferida e se tem outras doenças, além da data, número da entrevista, UBS correspondente, local onde a entrevista foi realizada e, em seguida, a entrevista propriamente dita. A entrevista teve como introdução o seguinte conteúdo norteador: *“Gostaria que você me relatasse como era sua vida antes e depois de ter a lesão na perna. Conte-me também como foi desde que começou a lesão e fale-me do que você sentiu e sente hoje e de como é viver com essa ferida. Você poderá fazer o relato do jeito que quiser, contando os fatos e falando de seus sentimentos. O pesquisador somente o(a) interromperá para esclarecer dúvidas ou aprofundar alguma questão”*. Quando necessário, foram incluídas questões para aprofundamento, tais como: “quais os

sofrimentos que você tem?; o que pensa das pessoas que têm o mesmo tipo de lesão?; quais são as pessoas com quem conversa sobre a vida e, especialmente, sobre a ferida?; o que faz para enfrentar o sofrimento e obter certo alívio?; o que espera dos profissionais de saúde?"; entre outras questões que se fizeram necessárias no momento da entrevista para aprofundar a reflexão sobre a situação (APÊNDICE B).

O tempo de duração da entrevista foi, em média, de 30 minutos e houve apenas um encontro por usuário, ficando a cargo do pesquisador e do entrevistado, durante o processo de coleta, a decisão sobre o momento de suspender a entrevista. Foram realizadas seis entrevistas nas UBS e seis foram realizadas nos domicílios dos participantes.

3.4 Métodos de análise

A técnica utilizada como método de análise qualitativa para a descoberta das representações foi a Análise Estrutural de Narrativa (AEN), fundamentada por Demazière e Dubar (1997) apoiados em Greimas (1981), Greimas e Landowski (1986) e Barthes (2001), aplicando-se a técnica proposta por Blanchet e Gotman (1992), por meio da desconstrução e reconstrução do discurso do sujeito.

A AEN contribui para apreender o sentido de uma fala e o seu significado por meio da desconstrução e reconstrução do discurso do sujeito, com base nas sequências presentes. Na narrativa das pessoas estão registradas as suas histórias, percepções e explicações acerca do mundo (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997; DUBAR, 1998).

Esse método permite identificar os três níveis que se articulam em uma narrativa: o nível das funções, que é a descrição dos acontecimentos acerca do tema focado, a sequência (S) e o fato (F); o nível das ações, que determina as personificações (P); e o nível da narração, que é o momento em que são identificados os argumentos e explicações utilizados sobre os fatos descritos (J) (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

Inicialmente foi feita uma leitura vertical, buscando-se o sentido geral de cada uma das entrevistas, marcando expressões e palavras que pudessem elucidar os temas tratados.

Em seguida, foi realizada leitura horizontal, codificando cada sequência, numerada de acordo com a ordem de aparecimento. Em cada sequência, marcaram-se os fatos (F), as justificativas, argumentos sobre o assunto (J) e personagens envolvidos (P). Ao final, as sequências que tratam do mesmo objeto foram agrupadas de acordo com suas semelhanças e significações e contradições, em um processo de reconstrução de cada entrevista. Cada agrupamento de objeto foi nomeado provisoriamente, delimitando a primeira categorização empírica dos dados.

Na leitura horizontal de cada entrevista, buscou-se a identificação de “subtemas” ou “assuntos” que pudessem revelar os objetos da narrativa em si, bem como sentimentos, valores, julgamentos, crenças, interações, enfim, todos os aspectos ou informações emitidas pelos entrevistados sobre as questões levantadas.

Após a leitura horizontal, fez-se uma leitura transversal, cujo objetivo foi encontrar o que era comum e o que era divergente no conjunto das entrevistas e pôde-se, então, comparar e categorizar as representações ali existentes (APÊNDICE C).

Por fim, fez-se uma análise de todo o conteúdo encontrado, à luz de referenciais teóricos e reflexões do pesquisador, com o objetivo principal de observar o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa.

3.5 Questões éticas

A coleta de dados teve início somente após aprovação dos Comitês de Ética das Instituições participantes - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Secretaria Municipal de Saúde e Assistência da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) (ANEXO A).

As entrevistas iniciaram-se após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), depois de os participantes serem esclarecidos sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, sobre o anonimato de suas informações e sobre o uso destas somente para fins da presente pesquisa.

Desde a coleta até a divulgação dos resultados, foram preservados o sigilo dos dados e o anonimato dos participantes, sendo utilizados letras e números na redação dos resultados para garantir esse anonimato. Ao final da pesquisa, os dados coletados foram guardados e assim permanecerão durante o período de três anos, podendo ser consultados para conferência da fidedignidade dos dados analisados. Após esse período, as gravações e transcrições serão descartadas.



Fonte: Google Imagens (2017).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistados 12 pacientes (QUADRO 1), sendo seis do sexo feminino e seis do sexo masculino. As idades variaram entre 58 e 89 anos. No que diz respeito à situação conjugal, sete (58,33%) participantes eram casados, quatro (33,33%) viúvos e um (8,33%) era solteiro. Apenas dois (16,66%) moravam sozinhos, os demais (83,33%) residiam com familiares. Entre eles, dois (16,66%) não tiveram filhos e o número de filhos dos que os tinham (83,33%) variou entre um e oito. Em relação à escolaridade, apenas um (8,33%) era analfabeto, os demais (91,66%) declararam ensino fundamental incompleto. A renda familiar encontrada foi de um a dois salários mínimos. No tocante à religião, sete (58,33%) eram católicos, três (25%) eram evangélicos, um (8,33%) se considerava espiritualista e um (8,33%) não definiu qual era a sua religião. Quanto ao tempo de existência da ferida, houve apenas um participante (8,33%) que tinha a ferida por tempo inferior a um ano, os demais (91,66%) apresentavam a lesão há mais de um ano e o maior tempo encontrado foi de um usuário que relatou tempo de mais de 20 anos. Sobre a presença de outras doenças, além da insuficiência venosa crônica, foram encontrados oito sujeitos (66,66%) com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e, entre estes, além da hipertensão arterial, um tinha dislipidemia, um hiperplasia de próstata, um hipotireoidismo e doença renal crônica e um osteoartrose e doença de Chagas. Dentre os que não portavam HAS (16,66%), um tinha anemia e um osteomielite. Apenas dois entrevistados (16,66%) relataram não ter outra doença.

Quadro 1 - Perfil dos entrevistados

Entrevistados	Idade	Sexo	Situação conjugal	Escolaridade	Renda familiar	Filhos	Com quem mora	Religião	Tempo de existência da ferida	Outras doenças
E1	82	F	Casada	Fund. Inc.*	2 SM**	7	Marido	Católica	12 anos	HAS***
E2	77	M	Casado	Analfab.	2 SM	2	Esposa	Católica	20 anos	HAS
E3	59	F	Casada	Fund. Inc.	2 SM	1	Marido, filha, sobrinho	Católica	16 anos	Anemia
E4	89	F	Viúva	Fund. Inc.	1 SM	2	Filho	Não define	Muitos anos	HAS
E5	64	M	Casado	Fund. Inc.	2 SM	1	Esposa, filha e neto	Católica	Mais de 3 anos	Osteomielite
E6	75	M	Viúvo	Fund. Inc.	1 SM	3	Sozinho	Evangélica	Mais de 1 ano	HAS Dislipidemia
E7	74	M	Casado	Fund. Inc.	2 SM	3	Esposa e 2 netos	Católica	3 anos	HAS Hiperplasia de próstata
E8	58	F	Solteira	Fund. Inc.	1 SM	-	2 sobrinhos	Católica	9 anos	-
E9	88	F	Viúva	Fund. Inc.	1 SM	2	Filho	Evangélica	20 anos	HAS Hipotireoidismo DRC****
E10	76	M	Casado	Fund. Inc.	1 SM	4	Esposa	Evangélica	Mais de 20 anos	-
E11	64	M	Casado	Fund. Inc.	1 SM	8	Esposa e filhos	Espiritualista	9 meses	HAS
E12	83	F	Viúva	Fund. Inc.	2 SM	-	Sozinha	Católica	10 anos	HAS Osteoartrose Doença de Chagas

*Ensino Fundamental Incompleto **Salário Mínimo ***Hipertensão Arterial Sistêmica ****Doença Renal Crônica

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos da ficha de identificação.

4.2 Construção de categorias

Após as análises realizadas pela AEN em cada uma das 12 entrevistas e da análise transversal do conjunto, surgiram quatro grandes categorias que agrupam as representações relacionadas ao sofrimento na vida dos pacientes ocasionado pela existência de úlceras venosas:

Figura 3 - Categorias das representações do sofrimento em relação às úlceras venosas



Fonte: elaborado pela autora

Em cada categoria estão discutidas as representações, definidas em subcategorias (QUADRO 2).

Quadro 2 - Categorias e subcategorias emergidas das representações acerca do sofrimento nas perspectivas dos pacientes com úlceras venosas

Contexto de vida	Impacto da existência da ferida no cotidiano	Representações sobre a ferida: causas, tratamento, cuidados, curativo	Expectativas em relação à cura e ao tratamento da ferida
<p>As boas relações sociais são fundamentais para trazer alegria, apesar da ferida.</p> <p>Ter pouco dinheiro torna a vida difícil.</p>	<p>Úlcera venosa dói.</p> <p>Ter úlcera venosa atrapalha o cotidiano – a ferida interfere negativamente na vida.</p> <p>Úlcera venosa causa constrangimento.</p> <p>É preciso ter paciência quando se tem uma ferida crônica.</p> <p>A recidiva da ferida é uma certeza.</p>	<p>Feridas que não cicatrizam aparecem em pessoas com diabetes.</p> <p>Alguns alimentos e hábitos de vida interferem negativamente na cicatrização de úlceras venosas.</p> <p>É difícil fazer terapia compressiva</p> <p>Varizes e feridas pequenas nada representam de sério e pode-se fazer o próprio curativo em casa, desde que se tenha cuidado e condições adequadas.</p> <p>Idade avançada, herança genética, problemas circulatórios, varizes e cirurgia de varizes são causas de úlceras venosas.</p>	<p>O uso de antibióticos auxilia na cicatrização da ferida.</p> <p>Crenças espirituais: tratamento e cura</p> <p>Os médicos, principalmente o angiologista, são os que detêm o conhecimento necessário para o tratamento de úlceras venosas.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

4.3 Categoria: contexto de vida

4.3.1 *As boas relações sociais são fundamentais para trazer alegria, apesar da ferida*

Os relacionamentos sociais são interações que abrangem sentimentos positivos e negativos, percepção de si e do outro e diferentes graus de envolvimento afetivo (ERBOLATO, 2001). As relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade por meio da inter-relação entre as pessoas, portanto, os contatos sociais são uma forma de vivenciar

o desenvolvimento, na idade adulta, de maneira bem-sucedida (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Nogueira (2001) afirma que as relações sociais significativas dão sentido às experiências e podem oferecer apoio, importantes elementos no processo de adaptação, principalmente em momentos de transição. O contato com outras pessoas mantém-se imprescindível em qualquer época da vida (RESENDE *et al.*, 2006).

A representação acerca das relações sociais é marcada nos discursos dos entrevistados (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E12). Ir à igreja, a festas, viagens, visitar amigos e parentes, participar de grupos comunitários e de eventos familiares, almoçar com a família, estar na companhia de alguém, conversar sobre a vida e até mesmo ter autonomia para fazer algo para agradar uma pessoa são situações que estão relacionadas à sensação de alegria e bem-estar. Everard *et al.* (2000) afirmam que o engajamento em atividades sociais tem sido associado ao aumento do sentimento de bem-estar em adultos.

A partir da existência da ferida crônica, os entrevistados informam que houve redução das interações sociais, sobretudo pela dificuldade em sair de casa:

Sair de casa seria uma distração. Para participar novamente do grupo de idosos, da associação de bairro, ir à igreja e em festas, dependo da boa vontade dos filhos. Como não tenho, não consigo sair de casa [pela dificuldade de locomoção e transporte]. É bom quando as pessoas vêm me visitar, porque não consigo mais sair de casa. Gosto de conversar com as pessoas. Isso é sinal de amizade e afeto (E1).

Ah, eu tinha mais alegria de almoçar com a família, comia o que fizessem, hoje não, hoje tem muita coisa que eu não posso comer. Saía mais, né? [Saía para comer com a família] (E2).

Antes era maravilhoso! Antes eu fazia tudo o que eu podia fazer... eu ia para festa... eu viajava e tudo... agora eu não saio de casa mais, não vou na casa da minha mãe, não viajo para lugar nenhum, não vou em festa, não saio para lugar nenhum. O único lugar que eu vou: venho aqui, faço o curativo e volto. Agora parece que eu morri. Muita gente me chama de defunta morta (E3).

Eu desejo arrumar um velho para eu viver com ele. Para nós dois sermos felizes. Inteirar uns dois mil reais para ele comprar um carro para nós irmos na igreja, passear, ver nossos amigos, sorrir junto, não tem coisa melhor na vida da gente, não! (E4). [Vive sozinha com o filho adotivo que é quem cuida e faz tudo o que ela precisa].

Dançava muito, mas hoje não tem mais jeito... sair para andar um pouco é o que alivia o sofrimento. Não dá para ficar somente dentro de casa porque fica "abafado". É preciso sair e encontrar pessoas para brincar um pouquinho e sorrir (E5).

Mas, assim, mudou muita coisa mesmo, né? Porque eu gostava às vezes de sair... porque... olha para você ver.... eu largar de ir em um casamento do meu sobrinho, e na formatura dele... a família dele estava longe... Então, ele queria todo mundo. E de todas as sobrinhas que formaram, eu também não fui (E8).

Eu não vou a lugar nenhum. Eu não vou na casa de ninguém. Só vou na igreja. [Começa a chorar]. Não vou passear nem nada. Eu sou sozinha e Deus. Sabe, tem oito anos que o meu marido morreu. A única coisa que eu distraio, é assim, quando eu recebo uma pessoa, sabe? Aí a pessoa conversa, né? Nós conversamos... distraio... aí eu esqueço daquilo (E12).

Nesse contexto, Aguiar *et al.* (2016) também reportam que a ocorrência de uma UV provoca dificuldades na vida social dos indivíduos acometidos, que passam a conviver muitas vezes com sentimentos de isolamento social. Os indivíduos precisam adaptar-se a uma nova condição de vida que, além de afetar seu bem-estar físico e mental, compromete as relações sociais.

Somente uma entrevistada fez referência a ganhos secundários afetivos pela existência da ferida crônica:

Meu marido era bem pior do que hoje... Hoje, ele é um anjo... Depois que eu arrumei a ferida ele é bom demais (E3).

As relações sociais também são expressas dentro das instituições de saúde, conforme explicitado nos relatos de E2, E3, E9, E10, E11, E12:

Lá no posto o que eles podem fazer pela gente, eles fazem (E2).

Eu me distraio com as meninas do curativo. Eu converso muito com elas [risos]. [...] tem uma aqui agora que é uma gracinha... ela é ótima...ela conversa..., ela ri...ela conta caso...então quando eu estou ali fazendo curativo eu não sinto dor, eu não sinto nada. [...] ela fala comigo: “Eu tenho uma hora para ficar com você”. Então, é onde eu distraio demais! (E3).

Não é qualquer pessoa que faz isso que ele faz para mim, não! Aqui em casa ele é tratado como se fosse igual um filho da casa [refere-se ao enfermeiro que faz o curativo no domicílio] (E9).

Hoje eu estou vendo a menina aqui fazer curativo para mim e eu fiquei alegre, fiquei satisfeito porque ela fez isso para mim! Eu não senti dor. Foi a primeira vez que eu não senti dor (E10).

Os enfermeiros do centro de saúde me tratam muito bem, mas o meu “anjo da guarda” não “bate” com o do médico que me atende. Ele não sabe cumprimentar e não atende bem. Gosto de conversar com as meninas do “posto” [as agentes comunitárias de saúde], sejam elas quais forem. Elas nunca perguntam apenas: “como é que a senhora está?” (E12).

Fávero, Pagliuca e Lacerda (2013) trazem importante contribuição ao discutirem a Teoria do Cuidado Humano, proposta por Jean Watson. Para as autoras, a teoria vem contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem e o cuidado pode ser eficazmente praticado de modo transpessoal, no qual a consciência deste vai além da dimensão biológica e material e é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. As teóricas entendem que uma relação transpessoal de cuidar sugere uma forma especial da relação de cuidado, sendo caracterizada como uma união com o outro, elevando a consideração por esse ser e pelo seu estar no mundo.

Por essas análises, nota-se que as pessoas que apresentam mais satisfação com a vida são aquelas que recebem mais suporte afetivo e podem contar com outras para suporte instrumental. Pesquisa realizada em 2006 em Uberlândia, Minas Gerais, sobre rede de relações sociais e satisfação com a vida, mostrou que as relações sociais e o suporte social, seja ele qual for (emocional, instrumental ou informacional), são de grande importância em todos os momentos da vida. Sendo assim, os comportamentos se alteram de acordo com as mudanças de metas, de objetivos e com as motivações implementadas pelas tarefas evolutivas. As redes de relações são importantes fontes de suporte social e estão relacionadas ao senso de bem-estar (RESENDE *et al.*, 2006).

4.3.2 Ter pouco dinheiro torna a vida difícil

A renda familiar determina as condições de vida de uma pessoa, por ser um importante aspecto no planejamento das ações. Costa *et al.* (2011), juntamente com outros autores (HESS, 2002; NUNES *et al.*, 2008), referem que há evidências de que a baixa renda influencia, de maneira negativa, o comportamento saudável no ambiente domiciliar, os cuidados com a saúde, o acesso aos recursos materiais e o acesso aos serviços de saúde. As dificuldades financeiras foram indicadas como algo marcante na vida dos entrevistados (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

Ser dona de casa e criar filhos é o normal da vida e a pobreza torna a vida difícil. Meu marido era muito pobre e fomos morar em bairro de difícil acesso (E1).

Quem ganha salário mínimo não tem lazer (E7).

No tempo antigo a gente passava muita dificuldade... morava na roça. [...] a gente pelejou, pelejou assim com farmacêutico, né? Naquele tempo quase não tinha médico (E9).

Ter uma ferida na perna significa ficar retraído, andar de muleta e ter que pedir carro emprestado quando precisa sair para ir ao médico, porque andar de ônibus é um incômodo (E11).

Às vezes eu passo três, quatro dias sem comer pão. Eu sou apaixonada com pão, mas eu não aguento ir. Eu ganho um salário, mas tudo tem que pagar alguém para comprar. Para ir lá na padaria, você tem que dar 5 reais. Você compra 2 reais de pão, e aí eu tenho que pagar 5 reais. Para ir lá na farmácia é 10 reais e, então, é difícil não é, minha filha? É complicado [permanece chorando] (E12).

É triste ser pobre. O médico trata mal as pessoas porque elas são pobres, e não deveria ser assim, porque ninguém é melhor que ninguém (E12).

Pode-se considerar que a UV, em inúmeros casos, afasta o indivíduo do trabalho, agravando as condições socioeconômicas já precárias (FARIAS *et al.*, 2014) e pode contribuir como fator desestabilizador do equilíbrio financeiro da família (NÓBREGA *et al.*, 2011). Isso pode gerar, inclusive, desequilíbrios afetivos e emocionais. E1, por exemplo, sente-se muito ressentida com os filhos e o marido, por não ter ajuda financeira deles, e muito grata a uma vizinha, que foi quem arrumou tudo para que conseguisse o benefício da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com o qual consegue pagar o que necessita, como médicos e táxi. Outros participantes também falam disso:

A vida complica para quem ganha pouco e precisa gastar com medicamentos e materiais que não são fornecidos pelo Centro de Saúde (E2).

Eu entrei com o pedido e estou aguardando o processo e as avaliações para conseguir a aposentadoria. Preciso de alguma ajuda [financeira], porque não consigo mais trabalho. Ainda pego algum “biscate” quando aparece, mesmo sentindo um pouco de dor. A vida está muito difícil: “o preço que foi o feijão...”. (Emociona-se muito ao final da entrevista e reafirma que sem serviço tudo fica mais difícil) (E5).

Com situação financeira deficitária torna-se necessário manter as atividades laborais, mesmo em condições físicas debilitadas, como se pode ver também nos relatos de E4, E8 e E10:

Foi curando, foi curando, foi curando..., mas a gente precisa de trabalhar... tem que trabalhar, né? Foi machucando mais... foi machucando mais... (E4).

Antes [do aparecimento da ferida] a vida era melhor porque eu aguentava trabalhar, ganhava bem e tinha uma vida normal. Trabalhava como faxineira e tinha um salário certo, mas, depois que apareceu a ferida, tive que parar. Hoje, trabalho em casa com costura, mas não é todo dia que tem costura para fazer. Como não posso ficar com as duas pernas para baixo, costuro com a perna que tem a ferida em cima de um banquinho (E8).

Sinto muita vontade de ser curado para poder andar e trabalhar. Mas como não posso, fico quieto. Minha mulher me vê quieto, briga e xinga muito. Ela não quer que eu fique à toa. Mas só dou conta quando é serviço pequeno, porque não consigo mais andar na rua (E10).

Esses achados estão de acordo com o estudo de Dias *et al.* (2013), que trata de influências que interferem na qualidade de vida de pessoas com UV. Os resultados indicam que a condição socioeconômica pode levar pacientes a atividades laborais informais ou à dependência de familiares e, com isso, haver desgaste nas relações familiares.

Dias *et al.* (2013) complementam que a UV é uma fonte adicional de despesas, essencialmente pelo tratamento farmacológico e materiais para os curativos. Algumas vezes, as dificuldades de acesso ao serviço, a materiais e aos medicamentos acabam sendo traduzidas por uma questão de “boa vontade” por parte dos profissionais, como citado por E1, E2 e E7, ou até mesmo interpretadas de forma inadequada, como no relato de E10.

Eu mesma faço o curativo em casa, porque fica difícil [de ir ao Centro de Saúde], eles não têm condições de vir aqui [a equipe de enfermagem], aí tem o tempo que eu perco e também sou obrigada a pagar [o táxi], e não tenho condições (E1).

Antigamente eles mandavam até lavar isso aqui [mostra uma faixa], hoje eles pedem para jogar fora, né? Eles dão à gente... certo? Antes eles falavam que estava em falta lá e mandavam lavar porque o posto estava em falta, né? Hoje, graças a Deus, de uns dois anos para cá não tem mais essa conversa, sempre eles estão fornecendo à gente, parece que com mais boa vontade, né? (E2).

A [auxiliar de enfermagem], com um pouco de má vontade, está me dando material e eu estou fazendo em casa. [...] olha aí, ela não me deu muito material, olha o que ela me deu... vou ter que comprar (E7 mostra o material que recebeu naquele dia para fazer o curativo em casa).

Eu estava lavando em casa com água da torneira. Depois que eles me falaram é que eu entendi que não pode lavar com água de torneira. Então, eu acho que tem que lavar com água mineral, aí, depois que eu pensei... como é que eu vou fazer agora? Aí eles me mandaram aqui para o posto. “Agora o senhor não pode mais fazer aqui conosco, vai fazer no posto de saúde”. Eu falei: “Então está bom”(E10).

A fala de E10 traz uma questão pouco comentada sobre a limpeza da ferida com água da torneira, o que resultou em repreensão dos profissionais que o acompanhavam. Contudo, Silva *et al.* (2012) descrevem que estudos internacionais indicam o uso de água potável, em temperatura ambiente, na limpeza de feridas, por não mostrar índice de infecção significativo, quando comparada com solução salina estéril, bem como com o uso de água de torneira, que foi referendada pelos protocolos da Irlanda e da Inglaterra (BULLOCK *et al.*, 2006; SIGN, 1998; SILVA *et al.*, 2012) para limpeza de úlceras de pernas. Cabe considerar que esse procedimento deverá ser realizado por profissionais de saúde, em caso de necessidade, e com segurança em relação à qualidade da água potável, como no caso dos países citados. No caso de E10, ele o realizava sem orientações, pelo fato de retornar apenas uma vez por semana ao serviço que o acompanhava.

De fato, a situação de empobrecimento dessas pessoas é um dos determinantes das suas condições de saúde (BUSS, 2007), bem como das maneiras como conseguem cuidar das feridas crônicas, sendo que os serviços de saúde devem contribuir de forma significativa para minorar as dificuldades.

4.4 Categoria: impacto da existência da ferida no cotidiano

4.4.1 Úlcera venosa dói

De acordo com a Associação Internacional de Estudos da Dor, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano (MERSKEY; BOGDUK, 1994). A sensação de dor é fundamental para a sobrevivência, por ser o primeiro indicador de qualquer lesão tecidual (SILVEIRA *et al.*, 2017).

Geralmente, a dor é considerada crônica quando dura ou se repete por mais de três a seis meses. A dor crônica deve receber mais atenção como prioridade de

saúde global, porque o tratamento adequado é um direito humano e é dever de qualquer serviço de saúde fornecer providências (TREEDE *et al.*, 2015).

No presente estudo, os resultados indicam que a dor é a principal representação da existência da ferida e o fator precursor para que se buscasse auxílio nos serviços de saúde (E1) (E3):

A perna começou a doer, eu não sabia o que era, para você ver a perna não tinha nada, só doía, doía que eu gritava, mas não via, não tinha nada. Depois que eu fui ao médico, ele falou assim: “É varizes”. [...] aí, já arrumaram, eu fiz a cirurgia e, depois da cirurgia, a ferida abriu (E1).

Aí começou a ficar preto de um lado, e o povo falando: “Vai ao médico, vai no posto”. Falei assim: “Eu não vou, não” [...] Até que um dia estava doendo demais, demais mesmo. Aí, eu vim e quando chegou aqui, a moça falou comigo assim: “Vamos olhar o curativo”. Olhou e ela só fez assim com a pinça e levantou aquele cascão... Aí disse: “A perna da senhora está toda podre”. Aí, eu entrei em desespero. Dessa época para cá foi só sofrimento (E3).

No caso de E1, a dor no membro afetado pode ser explicada pela insuficiência venosa crônica, o que pode ocasionar edema e dor na ferida em si (OLIVEIRA *et al.*, 2012a). Salvettiet *al.* (2014) explicitam que a dor é um sintoma muito frequente em pacientes com UV e afeta negativamente a qualidade de vida. No caso das úlceras, a dor tanto pode ser causada por agressão tecidual, pela isquemia, hipóxia, infecção e inflamação dos tecidos, como pode advir de intervenções como desbridamentos, retirada da cobertura anterior, ressecamento, deslizamento e aderência da cobertura, limpeza, movimento e fricção durante as trocas de curativos. Ademais, pode haver influência de fatores ambientais e psicossociais, aspectos que podem gerar sofrimento antecipatório e prejuízos desnecessários (OLIVEIRA *et al.*, 2012b).

As trocas do curativo de E9 são realizadas em seu domicílio pelo enfermeiro da equipe de saúde da família, o que foi feito logo após a entrevista. Nesse caso, foi possível observar expressões de dor e sofrimento no momento da realização do curativo.

A gente sofre, né? Isso dói demais! [...] na ferida eu sinto é dor. A ferida dói demais! (E9).

Existem várias classificações de dor e vários tipos de sensações de dor, sendo sua percepção uma rica e multidimensional experiência, a qual varia tanto

em qualidade, quanto em intensidade sensorial, assim como em suas características afetivo-motivacionais (SILVEIRA *et al.*, 2017).

Silveira *et al.* (2017) avaliaram o padrão da dor de paciente com úlceras de pernas utilizando o questionário de McGill, que representa a maneira como o paciente sente a dor. No grupo sensorial, as palavras mais escolhidas para representar a dor dos voluntários foram: físgadas, pontada, latejante, agulhada, queimação, sensível, fina, ardor, dolorida e beliscão. Nos relatos de E2, E4, E8 e E12 a dor é representada por queimação e ardor:

Os primeiros sintomas foram de queimação. Queimava muito e após uns 6 dias aparecia uma pequena ferida. Hoje dói bem menos do que doía. Doía a ponto de eu ter que apertar o lugar para parar de queimar (E2).

Vou passear às vezes, mas, se você tem que ir a pé você não vai. Você já sabe que de uma hora para frente se você ficar em pé começa a sentir “ferroadas” na perna (E2).

Enfie o pé debaixo da cama, foi endurecendo e eu engatinhando, e está tudo doendo, estou aqui doendo... arde, dói, queima... Só faltou eu fazer xixi na roupa de dor [...] Só falta eu ficar doida de dor! (E4).

Ela queima muito todos os dias, principalmente quando eu fico muito tempo em pé ou ando muito, porque andar muito também... se eu andar muito, nossa! (E8).

Ela “fogueia” e dói muito. Olha aqui como fica inchado. Dói que só você vendo! Não tem lugar para pôr o pé (E12).

Nesse contexto, há representações da dor no local da ferida que são de uma invasão animal no corpo:

Eu perguntava a médica: “parece que tem um rato lá por dentro roendo”. Eu falava para a médica: “O que pode acontecer que tem um negócio lá por dentro, parece que tem um gato lá dentro, unhando, mordendo e tudo?” (E2).

Ela lateja. Fica doendo, latejando. Parece que tem uns bichos comendo (E12).

De acordo com Liberato *et al.* (2016), a úlcera venosa é uma ferida crônica geralmente bastante dolorosa, um dos motivos que fazem com que o seu caráter permanente resulte em uma limitação funcional e afaste o indivíduo das suas atividades rotineiras, como o trabalho, por exemplo. Ademais, o impacto da dor acarreta uma série de processos psicológicos que acabam repercutindo na confiança para realização das tarefas diárias, no bem-estar e na manutenção de

atividades sociais e recreativas. Esses sentimentos manifestam-se por uma sensação de isolamento e de perda de identidade, que reforçam a percepção de que suas vidas mudaram irreversivelmente.

Eu sempre trabalhei. Eu sempre fui sadio, bem-disposto. Depois da ferida, eu acho que eu sou um lixo [...] dói muito, né?(E11)

O sofrimento é pela dor e por esta sensação de inutilidade (E1).

A dor me impedia de fazer qualquer coisa (E5).

Em alguns casos, os sintomas depressivos são, provavelmente, as respostas emocionais mais frequentes para a dor crônica e podem comprometer o "funcionamento" do indivíduo e alterar sua capacidade de se adaptar à vida social (OLIVEIRA *et al.*, 2012a), como explicitado nas falas de E2 e E7:

Todo mundo que tem esse tipo de ferida, sofre, não tem mais a alegria que tinha antes e tem uma tristeza na vida, porque é difícil viver com dor. É algo que surge na vida e que você precisa cuidar por muito tempo (E2).

Ah... não deixa de ter um sofrimento. Não deixa de ter aquela angústia de sentir que eu sou mais "fechado" [sem sorte] que os outros, entendeu? Tipo assim... uma depressão. Deus me livre de depressão. Depressão mata, né? (E7).

Há menção também à influência que a dor exerce nas pessoas que possuem vínculos afetivos com quem sente a dor:

A dor é um sofrimento... e quem está com a dor, além dele sofrer, coloca as pessoas paralelas a sofrer também, porque comove com o sofrimento da gente, né? Não é fácil não, porque a dor desorienta a gente. Além de fazer a gente sofrer, faz outras pessoas também se desorientarem, com certeza! Porque tem gente que toma a dor da gente para eles (E11).

Muitos pacientes suportam a dor e o sofrimento algumas vezes em silêncio, devido à falta de tratamento eficaz e tolerável (COUTTS *et al.*, 2008). Esse comportamento os leva, muitas vezes, a utilizar medicações analgésicas para alívio da dor. Algumas vezes, isso ocorre sem prescrição médica, o que gera uma conduta contínua e interminável, como se explicitou nos relatos dos participantes:

Para conseguir dormir uso três travesseiros como apoio e tomo remédios para dor (Paracetamol, Novalgina). Tomo o que tiver disponível, porque

não tenho dinheiro. Para alívio da dor tenho que tomar, diariamente, de quatro a cinco vezes ao dia (E1).

Decidi ter o compromisso de tomar remédios para alívio da dor, diariamente. Uso, há seis meses, Tandrilax, “receitado” por um farmacêutico, de oito em oito horas, sempre após algum alimento. Quando não tomo, sinto dor no local da ferida (E6).

O sofrimento vem da dor que sinto, pois, a ferida dói demais. Uso Dipirona para aliviar (E9).

Bom... para aliviar, a única coisa que eu faço é tomar os remédios para dor, para alívio (E11).

Eu tomo Dipirona, sabe? Os remédios que eles me mandam eu tomar, eu tomo (E12).

A dor não valorizada e mal gerida pelos profissionais pode, inclusive, desmotivar o paciente no que diz respeito ao seu plano de tratamento (SANTOS; RODRIGUES, 2013). Pelas declarações dos entrevistados, o alívio da dor se dá principalmente pelo uso de analgésicos e por medidas de conforto como, por exemplo, a elevação do membro afetado.

Porque hoje eu tenho mais cuidado, eu procuro a maneira em um canto para eu pôr os pés para cima, né? Para evitar que eu fique com a perna muito pendurada. Quando eu posso sentar eu logo ponho os pés para cima, porque eu já sei que ficar com as pernas para baixo, do jeito que eu estou aqui, muito tempo, uma hora não é problema, mas se eu ficar mais de uma hora, para mim não é importante, procuro suspender ela um pouco para evitar de doer (E2).

Moro sozinho e ainda consigo fazer as tarefas de casa, mas quando a perna começa a doer, é necessário parar e colocar as pernas para cima (E6).

Coloco em cima de almofadas para ficar com a perna para cima, para ficar quieto, para eu dormir (E10).

Como se observa, o ato de elevar os membros inferiores traz algum alívio da dor em pessoas com úlceras venosas. Estudo comprova que a elevação dos membros inferiores quando sentado e evitar ficar de pé por períodos prolongados podem auxiliar na redução do edema e na melhoria do retorno venoso (SHENOY, 2014). A literatura referencia que elevar os membros inferiores acima do nível do coração pelo período de 30 minutos três ou quatro vezes ao dia é uma medida não farmacológica (COLLINS; SERAJ, 2010) recomendada como terapia adjuvante para úlceras venosas, uma vez que, clinicamente, os indivíduos com esse tipo de lesão apresentam dor e edema nas pernas, que pioram ao final do dia (OLIVEIRA

et al., 2012a). Salvetti *et al.* (2014) revelaram que os pacientes que faziam uso de terapia compressiva, que receberam orientação sobre o seu uso e sobre elevação dos membros inferiores exibiram menos intensidade e menos impacto da dor nas atividades diárias.

Desse modo, são muito importantes o conhecimento e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, de forma sistematizada, que ajudem a aliviar a dor nos pacientes com ferida crônica pela implementação e realização de medidas não farmacológicas, sendo estas últimas da total responsabilidade do enfermeiro (SANTOS; RODRIGUES, 2013).

Pesquisa realizada por Silva *et al.* (2015b), no Rio Grande do Sul, revelou que os pacientes não recebem orientações sobre métodos de alívio da dor e buscam encontrar alívio por conta própria, mostrando uma lacuna na assistência a esses pacientes. O uso de automedicação pode oferecer riscos, pois na situação de dor intensa os fármacos podem ser usados de modo indiscriminado e em doses elevadas.

A equipe que acompanha o paciente deve avaliar a dor e oferecer métodos analgésicos eficazes para alívio da dor. Alguns métodos físicos podem ser uma estratégia que produz alívio da dor, como, por exemplo, a aplicação de bolsas ou compressas de calor ou frio, massagem ou prática de atividade física. Pesquisa desenvolvida na Austrália (EDWARDS *et al.*, 2005) testou intervenção que teve por base a interação social, o aconselhamento, apoio e orientação sobre cuidados preventivos, por meio de encontros semanais para pacientes com UV. Os resultados mostraram que o “grupo intervenção” reduziu significativamente a dor e o grau em que a dor afetou o humor, o sono e o trabalho, além de produzir diminuição no tamanho da úlcera, indicando que terapias multimodais podem ser eficazes no controle da dor e na cicatrização das úlceras. A orientação sobre o manejo da dor é fundamental para que os pacientes tenham subsídios para minimizar o sofrimento relacionado à dor (SILVA *et al.*, 2015b).

Liberato *et al.* (2016) realizaram revisão integrativa que permitiu sintetizar resultados de pesquisas que tinham como objetivo reunir o conhecimento produzido sobre as intervenções de enfermagem utilizadas para o manejo da dor em pessoas com úlcera venosa. Entre as contribuições do estudo, ressalta-se que o controle da dor é uma parte essencial na gestão eficaz da ferida e que, para isso, os

enfermeiros precisam realizar intervenções no seu manejo e, assim fornecer, em tempo hábil, cuidados resolutivos e individualizados. Para tal, necessitam adquirir conhecimento sobre o tipo de dor associada à UV, como também as principais intervenções utilizadas, uma vez que, com os avanços tecnológicos na área do cuidado aos pacientes com feridas, obteve-se ascensão quanto aos produtos e métodos utilizados. Cabe aos enfermeiros a busca por melhor preparo técnico-científico condizente com as novas tendências e perspectivas (LIBERATO *et al.*, 2016).

4.4.2 Ter úlcera venosa atrapalha o cotidiano: a ferida interfere negativamente na vida

Joaquim *et al.* (2016) citam que a capacidade funcional de um indivíduo é definida, segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) da *World Health Organization* (WHO), como a ausência de dificuldades no desempenho de atividades cotidianas. O comprometimento dessa capacidade funcional pode provocar reclusão social, tendência ao sedentarismo, perda de autoestima e afastamento da vida laborativa.

Essas dificuldades são entendidas como perda da independência, isto é, de capacidade de ir e vir e de realizar suas atividades de forma confiante e autônoma, e são representadas também como uma forma de deixar de viver, como explicitado nos depoimentos dos entrevistados:

Bom é ser independente. Tive que me acostumar a depender da boa vontade dos outros. Há dois anos não vou mais à igreja, pelas dificuldades para andar e de transporte. Não consigo andar mais de ônibus e, até ia à igreja de táxi com outras pessoas, mas fico incomodada de pedir ajuda para ir (E1).

Sentia que tinha mais disposição e hoje preciso andar com mais cuidado para não esbarrar as pernas. Tem que evitar ficar muito tempo em pé ou sentado com as pernas dependuradas. Quando descuido, a perna começa a doer. Agora é preciso pensar antes de ir a qualquer lugar (E2).

A vida é maravilhosa, quando se pode sair, viajar, ir em festas. Morrer é deixar de ser como já fui, quando podia fazer o que eu gostava (E3).

A única coisa que mudou é que eu vim viver só com esse filho que eu tenho, ele é quem cuida de mim agora... tudo meu é com ele. Ele vai, recebe o pagamento, compra minhas coisas, põe aí para mim... precisa me levar no médico, ele me leva.... Fico dependendo dele para tudo. Para quem já fazia tudo como eu... (E4).

Você não pode andar rápido demais [...] Para eu andar tem que ser com cuidado, né?... Já não posso esbarrar em qualquer lugar, não posso pular... nem subir... se eu vou subir em algum lugar eu já lembro do pé, aí já tenho que subir mais devagar. Outra pessoa tranquila, já sobe de qualquer maneira... Então tudo atrapalha [...] Se você dança, você não pode mais ir num baile (E5).

Eu trabalhava, quando ela [a ferida] estava pequena. Trabalhei um ano e pouco de camelô, com carrinho, “na cidade”, vendendo refrigerante, doces e pipoca. Aí, depois que eu fiz a cirurgia de varizes eu vendi o carrinho. [...] eu ando devagar... esse carrinho é pesado e eu não aguento ficar empurrando carrinho, não. Eu vendi o carrinho (E6).

Impede de tomar um banho, por exemplo. Tenho que colocar um saco e amarrar porque não pode molhar, né? Não pode, por exemplo, ir numa lagoa. É um problema. (E7).

Gostava de sair e de ir aos domingos na feira hippie e em algum parque, mas hoje não vai mais pelo perigo de pisarem em seu pé (E8).

Eu deveria fazer os serviços domésticos, mas não consigo. A idade avançada e a ferida na perna não me deixam fazer mais nada do que precisa ser feito (E9).

Agora eu só fico sentado... eu não posso ficar em pé. Aí, eu só durmo e pronto. Eu caminhava, buscava uma coisa, buscava pão, buscava tudo. Eu precisava trabalhar, fazer um biscate, eu precisava... porque um salário não dá para nada! Tudo lá em casa sou eu que tenho que pagar.... Eu estou doido para ser curado, para eu andar, para eu trabalhar... e não posso. [...]. Não posso subir escada, não tem jeito. Fico com vontade de trabalhar... não posso. Aí eu fico quieto (E10).

Mas eu gostaria de continuar fazendo as coisas que eu gosto: varrer a casa, pôr o lixo lá fora, se bater alguém no portão eu ir lá atender.... É isso aí, aquela rotina. Mas hoje, se bate uma pessoa no portão eu penso “Ah, não eu não vou lá atender...” (E11).

Não poder fazer as coisas, por exemplo: eu gostava de fazer um café... eu tenho dificuldade de ir lá fazer um café...[...] Então, é muito complicado, a gente fica muito dependente... ser dependente é muito ruim. O bom é ser independente [...]. É ruim depender de alguém para sair de casa porque sair de ônibus é um incômodo (E11).

Faço o serviço de casa com dificuldade, pois não consigo agachar, é só lavar roupas finas e pequenas. Não passeio e não saio mais para fazer compras. Passo necessidade, só tem uma vizinha que me ajuda (E12).

Um fato importante que merece destaque é que a úlcera venosa impede, inclusive, a participação em eventos sociais. O fato de não mais conseguir usar sapatos fechados é a expressão da representação mais profunda de isolamento social:

Não poder usar sapatos para as ocasiões festivas é terrível! (E1).

A gente fica isolada. Não poder calçar um sapato bom... é duro (E7).

Não há como ir a festas de casamento e formatura sem usar sapato fechado e arrumado, com vestido. Aí, como faço? (E8).

Alguns participantes manifestaram déficits relacionados ao sono, o que interfere negativamente na qualidade de vida:

A dor dificulta, inclusive, a dormir. Para conseguir dormir uso três travesseiros como apoio e tomo remédios para dor (E1).

O sofrimento é dormir só de um lado. Eu só posso dormir desse lado (mostra), porque se eu dormir desse lado (mostra) ela sangra. Então, às vezes eu tento virar... e eu lembro, sabe? ... Vai sangrar... aí eu não posso. Essa aqui, quando eu acordo de manhã está tudo queimando. Então, tenho que dormir de um lado só. É muito sofrimento. Quem tem isso... não tem sossego nem paz, não. É muito triste. Triste demais, demais (E3).

Tem dia que eu fico muito chateado... preciso dormir... aí eu esfrego a perna para diminuir a dor.... De dia, eu começo a dormir por falta de sono à noite (E10).

Detecta-se, na literatura, que o padrão de sono é um dos elementos de avaliação da qualidade de vida. No caso de pessoas com úlceras venosas, Green e Jester (2010) e Maddox (2012) evidenciaram que há uma perturbação nesse padrão, muitas vezes ocasionada pela dor, o que corrobora o explicitado nesses relatos.

4.4.3 Úlcera venosa causa constrangimento

Vivemos em uma sociedade que valoriza a beleza e que possui padrões estéticos preestabelecidos. A pele, quando íntegra e saudável, promove a relação entre as pessoas, porém, quando acometida por alguma alteração que foge aos modelos definidos como normais e aceitáveis, traz consequências negativas para a vida das pessoas.

Diante disso, há um possível afastamento bilateral: de um lado, uma sociedade que exclui os que não atendem aos padrões preestabelecidos e, de outro, a pessoa que, perante a autoimagem alterada, se sente exposta aos olhares curiosos e preconceituosos da sociedade. Isso interfere na autoestima e leva a pessoa ao isolamento social (JESUS; SANTOS; BRANDÃO, 2015).

Aguiar *et al.* (2016) alertam que a UV leva os indivíduos acometidos a vestirem roupas que cubram os membros inferiores, pois se sentem constrangidos,

discriminados e com distúrbio da autoimagem, como mostrado em outros estudos (SILVA *et al.*, 2015a; WAIDMAN *et al.*, 2011). Assim, expor os membros inferiores feridos aos olhares de outras pessoas altera a imagem corporal desses indivíduos e faz com que vivenciem o constrangimento e a vergonha, fato que pode ser claramente apreendido no relato de E5:

Eu fico assim, meio sem graça né? Eu tô andando de chinelo... aí, eu fico com vergonha de deixar exposta, sabe?... Tem que estar sempre tampada... é uma calça tampando a perna por onde vai... (E5).

E12 expressa que a pessoa com uma ferida crônica é vista de forma diferenciada pela ferida que tem e que não passa despercebida:

Fico muito sem graça quando as pessoas conhecidas fazem comentários em relação à ferida. Gostaria de ser cumprimentada sem comentários em relação à existência da ferida. Sinto muita tristeza e me sinto humilhada. Tá muito difícil viver assim! (E12).

Uma lesão nos membros inferiores, que é o caso da UV, pode levar a pessoa a sentir que sofreu perda de partes ou função do corpo. Isso pode conduzi-la, também, a questionar seu valor, alterando, dessa forma, seu autoconceito físico. Se uma pessoa tem baixa autoestima, ela tende a perceber o meio ambiente como negativo e ameaçador (COSTA *et al.*, 2011), como sugerido por E5:

É constrangedor mostrar que tenho uma ferida na perna. Penso no que as pessoas podem estar pensando, e acredito que é por isso que não me oferecem mais trabalho. Fico triste e revoltado (E5).

Uma sociedade que valoriza padrões definidos perde a sensibilidade de olhar o diferente, o individualizado, o que precisa de compreensão e apoio. Nos comentários de E6 se explicita que atos de repulsão e críticas se sobrepõem, consideravelmente, à vontade de aproximação e ajuda:

O curativo começava a exalar um mau cheiro muito forte. Não adiantava explicar para as pessoas porque ninguém entendia. Depois de três dias dava mau cheiro, eu tinha que jogar fora (a bota de Unna) porque não aguentava. Eu passava vergonha dentro do ônibus, na rua e no "posto". Dava mau cheiro, o povo não sabia e falava.... Eu moro de aluguel... a dona me pediu o barraco para eu ir embora daqui, porque não estava aguentando o mau cheiro. O mau cheiro exalava no lote todo(E6).

O sofrimento representado por E6 ressalta a importância do acompanhamento com avaliações frequentes em pacientes. Recomenda-se que os pacientes em uso da bota de Unna troquem diariamente o curativo secundário, para prevenir contra o mau odor (ABREU; OLIVEIRA, 2015) e, conseqüentemente, evitar o constrangimento.

4.4.4 É preciso ter paciência quando se tem uma ferida crônica

Talvez paciência seja a palavra que melhor defina a capacidade de tolerar o dissabor e a infelicidade de conviver muitos anos com uma lesão e que obriga a aceitar a situação.

Os entrevistados da presente pesquisa afirmam a construção de representações para sustentar a paciência em relação à ferida e a tudo que ela acarreta:

É cuidar da vida e aguentar a dor. A gente vai aguentando enquanto vai vivendo com ela até o dia que aparecer um remédio ou uma coisa que alivie, né, a dor. E dói, e não adianta eu ficar o dia inteiro reclamando ou sentada assim! Não, não dá pra viver, aí a gente vai fazer qualquer coisa (E1).

Ah... tem que aguentar o que vier, né? (E5).

O sofrimento faz parte da vida. Cada pessoa tem o seu (E9).

Tenho que ter paciência. Não vou xingar, não. Não vou reclamar. As coisas acontecem com muita gente. Tem muita gente que está pior do que eu. O que é que eu vou fazer? Vou ficar quieto (E10).

Eu não perco a esperança, não. Guerreiro não pode perder a esperança, não! (E11).

É preciso ajuda de Deus para ter paciência (E12).

A paciência é apresentada por E1, E5, E9 e E10 como uma característica de quem não perde a calma ou suporta uma situação desagradável sem reclamar. Para E11, o ato de ter paciência pode também significar perseverança em relação a algo, como uma resposta a uma situação que aparentemente não tem previsão para se concretizar, mas que há de se concretizar algum dia.

4.4.5 A recidiva da ferida é uma certeza

As úlceras venosas são caracterizadas como recorrentes, o que decorre de múltiplos fatores agravantes. Entre estes, destacam-se as baixas condições socioeconômicas para realização de práticas preventivas, o difícil acesso aos serviços especializados e a baixa escolaridade dos pacientes (BORGES *et al.*, 2016).

Algumas declarações do presente estudo mostram que o desconhecimento sobre a fisiopatologia da ferida e de medidas de prevenção de recidivas pode levar a descrenças em relação aos profissionais e aos tratamentos, como é o caso de E1 e E3:

Não adianta ir ao clínico geral, angiologista e nem gastar com tratamentos, porque, depois, a ferida volta novamente (E1).

Ter feito enxerto e retirada da safena não adiantou porque quando a ferida começa a fechar depois abre novamente (E3).

Para os entrevistados, a recorrência da ferida é, inicialmente, um acontecimento inesperado. Com o tempo percebem que essa é uma realidade vivida por outras pessoas:

Depois eu vim para cá, e fiquei fazendo curativo... um tempão aqui ...aí fechou, tampou...aí ficou bom, aquela coisa... passou um tempo, voltou de novo. Eu pensei que nem ia voltar mais. [...] E de vez em quando eu encontro eles na rua: “E o senhor, já está bom?” “Ah, voltou...” “A minha também voltou.” Aí, volta aquela coisa toda...então eles também sofrem (E5).

A minha vontade é que melhorasse, né? Não pensar nisso mais... porque ela cura hoje, mas você pensa... meu Deus... podia ficar assim... Mas daqui há uns tempos ela pode voltar... e pode contar que ela volta mesmo! (E2).

Para a prevenção de recidiva, é importante fornecer ao paciente conhecimento e apoio para adoção de medidas efetivas de autocuidado para que ele possa desenvolver suas habilidades. Na publicação da *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society®* (WOCN®), as recomendações para prevenção da recidiva de úlcera venosa englobam terapias de compressão, terapias adjuvantes (cirurgia), medicamentos e ações educativas. Salientam-se as seguintes recomendações: colocar as meias de compressão antes de se levantar da cama;

trocar a meia, regularmente, de três a seis meses; utilizar meias com medidas individualizadas cuja aferição seja realizada por profissional ou pessoa treinada; não fumar; adotar nutrição saudável e controlar o peso corporal; evitar traumas mecânicos na perna com lesão; e elevar as pernas acima do nível do coração várias vezes ao dia. No entanto, poucos ensaios clínicos randomizados têm avaliado especificamente o impacto da terapia de compressão sobre o risco de recidiva de úlcera. Dessa forma, Borges *et al.* (2016) acrescentam que as medidas de prevenção de úlcera venosa necessitam ser aplicadas em conjunto para que se produza o resultado desejado.

Finlayson, Edwards e Courtney (2011) propõem que, além da elevação da perna e do uso de meias de compressão, faz-se necessário aumentar os níveis de autoeficácia do paciente e oferecer-lhe forte apoio social para ajudar na prevenção de recorrências.

Abreu e Oliveira (2015) reforçam que a adesão do paciente ao tratamento é importante para evitar as recidivas das úlceras e que vários autores discutem que o número elevado de pacientes com recidivas se deve à sua não adesão às medidas preventivas, entre elas, o uso de terapia compressiva pós-cicatrização das úlceras, a falta de acompanhamento pós-cicatrização e a não realização de cirurgias, quando indicado.

A importância do uso da terapia compressiva para o tratamento e prevenção de recidivas em úlcera venosa é afirmada pelos autores, porém, alguns trabalhos enfatizam a dificuldade de adesão ao seu uso. No presente estudo, a interpretação das falas mostrou que a terapia compressiva também se inclui nas representações no que diz respeito à ferida.

4.5 Categoria: representações sobre a ferida - causas, tratamentos, cuidados, curativo

4.5.1 Feridas que não cicatrizam aparecem em pessoas com diabetes

É forte a representação que se tem sobre a relação entre feridas que não cicatrizam e o diabetes. No paciente diabético verifica-se dificuldade de cicatrização das feridas devido ao comprometimento da perfusão sanguínea por alterações metabólicas relacionadas à doença, principalmente nos membros inferiores (ANDRADE *et al.*, 2013). Existe a possibilidade de complicação denominada “pé diabético” que, segundo Almeida *et al.* (2013), é uma das mais devastadoras complicações crônicas do diabetes *mellitus*, em decorrência do grande número de casos que evoluem para amputação. O pé diabético caracteriza a lesão que ocorre nos pés dos pacientes com diabetes *mellitus*, resultante da combinação de vários fatores.

Nos pacientes com UV, a dificuldade no processo cicatricial da lesão advém da insuficiência venosa aliada a outros fatores que não necessariamente sejam relacionados ao diabetes. Nesse caso, na representação dos entrevistados, não se justificaria ter uma ferida que não cicatriza quando não se tem diabetes, o que fica claramente exposto nos seguintes relatos:

Eu nunca entendi. Eu não sou diabética, né? Porque eles falam: “ah qualquer buraco, qualquer machucado é... a pessoa é diabética”... Eu não sou, né? E porque deu isso nas minhas pernas? (E1).

Não sei... Não sou diabética. Não tenho pressão alta. Então aqui no posto eles ficam pensando: “Por que não fecha? Você não é diabética, você não tem pressão alta. Por que não fecha?” E isso eu não sei (E3).

Não há problemas de saúde que justifiquem a ferida não fechar, nem mesmo diabetes, pois posso comer de tudo (E10).

Principalmente eles [os profissionais] perguntam muito se a gente tem trombose e diabetes. São as duas doenças que eles mais perguntam se a gente tem (E11).

Feridas comuns saram depressa, úlceras varicosas não, feridas em pessoas diabéticas não saram nunca (E12).

A relação entre doenças crônicas e a existência das feridas aparece nas falas dos entrevistados juntamente a aquelas provenientes da relação com os

profissionais nos serviços de saúde, como se os questionamentos sobre a origem do agravo viessem destes últimos, o que, provavelmente, confere legitimidade aos questionamentos dos próprios pacientes. A fala de E3, citada acima, é exemplar nesse sentido, porque mostra que, além do diabetes, pode existir uma relação entre feridas crônicas e outras doenças como a hipertensão arterial.

4.5.2 Alguns alimentos e hábitos de vida interferem negativamente na cicatrização de úlceras venosas

A cicatrização de feridas é um processo complexo que envolve diversos eventos imunológicos e celulares. Estes transcorrem de forma não linear, levando meses a anos desde a injúria tecidual até a resolução do processo. Todas as fases são extremamente dependentes de energia, sendo necessária grande quantidade de aminoácidos, carboidratos e lipídeos (WILD *et al.*, 2010).

No entanto, é aconselhável que as pessoas com UV recebam avaliação nutricional para que possam seguir um plano alimentar e melhorar as deficiências nutricionais. Vários estudos sobre feridas crônicas (não especificamente úlceras venosas) mostraram que os pacientes com úlceras de perna são nutricionalmente deficientes e não satisfazem suas necessidades dietéticas de cura. Foram observadas, principalmente, deficiências de zinco, proteínas e vitaminas (especialmente C e A) (WHITE-CHU; CONNER-KERR, 2014).

Ao contrário da necessidade de reforçar a ingestão de alimentos importantes para o processo cicatricial, na cultura popular acredita-se que alguns alimentos possam interferir negativamente nesses processos, o que os torna contraindicados em situações de ferimentos. Alguns desses alimentos são conhecidos como “remosos”. Entre estes, encontra-se a carne de animais com alto teor de tecido gorduroso, em especial a carne de porco, porém não há consenso sobre quais alimentos são considerados remosos. Existe uma relação com a carne de animais carnívoros no topo da cadeia alimentar, visto que acumulariam grande quantidade de toxinas e poluentes; ou com a carne de animais herbívoros, que apresenta grande quantidade de tecido gorduroso com idêntica suscetibilidade de acúmulo de toxinas (MUSSY *et al.*, 2014).

O termo *remoso* é amplamente difundido no vocabulário dos povos amazônicos e representa uma das proibições, presentes na Amazônia e América do Sul, relacionadas à classificação do grau de segurança da ingestão de animais selvagens e domésticos em determinadas situações. Entre essas crenças, estão inclusos momentos críticos, como o da cicatrização de feridas (MUSSY *et al.*, 2014). Brito Jr. e Estácio (2013) citam alguns exemplos de comidas *remosas* no vocabulário popular amazônico: comidas fortes derivadas de carne de porco; mariscos, como caranguejo e camarão; peixes de pele e cascudos, como tamuatá; aves, como patos; e algumas caças, como paca e capivara. Os autores recomendam que esses alimentos não devem ser consumidos por pessoas com ferimentos, sob risco de aumentar os danos teciduais, gerar a formação de pus e exacerbar o processo inflamatório. Esclarece-se que não existem pesquisas que comprovem tal relação, é um conhecimento do senso comum que se espalhou no país e se mantém como um mito, conforme encontrado nas falas dos entrevistados.

Nesse contexto, E11 exemplifica claramente a representação a respeito de comidas *remosas* na relação com as feridas:

Existem comidas *remosas* e venenosas que podem prejudicar a ferida, como algumas carnes, por exemplo (E11).

E2, E6 e E7 citam a representação sobre a carne de porco, entre outros alimentos:

Pimenta eu não posso, tem uns tipos de legumes, verdura mesmo, que eu não posso comer [...] Eu não como carne de porco, eu não como pimenta, pinga não é bom, pequi não é bom, mostarda não é bom, tem um punhado de coisas que não ajudam, certo? Inclusive... o ovo de galinha caipira não é bom... (E2).

Eu não bebo, não fumo, não como carne de porco, não como pimenta, não como nada quente [...] nem pimenta, nem jiló, nem quiabo. Gosto muito de quiabo, mas quiabo e mostarda são quentes... se comer mostarda e comer quiabo, o bicho pega (E6).

[...] beber [bebida alcoólica], comer fora de hora, não comer verdura... comer carne de porco, por exemplo, é um veneno (E7).

Estudo realizado por Mussy *et al.* (2014) em animais mostrou resultados com a ingestão de carne de porco contrários às orientações culturais sobre a fonte alimentar *remosa* e que as evidências atuais apenas indicam que dietas

hipercalóricas e ricas em gordura saturada seriam desfavoráveis ao processo inflamatório cicatricial, se usadas de forma crônica.

Muitos alimentos considerados remosos, como as carnes, por exemplo, são fontes de proteína, essencial na cicatrização de UV. Para E2 há uma representação de que o ovo da galinha caipira não seja bom, porém, a albumina presente na clara do ovo é importante fonte de proteína e zinco (BELO HORIZONTE, 2011).

Paralelamente, considerando o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do cigarro, vários autores afirmam a correlação, indicando a importância de se evitar essas práticas para facilitar a cicatrização (ABREU; OLIVEIRA, 2015; EVANGELISTA *et al.*, 2012; MCDANIEL; BROWNING, 2014; *NORTHERN SYDNEY CENTRAL COAST HEALTH- NSCCH*, 2010).

O protocolo de prevenção e tratamento de feridas da Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2011) sugere que seja feita avaliação nutricional dos pacientes, considerando que o estado nutricional do paciente reflete no processo de cicatrização. Orienta que seja avaliado o índice de massa corporal (IMC) para caracterizar baixo peso ou obesidade e, assim, intervir de maneira eficaz. Descreve alguns nutrientes importantes para o processo cicatricial e alguns alimentos ricos em proteínas, vitaminas (A e C) e minerais (ferro e zinco) e considera esse conhecimento essencial para nortear as orientações a serem fornecidas aos pacientes com feridas. Sugere que pacientes com doenças prévias recebam orientação dietética, avaliada e adaptada conforme suas necessidades individuais.

4.5.3 É difícil fazer terapia compressiva

A principal causa das úlceras venosas é a hipertensão venosa e a consequente hipertensão capilar. Além da necessidade de cicatrização da úlcera com tratamentos tópicos, o tratamento consiste na tentativa de se reverter a hipertensão venosa no nível das veias superficiais dos membros inferiores. Dessa forma, a terapia compressiva é indicada, pois aumentará o retorno venoso e a pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema e fazendo com que os fluidos localizados nos espaços intersticiais voltem para os sistemas vascular e linfático. O

controle inadequado da hipertensão venosa é diretamente proporcional ao aumento das taxas de recorrências das úlceras de etiologia venosa (MAFFEI, 2008).

A aplicação de compressão externa graduada pode reverter ou diminuir as mudanças que a hipertensão venosa crônica provoca na pele e na rede vascular, como a hiperpigmentação, o eczema, a lipodermatosclerose, a úlcera e as varizes. O mecanismo de ação se dá por meio da pressão exercida sobre a perna, que retorna o fluido dos espaços intersticiais para o compartimento vascular ou linfático. Como a pressão dentro das veias é, em grande parte, hidrostática quando a pessoa está em pé, para reverter esse efeito é necessário que o nível de pressão externa reduza progressivamente na perna, da parte inferior para a superior, sendo que a maior pressão deve ser aplicada na região do tornozelo (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

O tratamento com terapia compressiva aumenta as taxas de cicatrização da úlcera em comparação ao tratamento sem compressão (CULLUM *et al.*, 2003; O'MEARA *et al.*, 2012) e pode ser realizada por meio das bandagens elásticas, inelásticas e de aparelhos pneumáticos, sendo as duas primeiras as mais amplamente utilizadas (MEDEIROS; MANSILHA, 2012).

A terapia mais tradicional entre as inelásticas é a bota de Unna. Desde que Unna, dermatologista do século XIX, desenvolveu uma bandagem compressiva de óxido de zinco para o tratamento de úlceras venosas, a principal terapia para essas feridas passou a ser a compressão do membro afetado (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

Essa atadura cria alta pressão com contração muscular durante a deambulação e baixa pressão quando o paciente está em repouso, o que ajuda a permitir o retorno venoso. Por essa razão, é essencial que os pacientes continuem a realizar atividades diárias no trabalho ou a fazer caminhadas curtas. Esse produto deve ser associado a algum curativo tópico e pode permanecer por sete dias ou ser trocado com mais frequência em caso de feridas exsudativas (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013). Recomenda-se que os pacientes em uso da bota de Unna troquem diariamente o curativo secundário, para a prevenção contra o mau odor e utilizem creme de ureia a 10% nas bordas (ABREU; OLIVEIRA, 2015).

Outro tipo de terapia compressiva existente no mercado são as ataduras elásticas e as meias elásticas, fabricadas com fibras elásticas que fornecem

compressão que se mantém durante a realização do movimento e do repouso. Necessitam ser utilizadas sobre um curativo primário, nunca podendo ser colocadas diretamente em contato com o leito da ferida. As ataduras elásticas são laváveis e podem ser reutilizáveis, porém precisam ser renovadas após três a seis meses de uso. Os pacientes em uso de terapias elásticas devem retirá-las para dormir, reaplicando-a pela manhã (ABREU; OLIVEIRA, 2014).

A pressão da meia de compressão pode ser classificada em baixa compressão ou classe 1 (20 a 30 mmHg), média compressão ou classe 2 (30 a 40 mmHg) e alta compressão ou classe 3 (40 a 50 mmHg). A pressão ideal indicada para cada paciente depende de vários fatores como gravidade das condições vasculares do paciente, peso corporal e medida (tamanho) do membro afetado (BORGES *et al.*, 2016).

Sabe-se que as ataduras elásticas ou inelásticas, quando utilizadas de forma correta, são terapias potentes para o tratamento da úlcera venosa, mas se forem utilizadas de forma incorreta podem trazer malefícios como dor, desconforto durante a deambulação, novas lesões, retardo da cicatrização ou até amputação do membro (ABREU; OLIVEIRA, 2014; BORGES *et al.*, 2015).

Para garantir eficácia e segurança no uso da terapia compressiva, torna-se primordial uma avaliação prévia precisa. Exames diagnósticos e complementares como a mensuração do índice de pressão tornozelo braço (ITB) e doppler devem ser utilizados visando à identificação de comprometimento arterial, o que contraindica a aplicação da terapia (O'MEARA *et al.*, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2012).

O doppler é utilizado para comparar a pressão braquial com a pressão sanguínea na parte inferior da perna. Essa pressão é apresentada sob a forma de um índice, o ITB, que é calculado por meio da divisão entre a pressão sistólica do tornozelo e a pressão sistólica braquial. Um ITB de 0,9 ou mais indica suprimento arterial normal para a perna; e quando abaixo de 0,9 evidencia alguma isquemia. A terapia de compressão não deve ser usada se o ITB estiver abaixo de 0,8 ou acima de 1,3 (BARBOSA; CAMPOS, 2010).

Destaca-se, no entanto, a importância de garantir uma indicação precisa, avaliação e monitoramentos constantes para evitar danos não intencionais, especialmente naqueles pacientes com pele frágil, diabéticos, com baixa imunidade

e que apresentam alto risco de danos à pele (ROBERTSON; THOMSON; SIDDIQUI, 2014)

Embora a compressão usando ataduras ajude a cicatrização e evite a recidiva da lesão, muitas pessoas não aderem à terapia compressiva (WELLER; BUCHBINDER; JOHNSTON, 2016).

No presente estudo foi possível observar a representação formulada por E6 após o uso das terapias compressivas, elástica e inelástica, com descrença devido às respostas insatisfatórias em relação às duas experiências.

Experiência com o uso de meia elástica:

Ficavam teimando comigo [os profissionais da Santa Casa] que eu tinha que usar [a meia]. O médico falou comigo mentira, que ia cicatrizar e era mentira. Ao invés dela cicatrizar, ela estava abrindo mais. [...] ela era pequenininha, depois ela pegou a coçar e abrir, aí eu parei de usar a meia, está até lá em casa ainda (E6).

Experiência com o uso de bota de Unna:

Teve um dia que uma dona falou assim [na fila da farmácia do centro de saúde]: “Hum, que mau cheiro! Parece que tem um rato morto, um cachorro morto”. E eu saí da fila, fui lá para cima, e estava aquele mau cheiro... E eu entrava no ônibus e até o motorista falou assim: “Ih, mas que catinga, catinga de carne podre” e eu expliquei para ele, mas ele não quis entender. O negócio dava mau cheiro e quando dava mau cheiro tinha que tirar tudo, ir para o banheiro e lavar, jogar bastante água, enxugar, aí enfaixar, aí acabar com a “catinga” (E6).

Usava o que o “laboratório” [ambulatorio da Santa Casa] usava lá [a bota de Unna] ... Fazia... e quando ela [a faixa] molhava e “ensopava”, eu trocava a faixa, “punha” [colocava]gazinha e duas faixas. Eu trocava a faixa, mas não adiantava nada não. Eu tirava a faixa, trocava a faixa, mas o mau cheiro não acabava. Aí, eu parei de [ir na Santa Casa] (E6).

Esses depoimentos de E6 acentuam a importância do cuidado individualizado às pessoas que iniciam o tratamento com terapia compressiva, principalmente em relação ao acompanhamento e avaliação. Nota-se que a indicação da terapia não pode estar embasada somente nas indicações clínicas e faz-se necessário avaliar outras situações que possam comprometer a credibilidade do tratamento, o bem-estar do paciente e, conseqüentemente, adesão ao tratamento.

Estudo demonstrou que os pacientes que não usavam meias de compressão justificaram que não o faziam por falta desse produto. Nesse caso, o alto custo da

meia, aliado ao esquecimento das instruções dadas pelo profissional de saúde, e a dificuldade para usá-las podem facilitar a não adesão (BORGES *et al.*, 2016), o que também foi explicitado pelos entrevistados:

Agora me pediu para usar, sabe?...[a médica]. Eu vou falar com você... não tenho dinheiro para comprar, acho que é quase uns duzentos reais uma meia daquela... estou até com o papel em casa para comprar, mas... (E5).

Nos relatos de E3 e E6, a dificuldade em relação ao uso da terapia compressiva estaria relacionada à dor e ao desconforto, mas ressalta-se que não se referem à terapia elástica ou inelástica, mas apenas ao uso de ataduras de crepom utilizadas no curativo sem a preocupação com a técnica compressiva:

Eu falo com as meninas: “Hoje não aperta não, não aperta a faixa não, pelo amor de Deus” - “Não, eu não vou apertar, não” – Então, quando eu desço do ônibus eu vejo “aí... as meninas apertaram...” e eu já sinto... vai repuxando... vai repuxando... Tem dia que eu chego lá em casa e a perna está preta, de tão apertada que elas colocam. É muito sofrimento, mas... vamos levando... (E3).

Põe o soro só, enfaixa e tem um porém: não pode apertar, se apertar muito dói. Tem que ser mais frouxa, aí mais tarde ele pôs uma faixa só, eu tiro a faixa ponho outra por cima, mas se apertar o bicho pega (E6).

Borges *et al.* (2016) identificaram, entre pacientes com úlceras já cicatrizadas, que a percepção de que a meia previne recidiva contribuiu para seu uso, porém a falta de orientação adequada e até mesmo a compreensão sobre alguma orientação podem limitar a adoção das meias. Esses achados são equivalentes aos encontrados no presente estudo, como se segue:

Já usei meias compressivas, mas apenas quando não tinha ferida na perna (E12).

Já fiz uso de meias elásticas, muitas vezes, mas é uma coisa muito difícil. Não vejo resultado. Quando paro de usar, a ferida abre novamente. As meias são horríveis e muito “custosas” e considera que ninguém aguenta usá-las devido à dor e à dificuldade em calçá-las. Para calçar as meias preciso da ajuda dos filhos, mas eles têm má vontade e não gosto de ficar incomodando (E1).

Pesquisa feita por Baranski e Chudek (2016) apurou que a terapia de compressão é percebida como inconveniente e duvidosa na melhora da qualidade de vida e mostra que os principais motivos para a não adesão estão relacionados

à dificuldade de aplicação das meias de compressão, esquecimento, sensação de calor nas pernas, insatisfação com o uso de meias, preço alto, aumento dos sintomas devido ao uso de terapia de compressão e intensificação do edema. Além disso, citam Shannon *et al.* (2013) para afirmar, com relatos de pacientes, as dificuldades em colocar e remover as meias de compressão, o prurido e dor ao utilizá-las.

Paralelamente, e apesar do consenso sobre o uso da terapia compressiva, estudos realizados com médicos membros do Colégio de Médicos de Família do Canadá detectaram que mais de 50% não sabiam da eficácia da compressão, sendo essenciais a discussão, reorientação e divulgação das terapêuticas (DANTAS *et al.*, 2013).

4.5.4 Varizes e feridas pequenas não representam algo sério e pode-se fazer o próprio curativo em casa, desde que se tenha cuidado e condições adequadas

As úlceras venosas podem iniciar de forma espontânea ou podem ser desencadeadas por qualquer situação que venha agredir a integridade da pele. Essa experiência traduz-se em representações de negação da gravidade ao mesmo tempo em que, ao sentir dor e ver a dificuldade de curar-se, define-se a representação de gravidade da situação.

Ah... isso começou de um nada, viu? Começou de um nada mesmo, porque começou queimando, queimando. Depois, eu falei: "Meu Deus, que coisa estranha, né?" Aí, apareceu numa perna, depois apareceu na outra. E quando cura numa perna a outra abre, quando cura em uma, a outra abre. Às vezes costuma abrir todas duas de uma vez...(E2).

Ah... deu uma feridinha, aquela coisa, e foi rendendo... aí, eu pensei que não era nada e deixei... aí pegou e abriu... (E5).

Começou com uma coceirinha. Mas tudo diz que a unha é cheia de micróbios... éremosa... Então, saiu três carocinhos aqui e eu cocei os carocinhos, e nisso feriu e foi que não parou de crescer a feridinha... foi ferindo e eu quis tampar aquela feridinha com bandaid, e aí quando eu fui tirar o bandaid no outro dia, notei que tinha crescido um pouquinho mais, e aí desembestou e não parava de crescer não, entendeu? (E11).

Foi assim: eu levei uma pancada... e fui pelejando para curar... pelejando para curar... e foi machucando mais...foi machucando mais... (E4).

Abriu assim à toa. Deu um machucadinho e abriu (E9).

Eu entrei para cortar uns ramos para poder varrer o terreno... só que tinham tirado varinha para pescar e ficou aqueles ganchos... nos ganchos...feriu a perna... daí essa perna começou a ferida. Começou a ferida, daí foi onde começou meu sofrimento (E3).

Antes foi assim... eu fui acidentado e o carro passou em cima. Até hoje o negócio ficou assim mais ou menos... foi melhorando... aí começou a aumentar (E10).

De situações diversas de ferimentos externos, pequenos a maiores, vistos como desencadeadores das feridas, somente alguns entrevistados se reportam à origem das feridas como sendo de varizes:

A perna começou a doer, eu não sabia o que que era, pra você ver a perna não tinha nada, só doía, doía que eu gritava, mas não via, não tinha nada. Depois que eu fui ao médico, ele falou assim: é varizes. Eu falei: varizes como? Varizes que eu sei são aquelas grandes. Aí, já arrumaram, eu fiz a cirurgia, fiz numa perna [...] aí abriu no lugar (a ferida abriu no lugar da cirurgia)(E1).

Essa ferida apareceu depois que eu operei as varizes, as benditas varizes. Mas, só dava um calorzinho, só dava um calor (o local das varizes esquentava). A ferida começou pequenininha (E7).

Quando começou, eu tinha essas varizes. [...] foi quando começou a render mais essas varizes e foi prejudicando..., mas até aí, tudo bem... eu nunca pensei que podia chegar ao ponto de virar uma ferida. A partir desse dia, um dia quando eu entrei no ônibus, quando eu fui passar a roleta deu um esbarro assim, uma coisa assim, que tirou a só uma “pelinha”, bem em cima do lugar que tinha uma veia e aí ficou assim, abriu e nunca mais fechou (E8).

Começou assim, dava assim... essas rugas assim... essas “muxibas” assim [mostra as pernas com varizes]. E aí então ela abre, ela racha assim. Parece que você partiu isso aqui no meio. E, aí, então vai abrindo e vai alastrando (E12).

Embora inicialmente as úlceras pequenas não representem algo sério, elas podem se agravar, gerando úlceras maiores que, frequentemente, cronificam-se pela falta de cuidados. No entanto, a realização de curativos que, aos olhos de um paciente inadequadamente acompanhado ou de um profissional que não seja capacitado, pareça ser algo simples é parte fundamental para evitar a progressão da lesão, se realizado com técnicas e cuidados apropriados, incluindo o enfaixamento compressivo, o que dificilmente será realizado de forma adequada pelo próprio paciente.

Ah! Eu mesma faço aqui. Igual ela trouxe as gazes, as coisas para mim, né? Aí eu faço todo dia. [...]. Eu fazia no posto. Às vezes, eu vou no posto quando está maior, mas quando está assim, aí eu faço em casa mesmo. [...] Mas o difícil é depois, por exemplo, faz o curativo, melhora. Aí esse melhorou, eu queria assim que não voltasse mais porque eu tratei, né? (E1).

É igual isso aqui... quando eu passo isso aqui nas feridas [hidrogel], ninguém acredita, dói mais que uma benzetacil...eu faço aqui...esse curativo aqui.... Sou eu começar a fazer o curativo e sai lágrima, isso queima pior que benzetacil (E2).

A [auxiliar de enfermagem], com um pouco de má vontade, está me dando material e eu estou fazendo em casa. Aqui eu só venho na sexta-feira. Faço em casa. Amarro o saco aqui em cima, pego uma bacia, lavo a bacia bem lavada. Todo asseio com isso é pouco! (E7).

Eu faço dois curativos, eu faço de manhã e de noite. Então, ninguém nunca viu ela suja [a ferida]. Tudo meu é limpinho assim, igual você viu minha casa. [...] tudo o que me ensinam, eu faço. Tem uma senhora, essa que mandou eu comprar a Sulfa, por exemplo, eles amputaram o pé dela (E12).

Visando à cicatrização da úlcera venosa, é importante que as trocas de curativo estejam associadas à terapia compressiva (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007). É primordial que o tratamento seja feito com a terapia de compressão, uma vez que a mesma aumenta a taxa de cicatrização de úlceras venosas, comparado com o tratamento sem compressão (CULLUM *et al.*, 2003; O'MEARA *et al.*, 2012). Para isso, deve ser prestado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e deve ser feito com a cooperação do paciente. A terapia compressiva deve ser aplicada de modo consistente, para melhorar a efetividade do cuidado e reduzir os custos do tratamento. Os profissionais prestadores desse serviço devem ser capacitados, pois a compressão aplicada inadequadamente pode predispor os pacientes a complicações (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007).

Quanto à terapia tópica, requer o uso de coberturas capazes de absorver o exsudato e criar um ambiente propício ao desenvolvimento do processo de cicatrização (BARBOSA; CAMPOS, 2010), porém não foram encontradas evidências indicando qual é a melhor. Sugere-se o uso de uma cobertura simples, não aderente, de baixo custo e aceitável pelo paciente (BORGES; CALIRI; HAAS, 2007). A PBH disponibiliza atualmente as seguintes coberturas: hidrocoloide placa; fibra de carboximetilcelulose / hidrofibra, fibra de carboximetilcelulose com prata / hidrofibra com prata, espuma de poliuretano / hidropolímero com prata; carvão ativado e prata; filme transparente; tela com emulsão de petrolatum (BELO

HORIZONTE, 2011), que devem ser precisamente indicadas de acordo com as características da lesão e da resposta apresentada. A indicação da cobertura requer avaliação contínua de profissionais capacitados, porque pode haver mudanças no decorrer do tratamento.

Nesse contexto, é necessário entender o curativo como um procedimento importante, complexo, com embasamento científico e que deve ser realizado por pessoas capacitadas. As representações sobre a ferida e sua gravidade não podem ser as únicas bases para que os pacientes tenham autocuidado e cuidem sozinhos dos curativos. O desenvolvimento e os conhecimentos científicos e tecnológicos sobre tratamento de feridas avançaram e o acesso deve ser para todos que deles necessitam.

A complexidade dos cuidados diz da exigência de acompanhamento, de disponibilidade de aprendizado por parte dos profissionais e dos eventuais cuidadores de pessoas vivendo com feridas venosas, conforme descrição de Barbosa e Campos (2010):

- a) Limpeza da úlcera com solução fisiológica (0,9%) em jato, aquecida e com temperatura em torno de 37° C, empregando força hidráulica de 8 psi (libra/polegada);
- b) desbridamento da úlcera caracterizado pela remoção do material estranho ou tecido desvitalizado, até se expor o tecido saudável. O desbridamento mecânico pode ser realizado pelo médico e/ou enfermeiro, desde que devidamente habilitados. Conforme a Deliberação do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) 65/00 (ANEXO B), o enfermeiro tem respaldo para executar o desbridamento mecânico;
- c) terapia tópica: além da terapia compressiva, é importante a implementação de coberturas não aderentes, estéreis e livre de contaminantes, capazes de propiciar o desbridamento autolítico, absorver o exsudato e criar um ambiente propício para o desenvolvimento do processo de cicatrização, isto é, garantir um ambiente oclusivo com baixa taxa de microrganismos e com umidade e temperatura fisiológica, reduzindo, assim, o tempo de cicatrização e a dor da úlcera;
- d) terapia compressiva e repouso.

Explicita-se, assim, que o curativo de úlceras venosas não é um procedimento simples e o embasamento teórico deve sustentar a utilização de técnicas apropriadas por profissionais capacitados, mostrando que a realização em domicílio pelo próprio paciente não é adequada e pode comprometer o resultado do tratamento.

4.5.5 Idade avançada, herança genética, problemas circulatórios, varizes e cirurgia de varizes são causas de úlceras venosas

Os principais fatores predisponentes à insuficiência venosa e consequente desenvolvimento da úlcera venosa incluem: história familiar, idade avançada, obesidade, multiparidade, lesões anteriores, trombose venosa profunda ou tromboflebite, diabetes, falência cardíaca e doença renal (ABREU; OLIVEIRA; MANARTE, 2013; BORGES *et al.*, 2016; WHITE-CHU; CONNER-KERR, 2014).

Os participantes desta pesquisa manifestaram dificuldades em definir precisamente o que é essa ferida que carregam consigo pela vida, mas apresentam representações significativas quanto a alguns fatores de risco de UV, o que justificaria o aparecimento da lesão:

Fico tentando entender o motivo de ter a ferida na perna que não cicatriza. Não tenho diabetes. Fico pensando que poderia ser erro na cirurgia que fiz, porque conheço várias pessoas que também fizeram a cirurgia e estão normais, porém irão fazer de novo porque não gostam de ver as varizes que estão grandes (E1).

Não sei por que tenho isto. Não sei por que a ferida ficou assim, já que não tenho diabetes nem pressão alta. Fiz enxerto e já tiraram a safena, mas não adiantou. Quando a ferida começa a fechar, abre novamente. Fico sem saber se este problema é hereditário. Meu pai morreu com uma ferida assim e minha mãe diz que é hereditário. Penso que é porque usei muito salto alto e as veias eram fracas, estouraram, mas, não sei realmente se isso tem fundamento (E3).

Eu já perguntei até o médico, quando ele falou comigo que era úlcera varicosa. “A ferida da senhora é uma úlcera varicosa. Se fosse ferida comum já teria sarado”. [...] “Tem pessoas diabéticas que não fecham mais”. Mas não tenho diabetes não, graças a Deus! Eu não vou mentir para você não... eu não entendo o que seja uma úlcera varicosa... porque ele não me explicou, e ninguém nunca me explicou (E12).

O diabetes é uma doença que justifica a existência da úlcera em pessoas com feridas que não cicatrizam. Da mesma forma, a herança genética aparece como uma das representações sobre a origem da situação.

Acredito que as feridas têm a ver com a idade (velhice) e com a herança de pai e de mãe. Minha mãe não tinha esse problema, meu pai eu não sei (não o conheceu) e irmã tem uma ferida na perna como eu (E7).

Além disso, a permanência em pé por longos períodos de tempo, com calçados justos (E7), como em situações relacionadas ao trabalho, pode favorecer o desenvolvimento de úlceras venosas, o que também é afirmado na literatura (NSCCH, 2008).

Outra causa importante do surgimento da ferida citada por alguns entrevistados é a realização de cirurgia de varizes.

Essa ferida apareceu depois que eu operei as varizes, as benditas varizes. Seu eu não tivesse operado essas varizes eu tinha certeza que ela não apareceria (E7).

Em oposição, para outros entrevistados, a esperança de cura estaria relacionada à realização de cirurgia:

A ferida estava muito grande e queimava muito quando comecei a ir ao médico do posto de saúde. Me mandaram para o especialista dizendo que a solução era cirurgia: “Isso aí é por causa da veia. Tem que tirar a veia para sarar”. E essa foi minha esperança: fazer a cirurgia e voltar a ter uma vida normal. Pensei que depois da cirurgia já voltaria ao trabalho, mas ao final dos 30 dias, voltei ao trabalho com a ferida na perna de novo (E8).

A única esperança é pela cirurgia (E6).

E8 acreditava que a cirurgia seria a solução para se conseguir a cura da ferida, mas, mesmo que isso não tenha acontecido, vê na cirurgia, ou na escleroterapia (refere-se a “aplicações”), uma possibilidade de prevenção de varizes e, conseqüentemente, de úlceras venosas.

Não sei por que tenho isto, já me disseram que é “venosa”, que o problema veio dessa veia que tirou na cirurgia. Não imaginei que uma “pelinha” que saiu pudesse virar uma ferida assim. As pessoas que também têm esse problema sofrem muito e é preciso cuidar das varizes desde cedo fazendo aplicações. Talvez, se tivesse feito aplicações no início, isso não teria

acontecido. Falo sempre para minhas sobrinhas que têm varizes nas pernas que se cuidem enquanto estão novas(E8).

White-chu e Conner-kerr (2014) entendem que as opções de cirurgia vascular para corrigir a função venosa aumentaram na última década, trazendo consigo terapias adjuvantes para a prevenção da recorrência da úlcera venosa. A escleroterapia parece ser promissora para cicatrização de úlceras e está se tornando cada vez mais comum. Pode ser usada tanto como alternativa ao tratamento cirúrgico para tratamento da insuficiência venosa como pode ser associada à reconstrução do sistema venoso profundo (AGUIAR *et al.*, 2005). O tratamento cirúrgico e a escleroterapia com espuma obtiveram altas taxas de cicatrização de úlceras, sem diferença estatisticamente significativa (CAMPOS JR. *et al.*, 2015), porém Alder e Lees (2015) afirmam que a evidência atual indica que sua eficácia pode não ser tão alta quanto a cirurgia, embora seja um tratamento minimamente invasivo para varizes de membros inferiores.

Outros entrevistados desconhecem totalmente a causa da ferida e se referem a ela como resultado de alguma culpa ou de comportamentos errados, em geral:

Não sei... eu não sei o que é. Eu não sei o que está acontecendo comigo. Eu não estou fazendo nada de errado. Eu não bebo... não fumo... eu não tenho ciúme... não tenho inveja. Só não gosto de coisa errada. Eu nunca roubo, nunca fumo, nunca bebo, nunca mexi com porcaria, nunca... eu não sei como a minha perna ficou assim... eu não sei o que está acontecendo. Eu não sei... parece uma coisa...(E10).

Não sei por que tenho essa ferida, mas cada pessoa tem um sofrimento na vida, né? (E9).

Representações que relacionam doença à culpa do próprio doente ou da família, a desígnios divinos ou a pagamento de erros cometidos fazem parte do imaginário social desde tempos imemoriais e estão na epistemologia do processo saúde-doença (GRMEK, 2014). Caracteriza-se, muito provavelmente, como uma forma de aceitação de sua condição, como aceitação de punição devido a algo que nem mesmo a pessoa consegue definir (GRMEK, 1995). Tais representações se explicitam de forma mais contundente ao se interpretar o que se espera em relação ao tratamento das feridas, como se explicita mais fortemente na próxima categoria.

4.6 Categoria: expectativas em relação à cura e tratamento da ferida

4.6.1 O uso de antibióticos auxilia na cicatrização da ferida

As diretrizes atuais de prescrição de antibióticos para o tratamento de úlceras venosas recomendam que as preparações antibacterianas só devam ser usadas em casos de infecção clínica e não para colonização bacteriana (SIGN, 2010), já que a natureza polimicrobiana dessas lesões pode proporcionar um ambiente adequado para troca de material genético entre as bactérias, levando ao aparecimento de microrganismos multirresistentes (HOWELL-JONES *et al.*, 2005).

Quanto ao uso de penicilina benzatina, a literatura mostra que não há dados significativos que apoiam o uso rotineiro de antibióticos sistêmicos para úlceras de perna, exceto na infecção confirmada por cultura e antibiograma (BRITO *et al.*, 2013).

Embora as recomendações científicas defendam o uso de antibióticos apenas em situações específicas, são frequentemente prescritos antibióticos sistêmicos e tópicos para esses pacientes, contrariando recomendações mais recentes. O impacto de microrganismos em feridas crônicas e a antibioticoterapia no tratamento dessas lesões têm sido amplamente discutidos. A combinação do crescente número de pessoas que estão em risco de desenvolver feridas crônicas com a elevação da prevalência da resistência aos antibióticos é um importante problema de saúde pública (BORGES; AMORIM; CARVALHO, 2014).

Entre os entrevistados há representações sobre o uso do antibiótico e a melhora na cicatrização da ferida, persistentes como se vê:

Tomo benzetacil para poder fechar. Mas agora eu já tomei três e não fechou ainda. [...]. Fiz também um exame que mostrou a presença de uma bactéria. O médico [angiologista] já viu e me deu receita de um antibiótico, um comprimido por dia, para tomar durante 14 dias. Espero que após os 14 dias, a ferida feche (E1).

Fiquei internado lá, acho que foi uns 13 dias tomando antibiótico. Aí, sarou de novo (E5).

Eu fiquei internado na UPA [Unidade de Pronto-Atendimento] três semanas, tomei soro, antibiótico e fiz curativo... daí apareceu uma mancha escura, aí eu tive internado lá e tomei antibiótico, todos os dias de manhã fazia curativo, aí melhorou e me deram alta (E6).

Eu nunca tomei remédio, hoje é a primeira vez que me passaram um remédio. Eu era louco para que passassem um remédio para mim. Os médicos nunca passaram. Hoje ele passou para mim, vou ver o que é que vai acontecer (E10, ao receber a prescrição de um antibiótico).

O uso de antibióticos aparece como uma possibilidade de cura para os entrevistados. Nesse caso, é importante que o profissional de saúde forneça orientações sobre as indicações desse medicamento.

4.6.2 Crenças espirituais: tratamento e cura

As pessoas se deparam com sofrimento, desafios e transições ao longo da vida, o que as impulsiona para além de suas próprias capacidades, levando-as a um processo dinâmico de enfrentamento, no qual crenças e práticas religiosas podem estar inseridas (FARIA; SEIDL, 2005).

A manifestação da espiritualidade, na crença em um ser superior, é buscada para fortalecer a esperança no tratamento e na cicatrização de lesões (SILVA *et al.*, 2015b).

Algumas pessoas, quando se encontram em situações graves, como dificuldades espirituais ou morais ou de doenças graves, buscam o amparo religioso, que pode se desenvolver por meio da cura ou dos milagres (ALCOFORADO; SANTO, 2012). Em geral, o elemento motivador para a “religião dos milagres” são situações de extremo sofrimento, desespero frente à doença ou à iminência da morte ou até mesmo problemas de ordem moral, pessoal e social que configurem o caos (MINAYO, 2008).

A palavra cura vem do termo “cuidado”, de “cuidar”, mas esse termo entra no vocabulário médico como uma das etapas e resultado do sistema terapêutico. Existem vários conceitos de cura. Um deles define a cura como sendo "o uso da sugestão ou da fé para tentar curar as doenças, principalmente as físicas". Nesse nível de reflexão, outro conceito define a cura como "reconstituição funcional satisfatória para o doente e para o médico na ordem anatômica", sendo esse fenômeno sempre acompanhado de perdas essenciais para o organismo e, ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma nova ordem, tanto no campo somático como no campo psíquico. Desse modo, a doença torna-se uma variação de estado de saúde, uma nova dimensão da vida, pois "a vida não conhece reversibilidade:

ela admite reparações". Representação por devotos em Porto das Caixas, no estado do Rio de Janeiro, município de Itaboraí, apresenta a cura como "um fenômeno por meio do qual as pessoas recuperam a saúde física e mental, recuperando também a sua segurança, o bem-estar, a honra, o prestígio ou tudo aquilo que seja reordenação do caótico, do negativo" (MINAYO, 2008).

O milagre, por seu lado, se restringe a significar a consecução de um bem, podendo ser saúde, material ou espiritual, considerado impossível de ser alcançado pelas forças naturais ou pelos recursos de quem crê (MINAYO, 2008).

O caminho para se alcançar a cura por meio de um milagre é a fé. A fé é a crença e a confiança de que algum processo terá resultado satisfatório por meio de intervenções divinas. Denota um desejo, uma esperança de transformação da situação individual, de uma forma que o fiel acredita fielmente na intervenção sobrenatural, "de acordo com a vontade de Deus" (ALCOFORADO; SANTO, 2012).

A manifestação da fé encontra-se em diversos relatos:

Deixa eu te falar...eu sei orar. [...] Eu já dei a palavra a Deus...Jesus pode me curar. Se Deus quiser! (E4).

A minha vida está entregue a Deus, né? Então, Deus é que sabe. Deus é que conhece o coração da gente, conhece o nosso pensamento. Eu vou vivendo enquanto Deus quiser... Para mim, eu estou esperando em Deus. Graças a Deus, Ele preparou esses meninos para tomar conta de mim, porque eles é que tomam conta [refere-se ao enfermeiro do centro de saúde]. [...]. Às vezes tem dia que a gente fica assim, meio nervoso, né? Mas que seja feita a vontade de Deus. Se for da vontade de Deus...(E9).

Eu deixo para Deus fazer com a vontade dele (E10).

Há esperança porque há um Deus no céu (E11).

Eu espero e rezo todo dia e toda hora para Nossa Senhora abençoar um remédio para sarar (E12).

Nas práticas de cura, existem, ainda, os rituais de "benzeção". A "benzeção" ou reza se constitui em um conjunto de preces e gestos que produzem as graças divinas, trazendo a cura para os males, a paz para o espírito e o afastamento de entidades maléficas. Essa prática é realizada diante de símbolos sagrados como imagens de santo, crucifixo, bíblias e terços. Utilizam-se, ainda, velas, águas e, não raro, ramos de folhagens específicas como a arruda, o alecrim e a espada de São Jorge. A "benzeção" é um vínculo por meio do qual o benzedor estabelece relação de solidariedade e de aliança com santos, de um lado, e com homens, de outro. O benzedor não pertence a alguma hierarquia religiosa e seu conhecimento é fruto

de sua longa vivência ou de um aprendizado, no mais das vezes, ligado a parentes. Contudo, tem autoridade e prestígio e, em razão desse fato, costuma atender pessoas de outras comunidades (FARIA NETO; ORLANDO, 2009).

Uma das entrevistadas traz uma cultura familiar embasada em rezas e benzeções, culturalmente incorporada pelo seu pai, que era índio. Esta utiliza de suas orações para si e para as demais pessoas da comunidade que a procuram, como explicitado anteriormente por Faria Neto e Orlando (2009):

Eu rezo... Se uma pessoa acaba de chegar aqui “cortada” de Deus... eu quero fazer uma oração para ela... eu falo para ela: “Então siga, meu Deus, que Deus pegue a senhora e vai embora”. [...] se um dia eu precisar chegar ao ponto de bater nessa mesa e falar: “Senhor Jesus, eu estou precisando de sentar aqui, para eu orar para qualquer pessoa”, eu oro e guardo... Meu pai era índio, benzedor, curava todo mundo... nossa casa era assim de gente [faz gesto de muita quantidade de gente] ...dos padres aos médicos, iam na nossa terra. [...] (E4).

Como se depreende das análises dos relatos, existem pessoas que atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (FARIA; SEIDL, 2005).

No campo da saúde, essas representações reafirmam a complexidade que envolve o conceito de saúde e doença, vida e morte, perpassando a realidade biopsicossocial. Reitera-se o que afirmam Alves e Minayo (1994), ao se referirem às práticas médicas que, embora o campo de intervenção médica se circunscreva tecnicamente aos contornos e ao interior do corpo, o médico, visto como cientista, artista ou técnico, não pode desconhecer essa complexidade de qualquer problema ou situação de saúde e doença. Tais afirmativas se tornam também válidas para qualquer outro profissional de saúde que deve cuidar de pessoas com úlceras venosas.

A religião pode ser útil para enfrentar situações difíceis, por proporcionar um sistema de crenças e uma linha de pensamento que capacita as pessoas a encontrarem conhecimentos e propostas para lidar e compreender os eventos inevitáveis (VIDERES *et al.*, 2013). Porém, na saúde, é necessário avaliar se os eventos considerados inevitáveis não são passíveis de melhor desfecho.

Oliveira e Poles (2006) complementam que uma das crenças predominantes no discurso do paciente com ferida crônica está relacionada à ideia de que a cura

da ferida não aconteça, como alguns entrevistados do presente estudo, que colocam na mão de Deus qualquer perspectiva imaginada. A dúvida ou descrença na cura está fortemente ligada ao tempo de permanência da ferida, assim como aos métodos e tentativas terapêuticas aplicadas para alcançar o maior desejo desse sofredor: a cura da ferida. Muitas vezes, o paciente não compreende ou não é informado sobre todo processo que deveria saber sobre essa cura. Essa é uma evidência de que há necessidade de se planejar melhor a assistência à pessoa com ferida crônica, incluindo orientações sobre todo o processo de cicatrização, bem como esclarecer eventuais dúvidas que ele venha a apresentar. Desorientado, desanimado, irritado e, por vezes, revoltado, ele manifesta sua descrença e dúvidas quanto ao tratamento e se apega às crenças espirituais, além de não agregar representações fundamentadas nos conhecimentos científicos disponíveis.

4.6.3 Os médicos, principalmente o angiologista, são os que detêm o conhecimento necessário para o tratamento de úlceras venosas

A cicatrização de úlceras venosas é um problema clínico complexo que requer intervenção de equipes multidisciplinares, experientes e dispendiosas de tratamento de feridas (WHITE-CHU; CONNER-KERR, 2014). Porém, o modelo de atenção à saúde ainda vigente é centrado na figura do médico. Apesar de esse modelo ser questionado porque o modelo previsto no SUS é o de Vigilância à Saúde, que prevê assistência organizada a partir do núcleo familiar, por diversos profissionais, existem muitos desafios para que mudanças reais nos serviços aconteçam (RIBEIRO; FERLA, 2016). Nos comentários, há representação da hegemonia médica na assistência à saúde e, em alguns, ênfase na especialidade:

Eu até fiz exame agora, tô mexendo com angiologista, aqui em [fala no nome do bairro], porque no posto eles me dão o remédio, a médica me dá, mas não é angiologista. E é varizes, vão ver o que é (E1).

E eu também, eu venho sempre, de uns três anos para cá, eu tenho um angiologista e estou sempre tomando uns medicamentos que ele receita. Eu vou sempre, de seis em seis meses eu vou nele, e ele me dá uma receita (E2).

Então, aí deu aquela coisa, aquela crosta e aí, quando eu vim aqui na médica [do Centro de Saúde], ela olhou assim e: “Nossa Senhora, seu pé está ruim demais” (E5).

Tem um doutor novo aí, um baixinho, que falou uma coisa certa, ele falou que isso aqui não pode aprofundar. Não pode deixar aprofundar porque senão pode pegar veia e daí tem até que amputar. Foi o único que falou. Os outros médicos, nenhum me falou (E7).

Olha, não tenho esperança de cura porque se os médicos falam isso... eles é que são especialistas, né? Porque se eu já tivesse ouvido deles... É claro que a gente confia em Deus, mas nos médicos também... eu tenho isso comigo. Mas, se eles acham que não tem jeito, quem sou eu para falar que tem, né? Eles entendem, eles têm todos os estudos para isso (E8).

Ninguém nunca me deu esperança disso, não... Todos eles que eu vou falar isso comigo: “isso aí vai ficar aí assim”. Eu já fui em um médico lá no Hospital das Clínicas que falou que eu tinha que conviver com isso o resto da vida (E8).

Médico nunca para de estudar, né? Sempre tem alguma coisa nova que está aparecendo para eles fazerem. Então, eu acho que com tudo isso que está aparecendo... eu espero que eles encontrem uma solução para essas coisas (E8).

Eu já perguntei até o médico, quando ele falou comigo que era úlcera varicosa. “A ferida da senhora é uma úlcera varicosa. Se fosse ferida comum já teria sarado”. [...], mas eu não entendo... porque ele não me explicou, e ninguém nunca me explicou, viu? (E12).

A fala de E8 mostra a representação da hegemonia médica agindo até mesmo no sentimento de esperança em relação à cura; nesse caso, o médico especialista é o único profissional considerado capaz de oferecer esperança quanto à cura da lesão.

Em um modelo de cuidado em saúde que busque a integralidade, a interdisciplinaridade é considerada fundamental, tanto para compreender a doença e a produção de saúde, como para embasar ações de cuidado no interior dos serviços (RIBEIRO; FERLA, 2016). Porém, pode-se afirmar que há mais valorização dos médicos no conjunto das representações sobre os profissionais; em seguida, vem a equipe de enfermagem, que é citada como “as meninas do curativo”, “a moça”, “a menina”, “elas”:

As meninas do curativo. Eu converso muito com elas [risos]. Então, tem uma aqui que ela é uma gracinha. Tinha uma muito boa que aposentou (E3).

Hoje eu estou vendo a menina aqui fazer curativo para mim e eu fiquei alegre, fiquei satisfeito porque ela fez isso para mim (E10).

Aí eu vim, quando chegou aqui a moça falou comigo assim: “Vamos olhar o curativo”. Daí a moça olhou e ela só fez assim ó, com a pinça ela levantou aquele cascão... (E3)

Então eu fico com aquele medo assim, sabe... aquele trem estranho..., mas eu confio muito nelas... confio demais... demais... demais (E3).

Eu fui ao médico em Venda Nova... eu... eu vou no médico particular: “doutor, vê o que eu tenho nesse pé, tem muito tempo que esse pé meu está assim, já tratei muito... agora até parei”... Parei nada, estou aqui tratando! Tem o curativo que a menina faz... (E4).

A moça, a do curativo, a [diz o nome da profissional de enfermagem], com um pouco de má vontade, está me dando material e eu estou fazendo em casa. Aqui eu só venho de sexta feira (E7).

Mas até as meninas do curativo, para trabalharem no posto, para isso elas estudam... elas não vêm de casa e entram aqui, não! Elas aprenderam, elas estudaram para vir aqui trabalhar (E12)

O enfermeiro não aparece em destaque como prestador da assistência e referência técnica, tampouco como articulador do cuidado, nas falas dos entrevistados, e é representado como “um menino que Deus enviou”, a quem o entrevistado diz que trata como um filho:

Deus preparou esses meninos para tomar conta de mim, porque eles é que tomam conta. Ele coitado... ele sofre demais comigo. Esse menino aí que vem aqui fazer o curativo [refere-se ao enfermeiro da ESF]. Sofre, né? Tem que trabalhar lá no posto e vir aqui. Não é qualquer pessoa que faz isso que ele fez para mim, não! Aqui em casa ele é tratado como se fosse igual um filho da casa (E9).

Alguns, no entanto, referem-se à equipe multiprofissional e à equipe de enfermagem, valorizando o cuidado:

Até aqui mesmo eu vejo: os enfermeiros, as meninas que fazem o curativo em mim, o enfermeiro... eu vejo que eles entendem tão bem disso! E toda vez que está de um jeito ruim eles falam: “Não... vamos mudar!” Aqui no posto eu acho que tem muita gente que entende muito bem, apesar de não ter o médico dessa especialidade(E8).

Eu não perdi a esperança nos profissionais porque, só deles chegarem a ser profissionais, já é uma grande vantagem. Eles trabalham juntos, discutem o caso da gente, resolvem o que é melhor. É um alívio (E11).

A integralidade em saúde é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, com base nessa diretriz, o governo brasileiro instituiu diversos programas para o cuidado em saúde de sua população, entre eles a Estratégia Saúde da Família, que privilegia o trabalho em uma equipe de saúde composta por diversos profissionais. No entanto, existem muitos desafios para que mudanças reais nos

serviços aconteçam. Percebe-se que mudanças estruturais (por exemplo, estratégias como a Saúde da Família) não garantem uma modificação na forma como os serviços são prestados e, em particular, nos modos como o trabalho se organiza no seu interior (MERHY *et al.*, 2007). Com base nisso, mostra-se inquietante como a Medicina, ao mesmo tempo campo profissional e campo de saberes, passou a ocupar papel central na modernidade e como ganhou legitimidade para ocupar papel de protagonista do que diz respeito à saúde das pessoas e sobre o valor das vidas humanas (RIBEIRO; FERLA, 2016).

A análise das representações dos entrevistados sobre o tratamento e os cuidados de feridas explicita a importância do trabalho interdisciplinar que os qualifique e que propicie a construção, com os usuários, de um saber que leve em conta também os conhecimentos científicos mais abrangentes, de forma a resultar medidas preventivas, redução de danos, recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida.

O tratamento da UV necessita da intervenção de diversas áreas de atuação da equipe multidisciplinar de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas) e uma equipe de técnicos de enfermagem bem treinados para se conseguir resultado terapêutico efetivo (DANTAS *et al.*, 2013). Exige a integração de saberes e práticas, que integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando uma íntima relação entre conhecimento e ação. Segundo Scherer e Pires (2011), trata-se de interdisciplinaridade como processo de construção de conhecimento e ação, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho, o que implica um posicionamento ético e político que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias à resolução dos problemas.

Cuidados completos para a prevenção e o controle de insuficiência venosa crônica e úlceras associadas requerem uma abordagem interprofissional que inclua exercício físico, avaliação nutricional, terapia de compressão, reconstrução vascular e modalidades de tratamento avançadas. Diretrizes nacionais e estudos de pesquisa originais fornecem evidências para a inclusão dessas abordagens no plano de cuidados do paciente (WHITE-CHU; CONNER-KERR, 2014).

Na ESF, cabe ao enfermeiro ser a principal referência no tratamento de feridas e o principal condutor das ações de saúde em busca dessa

interdisciplinaridade. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b), compete ao enfermeiro realizar atenção à saúde aos indivíduos e, quando indicado, no domicílio; realizar consulta de enfermagem (Resolução COFEN – 159 / 1993 – ANEXO C); encaminhar usuários a outros serviços; planejar, gerenciar e avaliar as ações de saúde; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.

No âmbito do tratamento de feridas previsto no Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, compete ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem; solicitar exames quando necessário (Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN – 195/1997 – ANEXO D); prescrever o tratamento tópico dos curativos e a terapia compressiva, conforme padronizado; informar ao paciente sobre a indicação do produto prescrito e os cuidados para sua manutenção; orientar a equipe de enfermagem na realização do curativo; realizar o curativo e o desbridamento mecânico, quando necessário, e encaminhar o paciente para avaliação médica para determinação da etiologia da ferida e nos casos de intercorrências (BELO HORIZONTE, 2011).

Cabe ao enfermeiro, portanto, as responsabilidades de gerir e assistir o tratamento de pessoas com úlceras venosas, mas, pelas representações encontradas, pode-se afirmar que as pessoas com feridas venosas entrevistadas ainda as consideram no rol de atividades do médico, ficando o lugar do enfermeiro invisível para eles.

Com esse enfoque, Farias *et al.* (2014) analisaram a percepção dos pacientes com úlcera venosa sobre a assistência de enfermagem na atenção primária no município de Iguatu, CE, que evidenciou a falta de compromisso dos profissionais, gerando uma assistência precária. Em seu estudo, percebeu que a enfermagem não está conseguindo reproduzir uma assistência acessível, integral e resolutiva, além de apresentar pouca participação nas ações referentes ao tratamento de pessoas com úlcera venosa. Sua assistência encontra-se centrada nas trocas de curativos, o que, na maioria das vezes, estão delegadas ao técnico e ao auxiliar de enfermagem.

Para Merhy e Franco (2003), a mudança do modelo tecnoassistencial depende principalmente da produção de saúde que acontece na micropolítica da organização do trabalho, no âmbito das relações e nos vínculos entre os diferentes

atores. Encontrar estratégias para rever a produção de saúde faz-se necessário para que os enfermeiros assumam as responsabilidades esperadas na assistência às pessoas com feridas venosas nos serviços de atenção básica.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para redimensionar as práticas de cuidado dos profissionais enfermeiros e deslocar o foco do atendimento centrado apenas na úlcera para uma abordagem integral do paciente com lesões. Além disso, auxiliará na formulação de novas práticas de intervenções nessa área que envolve uma escuta diferenciada, sendo capaz de estabelecer uma aproximação com os usuários que buscam por seus cuidados.



Fonte: Google Imagens (2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados na presente pesquisa mostram que, embora vários autores tenham estudado o impacto de uma UV na vida de uma pessoa sob diferentes perspectivas, apenas um indivíduo que convive com uma lesão crônica pode realmente entender o significado de tal experiência.

Nesse sentido, interpretar as representações dessas pessoas permitiu desvelar a distância existente entre o que é previsto nos protocolos e o que aparece para a clientela, além de trazer aquilo que não está explicitado no contato usuário-profissional no dia a dia dos serviços: a assistência ainda é fragmentada, centrada em ações que não consideram a integralidade das pessoas cuidadas, nem a integralidade do cuidado. Além disso, as representações a respeito das úlceras venosas provêm, em geral, do senso comum, não havendo, entre os entrevistados, introjeção para agregar representações provenientes do conhecimento científico, o que também apresenta um distanciamento entre o enfermeiro e os demais profissionais da equipe de saúde da família das pessoas que prestam assistência.

O sofrimento de viver com uma úlcera venosa foi representado por sensações físicas, psicológicas e sociais, organizadas, pela interpretação das narrativas, nas categorias “contexto de vida”, “impacto da existência da ferida no cotidiano”, “conhecimento sobre a ferida: causas, tratamentos, cuidados e curativo”, e “expectativas em relação ao tratamento e cura da ferida”.

Na categoria contexto de vida, o sofrimento define-se pelas dificuldades diante da necessidade de ajuda de outras pessoas e por dificuldades financeiras ocasionadas pelo impacto no trabalho e gastos com o tratamento. Nesse caso, o isolamento social é um marco na vida dessas pessoas.

A categoria impacto da existência da ferida no cotidiano apresenta o sofrimento sob a forma de dor, constrangimento, aceitação de uma situação que gera incerteza de cura definitiva e que exige resiliência, sem que se esteja devidamente instrumentalizado para tal.

Na categoria que trata das representações sobre a ferida: causas, tratamentos, cuidados e curativo, o sofrimento foi relacionado a representações que explicitam crenças sobre a relação da diabetes com feridas que não cicatrizam, dos alimentos que prejudicam a cicatrização, do tamanho da ferida que não representa risco quando pequena e dos fatores de risco tais como: velhice, herança genética, problemas circulatórios, varizes e a cirurgia de varizes. No caso da terapia compressiva, essa

técnica aparece representada como um procedimento difícil de ser realizado, que também provoca dor.

Por fim, a categoria sobre as expectativas em relação ao tratamento e à cura da ferida define representações relacionadas à esperança, tais como o uso de antibióticos e o poder de Deus e dos médicos.

A análise dessas representações mostrou que o sofrimento, muitas vezes, é reflexo de uma assistência deficitária em vários aspectos, concordando com o que outros autores afirmam sobre a repercussão da assistência inadequada aos pacientes com UV que pode levar a que uma lesão permaneça anos sem cicatrizar, acarretando alto custo social e emocional.

Assim, a equipe de enfermagem deve se conscientizar e se preparar para fazer a diferença no cuidado ao paciente com ferida. Cuidar de uma pessoa com úlcera venosa envolve a compreensão de que a ferida representa um sofrimento nos vários aspectos da vida. O conhecimento técnico-científico é necessário, mas ter a sensibilidade e a compreensão de que a ferida não pode ser vista de forma isolada e fragmentada é fundamental. É necessário estender o olhar para além desta e compreender que a pessoa nutre sentimentos, sensações e necessidades biopsicossociais que precisam ser consideradas.

Este trabalho mostrou que uma parcela dos pacientes com UV não possui conhecimento sobre o tratamento adequado e que quando há uma deficiência nesse cuidado, há escolhas equivocadas de conduta, o que prolonga a cicatrização da ferida e aumenta as chances de recidiva da UV. Por não terem suas necessidades atendidas, os usuários permanecem focalizados na doença, mantendo o modelo biomédico.

O estudo mostrou resultados concordantes com a literatura sobre o assunto, em que, primeiramente, as pessoas com UV necessitam de mais conhecimentos sobre a doença, para que possam compreender o tratamento e reconhecer o seu papel na promoção de sua saúde. Para os entrevistados, as suas próprias ações não se relacionavam à cura ou eram vistas como de importância secundária, sendo enfatizadas as ações do profissional de saúde e produtos de tratamento de feridas.

Ao buscar compreender o sofrimento na vida dos pacientes com UV, sobressaiu-se a necessidade de uma atitude profissional do enfermeiro que seja capaz de melhorar a qualidade da assistência, para que tome um lugar que já lhe é

previsto na assistência nos diversos níveis de atenção à saúde, o que lhe confere relevância e pertinência.

No entanto, o estudo apresenta limitações de abrangência, pois as representações encontradas não podem ser, inicialmente, generalizadas, considerando que estão ancoradas em experiências que podem ser particulares, relacionadas à cultura e ao acesso das pessoas aos serviços de saúde. Novas pesquisas, em outras regiões do país, em outras situações de vida, em contextos sociais diversificados, com pessoas atendidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, podem contribuir para dar mais abrangência e comparabilidade aos achados.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L.P.F.; LASTORIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **AnBrasDermatol**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-522, dez. 2006.

ABREU, A.M.; OLIVEIRA, B.R.B. Uso da atadura elástica como terapia compressiva em úlcera venosa: relato de experiência. **Rev EnfProfissional**, v. 1, n. 2, p. 489-499, jul. / dez. 2014.

ABREU, A.M.; OLIVEIRA, B.G.R.B. A study of the Unna Boot compared with the elastic bandage in venous ulcers: a randomized clinical trial. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 571-577, July. 2015.

ABREU, A.M.; OLIVEIRA, B.R.B., MANARTE, J.J. Treatment of venous ulcers with an unna boot: a case study. **Online Braz J Nurs**, v. 12, n. 1, p. 198-208, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3845/pdf_1>. Acesso em: 13 jul. 2016.

AGUIAR, A.C.S.A. *et al.* Social repercussions experienced by elderly with venous ulcer. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, p. 1-6, 2016.

AGUIAR, A.C.S.A. **Percepção de idosos sobre o viver com úlcera venosa**. 2013. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

AGUIAR, E.T. *et al.* Úlcera de insuficiência venosa crônica. Diretrizes sobre diagnóstico, prevenção e tratamento da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar (SBACV). **J VascBr**, v. 4, n. 3, Supl. 2. 2005.

ALCOFORADO, C.L.G.C.; SANTO, F.H.E. Saberes e práticas dos clientes com feridas: um estudo de caso no município de Cruzeiro do Sul. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 11-17, jan. 2012.

ALDER, G.; LEES, T. Foam sclerotherapy phlebology. v. 30, n. 2S, p. 18-23, 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0268355515589536>>. Acesso em 16 dez. 2016.

ALMEIDA, S.A. *et al.* Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. **RevBrasCirPlást**, v. 28, n. 1, p. 142-146, 2013.

ALVES, J.F.; SOUZA, A.T.O.; SOARES, M.J.G.O. Sentimentos de inclusão social de pessoas com úlcera venosa. **RevEnferm**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 193-203, abr. 2015.

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 174 p.

ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc Saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, M.G.L. *et al.* Evidências de alterações do processo de cicatrização de queimaduras em indivíduos diabéticos: revisão bibliográfica **RevBras Queimaduras**, v. 12, n. 1, p. 42-8 Goiânia, GO, 2013.

ANTERO, C.S.; MENDONÇA, M.V.S.; SILVA, T.F. Sentimento dos clientes com ferida crônica de um Ambulatório de enfermagem do interior paulista. **RevEletEnferm Vale Par**, Vale do Paraíba, v. 1, n. 4, p. 5, 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.fatea.br/index.php/reenvap/article/viewArticle/856>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ARAÚJO, R.O. *et al.* Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 56-66, 2016.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p.127-147, nov. 2002.

BARANSKI, K.; CHUDEK, J. Factors affecting patients' self-management in chronic venous disorders: a single-center study. **Patient Preference Adherence**, v. 10, p. 1623-1629, Aug. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601887>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BARBOSA, J.A.G.; CAMPOS, L.M.N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermería global**, n. 20, p. 1-13, out. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision2.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BARBOSA, J.A.G.; FREITAS, M.I.F. Percepções de homens com transtornos mentais sobre risco e autocuidado face às infecções sexualmente transmissíveis. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 523-535, 2014.

BARTHES, T. **A aventura semiótica**. Tradução Mário Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Construção da Atenção Básica em Belo Horizonte**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_2_construcao_da_atencao_basica_em_belo_horizonte.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017a.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Saúde Estrutura**. Disponível em: <http://ppbhteste.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=7481>. Acesso em: 24 fev. 2017b.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família será ampliado em Belo Horizonte**. fev. 2014. Disponível em: <<http://ppbhteste.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=144187&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Protocolo de prevenção e tratamento de feridas**. Belo Horizonte, 2011. 80 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. **Mapa Regionais**. 2010. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=39048&chPlc=39048&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BENEVIDES, J.L. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 306-312. 2016.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: L'entretien**. Paris: Nathan, 1992. 125 p.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9. ed., Petrópolis: Vozes, 2003.

BORGES, E.L.; AMORIM, I.P.G.; CARVALHO, D.C. Características dos pacientes com úlcera venosa atendidos nas unidades de atenção primária de Nova Lima, Minas Gerais. **Rev Estima**, v. 12, n. 1, 2014.

BORGES, E.L.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V.J. Systematic review of topic treatment for venous ulcers. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 16, p. 1163-1170, Nov./Dec. 2007.

BORGES, E.L. *et al.* Avaliação do sistema de compressão de dois componentes no tratamento de úlcera varicosa. **REME - Rev Min Enferm**, out./dez., v. 19, n. 4, p. 934-942, 2015.

BORGES, E.L. *et al.* Prevenção de recidiva de úlcera varicosa: um estudo de coorte. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 1, p. 9-16, 2016.

BORGES, E.L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**. 2005. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem/USP, Ribeirão Preto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 21 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF, 2012b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1. Brasília-DF, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília-DF, 2010. 152 p.

BRITO, C.K.D. *et al.* Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 470-80. 2013.

BRITO JÚNIOR, L.C.; ESTÁCIO, A.G. Food taboos in medicine: a hypothesis for pathophysiology regarding harmful food. **RevAssocMedBras**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 213-216, May/June, 2013.

BUDÓ, M.L.D. *et al.* Úlcera venosa, índice tornozelo braço e dor nas pessoas com úlcera venosa em assistência no ambulatório de angiologia. **Enferm Cent O Min**, v. 5, n. 3, p. 1794-1804, set./dez. 2015.

BULLOCK I. *et al.* Clinical practice guidelines. The nursing management of patients with venous leg ulcers: recommendations. *In* : SILVA, M.H. *et al.* Clinical management of venous ulcers in primary health care. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 329-333, 2012.

BUSS, P. Saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Jan./abr. 2007.

CAMPOS JR, W. *et al.* A prospective randomized study comparing polidocanol foam sclerotherapy with surgical treatment of patients with primary chronic venous insufficiency and ulcer. **Ann VascSurg**, v. 29, n. 6, Aug. 2015.

CARVALHO, E.S.S. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas**: representações sociais da equipe de enfermagem. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

COLLINS, L.; SERAJ, S. Diagnosis and treatment of venous ulcers. **Am Family Physic**, Philadelphia (Pennsylvania), v. 81, n. 8, p. 989-996, Apr. 2010.

COSTA, I.K.F. *et al.* Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 3, p. 561-568, set. 2011.

COUTTS, P. *et al.* Treating patients with painful chronic wounds. **Nursing Standard**, v. 23, n. 10, p. 42-46, Nov. 2008. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2008.11.23.10.42.c6722>>. Acesso em: 15 ago.2016.

CULLUM, N. *et al.* Compression for venous leg ulcers. **Cochrane Database Syst**, v. 1, 2003.

DANTAS, D.V. *et al.* Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 588-599, 2013.

DANTAS FILHO, V.P.D. Aspectos éticos do tratamento de feridas. *In*: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, p. 7-10, 2008. 377 p..

DANTAS, S.R.P.E. Aspectos históricos do tratamento de feridas. *In*: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, p.3-6. 2008. 377 p.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques**: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & Recherches, 1997.

DIAS, T.Y.A.F. *et al.* Influences of health care services and clinical characteristics on the quality of life of patients with venous ulcer **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 6, p. 529-34. 2013.

DIAS, T.Y.A.F. *et al.* Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 576-81, July-Aug, 2014.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **EducSoc**, Campinas, v. 19, n. 62, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 mar. 2016.

EDWARDS, H. *et al.* Chronic venous leg ulcers: effect of a community nursing intervention on pain and healing. **Nurs Stand**, v.19, n. 52, p. 47-54, 2005.

ERBOLATO, R.M.P.L. **Contatos sociais**: relação de amizade em três momentos da vida adulta. Tese (Doutorado em Psicologia) – PUCCAMP, Campinas, SP: Centro de Ciências da Vida, 2001.

EVANGELISTA, D.G. *et al.* Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **R EnfermCent O Min**, v. 2, n. 2, p. 254-263, maio /ago., 2012.

EVERARD, K.M. *et al.* Relationship of activity and social support to the, functional health of older adults. **J Gerontol: SocSci**, v. 55B, n. 4, p. 208-212, 2000.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, v. 3, p. 381-389, 2005.

FARIA NETO, L.A.; ORLANDO, D.A. Imaginário nas curas e doenças de comunidades do Vale do Juruá: a cultura e a medicina. **EDUFAC**, Rio Branco (Acre), fev. 2009. Disponível em: <<http://www.ufac.br/site/unidades-administrativas/orgaos-complementares/edufac/revistas-eletronicas/revista-seringal-de-ideias/edicoes/edicao-02-2009/artigos/imaginario-nas-curas-e-doencas-de-comunidades-do-vale-do-jurua-a-cultura-e-a-medicina/view.>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

FARIAS, F.P.B.B. *et al.* Percepção dos portadores de úlcera venosa sobre a assistência de enfermagem na atenção primária. **Revista de Psicologia**, v. 8, n. 22, fev. 2014.

FÁVERO, L.; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **RevEscEnferm**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013.

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 327-330, 2006.

FINLAYSON, K.; EDWARDS, H. COURTNEY, M. Relationships between preventive activities, psychosocial factors and recurrence of venous leg ulcers: a prospective study. **J AdvNurs**, v. 67, n. 10, p. 2180- 2190, Oct. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517938>>. Acesso em: 6 nov.2016.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GETHIN, G.; KILLEEN. F.; DEVANE, D. Heterogeneity of wound outcome measures in RCTs of treatments for VLU: a systematic review. **J WoundCare**, v. 24, n. 5, p. 211-226, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/25970758/>> Acesso em: 15 jan.2017.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científicas e médica comprometida pelos estereótipos de gênero. **Rev Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007.

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente à Aids, representações e condutas, permanências e mudanças**. Canoas: Ulbra, 1997. 337 p.

GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, out. 2002.

GONZÁLEZ-CONSUEGRA, R.V.; SORIANO, J.V. Calidadde vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa. Validación del Charing Cross VenousUlcerQuestionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del PressureUlcerScale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares. **Gerokomos**, Barcelona, v. 22, n. 3, p. 131-136, Sept. 2011.

GREEN, J. *et al.* The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. **J Wound Care**, v. 23, n. 12, p. 601-612, 2014.

GREEN, J.; JESTER, R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: Part 2. **Br J Community Nurs**, v. 15, n. 3, p. S4-6,S8,S10, Mar. 2010, passim. Review.

GREIMAS, A.J. **L'analyse structurale du récit**. Paris: Éditions du Seuil, 1981. p. 34-64.

GREIMAS, A.J.; LANDOWSKI, E. **Análise do discurso em Ciências Sociais**. Tradução Cidmar T. Pais. São Paulo: Global, 1986. 283 p.

GRMEK, M.D. Déclin et émergences des maladies. **HistCiencSaude**, Manguinhos, v. 2, n. 2, p. 09-31, Oct. 1995.

GRMEK, M.D. **Histoire de la pensée médicale en Occident**, Tome 2. Nov. ed. Paris: Seuil, 2014, 376 p.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis, Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 23-36, 1991.

HESS, C.T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed., São Paulo: Reichmann & Affonso, p. 109-39, 2002.

HOPMAN, W.M. *et al.* Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. **Chronic DislnjCan**, v. 33, n. 3, p. 167-174, 2013.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOWELL-JONES, R.S. *et al.* A review of the microbiology, antibiotic usage and resistance in chronic skin wounds. **J Antimicrob Chemother**, v. 55, n. 2, p. 143-149, 2005.

JESUS, P.B.R.; SANTOS, I.; BRANDÃO, E.S. La autoimagen de sí mismo y la autoestima de las personas contrastornos de piel: una revisión integradora de la literatura la luz de la teórica Callista Roy. **Aquichan**, Chía (Colombia), v. 15, n. 1, p. 75-89, Abr. 2015.

JOAQUIM, F.L. *et al.* Reflexão acerca do atendimento domiciliar realizado por enfermeiros no tratamento de úlceras venosas. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 664-8, fev. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/1279>>. Acesso em: 16 out. 2016.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. *et al.* **Aids e representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, p. 17-44, 2001.

JODELET, D. **Représentations sociales**: un domaine en expansion. *In*: JODELET, D. (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, Dez. 1993.

JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2008, 377 p.

KÖRBER, A. *et al.* Etiology of chronic leg ulcers in 31.619 patients in Germany analyzed by an expert survey. **J DtschDermatolGes**, v. 9, n. 2, p. 116-121, Feb. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1610-0387.2010.07535.x/abstract;jsessionid=C2A7BE30F2D58EC46728C5451E1421D6.f03t04>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

KOURIS, A. *et al.* Quality of life psychosocial characteristics in Greek patients with leg ulcers: a case control study. **IntWound J**, v. 13, p. 744-747. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12363/abstract>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LARA, M.O. *et al.* Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **CogitareEnferm**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 471-477, jul./set. 2011.

LIBERATO, S.M.D. *et al.* A enfermagem no manejo da dor em pessoas com úlcera venosa: revisão integrativa. **RevPesq Cuidado Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4109-4120, abr./jun. 2016. 12 p. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3251>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MADDOX, D. Effects of venous leg ulceration on patients' quality of life. **Nurs. Standard**, v. 26, n. 38, p. 42-49, May. 2012. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2012.05.26.38.42.c9111>>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22787970>, Acesso em: 10 jan. 2017.

MAFFEI F.H.A. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI, F.H.A. *et al.* **Doenças vasculares periféricas**. 4. ed., Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, v. 2, p. 1796-814, 2008.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2003.

MASSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciênc&SaúdeColetiva**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015.

MCDANIEL, J.C.; BROWNING, K.K. Smoking, Chronic Wound Healing, and Implications for Evidence-Based Practice. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 41, n. 5, p. 415-423, Sept./Oct. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25188797>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

MEDEIROS, J.; MANSILHA, A. Estratégia terapêutica na doença venosa crônica. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 8, n. 3, set. 2012.

MELO, L.P. *et al.* Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 303-310, 2011.

MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed., São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2007.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-23, 2003.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2. ed., Seattle: IASP Press, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 9. ed. ampliada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed., Petrópolis: Vozes, p.14-21, 2015.

MINAYO, M.C.S. Representações da cura no catolicismo popular. *In*: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 9. ed., Petrópolis: Vozes, 2012.

MORVAN, J.S. Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations: Itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. *In*: MORVAN, J.S.; PAICHELER, H. **Représentations et handicaps**, 1990. 251 p.

MUSSY, J.H.A. *et al.* Cicatrização de ferimentos incisionais em ratos submetidos a alimentação com carne suína. **Rev Paraense Med**, v. 28, n. 3, jul./set., 2014.

NÓBREGA, W.G. *et al.* Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. **Rev Enferm UFPE** [serial on the Internet]. 2011 [cited 2012 feb 17]; 5(2):1005-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1478/pdf_428

NOGUEIRA, E. J. **Rede de relações sociais**: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. 2001. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação: UNICAMP, Campinas. 2001. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls00023556>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

NSCCH. **A patient/carers guide to the prevention & treatment of leg ulcers**. Jun, 2008.

NSCCH. Leg ulcer clinical guidelines. **Wound Management**, 2010.

NUNES J.P. *et al.* Venous ulcers in patients treated at family health units in Natal, Brazil: prevalence and sociodemographic and health characterization. **FIEP Bull**, v. 78, n. 1, p. 338-41, 2008.

O'BRIEN, J. *et al.* The perspectives of adults with venous leg ulcers on exercise: an exploratory study. **J WoundCare**, v. 23, n. 10, p. 496-509. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25296351>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

O'DONNELL JUNIOR, T.F. *et al.* Management of venous leg ulcers: Clinical practices guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. **J VascSurg**, v. 60, p. 3-59, 2014.

OLIVEIRA, B.G.R.B. *et al.* Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no ambulatório de reparo de feridas. **RevEletrEnf**, v. 14, n. 1, p. 156-163, jan. /mar. 2012a. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2017

OLIVEIRA, P.F.T. *et al.* Assessment of pain during leg ulcers' dressing change. **Text Context Nursing**, Florianópolis, Oct-Dec; v. 21, n. 4, p. 862-9, 2012b.

OLIVEIRA, E.C.M.; POLES, K. Crenças do paciente com ferida crônica: uma análise discursiva. **REME – Rev Min Enferm**, v. 10, n. 4, p. 354-360, 2006.

O'MEARA, S. *et al.* Compression for venous leg ulcers. **Cochrane DatabaseSystRev**, Nov. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000265.pub3/full>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

POTTER, P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed., Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

QUEIROZ, F.M. *et al.* Venous ulcer and compression therapy for nurses: development of online course. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 435-440, 2012.

RCN, Specialist Nurses Changing Lives, Saving Money. RCN, London [Leaflet]. **Royal College of Nursing**. 2010. Disponível em: <https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/302489/003581.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2017.

REIS, D.B. *et al.* Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 1, p. 101-106. jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. Tradução Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993. 221 p.

RESENDE, M.C. *et al.* Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol AmLat**, México, n. 5, fev. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015>. Acesso em: 22 set. 2016.

RIBEIRO, A.C.; FERLA, A.A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **PsicologiaemRevista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 292-312, ago. 2016.

ROBERTSON, B.F.; THOMSON, C.H.; SIDDIQUI, H. Side effects of compression stockings: a case report. **BrJGenPract**, v. 64, n. 623, p. 316-7, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032012/>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SALOMÉ, G.M.; BLANES, L.; FERREIRA, L.M. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. **Rev Bras Cir Plást**, Sorocaba, v. 27, n. 1, p. 124-129, 2012.

SALOMÉ, G.M.; BRITO, M.J.A.; FERREIRA, L.M. Impact of compression therapy using Unna's boot on the self-esteem of patients with venous leg ulcers. **J WoundCare**, v. 23, n. 9, Sept. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25284296>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SALVETTI, M.G. *et al.* Prevalence of pain and associated factors in venous ulcer patients. **Rev Dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 17-20, Jan./Mar. 2014.

SANTOS, A.S.; RODRIGUES, S.A dor do doente com úlcera de perna crônica durante realização do penso. **J AginandInnov**, v. 2, ed. 2, 2013 . Disponível em: <<http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao2-abril2013/dor-ferida/>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

SANTOS, L.S.F.; CAMACHO, A.C.L.F.; OLIVEIRA, B.G.R.B. Influence of venous ulcer in patients' quality of life: an integrative review. **J Nursing UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7710-7722, Apr. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6565>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 69-84, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **Management of chronic venous leg ulcers**: A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign120.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2017.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **The care of patient with chronic leg ulcer**: A national clinical guideline. Edinburgh: Royal College of Physicians (SIGN Publication, n. 26). 1998. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign26.pdf>>. Acesso em 20 maio. 2017.

SHANNON, M.M. *et al.* Factors affecting patient adherence to recommended measures for prevention of recurrent venous ulcers. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 40, n. 3, p. 268-274, May/June 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23563806>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

SHENOY, M.M. Prevention of venous leg ulcer recurrence. **IndianDermatolOnline J**, v. 5, n. 3, p. 386-389, July/Sept. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144249/>>. Acesso em: 6 fev. 2017.

SILVA, A.C.M.A. *et al.* A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

SILVA, D.C. *et al.* Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 1, p. 13-9, jan./mar., 2015a.

SILVA, D.C. *et al.* Personal pain relief strategies used by venous ulcer patients. **Rev Dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 86-89, June, 2015b.

SILVA, I.J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, v. 43, n. 3, p.697-703, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessoem: 23/maio.2017.

SILVA, M.H. *et al.* Clinical management of venous ulcers in primary health care. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 329-333, 2012.

SILVA, M.H. *et al.* The daily life of men who lives with chronic venous ulcer: phenomenological study. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 95-101, Sept. 2013.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B. (Org). **Feridas, fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SILVA, S.E.D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **RevBrasEnferm**, v. 64, n. 5, p. 947-951, set. /out. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SILVEIRA, I.A. *et al.* Padrão da dor de pacientes com úlceras de perna. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 617-624, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/156>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

SOUSA, A.T.O. **Úlcera venosa**: proposta educacional para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. 2015. 217. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SOUZA, M.K.B.; MATOS, I.A.T. Percepção do portador de ferida crônica sobre a sexualidade. **RevEnfermUERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 19-24, 2010.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto: enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./ jun. 2005.

TORRES, G.V. *et al.* Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2014.

TREEDE, R.D. *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, v. 156, n. 6, pp. 1003-1007.2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450869/>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

VIDERES, A.R.N. *et al.* Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 481-492, 2013.

VISHWANATH, V. Quality of life: venous leg ulcers. **Indian Dermatol Online J**, v. 5, n. 3, p. 397-399. July/Sept. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144252/>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

WAIDMAN, M.A.P. *et al.* O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 691-699, out. /dez., 2011.

WATSON, J.M. *et al.* A randomised controlled trial of therapeutic ultrasound in the management of venous leg ulcers. **Health Technol. Assess**, v. 15, n. 13). 2011. Disponível em :<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21375959>>. Acessoem: 3 mar. 2016.

WELLER, C.D; BUCHBINDER, R.; JOHNSTON, R.V. Interventions for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. **Cochrane Wounds Group2**, March 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26932818>>. Acessoem: 18 fev. 2017.

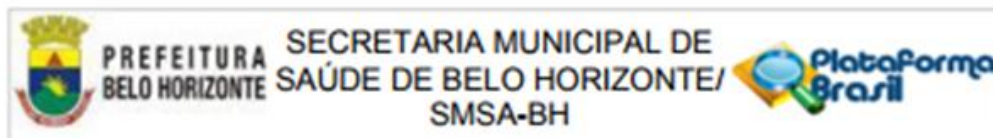
WHITE-CHU, E.F.; CONNER-KERR,T.A. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. **J Multidiscip Health**, 7:111-7. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24596466>>. Acessoem: 3 mar. 2016.

WILD, T. *et al.* Basics in nutrition and wound healing. **Nutrition**, v.26, n.9, p.862–866, Sept. 2010.Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20692599>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

XIMENES, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed., São Paulo: Ediouro, 2000.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Autorização dos Comitês de Ética da UFMG e da SMSA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57346016.9.3001.5140

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.797.107

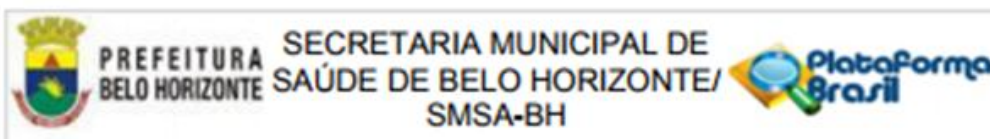
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que será realizada com usuários dos serviços de saúde de atenção primária à saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, em acompanhamento para tratamento de úlcera varicosa. No número inicial para a coleta de dados por meio de entrevistas será de 10 pessoas, escolhidas aleatoriamente, por dia de atendimento no qual o pesquisador estará agendado pela coordenação dos serviços. Estes últimos serão sorteados, no distrito sanitário correspondente.

Os sujeitos da pesquisa serão pessoas de ambos os sexos acima de 18 anos de idade, portadoras de úlcera venosa, que realizam curativos e acompanhamento em unidades básicas de saúde (UBS, no município de Belo Horizonte). A escolha das UBS se dará aleatoriamente por meio de sorteio, dentre as 147 unidades, que estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

Os participantes serão contatados na própria UBS ou por contato telefônico, após o consentimento do gestor local e após a confirmação da condição de portadores de úlceras venosas, conforme registros do diagnóstico em seus prontuários. Serão convidados a participar do estudo, com os devidos esclarecimentos sobre o objeto e finalidades da pesquisa, ocorrendo a coleta de dados no mesmo dia de consulta agendada ou posteriormente,

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 105/3ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.797.107

conforme sua disponibilidade. A escolha dos participantes será aleatória, conforme presença de usuários com úlceras venosas para consultas de enfermagem ou médica ou no dia e horário de realização de seu curativo, de acordo com autorização do gestor local. O número total da amostra não será definido a priori, pois esse número poderá sofrer alterações durante o desenvolvimento da pesquisa, pelo alcance dos objetivos propostos. A

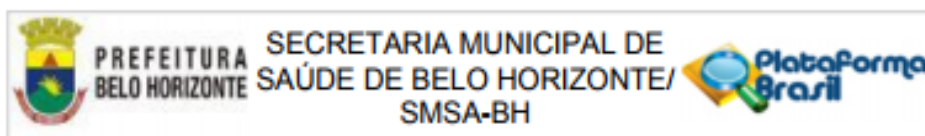
pesquisa será realizada com a inclusão de 10 participantes inicialmente, repelindo-se o mesmo número até que se atinja a saturação dos dados. A análise preliminar, realizada durante a coleta, apontará diferenças e semelhanças nos modos de pensar e agir dos participantes, o que propiciará análise consistente e aprofundada das representações, definindo a necessidade de inclusão de mais participantes ou suspensão da coleta. A coleta

de dados se dará por meio de entrevistas individuais face a face, em profundidade, contendo questões abertas que serão gravadas em áudio, em ambiente privativo e tranquilo na UBS. A finalidade é oferecer segurança para o entrevistado expressar-se livremente, garantindo-lhe que nenhuma informação sua acarretará prejuízo em seu atendimento na UBS, além do anonimato desde a coleta, tratamento de dados e divulgação de resultados e após a assinatura no TCLE. A coleta se iniciará somente após autorização do Comitê de Ética. Será preenchida, inicialmente, uma ficha de identificação contendo dados básicos sobre o usuário, tais como as letras correspondentes ao nome, sexo, idade e tempo de acompanhamento na UBS/Estratégia Saúde da Família (ESF), tipo de lesão e outros tratamentos, além de data, local e número da entrevista na área de abrangência

e, em seguida, a entrevista propriamente dita. Essa terá como introdução o seguinte conteúdo norteador: "Gostaria que você me relatasse como era sua vida antes e depois de ter a lesão na perna. Conte-me também como foi desde que começou a lesão e fale-me do que você sentiu e sente hoje e de como é viver com essa ferida. Você poderá fazer o relato do jeito que quiser, contando os fatos e falando de seus sentimentos. O pesquisador

somente o(a) interromperá para esclarecer dúvidas ou aprofundar alguma questão". Caso sejam necessárias, questões de relance serão incluídas, tais como: "quais os sofrimentos que você tem; o que pensa das pessoas que têm o mesmo tipo de lesão; quais são as pessoas com quem conversa sobre a situação; entre outras que aprofundem a reflexão sobre a situação. O tempo de duração da entrevista e o número de encontros não serão definidos inicialmente, ficando a cargo do pesquisador e do entrevistado, durante o processo de coleta, a decisão sobre o momento de suspender a entrevista.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 105/3ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.797.107

As entrevistas serão analisadas pela proposta de Demazière e Dubar (1998) de Análise Estrutural de Narração. As entrevistas são sequenciadas por assunto e reorganizadas pelo mesmo assunto e depois comparadas na totalidade do corpus.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Pressupõe-se que há negação de sofrimento, com predominância de modos de esconder dos outros a condição de portador de ferida crônica.

Objetivo Primário:

Compreender o sofrimento na perspectiva dos pacientes com úlceras venosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo poderá causar constrangimento e omissões de informações pelos participantes pelo fato de buscar esclarecimentos sobre o possível sofrimento do portador de ferida crônica por úlcera varicosa. A condução da entrevista em forma de diálogo aberto, em local reservado, sem julgamentos por parte do pesquisador, deverá minimizar estes possíveis riscos. Além disso, será sempre esclarecido ao entrevistado que nenhum prejuízo haverá em seu tratamento pelo fato de participar da pesquisa e que os seus dados serão tratados e apresentados posteriormente de forma anônima.

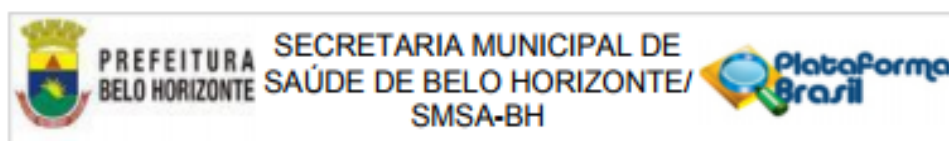
Benefícios:

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para redimensionar as práticas de cuidado dos profissionais enfermeiros e deslocar o foco do atendimento centrado apenas na úlcera, para uma abordagem integral do portador de lesões, permitindo a formulação de novas práticas de intervenções nessa área, que envolvam uma escuta diferenciada capaz de estabelecer uma aproximação com os usuários que buscam por seus cuidados. O conhecimento do enfermeiro acerca da situação do paciente com úlcera venosa em todas as suas dimensões permite a elaboração de um plano de trabalho focado nas necessidades do usuário, sejam elas físicas ou emocionais, a fim de promover assistência bem direcionada, propiciando, assim, melhora no processo de recuperação e diminuição do impacto que esta ferida pode provocar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta metodologia compatíveis com os objetivos almejados e se encontra em

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.797.107

conformidade com os preceitos éticos pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Maria Imaculada de Fátima Freitas e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

Recomendações:

- 1) Adotar modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) do qual conste os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;
- 2) Adotar TCLE do qual conste informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas lidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.
- 3) Adotar modelo de TCLE, do qual conste, na última página, recomendação em destaque para assinatura do pesquisador e do pesquisado e rubrica de ambos, nas demais páginas, se for o caso.

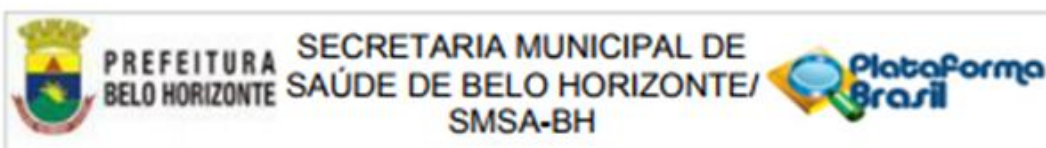
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.797.107

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	57346016aprovacao.pdf	05/10/2016 11:44:02	Vivian Resende	Aceito
Outros	57346016parecer.pdf	05/10/2016 11:43:47	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_796306_E1.pdf	19/09/2016 14:45:57		Aceito
Outros	573460169parecer.pdf	23/08/2016 11:08:50	Vivian Resende	Aceito
Outros	573460169aprovacao.pdf	23/08/2016 11:08:41	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_anuencia.pdf	25/06/2016 10:14:09	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.docx	25/06/2016 10:12:01	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer2.pdf	25/06/2016 00:28:44	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e	Parecer1.pdf	25/06/2016 00:28:00	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/5ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.797.107

Infraestrutura	Parecer1.pdf	25/06/2016 00:28:00	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	25/06/2016 00:25:26	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/06/2016 00:11:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Outubro de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 105/9ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

CEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57346016.9.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.761.879

Apresentação do Projeto:

As úlceras venosas são lesões de membros inferiores causadas principalmente pela insuficiência venosa crônica e apresentam grande importância por se caracterizarem como um problema de saúde pública.

Devido à sua natureza recorrente e cronicidade, à complexidade do cuidado, aos altos custos terapêuticos e de acompanhamento clínico, causam significantes impactos sociais e econômicos. Alguns autores consideram que a convivência com uma úlcera venosa pode ocasionar mudanças e dificuldades em diversos aspectos na vida da pessoa acometida, com interferências negativas na qualidade de vida, paralelamente a sentimentos relacionados ao comprometimento da capacidade funcional e das relações sociais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que será realizada com usuários dos serviços de saúde de atenção primária à saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, em acompanhamento para tratamento de úlcera varicosa. No número inicial para a coleta de dados por meio de entrevistas será de 10 pessoas, escolhidas aleatoriamente, por dia de atendimento no qual o pesquisador estará agendado pela coordenação dos serviços. Estes últimos serão sorteados, no distrito sanitário correspondente. Pesquisa com enfoque na Teoria das Representações Sociais (TRS). Os sujeitos da pesquisa serão

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.761.879

peças de ambos os sexos acima de 18 anos de idade, portadoras de úlcera venosa, que realizam curativos e acompanhamento em unidades básicas de saúde (UBS, no município de Belo Horizonte). A escolha das UBS se dará aleatoriamente por meio de sorteio, dentre as 147 unidades, que estão distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Os participantes serão contatados na própria UBS ou por contato telefônico, após o consentimento do gestor local e após a confirmação da condição de portadores de úlceras venosas, conforme registros do diagnóstico em seus prontuários.

O objetivo da emenda é incluir a Secretaria Municipal de Saúde como co-participante.

Objetivo da Pesquisa:

No dizer dos proponentes:

***Objetivo Primário:**

Compreender o sofrimento na perspectiva dos pacientes com úlceras venosas.

Objetivo Secundário:

não há objetivos secundários*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mesma avaliação já realizada no parecer consubstanciado pelo COEP-UFMG de número 1.690.845:

***Riscos:**

Este estudo poderá causar constrangimento e omissões de informações pelos participantes pelo fato de buscar esclarecimentos sobre o possível sofrimento do portador de ferida crônica por úlcera varicosa. A condução da entrevista em forma de diálogo aberto, em local reservado, sem julgamentos por parte do pesquisador, deverá minimizar estes possíveis riscos. Além disso, será sempre esclarecido ao entrevistado que nenhum prejuízo haverá em seu tratamento pelo fato de participar da pesquisa e que os seus dados serão tratados e apresentados posteriormente de forma anônima.

Benefícios:

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para redimensionar as práticas de cuidado dos profissionais enfermeiros e deslocar o foco do atendimento centrado apenas na úlcera, para uma abordagem integral do portador de lesões, permitindo a formulação de novas práticas de intervenções nessa área, que envolvam uma escuta diferenciada capaz de estabelecer uma aproximação com os usuários que buscam por seus cuidados. O conhecimento do enfermeiro acerca da situação do paciente com úlcera venosa em

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.751.879

todas as suas dimensões permite a elaboração de um plano de trabalho focado nas necessidades do usuário, sejam elas físicas ou emocionais, a fim de promover assistência bem direcionada, propiciando, assim, melhora no processo de recuperação e diminuição do impacto que esta ferida pode provocar”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mesmos do parecer parecer consubstanciado pelo COEP-UFMG de número 1.690.845: “Pesquisa relevante na área em que será desenvolvida. O projeto está bem delineado. Contém ampla revisão da literatura, com objetivos claros e método bem descrito. O cronograma de execução é compatível com a proposta da pesquisa”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória já avaliados pelo parecer consubstanciado pelo COEP-UFMG de número 1.690.845.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda ao projeto de pesquisa “O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS”, da pesquisadora responsável Maria Imaculada de Fátima Freitas, referente à inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparticipante do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_796305_E1.pdf	19/09/2016 14:45:57		Aceito
Outros	573460169parecer.pdf	23/08/2016 11:08:50	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prp.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.761.879

Outros	573460169aprovacao.pdf	23/08/2016 11:08:41	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_anuencia.pdf	25/06/2016 10:14:09	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.docx	25/06/2016 10:12:01	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer2.pdf	25/06/2016 00:28:44	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer1.pdf	25/06/2016 00:28:00	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	25/06/2016 00:25:26	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/06/2016 00:11:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	57346016parecer.pdf	05/10/2016 11:43:47	Vivian Resende	Aceito
Outros	57346016aprovacao.pdf	05/10/2016 11:44:02	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Outubro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/N 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO B - Deliberação COREN-MG -65/00

Informativo técnico do cuidado a portadores de lesões cutâneas.

FINALIDADE

O presente documento contém informações técnicas referentes à avaliação do portador de lesão cutânea, a avaliação, classificação e tratamento da lesão, incluindo os métodos de desbridamento do tecido necrótico.

Tem por objetivo estabelecer a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões cutâneas.

I) Avaliação do portador de lesão

1. Exame clínico
 - 1.1. Entrevista
 - 1.2. Exame físico

II) Avaliação da lesão

1. Característica do tecido
 - 1.1. Tecido de granulação
 - 1.2. Tecido de epitelação
 - 1.3. Tecido necrótico
2. Aspecto do exsudato
 - 2.1. Seroso
 - 2.2. Serossanguinolento
 - 2.3. Sanguinolento
 - 2.4. Piossanguinolento
 - 2.5. Purulento
3. Exposição de estruturas anatômicas
 - 3.1. Músculo
 - 3.2. Tendão
 - 3.3. Vasos sanguíneos
 - 3.4. Osso
 - 3.5. Cavidade/órgãos

III) Classificação da lesão

1. Extensão - área = cm²
 - 1.1. Pequena: menor que 50 cm²
 - 1.2. Média: maior que 50 cm² e menor que 150 cm²
 - 1.3. Grande: maior que 150 cm² e menor que 250 cm²
 - 1.4. Extensa: maior que 250 cm²

Observação: mensuração preconizada - utilizar-se-á a medida das maiores extensões na vertical e na horizontal da ferida a ser classificada. Ressalta-se que os dois traçados devem ser perpendiculares, constituindo-se num ângulo de 90°. Existindo mais de uma ferida no mesmo membro ou na mesma área corporal, com uma distância mínima entre elas de 2 cm, far-se-á a somatória de suas maiores extensões (vertical e horizontal).

2. Profundidade - comprometimento estrutural
 - 2.1. Superficial: até derme
 - 2.2. Profunda superficial: até subcutâneo
 - 2.3. Profunda total: músculo e estruturas adjacentes.

Observação: Havendo tecido necrótico, utilizar-se-á essa classificação após desbridamento.

3. Comprometimento tecidual (esta classificação aplica-se somente à úlcera de pressão)

Estágio 1 - comprometimento da epiderme.

Estágio 2 - comprometimento da epiderme e derme.

Estágio 3 - comprometimento da epiderme, derme e subcutâneo.

Estágio 4 - comprometimento da epiderme, derme, subcutâneo e tecidos adjacentes.

Observações: havendo tecido necrótico, o estadiamento deve ser reavaliado.

4. Microrganismos

4.1. Limpa

4.2. Contaminada

4.3. Infectada

5. Tempo de existência

5.1. Aguda

5.2. Crônica

IV) Tratamento

1. Limpeza

1.1. Ferida aguda: limpeza exaustiva que visa à retirada de sujidades e microrganismos existentes no leito da lesão. É permitido neste caso o uso de soluções antissépticas.

1.2. Ferida crônica: limpeza que visa a retirada de debris, excesso de exsudato, resíduo de agentes tópicos e microrganismos existentes no leito da lesão, além de preservar o tecido de granulação. Utiliza-se, para tal, somente o soro fisiológico 0,9% morno, em jato (força hidráulica), independentemente de apresentar infecção ou não.

2. Desbridamento

Remoção de material estranho ou desvitalizado de tecido de lesão traumática, infectado ou não, ou adjacente a esta, até se expor tecido saudável circundante.

2.1. Mecânico - por ação física

2.1.1. Fricção

Esfregar a gaze ou esponja embebida com solução salina no leito da lesão em um único sentido.

Indicação: lesões agudas com sujidade;

contra-indicação: lesão crônica.

2.1.2. Com instrumental cortante

Retirar o tecido necrótico utilizando instrumentos cortantes (lâminas e/ou tesoura).

Indicação: lesões que comprometem até o tecido subcutâneo - profunda superficial ou úlceras de pressão de estágio

Contra-indicação: úlceras isquêmicas e aquelas sem possibilidade de cicatrização, úlceras fúngicas e neoplásicas, distúrbios de coagulação, com exposição de tendão ou com pacientes em terapia anticoagulante.

Procedimento

Material necessário:

- Pacote contendo pinça hemostática reta, anatômica e de dissecação, tesoura delicada reta, com ponta (Iris)
- Lâmina de bisturi e cabo correspondente
- Pacotes de compressas estéreis
- Luvas cirúrgicas
- Equipamento de proteção individual (óculos, capote, gorro e máscara)

- Soro fisiológico a 0,9% e antisséptico (para uso periferida)

Locais indicados para realização da técnica:

- Sala de curativos
- Ambulatórios
- À beira do leito

O ambiente deve ser privativo, limpo, com luminosidade adequada, tranquilo e confortável, tanto para o paciente quanto para o profissional.

Técnica

Necrose coagulativa (ex.: escara)

- Pinçar o tecido necrótico na borda, com a pinça de dissecação
- dissecar o tecido necrótico em finas lâminas, em um único sentido, utilizando a lâmina de bisturi
- No caso de tecido intensamente aderido ou profissionais com pouca habilidade, recomenda-se a delimitação do tecido necrótico em pequenos quadrados, utilizando-se a lâmina de bisturi e procedendo ao desbridamento
- Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável, em caso de sangramento, queixa de dor, cansaço (do cliente/paciente ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional

Necrose liquefeita (amolecida)

- Pinçar o tecido necrótico com pinça de dissecação e cortar com a tesoura
- Interromper o procedimento antes do aparecimento do tecido viável em caso de sangramento, queixa de dor, cansaço (do cliente/paciente ou do profissional), tempo prolongado e insegurança do profissional

2.2. Autolítico

Por autólise, ou seja, autodegradação do tecido necrótico sob ação das enzimas lisossomais, liberadas por macrófagos.

Indicação: feridas com tecido necrótico, ressaltando-se que, em casos de escaras, esse processo pode ser prolongado. Entende-se por escara o tecido necrótico aderido ao leito da lesão de consistência dura, seco e petrificado, geralmente de cor escura.

Contraindicação: úlceras isquêmicas e fúngicas.

Procedimento

Material necessário:

- Soro fisiológico 0,9% coberturas que garantam um ambiente propício à autólise, ou seja, um ambiente com umidade fisiológica, temperatura em torno de 37°C, mantendo-se a impermeabilidade ou oclusão da ferida, propiciando a hipóxia no leito da mesma.

Técnica

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9% morno, em jato
- Secar pele íntegra, periferida e aplicar a cobertura indicada

2.3. Químico

Por ação de enzimas proteolíticas, que removem o tecido desvitalizado através da degradação do colágeno.

Indicação: feridas com tecido necrótico, independentemente da sua característica.

Contraindicação:

- Úlceras isquêmicas, fúngicas e neoplásicas
- Pacientes com distúrbios de coagulação

Procedimento

Material necessário:

- Soro fisiológico 0,9%
- Medicamentos tópicos à base de enzimas proteolíticas tais como, papaína e collagenase.

Técnica

- Limpeza do leito da ferida com soro fisiológico 0,9%, morno, em jato;
- secar pele íntegra periférica, aplicar fina camada do produto indicado sobre o leito da lesão;
- ocluir a lesão.

3. Coberturas

As coberturas a serem indicadas devem garantir os princípios de manutenção da temperatura no leito da lesão em torno de 37°C, de manutenção da umidade fisiológica e de promoção de hipóxia no leito da mesma. Além disso, a cobertura deve apresentar as seguintes características:

- Preencher espaço morto;
- ser impermeável a microrganismos e outros fluidos;
- propiciar hemostasia;
- ser de fácil aplicação e remoção, evitando trauma no leito da lesão;
- ser confortável e esteticamente aceito;
- absorver excesso de exsudato;
- reduzir a dor e o odor;

V) Competências dos profissionais da enfermagem da prevenção e tratamento das lesões

1. Enfermeiro

- 1.1. Realizar a consulta de enfermagem: exame clínico (entrevista e exame físico) do cliente/paciente portador de lesão ou daquele que corre risco de desenvolvê-la
- 1.2. Prescrever e orientar o tratamento
- 1.3. Solicitar exames laboratoriais e de Raios-X quando necessários
- 1.4. Realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura)
- 1.5. Realizar o desbridamento quando necessário

2. Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- 2.1. Realizar o procedimento de curativo (limpeza e cobertura), prescrito pelo Enfermeiro.
- 2.2. Realizar o desbridamento autolítico e químico prescrito pelo enfermeiro

Parágrafo Único: O tratamento das diversas lesões deve ser prescrito pelo enfermeiro, preferencialmente pelo especialista na área. Observações: a prescrição de medicamentos e solicitação dos exames laboratoriais e de Raios-X, quando realizadas, deverão ocorrer conforme protocolo da instituição.

ANEXO C - Resolução COFEN – 159 / 1993

Dispõe sobre a consulta de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária,

considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade-fim;

considerando o Art. 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

considerando que a Consulta de Enfermagem se compõe de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

considerando a institucionalização da consulta de enfermagem como um processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

Resolve:

Art. 1º - Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993

Ruth Miranda de C. Leifert – COREN-SP nº 1.104 – Primeira-
secretária Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 –
Presidente Resolução

ANEXO D - Resolução COFEN – 195 / 1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução COFEN-52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª Reunião Ordinária;

considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas “i” e “j” e II, alíneas “c”, “f”, “g”, “h” e “i”;

considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas “e” e “f” e II, alíneas “c”, “g”, “h”, “i” e “p”;

considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”; “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)”; “Controle de Doenças Transmissíveis”, entre outros;

considerando manuais de normas técnicas publicados pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle das Doenças Transmissíveis”; “Pré-Natal de Baixo Risco” - 1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da hanseníase” - 1988; “Procedimento para atividade e controle da tuberculose” - 1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas poliquimioterapia no tratamento da hanseníase” - 1990; “Guia de controle de hanseníase” - 1994; “Normas de atenção à saúde integral do adolescente” - 1995;

considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e

considerando o contido nos PADs COFEN nº 166 e 297/91,

resolve:

Art. 1º - O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º - A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 1997

Dulce Dirclair Huf Bais – COREN-MS nº 10.244 – Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira – COREN-RJ nº 2.380 – Presidente

APENDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS Comitê de Ética em Pesquisa – COEP

Estamos lhe apresentando o projeto de pesquisa: “O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS”, que será desenvolvido sob a coordenação da Prof^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com a participação de Regina Célia de Castro, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem. Este estudo tem o objetivo de compreender o sofrimento em pessoas que têm úlcera venosa e como o enfrentam. Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas com pessoas portadoras de úlceras venosas e que fazem acompanhamento e trocas de curativos em unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte.

A entrevista será realizada considerando sua disponibilidade de horário e sua privacidade e acontecerá na própria unidade de saúde ou em seu domicílio.

Garantimos que você não será identificado(a), que os resultados da pesquisa serão utilizados de forma anônima e que as informações relatadas não acarretarão prejuízo algum em seu atendimento nessa unidade de saúde. Durante a entrevista, utilizaremos gravador, papel e caneta para registrar todas as informações que você nos fornecer. O gravador será utilizado com o seu consentimento, com o objetivo de apreender toda a sua fala durante a entrevista.

Você será convidado(a) a relatar como era sua vida antes e depois de ter a lesão na perna e falar o que é viver com essa ferida, a contar também como foi desde que começou a lesão e falar do que você sentiu e sente hoje em relação à ferida. Você poderá fazer o relato do jeito que quiser, contando os fatos e falando de seus sentimentos. O pesquisador somente o(a) interromperá para esclarecer dúvidas ou aprofundar alguma questão.

Não há danos possíveis na pesquisa para você; o único desconforto poderá ocorrer ao falar de questões pessoais íntimas, mas você as relatará da forma que quiser e terá toda a liberdade para não o fazer. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta, pode deixar de respondê-la. No caso de você sofrer algum dano, mesmo que mínimo, durante a realização da pesquisa, você será indenizado conforme as leis vigentes no país. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Não há despesas previstas de sua parte e você não receberá qualquer pagamento para a participação na pesquisa, mas, caso haja alguma despesa de sua parte relacionada à participação no estudo, como, por exemplo, despesas com transporte e alimentação, garantimos que você será ressarcido quanto ao valor correspondente.

Gostaríamos de lembrar que fica garantido o anonimato em relação às informações levantadas na coleta e guarda dos dados e na publicação dos resultados, e estes serão utilizadas apenas para fins científicos. As gravações serão guardadas durante a realização da pesquisa sob código e sob os cuidados do pesquisador responsável, que ao final de três anos as inutilizará. Os resultados obtidos a partir desta pesquisa serão divulgados tão logo a mesma se encerre.

Caso você não concorde em participar, não sofrerá qualquer prejuízo quanto à continuidade do tratamento e acompanhamento no serviço de saúde, além de poder interromper sua participação a qualquer momento.

Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, estaremos disponíveis para os devidos esclarecimentos no telefone (31) 3409-9871. Você também poderá esclarecer suas dúvidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo telefone (31) 3499-4592 e junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277- 5309.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Cf _____, concordo em participar da pesquisa “O SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PACIENTES COM ÚLCERAS VENOSAS” e estou ciente de seus objetivos e finalidade, da garantia de meu anonimato, sem gastos da minha parte, além de saber que posso interromper minha participação ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para meu acompanhamento no serviço de saúde. Tenho conhecimento de que irei receber uma via deste documento, que será assinado por mim e pela pesquisadora.

Local e Data: ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal.

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Nome (em letra de forma) do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

APÊNDICE B - Ficha de identificação e roteiro da entrevista

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data:

Número da entrevista:

Centro de Saúde:

Nome:

DN:

Sexo:

Situação conjugal:

Escolaridade:

Renda Familiar:

Filhos:

Com quem mora:

Religião:

Tempo de existência da ferida:

Doenças:

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Você poderá fazer o relato do jeito que quiser, contando os fatos e falando de seus sentimentos

- Gostaria que você me relatasse como era sua vida antes e depois de ter a ferida na perna.
- Conte-me também como foi desde que começou a ferida e fale-me do que você sentiu e sente hoje e de como é viver com essa ferida.

Questões de relance (caso necessário para aprofundar alguma fala ou porque não foi incluído na narrativa pelo sujeito):

- Existe algum tipo de sofrimento e como os enfrenta, quando os tem?
- O que pensa das pessoas que têm o mesmo tipo de lesão?
- Quais são as pessoas com quem conversa sobre a vida e, especialmente sobre a ferida?
- O que você espera dos profissionais de saúde?

APÊNDICE C - Exemplo da Análise Estrutural de Narração

ETAPAS VERTICAL E HORIZONTAL

1 - Leitura vertical: busca do sentido geral de cada uma das entrevistas, marcando expressões e palavras que possam elucidar temas específicos.

2 - Leitura horizontal: desconstrução com codificação das sequências: codifica-se cada sequência que é numerada de acordo com a ordem de aparecimento (S). Em cada sequência, marcam-se os fatos (F), as justificativas, julgamentos e sentimentos apresentados (J) e os personagens envolvidos (P). Ao final, as sequências que tratam do mesmo objeto são agrupadas de acordo com suas semelhanças e significações e contradições, em um processo de reconstrução de cada entrevista. Cada agrupamento de objeto é nomeado provisoriamente, delimitando a primeira categorização empírica dos dados.

Cores:

Preta – A entrevista transcrita

Vermelha – As sequências com denominações provisórias

Azul – Síntese com identificação dos fatos (F), personagens (P) e julgamentos (J)

Verde - Nomeação final provisória dos objetos centrais e reconstruídos na narrativa

E- O entrevistador

E3- O entrevistado 3

S1- Impacto da ferida no cotidiano

E: Eu gostaria que a senhora me relatasse como era sua vida antes e depois de ter essa ferida na perna.

E3: Antes era maravilhoso! Antes eu fazia tudo o que eu podia fazer... eu ia para festa... eu viajava e tudo.../ depois que começou a aparecer essa ferida...começou ela a ficar pequenininha, começou a endurecer a perna e doer... acabou.../ eu não saio de casa mais, não vou na casa da minha mãe, não viajo para lugar nenhum, não vou em festa, não saio para lugar nenhum. O único lugar que eu vou: venho aqui, faço o curativo e volto (S1, F1, J1, F2, J2, F3, P1, P2).

E: Por que a senhora não vai nas festas, na casa da mãe?

E3: Porque eu tenho medo de... sempre... está acontecendo de um vasinho abrir... dá sangue demais, sabe,/ então eu sempre chego aqui quase carregada... é sangue demais que dá./ Então eu tenho medo de estar em uma festa e de repente... ou estar viajando...qualquer coisa, né? Aí eu tenho medo./ Mas eu ia demais... eu ia para Aparecida do Norte, ia para todo e qualquer lugar... tinha especial não sei para onde... eu era uma das primeiras... /agora não... agora parece que... sei lá, eu falo para o meu marido assim: parece que eu morri./ Muita gente me chama de defunta morta (S1, J3, F4, F5, J5, F6, F7, F8, J8, F9, P1).

E: Sério?

E3: Sério. “Você morreu... você é uma defunta morta. Quem te viu e hoje te vê do jeito que você é, você morreu”./ E aí a gente vai ficando assim... mais triste, né?... porque eu não tenho mais vontade de sair para lugar nenhum (S1, F10, J10, F11, J11, P1, P3, P4).

E: Era isso o que ia perguntar: Não tem vontade?

E3: Não.

E: Quando vê o pessoal indo para Aparecida do Norte não sente essa vontade?

E3: Não. De maneira nenhuma. Acabou./ Inclusive, igual eu estava comentando com a menina ali, tem aniversário de mamãe agora dia 10 de setembro agora, eu só comecei a comemorar dia 18 de setembro./ Nós somos mais ou menos numa família, mais ou menos assim, calculando, oitenta pessoas, então tem festas de oito da manhã às seis da tarde.../ eu não vou. Não consigo (S1, J12, F12, F13, F14, F15, J15, P1, P2).

S1- Impacto da ferida no cotidiano: antes de ter a ferida na perna considerava a vida maravilhosa! Viajava, ia em festas e fazia tudo o que podia fazer! Mas depois que a ferida apareceu, pequena e endurecendo a perna, parou de sair de casa e não vai mais em festas, nem mesmo na casa de sua mãe. Hoje em dia sai de casa somente para ir ao Centro de Saúde fazer o curativo. Evita sair de casa por medo de romper algum “vasinho” na ferida, pois quando isso acontece sai muito sangue. O fato de não sair mais para passear como fazia a faz sentir uma pessoa morta, e as pessoas que lhe conhecem lhe confirmam isso, dizendo que está parecendo uma “defunta morta”. Deixou de participar, inclusive, das festas de família e do aniversário de sua mãe. Foi ficando triste e perdeu totalmente a vontade de sair de casa.

S2 - O medo

E: Não sente vontade de ir?

E3: Não sinto,/ e quando eu chego lá, parece que tem uma coisa que vai me apertando, me apertando, apertando,/ e eu tenho que vir embora (S2, J1, F1, J2, F2, F3, P1).

E: Onde é esse aperto?

E3: Parece que é no coração, no corpo,/ é assim... parece que eu vou diminuindo, parece que eu vou ficando pequenininha, pequenininha/ e eu tenho que sair senão passo mal (S2, F4, F5, J5, F6, J6, P1).

E: Por que a senhora acha que sente isso?

E3: Eu imagino que é por causa da ferida, porque eu nunca senti isso./ Portanto, vocês conhecem muito bem o túnel da Lagoinha. Eu passo cinco, seis, oito anos sem ir no centro por causa do túnel. Eu não passo no túnel (S2, J7, F7, F8, P1).

E: Por quê?

E3: Medo (S2, F9, J8).

E: Medo de quê?

E3: Do túnel cair (S2, F10).

E: Ah, é?

E3: É a mesma coisa se eu estiver aqui dentro e cismar: ah, isso aqui vai cair, vai cair... e eu tenho que sair correndo./ Sabe, aquele medo terrível, uma coisa que... eu não sei nem explicar. É um medo que ninguém consegue entender o medo que eu tenho (S2, F11, J9, F12, J10).

E: Quando está nas festas sente esse medo?

E3: Também./ Inclusive os motoristas falam comigo: “Quando você for passar no túnel, fecha o olho”./ Mas não adianta, o medo está aqui dentro, não adianta. Eu fecho o olho, mas não adianta, parece que vai apertando./ Quando vai chegando assim perto do túnel eu vou gelando, gelando (S2, F13, F14, F15, J11, F16, J12, P1).

E: Ah, tá, deixa eu entender melhor... esse medo é quando a senhora está nas festas ou é quando está indo para as festas e tem que passar no túnel?

E3: Qualquer lugar... mesmo que eu tiver que passar no túnel, mesmo que eu não tiver... mesmo que eu estiver na casa da minha mãe, no meio de todo mundo ao ar

livre, daí parece que todo mundo vai chegando perto de mim e vai me apertando./ É uma coisa impressionante. Então esse medo... (S2, F17, J13, F18, J14, P1).

E: Não conseguiu identificar que medo que é esse? Medo de que?

E3: Não. Até hoje não./ Eu converso com o médico e ele fala comigo: “Esse medo não existe”./ “Existe... porque eu sinto” (S2, F19, F20, F21, J15, P1, P5).

E: Mas foi desde quando que começou esse medo?

E3: Ah... foi na copa do mundo em 81. Acho que foi em 81 que teve uma copa do mundo./ Um ônibus... eu sei que eu estava vindo do serviço e o ônibus estava muito cheio, eu cismeiquei que o túnel ia cair, depois que eu coloquei aquele medo na cabeça acabou... nunca mais... / nessa época eu não tinha ferida(S2, F22, F23, J16, F24, P1).

E: Isso é o que eu ia perguntar... se tinha uma relação com a ferida... então... o medo veio antes da ferida, né?

E3: Veio bem antes. Bem antes, mas bem antes mesmo./ É um medo terrível, terrível (S2, F25, F26, J17).

E: Entendi... o medo veio antes da ferida, né?

E3: Veio antes./ É uma coisa que eu acho que não consigo acabar com ele. Já tem quantos anos? (S2, F27, F28, J18, P1).

S2 - O medo: apresenta reações desagradáveis em seu corpo que a fazem se sentir mal quando sai de casa e por isso perdeu a vontade de sair. Traduz essas sensações como medo, que começou dentro de um ônibus, em 1981, ao passar no túnel da Lagoinha. A sensação era de que o túnel iria cair. Evita de ir ao centro da cidade para não passar neste túnel. É um medo terrível! Essa sensação assemelha-se ao que sente quando está em algum lugar no meio de várias pessoas, como já aconteceu na casa de sua mãe. Não tinha ferida na perna nessa época. Desde que começou nunca conseguiu se livrar desse medo de sair de casa.

S3 – Relações familiares antes e depois da ferida

E: Alguma coisa a mais mudou depois da ferida na perna, em relação à vida que tinha antes?

E3: Não... até que não... porque... / sobre família não mudou nada... sobre minha família... meu marido era bem pior do que hoje... do que hoje ele é. hoje ele é um anjo... antigamente... antes de eu ter ferida, que eu trabalhava ele era... só Jesus. Agora não, depois que eu arrumei a ferida ele é bom demais... está bom demais... a filha é muito boa... o neto é muito bom..., mas.../ o problema é a dor(S3, F1, F2, J1, J2, F3, P1, P3, P6).

E: A senhora acha que o marido melhorou depois da ferida por quê?

E3: Depois./ Não sei se é piedade... não sei.../ porque, como diz o ditado, tudo o que é meu não é meu... tudo o que é meu eu divido... então, o que eu posso dividir eu divido. Então eu acho que ele vai pegando aquele negócio da divisão, então ele tem dó./ Sabe, ele não me maltrata mais... nem de maneira nenhuma... ninguém lá em casa me maltrata, mas antes maltratava muito (S3, F4, J3, F5, F6, J4, J5, F7, J6, P1, P3).

E: É mesmo?

E3: Maltratava demais.../ eu não podia sair... porque... na época quando eu não tinha ferida na perna que eu tinha a minha perna boa, eu gostava, com todo respeito, eu gostava muito de roupa curtinha, sapato de saltão, e eu usava batom, eu era outra pessoa./ Então as meninas que estão aqui que trabalhavam comigo, falavam: “Quem te viu e te vê hoje, você é uma morta, você morreu” (S3, F8, J7, F9, J8, J9, F10, J10, P3, P1, P4).

E: E ele tem carinho com a senhora, vocês dois vivem bem afetivamente?

E3: Graças a Deus. Vive muito bem. Graças a Deus!/ Mas, a gente fica desconfiado de certas coisas que vão acontecendo, né, porque, eu desconfio. Eu desconfio, apesar dele ter sessenta anos e eu já estou com cinquenta e nove, é pertinho, mas não sei se eu desconfio se ele tem outra mulher, se ele tem outra pessoa, sabe, porque ele muda muito de uma hora para outra. Tem vez que ele é muito bom, tem vez que ele muda de uma outra para outra. Então, a gente desconfia sabe.../ mas ele é muito bom, bom demais, me ajuda muito... muito, muito (S3, J11, F11, J12, F12, F13, J13, P1, P3).

E: Então, a senhora acha que a ferida ajudou no relacionamento da senhora?

E3: Para ser bem tratada ajudou./ Apesar que eu não queria ter ela não, né, não queria ter não, mas,/ apesar disso, melhorou muito porque ele me trata muito bem, antes ele não tratava não. Antes ele me maltratava muito, mas agora não. Depois da ferida ele me trata muito bem (S3, F14, J14, F15, J15, F16, P1, P3).

S3 – Relações familiares antes e depois da ferida: embora diga que a vida não mudou após o aparecimento da ferida na perna, relata que o marido era bem pior do que hoje e a maltratava. Depois que “arrumou” a ferida, ele ficou bom demais, a “trata” muito bem e a ajuda muito. Acredita que a mudança de comportamento do marido seja por piedade. A filha e o neto são muito bons para ela e ninguém em casa lhe maltrata mais. A ferida ajudou para que fosse bem tratada, embora relate que não gostaria de tê-la. Sua relação com o marido é muito boa, apesar de desconfiar dele. Antes da ferida gostava muito de roupa curtinha, sapato de salto, batom e sentia-se uma outra pessoa e por isso suas colegas dizem: “quem te viu e te vê hoje, vê que você é uma morta, você morreu”.

O único problema é a dor.

S4 – O trabalho

E: Mais alguma coisa que mudou? Porque a senhora falou também que trabalhava em um restaurante, né? (Relatou em conversa informal antes da entrevista).

E3: Trabalhava (S4, F1, P1).

E: Parou de trabalhar por causa da ferida, ou não?

E3: Não./ Parei de trabalhar porque minha menina tinha um ano e oito meses só. Aí eu parei para cuidar dela. / Aí depois, mamãe falou: “não, não precisa parar de trabalhar para cuidar de filho não... eu olho para você. “Aí mamãe começou a cuidar dela e eu comecei a trabalhar./ Trabalhei até 2000, até agora no ano 2000, só que no ano 2000, eu fui... já estava com essa ferida, então, eu tinha que descer ali na... ali naquele hotel, gente, chique para danar, esse hotel em frente ao Minas Shopping...

E: Ouro Minas...

E3: Isso... descia ali e ia até lá em cima, quase uma hora e meia andando a pé, então eu senti que minha perna estava inchando e piorando para eu poder ir trabalhar,/ aí eu pedi para sair,/ e eles pegaram e também iam mudar para o Paraná, aí eu não pude ir/. Eu saí nessa época e depois não arrumei mais não, fiquei dentro de casa (S4, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, P1, P6, P2).

S4 – O trabalho: inicialmente não parou de trabalhar com o aparecimento da ferida. Trabalhava em um restaurante até o ano de 2000, mas, por ter que andar durante quase uma hora e meia para chegar ao serviço, sentia que a perna estava inchando e piorando. Associando isso ao fato de que os patrões iriam mudar para o Paraná, pediu demissão e depois não arrumou mais emprego, ficando em casa.

S5 – O surgimento da ferida

E: Conte-me como foi desde que começou a ferida e fale-me o que a senhora sentiu e sente até hoje e de como é viver com uma ferida na perna.

E3: Olha, essa ferida começou quando... meu irmão teve um caso com uma menina aqui no Beija Flor há muito tempo... inclusive, o rapaz até já morreu de acidente de moto [o namorado da menina]. Aí meu irmão teve um caso com ela e nasceu esse menino... como ela era muito assim... ela não tinha marido... meu irmão não ajudava nada... meu irmão era policial, mas não ajudava ela, então... aí eu comecei a ir para a casa dela para trabalhar na casa dela, para ajudar ela... para ajudar a olhar o menino para ela ir trabalhar. Só que ela trabalhava, ela saía de manhã e eu tinha que chegar lá seis horas da manhã e saía de lá seis horas da tarde. Aí tinha um quintal muito grande e ela pedia que queria o terreno...ela era muito exigente... ela queria o quintal muito bem varrido, muito bem limpinho. “Então tá”... não... tudo bem...eu limpo para você. Só que eu entrei nesse terreno, de onde cortava varinha de pescar, eu entrei para cortar uns ramos para poder varrer o terreno... só que tinham tirado varinha para pescar e ficou aqueles ganchos... nos ganchos... feriu a perna... daí essa perna começou a ferida. Começou a ferida, daí foi onde começou meu sofrimento./ Aí começou a ficar preto de um lado e o povo falando: “Vai no médico, vai no posto”. Falei assim: “Eu não vou, não”./ Aqui era pequenininho, aqui era novinho [o centro de saúde]./ Falei assim: “não vou não, não vou não”./ Aí começou a ficar preto de um lado, preto, tudo, tudo, até que um dia estava doendo demais, demais mesmo./ Aí eu vim, quando chegou aqui a moça falou comigo assim: “vamos olhar o curativo”. Daí a moça olhou e ela só fez assim ó, com a pinça ela levantou aquele cascão.../ Aí disse: “a perna da senhora está toda podre”./ Aí eu entrei em desespero./ Dessa época para cá foi só sofrimento (S5, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, J1).

S5 – O surgimento da ferida: A ferida surgiu após um ferimento que ocorreu quando limpava um terreno cheio de “ganchos”. Inicia-se aí o seu sofrimento. A ferida começou a ficar “preta” e só procurou ajuda no centro de saúde quando não aguentou mais a dor. Ao ser avaliada, a moça levantou “aquele cascão” e disse que a perna estava podre. Desse momento em diante entrou em desespero e dessa época para cá foi só sofrimento.

S6 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

E: Qual é esse sofrimento dessa época para cá?

E3: A dor é demais.../ o medo é demais de não cicatrizar.../ o medo é demais de sangrar... sabe,/ então eu vou te falar..., mas, muito sofrimento, é sofrimento demais, demais! / Mas... como diz o ditado... agora eu não sei... mamãe fala que isso é hereditário... porque o pai dela morreu com essa ferida, a minha cunhada tem uma ferida igual a essa, só que a minha cunhada não vem aqui fazer tratamento, ela faz o curativo em casa, ela tem medo, diz que dói demais, tá, não faz o tratamento aqui não. Só que... mamãe fala que é hereditário, então, eu fico sem saber se é ou se não é (S6, F1, F2, J1, F3, F4, J2, F5, J3, P1, P2, P7).

S6 – Sentimentos e sensações em relação à ferida: por sentir muita dor, medo de não cicatrizar e medo de sangrar relaciona isso com muito sofrimento. Fica sem saber se esse problema é hereditário ou não, pois seu pai morreu com uma ferida como essa e sua mãe diz que é hereditário.

S7 – O entendimento sobre a ferida

E: O que a senhora sabe dessa ferida, hoje, por exemplo? A causa dela... sabe alguma coisa... ou não sabe?

E3: Não (S7, F1).

E: Por que é difícil de fechar?

E3: Não sei./ Não sou diabética./ Não tenho pressão alta./ Então aqui no posto eles ficam pensando: “por que não fecha? Você não é diabética, você não tem pressão alta. Por que não fecha?/ E isso eu não sei (S7, F1, F2, F3, F4, F5, P1, P8).

E: Já fez cirurgia alguma vez?

E3: Já. Já fiz enxerto, já tirei a safena./ Ela começa a cicatrizar e quando ela começa a cicatrizar ela abre de novo (S7, F6, F7, P1).

E: A senhora nem imagina o porquê que seja?

E3: Não. Eu não sei por quê (S7, F8, P1).

S7 – O entendimento sobre a ferida: Não sabe a causa de sua ferida. Não entende por que a ferida tornou-se crônica, uma vez que não é portadora de diabetes nem pressão alta. Já fez enxerto e já retirou a safena, o que não adiantou. Quando a ferida começa a fechar, abre novamente.

S8- Impacto da ferida no cotidiano e sua relação com o sofrimento

E: É... a senhora já falou, né, um pouquinho do sofrimento... o que mais de sofrimento que tem em ter essa ferida? A senhora falou da dor... falou do medo de sangrar...

E3: O sofrimento é dormir só de um lado. Eu só posso dormir desse lado, porque se eu dormir desse lado ela sangra. Então às vezes eu tento virar... eu lembro... sabe... vai sangrar... aí eu não posso. Essa aqui, quando eu acordo de manhã está tudo queimando. Então tenho que dormir de um lado só. É muito sofrimento./ Quem tem isso... não tem sossego nem paz não. É muito triste. Triste demais, demais (S8, J1, F1, J2, F2, P1).

E: A senhora faz as coisas dentro de casa?

E3: Muito difícil!/ Às vezes, eu passo assim, uma roupa, mas sentada. Eu não lavo roupa mais, eu não arrumo cozinha mais. E faço o almoço ou a janta. Só. Não limpo casa mais./ Quem limpa é minha filha (S8, J3, F3, F4, F5, P1, P6).

S8- Impacto da ferida no cotidiano e sua relação com o sofrimento: dormir apenas de um lado a faz sofrer, mas quando tenta virar a ferida pode sangrar e amanhecer com a perna “queimando”. Por esse motivo não tem sossego nem paz, o que é muito triste. Em relação ao serviço da casa, não consegue mais lavar roupas nem mesmo limpar a casa ou a cozinha, às vezes passa a roupa, porém assentada. Apenas faz almoço e jantar. A limpeza fica por conta de sua filha.

S9 – Apoio familiar

E: Era isso o que eu ia perguntar. Tem quem ajuda a senhora?

E3: Enquanto ela estiver desempregada tem, agora, na hora que tiver trabalhando.../ Porque meu marido sai de casa sete e meia, só chega seis e meia./ Ela sai... quando ela arruma um serviço ela sai sete e meia e só chega oito, nove horas da noite... então.../ o menino fica comigo (S9, F1, F2, F3, J1, F4, P6, P3, P1).

E: A senhora fica olhando o menino dela?

E3: Eu fico olhando./ Um rapazinho de dezesseis anos. / Ele ajuda... se precisar ele ajuda, se precisar ele faz tudo,/ mas...homem não é tanto assim né... você não pode mandar homem fazer tudo./ É difícil... para mim é difícil(S9, F5, F6, F7, F8, J2, F9, J3, P1, P6).

S9 – Apoio familiar: a filha ajuda nas tarefas domiciliares porque está desempregada. Não sabe como será quando ela voltar a trabalhar. Fica com o neto que se precisar ajuda nas tarefas de casa, porém acha difícil porque não se pode mandar homem fazer de tudo.

S10 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

E: E o que a senhora pensa das pessoas que têm esse mesmo tipo de ferida que a senhora?

E3: Olha, eu acho que não tem alegria na vida não... é só sofrimento mesmo.../ A pessoa fala: “Ah eu tenho essa ferida, mas eu não estou nem aí, eu saio, divirto”./ Eu não acredito... eu não acredito. Porque... eu não sei se é porque eu tiro base por mim, né? Então eu não acredito não.../ se a pessoa fala assim: “ah eu tenho ferida... igual tem uma que vem aqui e fala: “ah... você tem que sair, você tem que se divertir”./ Mas, eu não tenho coragem./ “Ah, mas eu saio, eu tenho ferida”./ Não.. .eu não saio.../ eu tenho medo demais de sangue... eu tenho pavor de sangue... eu tenho pavor... pavor... Deus me perdoe... / O dia que eu cismo: “gente eu estou com medo da minha perna dar sangue... não... eu não vou no posto hoje não”... pronto... aí eu não venho... é difícil demais... é muito difícil (S10, F1, J1, F2, J2, J3, F3, F4, J4, F5, F6, F7, J5, F8, F9, J6, P1, P9).

S10 – Sentimentos e sensações em relação à ferida: acredita que as pessoas que têm esse tipo de ferida não têm alegria na vida e vivem somente em sofrimento. Não acredita naquelas que dizem que continuam saindo e se divertindo, pois devido a essa ferida não tem mais coragem de sair e se divertir pelo pavor que sente da possibilidade da ferida começar a sangrar.

S11 – O curativo

E: Quando a senhora não vem, a senhora mesmo cuida em casa ou alguém cuida para a senhora?

E3: Faço. Eu faço. Eu mesma faço./ Graças a Deus está muito boa! Igual a menina ontem olhou... a enfermeira: “Não... tá vermelhinha... não precisa se preocupar não porque ela tá bem”./ Mas... ficar faltando... eu não gosto de ficar faltando. Igual lá no... eu sempre faço cultura na Lapeco, aí eles falam comigo: “Olha, o seu curativo não é bem feito como o das meninas do posto, porque elas são treinadas, agora você não é”. Então eu não gosto de faltar não (S11, F1, F2, J1, F3, J2, P1, P10).

E: Igual amanhã, por exemplo, que é feriado, aí como é que vai fazer?

E3: Eu faço amanhã,/ mas já levanto com sofrimento. Já tenho aquele medo (S11, F4, F5, J3, P1).

E: De sangrar?

E3: É (S11, F6).

E: Tem outro tipo de medo em relação à ferida?

E3: Não, não. É só de sangue mesmo (S11, F7).

S11 – O curativo: quando não consegue ir fazer o curativo no centro de saúde faz em casa mesmo, porém não gosta de faltar, pois reconhece que a técnica do curativo das “meninas do posto” é melhor que a dela. No momento a ferida está boa, pois está “vermelhinha”. Quando não pode comparecer, como em caso de feriados, já levanta com sofrimento e medo de fazer o curativo e da ferida começar a sangrar.

S12 – O enfrentamento do sofrimento

E: E... quais são as pessoas com que a senhora conversa sobre a vida e especialmente sobre a questão de ter uma ferida na perna?

E3: É... eu converso muito com minha cunhada... essa que tem ferida na perna... a gente conversa muito sobre isso./ Igual ela fala: “é só nós duas que tem esse problema”. Eu falo assim: “não... tem minha tia também”. “Mas é muito, mas é muito sofrimento... como é que a gente vai fazer?”/ “Um dia cicatriza, mas... que dia será esse? Se cicatrizar... tudo bem...” (S12, F1, F2, F3, J1, P1, P7).

E: E como que você enfrenta esse sofrimento? O que faz para aliviar um pouco o sofrimento?

E3: Ah... às vezes... eu tenho uma mania de sentar no meu quarto, igual eu te falei, ou então sentar na minha porta e ficar olhando para aquela montanha lá./ Aí aquilo parece que vai amenizando a dor.../ então... eu fico ali duas, três horas sentada... ontem mesmo eu fiquei... duas, três horas sentada na porta olhando a montanha até o sol sumir./ É onde vai amenizando, porque eu vejo as garças passarem, eu vejo os passarinhos [risos] e Deus ajuda que vai amenizando... É só isso mesmo (S12, F4, F5, F6, F7, P1).

E: Sentar na varanda e olhar para a montanha é o que alivia um pouquinho o sofrimento?

E3: Alivia. Graças a Deus./ Quando eu trabalhava não, né? Quando eu trabalhava a ferida era pequenininha, então eu não estava nem aí... trabalhava, divertia o dia inteiro, acabou, pronto. No sábado eu saía, ia para festas, levava a menininha e tudo./ Agora não. Agora eu não saio para lugar nenhum. Acabou... acabou mesmo. Agora não tem mais nada (S12, F8, J2, F9, J3, F10, P1).

E: Tem alguém que a senhora gosta de relacionar que de alguma forma distrai a senhora, faz com que a senhora esqueça um pouco desse sofrimento?

E3: As meninas do curativo. Eu converso muito com elas [risos]./ Então tem uma aqui que ela é uma gracinha. Tinha uma muito boa que aposentou. Tem uma aqui agora que é uma gracinha... ela é ótima... ela conversa..., mas ela ri... ela conta caso... então quando eu estou ali fazendo curativo eu não sinto dor, eu não sinto nada. Ela fica... ela esquece que ela está fazendo curativo... ela fala comigo: “ Eu tenho uma hora para ficar com você”/ Então é onde eu distraio demais./ Mas, quando eu vou chegando em casa, quando eu desço do ônibus, que eu vou para descer o morro... já começa o sofrimento, porque vai repuxando, né?.../ aí eu falo com as meninas: “hoje não aperta não, não aperta a faixa não, pelo amor de Deus”. - “não eu não vou apertar não” -. Então, quando eu desço do ônibus eu vejo “aí... as meninas apertaram...” e eu já sinto... vai repuxando... vai repuxando... Tem dia que eu chego lá em casa e a perna está preta, de tão apertada que elas colocam./ É muito sofrimento, mas... vamos levando... (S12, F11, F12, J4, F13, J5, F14, J6, F15, F16, J7, P1, P8).

S12 – O enfrentamento do sofrimento: a pessoa com a qual conversa sobre esse problema é a cunhada, que tem uma ferida como a dela. Sentem alguma esperança de um dia cicatrizar. Para aliviar um pouco o sofrimento, gosta de assentar na porta de sua casa e ficar admirando as montanhas. Costuma ficar por duas, três horas olhando as montanhas, o pôr-do-sol, as garças e os passarinhos. Sente que ao fazer isso Deus vai ajudando e o sofrimento vai amenizando. Gosta também de se distrair com as “meninas do curativo”, pois ali conversam e se distraem. Naquele momento não sente dor, não sente nada, mas, quando vai chegando em casa, já começa o sofrimento, principalmente quando as meninas apertam a faixa.

S13 - O que espera dos profissionais de saúde

E: E o que a senhora espera dos profissionais de saúde que estão cuidando da ferida da senhora?

E3: Ah, eu espero que continuem né?... Continuem olhando e que Deus ajude que eles consigam fechar essa ferida/ porque... uns falam: “tem cura”... outros falam: “não sei”... outros falam: “não, não... pode ficar tranquila que vai cicatrizar”.../ Então eu não sei se estão me enganando... não sei se estão falando mentira... sabe, então, eu fico ali... “Ah, fulana falou que vai fechar”... e se não fechar?.../ Então eu fico com aquele medo assim, sabe... aquele trem estranho.../ mas eu confio muito nelas... confio demais... demais... demais... demais (S13, F1, J1, F2, J2, F3, J3, F4, J4, F5, P8, P1).

E: Mais alguma coisa que a senhora gostaria de falar para a gente sobre a ferida?

E3: Não.

S13 - O que espera dos profissionais de saúde: espera que os profissionais continuem olhando pelas pessoas e que com a ajuda de Deus consigam fechar a ferida. Confia nos profissionais e gostaria que lhe dissessem verdadeiramente se sua ferida tem cura ou não.

S14 - O entendimento sobre a ferida

E: A senhora tem alguma ideia do porquê que a senhora tem a ferida?

E3: Eu acho... não sei... mamãe também acha... eu usava salto alto demais, então, as veias eram fracas, então as veias, acho que... estourou, né?...e começou a dar aquelas manchinhas... então eu acho que é isso e mamãe também acha que é. / Mas o médico falou que não tem nada a ver./ Só teve um deles que falou comigo: “se você usasse Anabela, aquele salto Anabela, não tinha acontecido isso.../ então, a gente não sabe se é mentira ou se é verdade(S14, J1, F1, F2, F3, F4, P1, P2, P5).

S14 - O entendimento sobre a ferida: Acredita que a causa de sua ferida seja o fato de ter usado muito salto alto e que as veias, por serem fracas, estouraram, mas não sabe realmente se isso tem fundamento.

Sequências encontradas e nomeação provisória

S1 - Impacto da ferida no cotidiano

S2 - O medo

S3 - Relações familiares antes e depois da ferida

S4 - O trabalho

S5 - O surgimento da ferida

S6 - Sentimentos e sensações em relação à ferida

S7 - O entendimento sobre a ferida

S8 - Impacto da ferida no cotidiano e sua relação com o sofrimento

S9 - Apoio familiar

S10 - Sentimentos e sensações em relação à ferida

S11 - O curativo

S12 - O enfrentamento do sofrimento

S13 - O que espera dos profissionais de saúde

S14 - O entendimento sobre a ferida

Síntese do conteúdo das sequências

S1- Impacto da ferida no cotidiano

(S1, F1, J1, F2, J2, F3, P1, P2) Antes de ter a ferida na perna considerava a vida maravilhosa! Viajava, ia a festas e fazia tudo o que podia fazer! Mas depois que a ferida apareceu, pequena e endurecendo a perna, parou de sair de casa e não vai mais a festas nem mesmo na casa de sua mãe. Hoje em dia sai de casa somente para ir ao centro de saúde fazer o curativo

(S1, J3, F4, F5, J5, F6, F7, F8, J8, F9, P1) Evita sair de casa por medo de romper algum “vasinho” na ferida, pois quando isso acontece sai muito sangue.

(S1, J3, F4, F5, J5, F6, F7, F8, J8, F9, P1) (S1, F10, J10, F11, J11, P1, P3, P4) O fato de não sair mais para passear, como fazia, a faz sentir uma pessoa morta, e as pessoas que lhe conhecem confirmam isso, dizendo que está parecendo uma “defunta morta”. Deixou de participar, inclusive, das festas de família e do aniversário de sua mãe. Foi ficando triste e perdeu totalmente a vontade de sair de casa.

S2 - O medo

(S2, F4, F5, J5, F6, J6, P1) Apresenta reações desagradáveis em seu corpo que a fazem se sentir mal quando sai de casa e por isso perdeu a vontade de sair. (S2, F11, J9, F12, J10) Traduz essas sensações como medo (S2, F22, F23, J16, F24, P1) que começou dentro de um ônibus, em 1981, ao passar no túnel da Lagoinha. A sensação era de que o túnel iria cair. (S2, J7, F7, F8, P1) Evita de ir ao centro da cidade para não passar nesse túnel. É um medo terrível! (S2, F17, J13, F18, J14, P1) Essa sensação assemelha-se ao que sente quando está em algum lugar no meio de várias pessoas, como já aconteceu na casa de sua mãe (S2, F27, F28, J18, P1). Não tinha ferida na perna nessa época. Desde que começou nunca conseguiu se livrar desse medo de sair de casa.

S3 – Relações familiares antes e depois da ferida

(S3, F1, F2, J1, J2, P1, P3, P6) Embora diga que a vida não mudou após o aparecimento da ferida na perna, relata que o marido era bem pior do que hoje e a maltratava. Depois que “arrumou” a ferida, ele ficou bom demais, “trata-a” muito bem e a ajuda muito. (S3, J3, F5, F7, J6, P3) Acredita que a mudança de comportamento do marido seja por piedade. A filha e o neto são muito bons para ela e ninguém em casa lhe maltrata mais. (S3, F14, J14, F15, J15, F16, P1, P3) A ferida ajudou para que fosse bem tratada, embora relate que não gostaria de tê-la. A sua relação com o marido é muito boa apesar de desconfiar dele. (S3, F8, J7, F9, J8, J9, F10, J10, P3, P1, P4) Antes da ferida gostava muito de roupa curtinha, sapato de salto, batom e sentia-se uma outra pessoa e por isso suas colegas dizem: “quem te viu e te vê hoje, vê que você é uma morta, você morreu”.

(S3, F3) O único problema é a dor.

S4 – O trabalho

(S4, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, P1, P6, P2) Inicialmente não parou de trabalhar com o aparecimento da ferida. Trabalhava em um restaurante até o ano de 2000, mas, por ter que andar durante quase uma hora e meia para chegar ao serviço, sentia que a perna estava inchando e piorando. Associando isso ao fato de que os patrões iriam mudar para o Paraná, pediu demissão e depois não arrumou mais emprego, ficando em casa.

S5 – O surgimento da ferida

(S5, F6, F7, F8, F9, J1) A ferida surgiu após um ferimento que ocorreu quando limpava um terreno cheio de “ganchos”. Inicia-se aí o seu sofrimento. A ferida começou a ficar “preta” e só procurou ajuda no centro de saúde quando não aguentou mais a dor. Ao ser avaliada, a moça levantou “aquele cascão” e disse que a perna estava podre. Desse momento em diante entrou em desespero e dessa época para cá foi só sofrimento.

S6 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

(S6, F1, F2, J1, F3, F4, J2) Por sentir muita dor, medo de não cicatrizar e medo de sangrar relaciona isso a muito sofrimento.

(S6, F5, J3, P1, P2) Fica sem saber se esse problema é hereditário ou não, pois seu pai morreu com uma ferida como essa e sua mãe diz que é hereditário.

S7 – O entendimento sobre a ferida

(S7, F1, F2, F3, F4, F5, P1, P8) Não sabe a causa de sua ferida. Não entende por que a ferida tornou-se crônica, uma vez que não é portadora de diabetes nem pressão alta. (S7, F6, F7, P1) Já fez enxerto e já retirou a safena, o que não adiantou. Quando a ferida começa a fechar, abre novamente.

S8- Impacto da ferida no cotidiano e sua relação com o sofrimento

(S8, J1, F1, J2, F2, P1) Dormir apenas de um lado a faz sofrer, mas quando tenta virar, a ferida pode sangrar e amanhecer com a perna “queimando”. Por esse motivo não tem sossego nem paz, o que é muito triste.

(S8, J3, F3, F4, F5, P1, P6) Em relação ao serviço da casa, não consegue mais lavar roupas nem mesmo limpar a casa ou a cozinha, às vezes passa a roupa, porém assentada. Apenas faz almoço e janta. A limpeza fica por conta de sua filha.

S9 – Apoio familiar

(S9, F1, P6) A filha ajuda nas tarefas domiciliares porque está desempregada. Não sabe como será quando ela voltar a trabalhar. (S9, F5, F6, F7, F8, J2, F9, J3, P1, P6) Fica com o neto que, se precisar, ajuda nas tarefas de casa, porém acha difícil porque não se pode mandar homem fazer de tudo.

S10 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

(S10, F1, J1, F2, J2, J3, F3, F5, F7, J5, F8, F9, J6, P1, P9) Acredita que as pessoas que têm esse tipo de ferida não têm alegria na vida, e vivem somente em sofrimento. Não acredita naquelas que dizem que continuam saindo e se divertindo, pois devido a essa ferida não tem mais coragem de sair e se divertir, pelo pavor que sente da possibilidade de a ferida começar a sangrar.

S11 – O curativo

(S11, F1, F2, J1, F3, J2, P1, P10) Quando não consegue ir ao centro de saúde fazer o curativo, faz em casa mesmo, porém não gosta de faltar, pois reconhece que a técnica do curativo das “meninas do posto” é melhor que a dela. No momento a ferida está boa, por estar “vermelhinha”. Quando não pode comparecer, como em caso de feriados, já levanta com sofrimento e medo de fazer o curativo e da ferida começar a sangrar.

S12 – O enfrentamento do sofrimento

(S12, F1, F2, F3, J1, P1, P7) A pessoa com a qual conversa sobre esse problema é a cunhada, que tem uma ferida como a dela. Sentem alguma esperança de um dia cicatrizar.

(S12, F4, F5, F6, F7, P1) Para aliviar um pouco o sofrimento, gosta de assentar na porta de sua casa e ficar admirando as montanhas. Costuma ficar por duas, três horas olhando as montanhas, o pôr-do-sol, as garças e os passarinhos. Sente que, ao fazer isso, Deus vai ajudando e o sofrimento vai amenizando.

(S12, F11, F12, J4, F13, J5, F14, J6, F15, F16, J7, P1, P8) Gosta também de se distrair com as “meninas do curativo”, pois ali conversam e se distraem. Naquele momento não sente dor, não sente nada, mas, quando vai chegando em casa, já começa o sofrimento, principalmente quando as meninas apertam a faixa.

S13 - O que espera dos profissionais de saúde

(S13, F1, J1, F2, J2, F3, J3, F4, J4, F5, P8, P1) Espera que os profissionais continuem olhando pelas pessoas e que com a ajuda de Deus consigam fechar a ferida. Confia nos profissionais e gostaria que lhe dissessem verdadeiramente se sua ferida tem cura ou não.

S14 - O entendimento sobre a ferida

(S14, J1, F1, F2, F3, F4, P1, P2, P5) Acredita que a causa de sua ferida seja o fato de ter usado muito salto alto e que as veias, por serem fracas, estouraram, mas não sabe realmente se isso tem fundamento.

Identificação das pessoas envolvidas

- P1- A entrevistada
- P2- A mãe
- P3- O marido
- P4- As pessoas conhecidas
- P5- O médico
- P6- A filha e o neto (família)
- P7- A cunhada que tem uma ferida na perna
- P8- Os profissionais do centro de saúde
- P9- As pessoas que também têm ferida na perna
- P10- A enfermeira do centro de saúde

Síntese final da narrativa de E3

E3 é casada e mora com seu marido. Relata que antes de ter a ferida na perna sua vida era maravilhosa! Viajava, ia a festas e fazia tudo o que podia fazer! Mas depois que a ferida apareceu, parou de sair de casa e não vai mais a festas, nem mesmo à casa de sua mãe. Hoje em dia sai de casa somente para ir ao centro de saúde fazer o curativo. Evita sair de casa por medo de romper algum “vasinho” na ferida, pois quando isso acontece sai muito sangue. O fato de não sair mais para passear como fazia a faz sentir-se como uma pessoa morta, e as pessoas que lhe conhecem lhe confirmam isso, dizendo que está parecendo uma “defunta morta”. Foi ficando triste e perdeu totalmente a vontade de sair de casa. Sente alguns medos inexplicáveis, que não se relacionam ao aparecimento da ferida, mas que também a impedem de sair de casa.

Relata que seu marido era bem pior do que hoje e a maltratava. Depois que “arrumou” a ferida, ele ficou bom demais, a “trata” muito bem e a ajuda muito. Acredita que a mudança de comportamento do marido seja por piedade. A filha e o neto são muito bons para ela e ninguém em casa lhe maltrata mais.

Antes da ferida, gostava muito de roupa curtinha, sapato de salto, batom e sentia-se uma outra pessoa, por esse motivo suas colegas dizem: “quem te viu e te vê hoje, vê que você é uma morta, você morreu”.

Não parou de trabalhar com o aparecimento da ferida, mas, por ter que andar durante quase uma hora e meia para chegar ao serviço, sentia que a perna estava inchando e piorando. A ferida surgiu após um ferimento que ocorreu quando limpava um terreno cheio de “ganchos”. A ferida começou a ficar “preta” e só procurou ajuda no centro de saúde quando não aguentou mais a dor. Desse momento em diante entrou em desespero e dessa época para cá foi só sofrimento.

Quando não consegue ir ao Centro de Saúde fazer o curativo, faz em casa mesmo, porém não gosta de faltar, pois reconhece que a técnica do curativo das “meninas do posto” é melhor que a dela.

Por sentir muita dor, medo de não cicatrizar e medo de sangrar, relaciona isso a muito sofrimento. Não sabe a causa de sua ferida. Não entende por que a ferida tornou-se crônica, uma vez que não é portadora de diabetes nem de pressão alta. Já fez enxerto e já retirou a safena, o que não adiantou. Quando a ferida começa a fechar, abre novamente. Acredita que a causa de sua ferida seja o fato de ter usado muito salto alto e que as veias, por serem fracas, estouraram, mas não sabe realmente se isso tem fundamento.

Dormir apenas de um lado a faz sofrer, mas quando tenta virar, a ferida pode sangrar e amanhecer com a perna “queimando”. Por esse motivo não tem sossego nem paz, o que é muito triste. Em relação ao serviço da casa, não consegue mais lavar roupas, nem mesmo limpar a casa ou a cozinha, às vezes passa a roupa, porém assentada. Apenas faz almoço e jantar. A limpeza fica por conta de sua filha que está desempregada. Não sabe como será quando ela voltar a trabalhar. Fica com o neto que, se precisar, ajuda nas tarefas de casa, porém acha difícil, porque não se pode mandar homem fazer de tudo.

Para aliviar um pouco o sofrimento, gosta de ficar admirando as montanhas, o pôr-do-sol, as garças e os passarinhos na porta de sua casa. Sente que ao fazer isso Deus vai ajudando e o sofrimento vai amenizando. Gosta também de se distrair com as “meninas do curativo”, pois ali conversam e se distraem. Naquele momento não sente dor, não sente nada, mas, quando vai chegando em casa, já começa o sofrimento, principalmente quando as meninas apertam a faixa.

Espera que os profissionais continuem olhando pelas pessoas e que com a ajuda de Deus consigam fechar a ferida. Confia nos profissionais e gostaria que lhe dissessem verdadeiramente se sua ferida tem cura ou não.

Nomeação final provisória dos objetos centrais e reconstruídos na narrativa

IMPACTO DA EXISTÊNCIA DA FERIDA NO COTIDIANO

S1- Impacto da ferida no cotidiano

(S1, F1, J1, F2, J2, F3, P1, P2) Antes de ter a ferida na perna, considerava a vida maravilhosa! Viajava, ia a festas e fazia tudo o que podia fazer! Mas depois que a ferida apareceu, pequena e endurecendo a perna, parou de sair de casa e não vai

mais a festas, nem mesmo na casa de sua mãe. Hoje em dia sai de casa somente para ir ao centro de saúde fazer o curativo

(S1, J3, F4, F5, J5, F6, F7, F8, J8, F9, P1) Evita de sair de casa porque tem medo que se rompa algum “vasinho”, pois quando isso acontece sai muito sangue.

(S1, J3, F4, F5, J5, F6, F7, F8, J8, F9, P1) (S1, F10, J10, F11, J11, P1, P3, P4) O fato de não sair mais para passear como fazia a faz sentir uma pessoa morta, e as pessoas que lhe conhecem confirmam isso, dizendo que está parecendo uma “defunta morta”. Deixou de participar, inclusive, das festas de família e do aniversário de sua mãe. Foi ficando triste e perdeu totalmente a vontade de sair de casa.

S3 – Relações familiares antes e depois da ferida

(S3, F1, F2, J1, J2, P1, P3, P6) Embora diga que a vida não mudou após o aparecimento da ferida na perna, relata que o marido era bem pior do que hoje e a maltratava. Depois que “arrumou” a ferida, ele ficou bom demais, “trata-a” muito bem e a ajuda muito. (S3, J3, F5, F7, J6, P3) Acredita que a mudança de comportamento do marido seja por piedade. A filha e o neto são muito bons para ela e ninguém em casa lhe maltrata mais. (S3, F14, J14, F15, J15, F16, P1, P3) A ferida ajudou para que fosse bem tratada, embora relate que não gostaria de tê-la. Sua relação com o marido é muito boa, apesar de desconfiar dele.

(S3, F8, J7, F9, J8, J9, F10, J10, P3, P1, P4) Antes da ferida gostava muito de roupa curtinha, sapato de salto, batom e sentia-se uma outra pessoa, e por isso suas colegas dizem: “quem te viu e te vê hoje, vê que você é uma morta, você morreu”. (S3, F3) O único problema é a dor.

S8- Impacto da ferida no cotidiano e sua relação com o sofrimento

(S8, J1, F1, J2, F2, P1) Dormir apenas de um lado a faz sofrer, mas quando tenta virar a ferida pode sangrar e amanhecer com a perna “queimando”. Por esse motivo não tem sossego nem paz, o que é muito triste.

(S8, J3, F3, F4, F5, P1, P6) Em relação ao serviço de casa, não consegue mais lavar roupas nem mesmo limpar a casa ou a cozinha, às vezes passa a roupa, porém assentada. Apenas faz almoço e jantar. A limpeza fica por conta de sua filha.

S10 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

(S10, F1, J1, F2, J2, J3, F3, F5, F7, J5, F8, F9, J6, P1, P9) Acredita que as pessoas que têm esse tipo de ferida não têm alegria na vida e vivem somente em sofrimento. Não acredita naquelas que dizem que continuam saindo e se divertindo, pois devido a essa ferida não tem mais coragem de sair e se divertir, pelo pavor que sente da possibilidade de a ferida começar a sangrar.

S6 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

(S6, F1, F2, J1, F3, F4, J2) Por sentir muita dor, medo de não cicatrizar e medo de sangrar, relaciona isso a muito sofrimento.

S11 – O curativo

(S11, F1, F2, J1, F3, J2, P1, P10) Quando não consegue ir ao centro de saúde fazer o curativo, faz em casa mesmo, porém não gosta de faltar, pois reconhece que a técnica do curativo das “meninas do posto” é melhor que a dela. No momento, a ferida está boa, pois está “vermelhinha”. Quando não pode comparecer, como em caso de feriados, já levanta com sofrimento e medo de fazer o curativo e da ferida começar a sangrar.

S12 – O enfrentamento do sofrimento

(S12, F1, F2, F3, J1, P1, P7) A pessoa com a qual conversa sobre esse problema é a cunhada que tem uma ferida como a dela. Sentem alguma esperança de um dia cicatrizar.

(S12, F4, F5, F6, F7, P1) Para aliviar um pouco o sofrimento, gosta de assentar na porta de sua casa e ficar admirando as montanhas. Costuma ficar por duas, três horas olhando as montanhas, o pôr-do-sol, as garças e os passarinhos. Sente que, ao fazer isso, Deus vai ajudando e o sofrimento vai amenizando.

CONTEXTO DE VIDA

S4 – O trabalho

(S4, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, P1, P6, P2) Inicialmente não parou de trabalhar com o aparecimento da ferida. Trabalhava em um restaurante até o ano de 2000, mas, por ter que andar durante quase uma hora e meia para chegar ao serviço, sentia que a perna estava inchando e piorando. Associando isso ao fato de que os patrões iriam mudar para o Paraná, pediu demissão e depois não arrumou mais emprego, ficando em casa.

S2 - O medo

(S2, F4, F5, J5, F6, J6, P1) Apresenta reações desagradáveis em seu corpo que a fazem se sentir mal quando sai de casa e por isso perdeu a vontade de sair. (S2, F11, J9, F12, J10) Traduz essas sensações como medo (S2, F22, F23, J16, F24, P1), que começou dentro de um ônibus, em 1981, ao passar no túnel da Lagoinha. A sensação era de que o túnel iria cair. (S2, J7, F7, F8, P1) Evita de ir ao centro da cidade para não passar nesse túnel. É um medo terrível! (S2, F17, J13, F18, J14, P1) Essa sensação assemelha-se ao que sente quando está em algum lugar no meio de várias pessoas, como já aconteceu na casa de sua mãe. (S2, F27, F28, J18, P1) Não tinha ferida na perna nessa época. Desde que começou, nunca conseguiu se livrar desse medo de sair de casa.

S9 – Apoio familiar

(S9, F1, P6) A filha ajuda nas tarefas domiciliares porque está desempregada. Não sabe como será quando ela voltar a trabalhar. (S9, F5, F6, F7, F8, J2, F9, J3, P1, P6) Fica com o neto que, se precisar, ajuda nas tarefas de casa, porém acha difícil, porque não se pode mandar homem fazer de tudo.

A FERIDA COMO OBJETO DESCONHECIDO

S5 – O surgimento da ferida

(S5, F6, F7, F8, F9, J1) A ferida surgiu após um ferimento que ocorreu quando limpava um terreno cheio de “ganchos”. Inicia-se aí o seu sofrimento. A ferida começou a ficar “preta” e só procurou ajuda no centro de saúde quando não aguentou mais a dor. Ao ser avaliada, a moça levantou “aquele cascão” e disse que a perna estava podre. Desse momento em diante entrou em desespero e dessa época para cá foi só sofrimento.

S7 – O entendimento sobre a ferida

(S7, F1, F2, F3, F4, F5, P1, P8) Não sabe a causa de sua ferida. Não entende por que a ferida tornou-se crônica, uma vez que não é portadora de diabetes nem pressão alta. (S7, F6, F7, P1) Já fez enxerto e já retirou a safena, o que não adiantou. Quando a ferida começa a fechar, abre novamente.

S6 – Sentimentos e sensações em relação à ferida

(S6, F5, J3, P1, P2) Fica sem saber se esse problema é hereditário ou não, pois seu pai morreu com uma ferida como essa e sua mãe diz que é hereditário.

S14 - O entendimento sobre a ferida

(S14, J1, F1, F2, F3, F4, P1, P2, P5) Acredita que a causa de sua ferida seja o fato de ter usado muito salto alto e que as veias, por serem fracas, estouraram, mas não sabe realmente se isso tem fundamento.

EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CURA DA FERIDA**S13 - O que espera dos profissionais de saúde**

(S13, F1, J1, F2, J2, F3, J3, F4, J4, F5, P8, P1) Espera que os profissionais continuem olhando pelas pessoas e que com a ajuda de Deus consigam fechar a ferida. Confia nos profissionais e gostaria que lhe dissessem verdadeiramente se sua ferida tem cura ou não.

Após as análises, surgiram quatro grandes categorias relacionadas ao sofrimento na vida dos pacientes gerado pela existência de úlceras venosas: contexto de vida; impacto da existência da ferida no cotidiano; o conhecimento sobre a ferida: causas, tratamentos, cuidados, curativos; expectativas em relação à cura e ao tratamento da ferida. A leitura transversal objetiva encontrar o que é comum e o que é divergente no conjunto das entrevistas e pode-se, então, comparar e categorizar as representações ali existentes (QUADRO 3).

ETAPA TRANSVERSAL

Quadro 3 – Relação das categorias com os discursos dos entrevistados

CONTEXTO DE VIDA	IMPACTO DA EXISTÊNCIA DA FERIDA NO COTIDIANO	O CONHECIMENTO SOBRE A FERIDA: CAUSAS, TRATAMENTO, CUIDADOS, CURATIVO	EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CURA E AO TRATAMENTO DA FERIDA
E1	E1	E1	E1
	E2	E2	E2
E3	E3	E3	E3
E4	E4		E4
	E5	E5	E5
E6	E6	E6	E6
E7	E7	E7	
E8	E8	E8	E8
E9	E9	E9	E9
E10	E10	E10	E10
	E11	E11	E11
E12	E12	E12	E12

Fonte: elaborado pela autora.

Da análise do conjunto de representações emergiram subcategorias apresentadas a seguir:

Cor

Rosa: Subcategorias

Categoria: CONTEXTO DE VIDA

1. As boas relações sociais são fundamentais para trazer alegria, apesar da ferida

Ir à Igreja, participar do grupo de idosos, ir a festas seria uma distração. A visita das pessoas representa afeto e amizade (E1);

sair para almoçar com a família era motivo de alegria (E2);

a vida é maravilhosa quando se pode sair, viajar, ir a festas (E3);

ter um companheiro representaria felicidade, pois é possível passear, encontrar amigos e sorrir juntos (E4);

é preciso sair e encontrar pessoas para brincar um pouquinho e sorrir. A ferida atrapalha a continuar dançando (E5);

“é muito bom fazer uma coisa de que a pessoa goste” (E6);

a única distração é quando recebe uma visita (E12);

em eventos especiais as pessoas querem a presença de familiares queridos (E8).

2. Ter pouco dinheiro torna a vida difícil

A pobreza torna a vida difícil (E1);
 a vida complica para quem ganha pouco e precisa gastar com medicamentos e materiais que não são fornecidos pelo centro de saúde (E2);
 é preciso trabalhar quando se é pobre, mesmo com dificuldades, como o caso de ter uma ferida na perna (E4);
 o trabalho é algo muito importante (E5);
 quem ganha salário mínimo não tem lazer (E7);
 ter uma vida normal é poder trabalhar e ter um salário (E8);
 antigamente passava-se muita dificuldade na vida (E9);
 com apenas um salário mínimo de aposentadoria, fica difícil pagar as contas de casa (E10);
 o médico trata mal as pessoas porque elas são pobres, e não deveria ser assim, porque ninguém é melhor que ninguém. Ganha um salário e fica difícil pagar alguém para comprar o que precisa (E12).

Categoria: IMPACTO DA EXISTÊNCIA DA FERIDA NO COTIDIANO

1) Úlcera venosa dói

O sofrimento é representado pela dor e pela sensação de inutilidade (E1);
 “todo mundo” que tem esse tipo de ferida, sofre, não tem mais a alegria que tinha antes e tem uma tristeza na vida, porque é difícil viver com dor (E2);
 o único problema é a dor (E3);
 a dor impedia de fazer qualquer coisa (E5);
 tomar comprimidos diariamente para alívio da dor tornou-se um compromisso (E6);
 a dor gera muito sofrimento (E9);
 a dor lhe tira o sono (E10);
 a dor faz sofrer quem a sente e aqueles que estão próximos e que se comovem com a dor do outro (11);
 a dor é tão grande que não há lugar para colocar o pé (E12).

2) Ter úlcera venosa atrapalha o cotidiano: a ferida interfere negativamente na vida

Não poder usar sapatos para as ocasiões festivas é terrível, incomodar os outros para ser ajudada quando sai na rua (sente-se mal) (E1);
 é ruim depender de alguém para sair de casa porque sair de ônibus é um incômodo (E11);
 bom é ser independente (E1);
 quando se pode fazer as coisas não há motivos para tristeza (E2);
 a vida é maravilhosa quando se pode sair, viajar, ir a festas. Morrer é deixar de ser como já foi quando podia fazer o que gostava (E3);
 teria que estar fazendo os serviços domésticos, mas não está conseguindo. A idade avançada e a ferida na perna a impedem de fazer o que precisa ser feito (E9);
 o bom é ser independente (E11);
 deixa de comer pão porque tem que pagar alguém para comprar (E12);
 é preciso pensar para andar. Não se pode mais andar depressa (E5);
 é preciso pensar antes de ir a qualquer lugar (E2);
 sair de casa pode ser perigoso, pois podem pisar em seu pé (E8);

não poder usar sapatos para as ocasiões festivas é terrível (E1);
 não há como ir em festas de casamento e formatura sem usar sapato social com vestido (E8);
 o sofrimento é representado por não poder calçar um sapato bom (E7).

3) Úlcera venosa causa constrangimento

É constrangedor mostrar que tem uma ferida na perna. Ter uma ferida na perna o faz pensar no que as pessoas podem estar pensando, que justifique o fato de não lhe oferecerem mais trabalho. Sente-se muito ofendido com isso (E5);
 é muito constrangedor quando se exala mau cheiro proveniente da ferida (E6);
 ter uma ferida significa ser uma pessoa sem sorte em relação às demais (E7);
 o bom na vida é ser igual a todas as pessoas (E2);
 é humilhação ser cumprimentada com comentários em relação à ferida (E12);
 sentir-se menosprezado é sentir-se como um lixo. Quem tem coração e está passando por alguma dificuldade sente o desprezo das pessoas (E11).

4) É preciso ter resiliência quando se tem uma ferida crônica

É preciso aguentar o que vier (E7);
 o sofrimento faz parte da vida. Cada pessoa tem o seu (E9);
 é preciso paciência. Tem gente que está muito pior (E10);
 a vida é uma luta (E1);
 é normal sofrer quando se tem uma ferida que não se cura definitivamente (E5);
 guerreiro não pode perder a esperança (E11);
 é preciso ajuda de Deus para ter paciência (E12).

5) A recidiva da ferida é uma certeza

Não adianta ir ao médico, clínico geral, angiologista, gastar com tratamentos, porque depois a ferida volta novamente. Por ser um problema de varizes não dá para tratar com a médica do posto, e por isso paga consultas particulares com angiologistas (E1);
 a recidiva da ferida é uma certeza (E2);
 ter feito enxerto e retirada da safena não adiantou, porque quando a ferida começa a fechar, abre novamente (E3);
 pessoas que têm feridas na perna possuem o mesmo tipo de sofrimento devido às recidivas da ferida (E5);
 o problema são as recidivas da ferida (E7).

Categoria: O CONHECIMENTO SOBRE A FERIDA: CAUSAS, TRATAMENTOS, CUIDADOS, CURATIVO

1) Feridas que não cicatrizam aparecem em pessoas com diabetes

Feridas aparecem em pessoas que são diabéticas (E1);
 feridas que não cicatrizam aparecem em pessoas que têm diabetes e pressão alta (E3);
 a fala dos médicos dizendo que não há doença reforça a crença de que a ferida foi algo “jogado” pela família do marido (E4);
 não tem problemas de saúde que justifique a ferida não fechar, nem mesmo diabetes, pois pode comer de tudo (E10);

trombose e diabetes são doenças que propiciam o aparecimento de feridas (E11); feridas comuns saram depressa, úlceras varicosas não, feridas em pessoas diabéticas não saram nunca (E12).

2) Alguns alimentos e hábitos interferem negativamente na cicatrização de úlceras venosas

Deve-se evitar a ingestão de carne de porco, pimenta, bebida alcoólica, mostarda, ovo de galinha caipira, entre outros alimentos (E2);

considera como extravagância fumo, ingestão de bebida alcoólica e ingestão de alimentos “quentes”: pimenta, carne de porco, jiló, quiabo, mostarda (E6);

hábitos inadequados como dormir tarde, beber (bebida alcoólica), comer fora de hora, não comer verdura e comer carne de porco favorecem o aparecimento de feridas na perna (E7);

Existem comidas remosas e venenosas que podem prejudicar a ferida, como algumas carnes, por exemplo (E11).

3) É difícil fazer terapia compressiva

O fato de parar de usar a meia faz a ferida abrir novamente. Isso significa que o uso da meia não traz benefícios (E1);

não se deve apertar a faixa após o curativo, para não repuxar e a perna não escurecer (E3);

usar meias elásticas de nada adianta para obtenção da melhora da ferida. Meias elásticas fazem a perna coçar e não se pode apertar a faixa após o curativo para não doer (E6);

a médica insistia com o uso da bota de Unna porque não era ela quem passava pelo constrangimento de ficar exalando mau cheiro por onde andava (E6).

4) Varizes e feridas pequenas não representam algo sério e pode-se fazer o próprio curativo em casa, desde que se tenha cuidado e condições adequadas

A ferida, quando está pequena, não é problema, porque é possível fazer o curativo em casa (E1);

feridas pequenas não representam algo sério (E5)

o fornecimento de materiais para fazer o curativo pelos profissionais do centro de saúde é uma questão de “boa vontade” (E2).

5) Idade avançada, herança genética, problemas circulatórios, varizes e cirurgia de varizes são causas de úlceras venosas

A ferida pode ser hereditária (E3);

a idade avançada e a herança genética são causas da ferida (E7);

o uso de salto alto pode prejudicar a circulação das pernas e ajudar com que veias fracas estourem, causando feridas (E3);

ficar muito tempo em pé e com bota prejudica a saúde e pode favorecer o surgimento de feridas na perna (E7);

fazer aplicações nas varizes, no início delas, diminui o risco de ter uma ferida dessas na perna (E8);

cirurgia errada deve ser o motivo de a ferida não fechar (E1);

a principal causa do surgimento da ferida foi ter feito a cirurgia de varizes (E7).

Categoria: EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CURA E AO TRATAMENTO DA FERIDA

1) O uso de antibióticos auxilia na cicatrização de feridas

Benzetacil é utilizada para fechar a ferida (E1);
tomar antibiótico é bom para o tratamento da ferida (E5);
o uso de antibiótico é importante para a melhora da ferida (E6);
tomar remédio pode ser bom para sarar a ferida (E10).

2) Crenças espirituais: tratamento e cura

Curandeiros poderiam ajudar para que a ferida nunca mais voltasse (E2); quando não se cura com remédios, é preciso tentar com rezas e “benzeções” (E9);
A ferida foi “jogada” pela família do marido (E4);
não se pode julgar as pessoas dizendo que a ferida possa ser mau olhado de alguém, embora chegue a pensar. Peço a Deus para perdoar meus pecados (E10);
é Jesus quem irá lhe curar (E4);
somente Deus conseguirá dar um jeito nessa ferida, mas que seja feita a vontade dEle (E9);
a esperança de cura está em Deus (E10);
há esperança porque há um Deus no céu (E11);
a fé em Nossa Senhora pode ajudar a encontrar a cura para a ferida (E12).

3) Os médicos, principalmente o angiologista, são os quem detêm o conhecimento necessário para o tratamento de úlceras venosas.

A falta de esperança está diretamente relacionada ao que dizem os médicos. A confiança nos médicos assemelha-se à confiança em Deus, pois os médicos entendem, são especialistas, estudam para isso (E8);
não reconhece o tratamento de enfermagem como um direito e não vê o enfermeiro como tal, mas como um “um menino que Deus preparou para ir lá” e, por isso, é tratado com um filho da casa (E9);
para descobrir a causa da ferida é preciso consultar com angiologista e não com a clínica geral (E1);
o estudo é uma coisa boa porque se descobrem as coisas por meio dele (E1);
apesar de não ter médico especialista no centro de saúde, eles entendem bem sobre tratamento dessas feridas, assim como os enfermeiros e as meninas que fazem o curativo (E8).