

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Fabiana Gonring Xavier**

**SIGNIFICADO DE DEMANDAS DE CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVENCIAM  
ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA  
ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro  
2016

Fabiana Gonring Xavier

**SIGNIFICADO DE DEMANDAS DE CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVENCIAM  
ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA  
ENFERMAGEM**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) como requisito necessário à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gláucia Valente Valadares

Rio de Janeiro  
2016

### CIP - Catalogação na Publicação

X3s Xavier, Fabiana Gonring  
Significado de demandas de cuidado de pessoas  
que vivenciam úlceras crônicas de membros  
inferiores: contribuições para enfermagem / Fabiana  
Gonring Xavier. -- Rio de Janeiro, 2016.  
191 f.

Orientadora: Glaucia Valente Valadares.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio  
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Úlceras crônicas de membros  
inferiores. 3. Demandas de cuidado. 4. Teoria  
Fundamentada nos dados. 5. Interacionismo simbólico.  
I. Valadares, Glaucia Valente, orient. II. Título.

Fabiana Gonring Xavier

**SIGNIFICADO DE DEMANDAS DE CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVENCIAM  
ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA  
ENFERMAGEM**

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2016

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glaucia Valente Valadares - Presidente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Edla de Oliveira Bringuente - 1<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Geilsa Soraia Cavalcante Valente - 2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida Titonelli Alvim - 3<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jaqueline da Silva - 4<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josete Luzia Leite – Suplente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Cristina de Andrade Pires Olympio – Suplente

Rio de Janeiro

2016

A **Luis Francisco**, meu filho amado tão pequeno e tão sábio, por estar sempre ao meu lado dividindo as alegrias e as fragilidades da vida. Como sempre digo: Deus me deu uma benção. Você é meu sol, meu céu, minha terra, meu mar, minha alegria, minha inspiração, um pedaço de mim. Te imaginei e ainda antes de nascer já te amava. Dedico a você todo o meu esforço. Te amo hoje e sempre!

À **Ana e Francisco**, mãe e pai tão queridos. Agradeço pelo dom da minha vida, pelo apoio incondicional, pelo amor sem reservas, por tudo o que vivemos e superamos. Sou eu, desse jeito só meu, com um pedaço de cada um de vocês. Dedico e agradeço tudo o que tenho e o que sou. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Agradecer também permite revisitar todos os pontos, pontes, medos, vitórias e experiências pelas quais passei até chegar a este ponto do trabalho. Dessa forma, é grande o número de pessoas e instituições que estiveram presentes e contribuíram nesta viagem que se iniciou em 2013.

À Deus pelo dom da vida, por todas as bênçãos concedidas, pela força e presença sempre sentidas que me guiam em todos os caminhos da minha existência.

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) que propiciaram através do convênio interinstitucional a possibilidade de cursar o Doutorado em enfermagem.

À Coordenação do projeto DINTER EEAN e UFES pela competência, disponibilidade, atenção e cuidado em prol da construção coletiva de desejos e anseios individuais. Essa vitória só foi possível mediante o empenho e excelência desta coordenação.

Ao Departamento de Enfermagem da UFES, pela concretização do projeto DINTER, por todos os esforços empreendidos, por acreditarem e incentivarem seus pares.

Aos professores da disciplina saúde do adulto por assumirem com esmero as atividades da graduação nos períodos de afastamento. Não poderia deixar de mencionar nominalmente os meus amigos de jornada de trabalho e de vida. Professores Paula Cristina de Andrade Pires Olympio, Fábio Lúcio Tavaves, Karla de Melo Batista, Lorena Barros Furieri, Walckiria Romero Garcia Sipolati, José Guerino Pin, Kallen Dettmann Wandekoken, Jeremias Campos Simões. Obrigada por todo o carinho, compreensão e incentivo.

Aos colegas de turma, por poder compartilhar os sonhos e desejos. Pelos momentos de aprendizado, alegrias e vitórias. Essa experiência foi única, porque foi com as

experiências de cada um de vocês que signifiquei e ressignifiquei as minhas próprias experiências, em um processo contínuo de construção e reconstrução.

Aos meus alunos que no dia-a-dia da vida acadêmica ensinam-me o quanto é importante ir além das relações formais acadêmicas e construir uma relação fraterna.

Às pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores que compartilharam suas vidas, desejos e necessidades. Os resultados deste estudo, na conformação que se encontram só foram possíveis mediante as suas experiências.

À minha orientadora professora Glaucia Valente Valadares por todos os ensinamentos, disponibilidade e pelos momentos de reflexão, e ainda por toda a compreensão durante a minha trajetória acadêmica enquanto doutoranda. A você minha admiração e gratidão.

Às bancas de qualificação e de defesa, por todas as orientações e pela significativa contribuição para a construção desta tese.

Às pessoas que são parte da minha essência: Luis Francisco, Pai e mãe, sem vocês eu não seria e estaria onde estou vocês são parte essencial da minha existência.

## RESUMO

Xavier, F.G, **Significado de demandas de cuidados de pessoas que vivenciam úlceras crônicas de membros inferiores: contribuições para enfermagem.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: Conhecer as demandas de cuidados das pessoas que são afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores a partir de uma perspectiva de apreensão integral do ser humano entusiasma a ponderação sobre a natureza do cuidado na área em tela, o que é essencial para a enfermagem como disciplina e profissão. Objetivo geral: Analisar os significados atribuídos as demandas de cuidado pelas pessoas com úlcera crônica de membro inferior. O Interacionismo simbólico foi utilizado como referencial teórico, tendo aproximação com a enfermagem a partir do momento que cria possibilidades para o desenvolvimento do cuidado humano interativo. Referencial Metodológico: A Teoria Fundamentada nos Dados assumiu o pólo morfológico e o pólo técnico do estudo. As cenas sociais foram as unidades de saúde de Jardim Camburi e de Maruípe. Para a produção dos dados foram realizadas entrevistas utilizando o roteiro semi-estruturado, com 4 grupos amostrais, totalizando 20 pessoas que atenderam aos critérios de inclusão. Resultados: Após o processo de codificação dos dados, apresenta-se como fenômeno central: Protagonizando a vida com úlceras crônicas de membros inferiores a partir do significado das demandas de cuidado, gerando a Tese: As pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores expressam suas demandas de cuidado valorizando majoritariamente a dimensão biofisiológica, o que implica negativamente no cuidado de si, favorecendo a cronicidade do agravo, sendo necessárias ações e atitudes profissionais de cuidado, que compartilhem o conhecimento, os saberes e as práticas, em prol do advento da consciência crítica, da autonomia libertadora, da postura cidadã e da resignificação multidimensional do ser. Considerações finais: Observa-se a complexidade e ao mesmo tempo o desafio em apontar que para além da reflexão se faz necessária uma reorganização individual e coletiva que supere/desconstrua um processo de aprendizado e significados centrado no cuidado técnico, para um processo de subjetivação que supõe alterar atitudes, mobilizar para novos significados, em uma nova relação de compromisso, colaborando para a mudança no sistema de cuidados na atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Úlceras crônicas de membros inferiores. Cuidado. Enfermagem.

## ABSTRAT

Xavier, F.G, **Meaning of care demands of people who experience chronic ulcers of the lower limbs: contributions to nursing.** Thesis (Ph.D. in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016

Introduction: Knowing the demands of care of people who are affected by chronic ulcers of the lower limbs from a full apprehension perspective of human excites the consideration of the nature of care in the area on screen, which is essential for nursing as discipline and profession. General Objective: To analyze meanings attributed to care demands by people with chronic lower limb ulcer. Symbolic Interactionism was used as a theoretical framework, having approach to nursing from the moment that creates possibilities for the development of interactive human care. Methodological reference: Grounded Theory took on morphological pole and technical of the study. The scenes social were the health units Garden Camburi and Maruípe. For the production of data were realized interviews using script semi-structured, With 4 sample groups, totaling 20 people who met the inclusion criteria Results: After the data coding process, presents as central phenomenon: starring life with chronic ulcers of the lower limbs from the meaning of care demands, generating Thesis: People affected by chronic ulcers of the lower limbs express their care demands by valuing the biophysiological dimension, which implies a negative self care, favoring the chronicity of the illness, and professional care actions and attitudes are needed, sharing the knowledge, the Knowledge and practices, in favor of the advent of critical awareness, autonomy liberating, citizen's posture and the multidimensional resignification of being. Final considerations: Note the complexity and at the same time the challenge to point out that in addition to the reflection individual reorganization and collective is necessary to overcome / deconstruct a learning process and meanings centered on technical care for a subjective process that supposed to change attitudes, mobilize for new meanings in a new relationship of commitment, contributing to the change in the care system in primary health care.

Keywords: Chronic ulcers of the lower limbs. Care. Nursing

## RESUMEN

Xavier, F.G, **Significado de las demandas de atención de las personas que sufren de úlceras crónicas de las extremidades inferiores: contribuciones a la enfermería.** Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

Introducción: Conocer las demandas de cuidados de las personas que se ven afectadas por úlceras crónicas de miembros inferiores desde una perspectiva de aprehensión integral del ser humano entusiasma la ponderación sobre la naturaleza del cuidado en la zona en la pantalla, lo que es esencial para la enfermería como disciplina y profesión. Objetivo general: Analizar los significados atribuidos a las demandas de atención de las personas con úlcera crónica del miembro inferior. El Interaccionismo simbólico se utilizó como referencial teórico, teniendo acercamiento con la enfermería a partir del momento en que crea posibilidades para el desarrollo del cuidado humano interactivo. Referencial Metodológico: La Teoría Fundamentada en los Datos asumió el polo morfológico y técnico del estudio. Las escenas sociales fueron las unidades de salud de Jardim Camburi y de Maruípe. Para la producción de los datos se realizaron entrevistas con el guión semi-estructurado, con 4 grupos de muestras, un total de 20 personas que atendieron a los criterios de inclusión. Resultados: Tras el proceso de codificación de los datos, se presenta como fenómeno central: Protagonizando la vida con úlceras crónicas de miembros inferiores, a partir del significado de las demandas de cuidado, generando la Tesis: Las personas afectadas por úlceras crónica en las piernas expresan sus demandas de atención valorando sobre todo la dimensión bio-fisiológica, lo que implica efectos negativos sobre cuidado de sí mismo, favoreciendo la cronicidad de la lesión, lo que requiere acciones y el tratamiento de las actitudes profesionales, para compartir el conocimiento, conocimientos y prácticas, para promover el advenimiento de la conciencia crítica, la autonomía liberadora, la postura de los ciudadanos y replanteo multidimensional del ser. Consideraciones finales: se Observa la complejidad y al mismo tiempo el desafío en señalar que además de la reflexión se hace necesaria una reorganización individual y colectiva que supere/desconstrua un proceso de aprendizaje y significados centrado en el cuidado técnico, para un proceso de subjetivación que supone cambiar actitudes, para movilizar nuevos significados, en una nueva relación de compromiso, colaborando para el cambio en el sistema de cuidados en la atención básica de salud.

Palabras clave: Úlceras crónicas de miembros inferiores. Cuidado. Enfermería.

Como saber onde vai dar,  
Se no encontro com o outro eu estou a me transformar.  
Vivo, mudo, crio e me recio como o sol que dá a luz,  
E permite a vida continuar.

Como saber onde vai dar,  
Se cuido, sou cuidada,  
E ainda me confundo no que é o cuidar.

Como o sol que sempre está lá,  
Que eu seja a luz no encontro do cuidar,  
Para vidas poder transformar  
E poder imaginar onde podemos chegar!

Fabiana Gonring Xavier

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AEV	Associação Educacional de Vitória
AS	Agente social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COHAB-ES	Companhia Habitacional do Espírito Santo
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EMESCAM	Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
ES	Espírito Santo
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos industriários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS	Interacionismo Simbólico
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
NHP	Nottingham Health Profile
NUCLEARTE	Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
QV	Qualidade de vida
SC	Santa Catarina
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos dados
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USB	Unidade de Saúde Básica
USP	Universidade de São Paulo

## ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Nascer do sol praia do Morro Guarapari – ES .....	17
Figura 2	Nascer do sol praia dos namorados Guarapari – ES .....	22
Figura 3	Nascer do Sol da Cidade de Vitória – ES .....	44
Figura 4	Orla da Praia de Camburi - Vitória – ES .....	53
Figura 5	Caminhando até o sol .....	66
Figura 6	Região administrativa 4 – Maruípe .....	70
Figura 7	Região administrativa 8 – Jardim Camburi .....	71
Figura 8	Nascer do Sol em Vitória – ES .....	86
Figura 9	Por do sol em Vitória – ES .....	134
Figura 10	Por do sol Colatina – ES .....	149
Figura 11	Guarapari – ES .....	157

### LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Recorte da organização dos dados brutos e códigos preliminares da entrevista 2 .....	73
Quadro 2	Fenômenos segundo o modelo paradigmático .....	75
Quadro 3	Memorando 1 .....	77
Quadro 4	Caracterização dos Agentes Sociais, segundo doenças de base. Vitória-ES 2015 .....	83
Quadro 5	Desvelando a luz das pessoas o processo de desenvolvimentos das úlceras crônicas de membros inferiores: o início de tudo .....	87
Quadro 6	Apresentação dos Sentimentos Manifestados .....	96
Quadro 7	Experenciando no cotidiano contextual as úlceras crônicas de membros inferiores: vida e sobrevivência das pessoas.....	100
Quadro 8	Identificando as influências da interação na trajetória da pessoa ferida .....	109
Quadro 9	Significando o cuidado com o corpo ferido: a pessoa no enfrentamento da cronicidade .....	116
Quadro 10	Estratégias utilizadas a partir das percepções dos fatores que interferem na dor, na cicatrização e no cuidado .....	118
Quadro 11	Produtos utilizados para tratamento das úlceras crônicas citados pelos agentes sociais .....	122
Quadro 12	Ressignificando a vida diante de uma situação limitante: a nova pessoa que emerge .....	127

## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	Representação da Interação dos Conceitos do Interacionismo Simbólico .....	50
Diagrama 2	Representação da interação dos conceitos do Interacionismo simbólico, associados ao objeto do estudo.	52
Diagrama 3	Fases da análise de dados utilizadas na TFD .....	64
Diagrama 4	Modelo paradigmático simplificado inicial .....	74
Diagrama 5	A busca pelo serviço de saúde pela visão da agente social	78
Diagrama 6	Demandas procedimentais relacionadas aos serviços de saúde .....	90
Diagrama 7	Desvelando a luz das pessoas o processo de desenvolvimento das úlceras crônicas de membros inferiores: o início de tudo .....	99
Diagrama 8	Significados à vida com úlcera crônica pela visão dos agentes sociais .....	102
Diagrama 9	Experenciando no cotidiano contextual as úlceras crônicas de membros inferiores: vida e sobrevivência das pessoas .....	107
Diagrama 10	Resultados esperados pelos agentes sociais .....	113
Diagrama 11	Identificando as influências da interação na trajetória da pessoa ferida .....	114
Diagrama 12	Significando o cuidado com o corpo ferido: a pessoa no enfrentamento da cronicidade .....	125
Diagrama 13	Atividades registradas pelos agentes sociais que deixaram de ser realizadas pela presença da ulceração .....	131
Diagrama 14	Ressignificando a vida diante de uma situação limitante: a nova pessoa que emerge .....	133
Diagrama 15	Posição central do agente social no direcionamento das demandas de cuidado .....	141
Diagrama 16	Demandas de cuidado abstraídas dos dados .....	143
Diagrama 17	Protagonizando a vida com úlceras crônicas de membros inferiores a partir do significado das demandas de cuidado	144

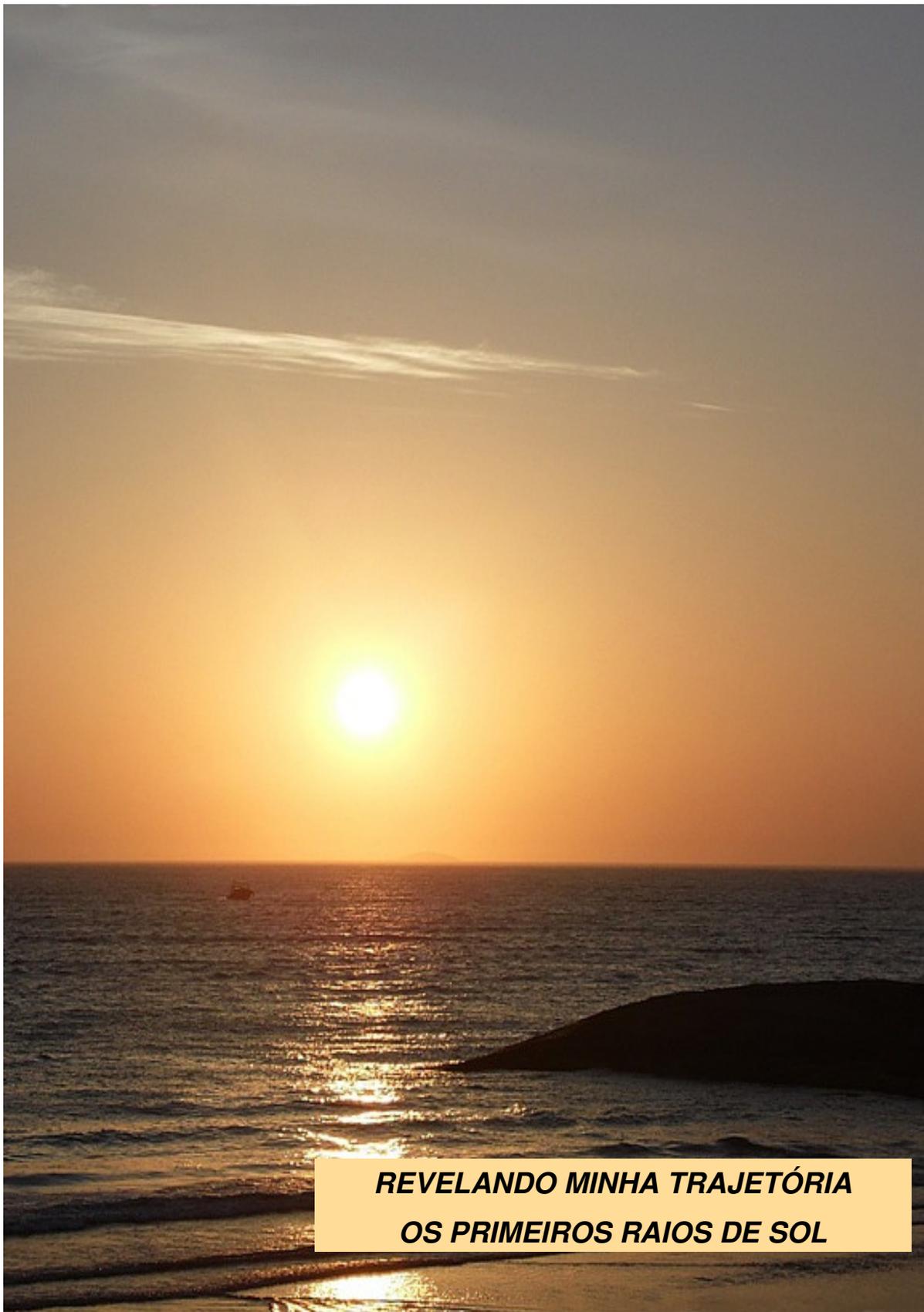
**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1.	Caracterização dos agentes sociais, segundo sexo. Vitória-ES 2016.....	81
Tabela 2.	Caracterização dos agentes sociais, segundo idade. Vitória-ES 2016 .....	81
Tabela 3.	Caracterização dos agentes sociais, segundo Profissão. Vitória-ES 2016 .....	82
Tabela 4.	Caracterização dos agentes sociais, segundo Estado Civil. Vitória-ES 2016 .....	83
Tabela 5.	Caracterização das ulcerações, segundo classificação diagnóstica. Vitória-ES 2016 .....	84
Tabela 6.	Caracterização das ulcerações, segundo tempo. Vitória-ES 2016 .....	84

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS</b> .....	xi
<b>ILUSTRAÇÕES</b> .....	xii
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	xiv
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
<b>CAPÍTULO I</b> <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	23
<b>CAPÍTULO II</b> <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	45
<b>CAPÍTULO III</b> <b>REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	54
<b>CAPÍTULO IV</b> <b>O CAMINHO ATÉ A ANÁLISE DOS DADOS</b>	
4.1 PRECEITOS ÉTICOS .....	67
4.2 CONHECENDO AS CENAS SOCIAIS.....	68
4.3 REALIZANDO AS ENTREVISTAS .....	72
4.4 ORGANIZANDO O MATERIAL EMPÍRICO PARA ANÁLISE.....	76
4.5 CARACTERIZANDO A AMOSTRA.....	79
<b>CAPÍTULO V</b> <b>DESVELANDO A LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE</b> <b>DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS</b> <b>INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO</b> .....	87
<b>CAPÍTULO VI</b> <b>EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS</b> <b>DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS</b> .....	100
<b>CAPÍTULO VII</b> <b>IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA</b> <b>PESSOA FERIDA</b> .....	109
<b>CAPÍTULO VIII</b> <b>SIGNIFICANDO O CUIDADO COM CORPO FERIDO: A PESSOA NO</b>	

<b>ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE .....</b>	<b>115</b>
<b>CAPÍTULO IX</b>	
<b>RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE .....</b>	<b>126</b>
<b>CAPÍTULO X</b>	
<b>APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO.....</b>	<b>135</b>
<b>CAPÍTULO XI</b>	
<b>DIALOGANDO COM OS AUTORES A PARTIR DO FENÔMENO CENTRAL.....</b>	<b>150</b>
<b>CAPÍTULO XII</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>158</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>166</b>
<b>ANEXOS</b>	
A – Fluxo para Encaminhamento de Solicitações de Projetos de Pesquisa na SEMUS .....	178
B – Protocolado 25771/2014 – Assunto – Solicitação para realização de pesquisa	179
C – Declaração de Autorização para realização da pesquisa.....	180
D – Parecer Consubstanciado do CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ .....	181
E – Carta de Apresentação do Pesquisador para as unidades de Saúde .....	184
<b>APÊNDICES</b>	
A - Carta de Solicitação para Realização da Pesquisa .....	186
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	187
C – Roteiro de Entrevista Semi-estruturado .....	190
D – Formulário para Caracterização dos Agentes Sociais.....	191



**REVELANDO MINHA TRAJETÓRIA  
OS PRIMEIROS RAIOS DE SOL**

Figura 1: Nascer do sol praia do Morro Guarapari.

Fonte: <https://pixabay.com/pt/nascer-do-sol-praia-amanhecer-577212/>

## APRESENTAÇÃO

Analisar o significado das demandas de cuidado das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores possibilita a ampliação da discussão das dimensões do cuidado e a construção de conhecimento nesta área. Desse modo, os construtos advindos desta tese podem ampliar e retroalimentar estudos relacionados às demandas na área de cuidados às pessoas com feridas e com outros agravos crônicos assemelhados ou que fazem nexos.

Considerando a teorização sobre o assunto será possível a transversalidade nas discussões e proposições. Isto a fim de compreender em profundidade o que constitui para o ser humano vivenciar uma situação de cronicidade, cuja cura é um processo dinâmico de significações e ressignificações da experiência humana da vida.

O meu interesse pela área de tratamento de feridas surgiu inicialmente durante a prática assistencial em outra especialidade - a enfermagem em unidade de tratamento intensivo. Vivenciar a assistência de 1998 a 2001 em unidade de terapia intensiva, em dois hospitais de grande porte da grande Vitória da rede particular e da rede pública, possibilitou-me compreender a dimensão complexa do cuidado, principalmente, no tocante às pessoas com feridas.

Como docente atuei durante 14 anos no curso de graduação em enfermagem da Associação Educacional de Vitória (AEV) e na Faculdade Salesiana nas disciplinas de semiologia, saúde do adulto, procedimentos de enfermagem, lesões cutâneas e saúde do trabalhador, bem como na pós-graduação, no curso de assistência de enfermagem em terapia intensiva na AEV e na Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM).

Neste contexto, em 2002 iniciei o Mestrado interinstitucional entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Associação Educacional de Vitória (AEV). Os resultados da minha dissertação, intitulada: "*Lembranças de nossos avós: práticas de saúde em Vitória – ES (1930 a 1950)*", dedica um capítulo sobre as formas de tratamento de feridas, visto que os ferimentos de pernas e pés apareceram citados em 90% nos relatos da história oral dos entrevistados.

Os dados do referido estudo demonstraram que houve predominância em todos os depoimentos de referências aos tratamentos com plantas, associados à

rezas e benzeduras, além da lavagem dos ferimentos com urina e sal grosso. Compressas quentes e frias, compressas de farinha, bem como a utilização de polvilho.

Portanto, percebe-se que no Espírito Santo (ES) o tratamento das doenças, com ênfase no tratamento das pessoas com feridas, era baseado em agentes informais que utilizavam desde recursos da fitoterapia até as práticas mágico-religiosas. Histórico que se aproxima da realidade de outras localidades.

Assim, tendo o estudo apontado para o tratamento de feridas de pernas e pés como uma área que permeia o histórico dos indivíduos, quando abordados sobre práticas de saúde, a banca sugeriu a implantação de uma disciplina sobre tratamento de feridas para que o assunto pudesse ser discutido no curso de graduação em enfermagem da AEV.

A disciplina foi inserida no currículo como optativa no segundo semestre do mesmo ano de defesa e foi ministrada de 2005 a 2010. Durante os cinco anos de atuação foram realizados projetos de extensão junto às unidades do Bairro São Pedro e outras localidades, cursos de fitoterapia para o tratamento de feridas em parceria com a Secretaria Municipal de Vitória (SEMUS), acompanhando aproximadamente 2000 clientes com úlceras de diversas etiologias, principalmente, as úlceras crônicas de membros inferiores. Tais projetos foram apresentados como relato de experiência no V Congresso Brasileiro de prevenção e tratamento de feridas no ano de 2015 em Florianópolis-Santa Catarina (SC).

Na perspectiva dos projetos de extensão, a assistência prestada aos clientes foi direcionada para a cicatrização do ferimento com a utilização de produtos tópicos e realização de curativos. Contudo, durante a trajetória vivenciei situações diversificadas que ultrapassaram a simples realização da técnica.

Abre-se neste momento a possibilidade para a construção da dimensão expressiva do cuidado, de tal modo era preciso estar perto, ouvir, perceber, para conseguir distinguir situações singulares do indivíduo e da família, pois independente de fatores socioeconômico, cultural, religioso, entre tantos outros, todos apresentavam sentimentos, atitudes e práticas que lhe faziam sujeitos do cuidado fundamentalmente.

Concomitantemente aos projetos, ainda enquanto docente de instituições particulares, em 2009 fui aprovada no concurso para professora 20 horas da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), tomando posse em 2010. Neste

caminho, a partir de maio do mesmo ano, iniciei minhas atividades na disciplina de enfermagem na saúde do adulto realizando as práticas hospitalares na clínica cirúrgica masculina. Isto, no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), onde a especialidade de cirurgia vascular realiza o atendimento as pessoas com úlceras agudas e crônicas de membros inferiores.

Ainda em período probatório em 2011, surgiu a oportunidade do doutorado interinstitucional entre a UFES e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). Assim, o conhecimento adquirido ao longo da trajetória profissional suscitou-me discutir sobre os significados das demandas de cuidados das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores, remetendo à reflexão sobre seu impacto multidimensional.

Diversos outros aspectos, além dos fisiológicos são relevantes para o cuidado, a equipe envolvida no tratamento e a sua interação para a ação do cuidado, as tecnologias existentes, além do aspecto político que interfere na forma como são postas em práticas as políticas públicas, que influenciam direta e indiretamente às pessoas que necessitam de assistência à saúde.

Todos os aspectos descritos acima referentes ao indivíduo, a família, a comunidade, ao sistema de saúde, dentre outros, tornam o assunto também desafiador, pois nos remete à mudança de foco e a perspectiva do cuidado centrado na pessoa, saindo do processo de adoecimento para uma abordagem ampla, que inclui os sujeitos e os contextos em que vivem, para se sentirem acolhidos e cuidados em suas necessidades.

Cada ser humano tem seus hábitos, costumes e conhecimentos que geram a sua própria história, fundamentada a partir da sua inserção no mundo, tornando-o único em seus aspectos sociais, psicológicos, espirituais e outros mais. Logo, deve-se considerar a experiência como algo singular, bem como estabelecer um espaço de encontro para o cuidado capaz de produzir um efeito real, relacionando os aspectos técnicos com os humanísticos de atenção à saúde. Isto requer uma avaliação adequada das necessidades da pessoa a ser cuidada, pois o conhecimento e o compartilhar dessas necessidades possibilita estabelecer terapêuticas que atendam as demandas presentes em cada sujeito e as suas particularidades.

Identificar as demandas de cuidado das pessoas que vivenciam a úlcera crônica de membro inferior entusiasma a ponderação sobre a natureza do cuidado

na área em tela, o que é essencial para a enfermagem como disciplina e profissão. Não obstante, qualquer reflexão sobre o assunto deve levar em conta o ser e o meio que o mesmo está inserido, pois o cuidado não se dá no vazio, mas no contexto das experiências humanas, onde a subjetividade, a consciência, a espiritualidade, entre outros aspectos, estão presentes. Nessa acepção, afetando direta ou indiretamente as formas de viver e conviver com as feridas, assim como as demandas de cuidado que podem surgir ao longo dessa trajetória.

É importante destacar que a pessoa acometida pela situação, é o sujeito do cuidado, e por assim dizer, possui uma inserção sócio-cultural-econômica (e muitas outras), que precisa ser acessada e considerada. Não é possível mais conceber tratamentos isolados do ser em si. Também, é bastante inoportuno acreditar que se trata o espaço existencial de compreensão simples, uma vez que muitas vezes há uma tentativa de reducionismo para o tratamento específico de algo.

Pronunciado o meu desejo em estudar as demandas de cuidado das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores, destaco que a Tese apresenta consonância com o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no qual está inserida.

Pretendem-se novas formas para o cuidado na área de enfermagem fundamental, pois serão possíveis novas proposições no campo da saúde integral, podendo representar as bases sobre as quais se assentam a prática de enfermagem, incluindo o aparato ético-filosófico neste campo de atuação, evidenciando a importância dos aspectos multidimensionais na perspectiva do cuidado centrado na pessoa, focando a autonomia e a participação do ser que é cuidado.



Figura 2: Nascer do sol praia dos namorados Guarapari.  
Fonte: <https://pastormecenas.wordpress.com/2011/01/23>

## CAPÍTULO I

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A palavra ferida classicamente é empregada às lesões de causas exógenas (ferimentos traumáticos cirúrgicos ou não) e úlcera para lesões de causas endógenas, porém na literatura são utilizadas como sinônimos. A expressão mencionada como “*feridas complexas*” pode ser aplicada como terminologia para identificar feridas crônicas e agudas, que exigem cuidados especiais e desafiam as equipes multidisciplinares de saúde (FERREIRA et al, 2006).

Neste estudo o termo úlceras crônicas é utilizado tendo como definição um dano na solução de continuidade das estruturas do sistema tegumentar, dano esse que não é precedido por um processo de cicatrização organizado, isto é, oportuno suficientemente para produzir integridade anatômica e funcional (HARDING; MORRIS; PATEL, 2002).

É importante frisar que as úlceras crônicas de perna não devem ser conceituadas como doenças, mas, como síndromes, ou seja, manifestações de doenças que podem ser sistêmicas, regionais ou locais. Além disso, que podem ter múltiplas causas, a saber: traumas, infecções viróticas, bacterianas e fúngicas, picadas de insetos, aranhas, escorpiões e cobras, distúrbios metabólicos, vasculares (venosos e arteriais), doenças sanguíneas, necrobiose lipídica, doenças cutâneas, hanseníase, entre outras. Apesar de possuírem diferentes origens, sua etiologia principal associa-se geralmente ao sistema vascular venoso e arterial (JORGE, 2003; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2011).

Apesar da importância conceitual, ressalta-se que considerando as diversas formas que as pessoas significam suas feridas, percebe-se que estas ultrapassam os limites da própria definição biologicista. Ao buscarmos os seus sinônimos, encontramos as palavras dor, pesar, entre tantas outras, até mesmo chaga. Cabe pontuar que *chaga* por definição significa coisa que penaliza, desgraça, aquilo que deixa cicatriz. Portanto, no plano simbólico este conceito pode apresentar uma aproximação mais real do cotidiano das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores (JORGE, 2003).

Cuidar de pessoas afetadas por úlceras crônicas vai além do cuidado procedimental, visto que a lesão pode não ser apenas de ordem física, mas algo que

dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais. A pessoa traz consigo a causa do ferimento crônico e a ferida passa ser a marca, o sinal, a lembrança da dor, da perda, do isolamento, da tristeza. Logo, pode haver fragilidades, necessidades, mudanças e incapacidades, que precisam ser resgatadas através do cuidado expressivo.

As marcas expressas no corpo através dos ferimentos são retratadas desde a antiguidade através do estigma que os acometidos por feridas vivenciavam. Conforme podemos observar:

Tal termo foi criado pelos gregos e se referia a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Mais tarde na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: um referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores na pele, a outra, a uma alusão médica a essa alusão religiosa, que se referia a sinais corporais de distúrbio físico (GOFFMAN, 2013, p. 12).

Existem três tipos de estigma nitidamente diferentes: as abominações do corpo, entre elas, as deformidades físicas; as culpas de caráter individuais, percebidas como vontades fracas, como a desonestidade, distúrbios mentais, vícios, homossexualismo; e os estigmas tribais de raça, nação e religião, que são transmitidos através de linhagem. Em todos esses exemplos, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se sempre as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social possui um traço que o afasta da sociedade, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (GOFFMAN, 2013). Aqui, diga-se de passagem, também, para as suas necessidades e desejos.

O estigma afasta as pessoas. A interação fica muito prejudicada. De tal modo que essa exclusão pode estar presente no convívio familiar, social e até mesmo intrínseco em seu ser. No estudo de Alves, Sousa e Soares (2012), os resultados demonstraram que os indivíduos com úlceras venosas crônicas sofrem influência direta do estigma e da baixa autoestima. Estes fatores os desfavorecem, no sentido de não se perceberem como indivíduos de direito, nem aceitos na sociedade, julgando-se excluídos.

Segundo Waidman e outros (2011) em um estudo intitulado: “*O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental*”, a sociedade exalta a beleza que

dita o que é bonito e impõe regras para serem seguidas. Possuir uma ferida crônica, com odor e de grande extensão, é sinônimo de estar excluído desse contexto, por não atender aos padrões. Além de uma doença visível, estampada na pele, existe uma tristeza que pesa a alma, um sofrimento psíquico decorrente da perda da qualidade de vida e do bem-estar do meio em que se vive.

Assim como o estigma possuiu definições que remontam à antiguidade, igualmente as tentativas humanas de intervenção procedimental no processo de cicatrização das feridas, acidentais ou provocadas intencionalmente, são retratadas desde então, demonstrando que já se reconhecia a importância de protegê-las de forma a evitar que se complicassem e repercutissem em danos locais, gerais ou sociais (GEOVANINI; JUNIOR, 2009).

Evidências arqueológicas indicam que na pré-história eram utilizadas plantas e seus extratos como cataplasmas e umidificantes de feridas abertas. Muitos, inclusive, eram ingeridos para atuação via sistêmica. Na Mesopotâmia, os ferimentos eram lavados com água ou leite, bem como o curativo era realizado com mel ou resina. As coberturas utilizadas incluíam lã de carneiro, folhas e cascas de árvore. Os egípcios concluíram que uma ferida fechada cicatrizava mais rápido do que aberta, por isso utilizavam tiras de pano para manter unidas as margens da lesão. Hipócrates sugeria que as feridas contusas fossem tratadas com calor e pomadas para promover a supuração, remover material necrótico e reduzir a inflamação (GEOVANINI; JUNIOR, 2009).

No início da era cristã, Celsus preconizava o fechamento primário das feridas recentes e desbridamento das contaminadas para posteriormente poderem ser suturadas. Além disso, classificou os diferentes tipos de lesões de pele e deu detalhes do tratamento de cada uma delas. A introdução das armas de fogo nas guerras européias no século XIV levou ao surgimento de um novo tipo de ferida de cura mais difícil. Cabe a ênfase, que Ambroise Paré, na Renascença, reformulou seu tratamento. O avanço da química levou a descoberta de compostos de cloro e iodo que foram utilizados para limpeza do material e da pele nos séculos XVIII e XIX (PORTO, 1997; BLANK; GIANNINI, 2014).

No Brasil, a medicina praticada por feiticeiros, curadores e benzedores ibéricos fundiu-se com a medicina indígena e as práticas mágico-africanas num processo lento. Estes algumas vezes de difícil elucidação das origens de uma ou de outra. Observa-se em geral, que os costumes e práticas no tratamento de feridas

não diferiram do que acontecia no resto do mundo. Atualmente, pretende-se interferir na biologia molecular, abordando a síntese de substâncias envolvidas nos fenômenos cicatriciais, a fim de diminuir o tempo de cicatrização (BLANK; GIANNINI 2014).

Analisando a questão de uma perspectiva histórica, a área do tratamento de feridas ganhou magnitude e evoluiu conforme as transformações progressivas da ciência. A incorporação tecnológica permitiu a descoberta de formas eficazes de tratamento em campos impensáveis. Porém, a linha de investigação que tem prevalecido nesta área continua a ter por base o domínio biofisiológico, as quais as feridas se reportam. O cuidado se mantém com foco na lesão, perdendo-se a perspectiva da integralidade da pessoa que está acometida pela úlcera crônica.

Vale uma referência sobre as tecnologias no processo de trabalho em saúde, onde se apreende pelo menos três categorias tecnológicas que se integram: as tecnologias duras, caracterizadas pela utilização de equipamentos; as tecnologias leve-duras, próprias dos saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos; e as leves, consideradas a tecnologia das relações (MERHY, 2007).

Sobre isto, em relação ao tratamento de feridas, observa-se a influência da tecnologia dura com produtos, coberturas e maquinários cada vez mais sofisticados. Porém, existe fragilidade neste campo de atuação, isto quando das tecnologias leve-duras e leves. Considera-se que as tecnologias leves permitem a real possibilidade de reconhecimento das necessidades e dos desejos dos indivíduos, contribuindo para a concretização e sustentação de um modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado (MERHY, 2007).

Faz-se necessária a existência de um caminho para as conexões de conceitos que envolvam: o processo de cicatrização, conhecimento/intervenção de enfermagem e o da percepção das pessoas acerca da experiência de possuir úlcera crônica. Neste âmbito, mostra-se o grande desafio: associar as tecnologias duras, leve-duras e leves para o cuidado centrado na pessoa, com o amadurecimento das reflexões no tocante ao cuidado expressivo.

A abordagem de aspectos subjetivos, até pouco tempo menos valorizada em trabalhos científicos, também considerada secundária em relação aos parâmetros objetivos das doenças (paradigma racionalista) vem se modificando. Dessa forma este estudo tem como **problema**: Como as pessoas com úlcera crônica de membro inferior significam as suas demandas de cuidado?

Diante do discutido foi proposta a seguinte **questão norteadora**: Quais são os significados atribuídos às demandas de cuidado pelas pessoas com úlcera crônica de membro inferior?

O **objeto** delimitado foi: os significados atribuídos as demandas de cuidado pelas pessoas com úlcera crônica de membro inferior.

Com o intuito de responder à questão norteadora e no sentido mesmo de tornar o estudo exequível, destaco como **objetivo geral**:

- ❖ Analisar os significados atribuídos as demandas de cuidado pelas pessoas com úlcera crônica de membro inferior.

E como **objetivos específicos**:

- ❖ Caracterizar o perfil das pessoas com úlcera crônica de membros inferiores;
- ❖ Identificar as demandas de cuidado à luz das pessoas com úlcera crônica de membros inferiores;
- ❖ Discutir os significados atribuídos às demandas de cuidado;
- ❖ Propor matriz teórica explicativa sobre as vivências das pessoas com úlcera crônica de membros inferiores na perspectiva da valorização humana.

A justificativa deste estudo prende-se a vários aspectos. Percebe-se a importância e o desafio nas estratégias de enfrentamento para o atendimento de forma globalizada e voltada para as reais necessidades individuais das pessoas afetadas por úlceras crônicas, principalmente, no que tange o acesso ao cuidado integral.

Assim, a este ponto, é importante destacar que com o intuito de aprofundar e internacionalizar a discussão, principalmente no tocante aos dados referentes aos significados de ser/estar afetado por ulcerações crônicas de membros inferiores, foi realizada uma revisão integrativa tendo como base o recorte temporal que engloba três fases: 1990 a 1999 (primeiro período), 2000 a 2009 (segundo período) e 2010 a 2016 (terceiro período).

A escolha pelos períodos se deu por algumas questões: no primeiro período (1990 a 1999) - o interesse por verificar na área de enfermagem e do cuidado de pessoas com feridas, o processo histórico de publicações no momento da ampliação das discussões acerca do paradigma interpretativo/ compreensivo. Afeito a isto, nacionalmente temos a promulgação da Constituição Federal e o Sistema Único de

Saúde (SUS), como conquista e fruto do trabalho da reforma sanitária do Brasil, dentre outros fatos.

No segundo período (2000 a 2009) - início do Século XXI, aumento e consolidação de pesquisas na área de qualidade de vida, mudanças tecnológicas com consolidação da internet como veículo de comunicação em massa e armazenagem de informação, aumento das doenças crônicas não transmissíveis, consolidação do SUS e da estratégia de saúde da família (nacional), aumento da população idosa mundial e nacional. No campo de tratamento de feridas, avanço tecnológico de produtos com a utilização de tecnologia dura nos serviços de saúde e em domicílio.

O último período 2010 a 2016 - teve o objetivo de conhecer os estudos recentes na área de cuidados e tratamento de úlceras crônicas. Ressalta-se que em todos os recortes temporais, buscaram-se os significados e as percepções das pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores sobre seu estado atual de saúde e de vida.

A busca se deu a partir da pergunta: *“Quais são os estudos disponíveis acerca da percepção das pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores sobre a sua qualidade de vida? Os descritores utilizados foram úlceras de perna, qualidade de vida, enfermagem e percepção - por fazerem parte da lista de descritores em Ciências da Saúde (DECs). Os critérios de inclusão foram: resumos de artigos publicados em inglês, que apresentassem o resumo expandido, que fossem pesquisas de campo, bem como estivessem dentro dos recortes temporais já descritos, além de responderem à pergunta norteadora.*

No primeiro momento, optou-se por acessar a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System* on-line (MEDLINE). No MEDLINE no primeiro período (1990 a 1999) com a associação de 2 descritores, sendo eles: *leg ulcer and quality of life* obteve-se um total de 37 resumos. Após avaliação e aplicação dos critérios de inclusão, 30 foram excluídos.

Com a associação de 3 descritores *leg ulcer and quality of life and nursing*, obteve-se um total de 10 resumos, 3 foram excluídos por já estarem contidos na pesquisa anterior e outros 7 por não atenderem aos critérios de inclusão. Com a associação dos descritores *leg ulcer and quality of life and perception* nenhum resumo foi encontrado. Assim como da associação dos descritores *leg ulcer and nursing and perception*, após análise e seguindo os critérios de inclusão, obteve-se

no total 07 resumos expandidos. Assim, seguem alguns abaixo apresentados em síntese.

O primeiro estudo publicado no período de 1990 a 1999 foi de Lindholm e outros (1993), do Departamento de Dermatologia, Malmo General Hospital, na Suécia. Foram pesquisadas 125 pessoas sobre a influência da úlcera crônica de perna de diversas etiologias sobre a qualidade de vida em seis áreas, a saber: dor, mobilidade física, sono, energia, reações emocionais e isolamento social, utilizando o questionário Nottingham Health Profile (NHP). O estudo concluiu que nos homens é maior o impacto na qualidade de vida, especialmente na área da dor, relações sociais e restrições físicas.

Outra conclusão interessante, é que a duração da doença (cronicidade) não pareceu influenciar a qualidade de vida. As pessoas com maior tempo de lesão relataram poucos problemas ao serem comparados com aqueles com menor tempo, sugerindo mecanismos de adaptação para cronicidade. Vale ressaltar que o questionário que foi aplicado no estudo é destinado a cuidados de saúde primários, para fornecer uma breve indicação da percepção de um paciente sobre seus problemas emocionais, sociais, físicos e de saúde.

Já Phillips e outros (1994), do Departamento de Dermatologia de Boston, no estudo intitulado: "*A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social, and psychologic implications*", cujo objetivo foi avaliar as implicações financeiras, sociais e psicológicas das úlceras de perna, entrevistaram 73 pessoas com questionário estruturado para determinar o impacto de uma úlcera de perna sobre a qualidade de vida. Neste um número significativo de pacientes apresentava sintomas moderados a graves, principalmente a dor, relacionados com a úlcera de perna. Ainda, 81% acreditavam que a sua mobilidade foi negativamente afetada pela úlcera.

O estudo também apontou que para pacientes mais jovens que trabalhavam, a ulceração da perna foi correlacionada com o tempo de trabalho perdido, da mesma forma a perda de emprego e os efeitos adversos sobre as finanças. Também houve uma forte correlação entre o tempo gasto em cuidados de úlcera e sentimentos de raiva e ressentimento. Neste sentido, 68% dos pacientes relataram que a úlcera teve um impacto emocional negativo em suas vidas, incluindo sentimentos de medo, isolamento social, raiva, depressão e autoimagem negativa.

Na pesquisa “*Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients experiences*”, realizada na Inglaterra por Walshe (1995), foi demonstrado a experiência de viver com a úlcera venosa sob a perspectiva do paciente. Foi utilizado o método fenomenológico com 13 sujeitos através de entrevistas gravadas e transcritas para análise de suas vivências e seus significados. Constatou-se que a dor é a pior experiência por eles vivida e que os sintomas causam restrições significativas na vida das pessoas, particularmente, comprometendo a locomoção. Inferiu-se que o tratamento dispensado a eles tem como objetivo conhecer as suas necessidades. Logo, o controle dos sintomas deve receber alta prioridade.

Pode-se obter dos 3 primeiros estudos a semelhança nos resultados relacionados a dor, isolamento social e alterações na mobilidade. Frisa-se, aqui, uma diferença significativa entre o primeiro e o segundo estudo (pesquisas quantitativas), que buscavam acessar a percepção através de questionários de qualidade de vida. Em relação ao tempo de lesão, enquanto o estudo realizado na Suécia mostra uma adaptação ao estado de cronicidade, o de Boston demonstra que houve correlação de tempo de lesão, tempo gasto com cuidados com sentimentos de ressentimento e raiva, ou seja, sobre a adaptação negativa.

No estudo qualitativo realizado por Walshe (1995), observa-se uma preocupação com as necessidades relacionadas às ulcerações e todas as manifestações que estas podem gerar nas pessoas que são afetadas. Pode-se considerar como o primeiro estudo (deste levantamento), que faz referência sobre demandas de cuidados, tendo semelhança com a pesquisa “*Challenging the myths: the lived experience of chronic leg ulcers*”, realizada na Nova Zelândia por Bland (1995). Este analisou através da fenomenologia hermenêutica heideggeriana 5 homens e 4 mulheres com úlceras crônicas e revelou a natureza abrangente do sofrimento que acompanha esta condição, destacando a necessidade dos profissionais de saúde para o deslocamento do foco na ferida para compreender as necessidades específicas de cada indivíduo dentro do contexto da sua vida diária.

Em Baltimore, Estados Unidos Krasner (1998), também utilizando a fenomenologia hermenêutica Heideggeriana, descreveu e explorou o significado da experiência de viver com dolorosas úlceras venosas. 14 pessoas foram entrevistadas e o resultado apontou a dor como a implicação mais importante. As categorias temáticas que surgiram foram: expectativa da dor, não suportando a dor, começando a dor outra vez e aumentando a dor. O estudo indica o padrão instituído

“*prosseguir apesar da dor*” como uma direção, com implicações importantes para a prática de enfermagem, educação e pesquisa.

Franks e Moffatt (1998) na Inglaterra avaliaram a correlação entre idade e sexo de pacientes com úlceras venosas de perna e o impacto na qualidade de vida expressa pela relação saúde/qualidade de vida. Isto, utilizando o questionário Nottingham Health Profile (NHP) em 758 pacientes. Os mesmos demonstraram que: a) quanto maior a idade, maior o déficit de energia e mobilidade, conduzindo ao isolamento social; b) as mulheres mais velhas experimentaram maior déficit de energia, padrões de sono, reações emocionais, mobilidade, isolamento físico e aumento da dor em relação aos homens mais velhos; c) pacientes mais novos demonstraram um déficit maior na relação saúde/qualidade de vida sobre todos os domínios; d) homens mais novos apresentaram o maior déficit nos domínios dor, sono, isolamento social e energia, concluindo que as úlceras de perna têm grande impacto na relação saúde/ qualidade de vida. Assim, os valores combinados indicam que nos pacientes masculinos mais novos, a doença provoca um impacto maior.

Realizado na Austrália por Hyde e outros (1999) e publicado no International Journal of Nursing practice intitulado Older women's experience of living with chronic leg ulceration, o estudo procurou obter insights sobre a vida das mulheres mais velhas na tentativa de reter a experiência de viver com úlceras de perna, explorando “*pontos de vista*”. Doze (12) mulheres com idade superior a 70 anos foram entrevistadas. A análise dos dados apontou dois grandes temas: obter e manter o controle sobre membros vulneráveis e as consequências do estilo de vida com mobilidade reduzida devido ulceração de perna crônica.

Os dois grandes temas do estudo, foram subdivididos em vários sub temas incluindo: 1.dor, 2. auto-conhecimento e infecção, 3. o vazamento, o cheiro e o constrangimento, 4. a luta e integridade dos membros, 5. artigos de vestuário não preferencial; 6. a solidão; e 7 enfrentamento, determinação e esperança. Concluiu-se que as mulheres idosas que vivem com úlceras de perna experimentam múltiplas consequências, corroborando o estudo de Franks (1998).

Observou-se no período estudado que três artigos foram publicados na Europa, dois nos Estados Unidos e dois na Oceania. Além disso, três apresentaram método quantitativo com questionário estruturado sobre qualidade de vida e quatro métodos qualitativos utilizando a fenomenologia. A análise dos artigos neste primeiro recorte demonstra que a presença da úlcera crônica envolve mudanças na

qualidade de vida. O impacto das alterações como dor, incômodo físico, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho, lazer, ameaças a aparência, à vida e à preservação das esperanças, atingem de formas diferentes os indivíduos.

Considerando que as mudanças envolvem todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural, espiritual, de demandas de cuidados, entre outros (ainda não disponíveis visto a magnitude do ser humano), é imprescindível uma assistência embasada em um modelo holístico de cuidado em que a pessoa seja vista a partir de uma abordagem das suas reais necessidades e de seus problemas anteriores, atuais e futuros (SILVA, 2007). Obviamente que nesta lógica, encontra-se a articulação do conhecimento teórico com o conhecimento prático, que de forma alguma, pode apresentar-se como condição excludente. Conhecer o que se faz e saber fazer, na relação direta com, convivência, consciência e autoconhecimento.

Ainda no MEDLINE, no segundo recorte (2000 a 2009), com a associação de dois descritores *leg ulcer and quality of life*, obteve-se um total de 80 resumos. Após avaliação, setenta foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Ressalta-se um aumento de pesquisas utilizando produtos e coberturas. Com a associação de três descritores *leg ulcer and quality of life and nursing*, obteve-se um total de 33 resumos, porém todos os artigos já haviam sido avaliados na associação anterior.

Já aplicando a associação dos descritores *leg ulcer and quality of life and perception*, dois resumos foram encontrados, sendo um excluído por não atender aos critérios e o outro por ter sido encontrado na primeira associação. Do total, dez resumos responderam aos critérios pré-estabelecidos, estando abaixo alguns discriminados em síntese.

Nos Estados Unidos, Mathias e outros (2000) elaboraram um estudo piloto para avaliar o impacto na relação saúde/ qualidade de vida em pacientes com úlceras venosas tratados com *Apligraf* (substituto da pele de dupla-camada desenvolvida pela bioengenharia) - aprovado para promover a cicatrização de úlceras crônicas. O estudo avaliou 14 pessoas através de um questionário. Todos os pacientes relataram melhora na saúde relacionada com qualidade de vida após o tratamento. Comparado com o tempo antes do tratamento, 79% dos entrevistados

disseram que sua saúde era muito melhor agora. A melhoria foi relatada em relação à dor e em outras dimensões de saúde física.

Barrett e Teare (2000) na Inglaterra também avaliaram a qualidade de vida, através da pesquisa intitulada "*Quality of life in leg ulcer assessment: patients' coping mechanisms*", sugerindo que a avaliação deve ser holística e o tratamento desses pacientes requer fatores adicionais com ênfase no impacto social e psicológico de viver com uma úlcera de perna. Ressaltam que a introdução de ferramentas para avaliar a qualidade de vida (QV) pode fornecer a base racional para cuidados de enfermagem neste contexto específico podendo dirigir a avaliação colaborativa e a tomada de decisão informada. Vale aqui frisar, novamente, a referência a necessidade de estudos que versem sobre as demandas de cuidado.

Loftus (2001), do Leicester Royal Infirmary na Inglaterra, apresentou um estudo longitudinal para investigar e comparar as mudanças na qualidade de vida dos pacientes com úlceras venosas submetidos a tratamentos curativos com bandagens e aos submetidos a tratamentos cirúrgicos. Este estudo demonstrou, respectivamente, que todos os pacientes informaram melhorias na relação saúde/qualidade de vida, depois do tratamento com êxito confirmando a percepção dos pacientes apontada na pesquisa realizada por Mathias (2000).

Rich e McLachlan (2003) em um estudo realizado no Reino Unido, com o título "*How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse-led study*". Concluíram que as úlceras de perna têm um impacto significativo na vida dos indivíduos, sendo o grau do impacto variável de pessoa para pessoa. Isto, também afirmando que a rede de apoio para atender as necessidades daqueles que vivem com uma úlcera de perna deve ser considerada e trabalhada pela equipe de saúde.

Jull e outros (2004) na Nova Zelândia utilizando amostragem estratificada avaliaram 241 pessoas com úlceras de perna de qualquer etiologia através do questionário Short Form 36 Health Survey. Concluíram que pela percepção dos pacientes as úlceras de perna reduzem a qualidade de vida a um nível semelhante como outras condições crônicas comuns, tais como artrite e diabetes.

Corroborando com o estudo de Jull et al (2004), porém estudando pessoas com diabetes na Noruega, Ribu e Wahl (2004), no estudo Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain avaliaram sete pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2 que apresentavam úlceras de perna e/ou pés. Os dados foram coletados

por meio de entrevistas em profundidade para melhorar a compreensão da perspectiva de viver com úlceras de extremidades inferiores e diabetes.

Os resultados indicaram que os pacientes experimentam alterações na qualidade de vida e apontam mudanças em seus pés, dor e insônia, fadiga, dificuldade de locomoção, o isolamento social, a solidão, uma vida restrita, perda de controle e medo para o futuro. As autoras consideram que é preciso valorizar os sentimentos subjetivos dos indivíduos para o estímulo da consciência crítica, bem como da autonomia; permitindo que os mesmos sejam capazes de transformar e aliviar o sofrimento, atribuindo novos sentidos às suas experiências.

É importante destacar que assim como o estudo de Rich e McLachlan (2003) demonstra que o impacto das úlceras crônicas é diferente e varia de indivíduo para indivíduo, o cuidado deve ser considerado nesta mesma lógica. O tratamento de feridas deve ser realizado através de um cuidado individualizado considerando além da evolução do ferimento, os fatores socioeconômicos, operacionais, técnicos e, principalmente, o ser humano em toda a sua dimensão biopsicossocial e espiritual. Dessa forma é preciso resgatar o cuidado na perspectiva da abordagem centrada na pessoa, abrindo a possibilidade de perceber o indivíduo como participante e ativo.

Importante chamar a atenção para a visão oposta ao proposto, ainda hegemônica, que pauta o indivíduo como passivo e fragmentado, já que ainda vivemos um modelo médico-assistencial, cujas práticas são instrumentalizadas nas concepções biológicas e higienistas do processo saúde-doença. Percebe-se, portanto, que tal modelo não consegue sozinho responder as necessidades e não contempla a totalidade da situação de saúde dos sujeitos com úlceras crônicas de membros inferiores.

Vale ressaltar que este indivíduo autônomo que significa e ressignifica suas experiências está em constante transformação, deste modo, estando o profissional em busca das inovações para cuidar, o mesmo deve assumir a atitude ética e a sensibilidade para reorientar as ações, a fim de atender às necessidades do ser cuidado na perspectiva existencial e, conseqüentemente, contextualizada.

Hopkins (2004) em um estudo realizado em Londres explorou a experiência vivida de pessoas que não apresentam a cicatrização de úlceras venosas, por meio da fenomenologia hermenêutica. Foram realizadas entrevistas com cinco pessoas que também completaram um diário. A análise fenomenológica interpretativa foi utilizada para identificar os temas e os padrões.

Hareendran e outros (2005), no Reino Unido em um artigo intitulado *Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life*, demonstraram que a dor, o prurido, a aparência alterada, perda do sono, limitação funcional e A decepção com o tratamento foram os itens que interferiram no impacto da qualidade de vida.

Em um estudo realizado na Austrália realizado por Hawkins e Lindsay (2006), os mesmos apresentam uma série de contadores de histórias, todos pacientes com feridas nas pernas. Através da leitura de suas histórias foi possível a compreensão da experiência de ser um paciente e viver com ferimentos de difícil cicatrização e dolorosas.

No estudo intitulado *Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration*, realizado por Jones e outros (2008), na cidade de Lancashire, no Reino Unido observou-se que o odor e a exsudação excessiva tiveram um efeito adverso sobre o estado psicológico dos pacientes, levando a sentimentos de desgosto, auto-aversão e baixa auto-estima, concluindo que as úlceras crônicas de perna perturbam a vida dos pacientes e restringem suas vidas sociais, levando ao isolamento social e depressão.

Neste segundo recorte 10 resumos foram analisados, sendo 6 quantitativos e 4 qualitativos. Em relação aos anos de publicação tem-se: uma publicação, sendo 2001, 2003, 2005, 2006 e 2008; 2 publicações em 2003 e 3 publicações em 2004. Após a análise dos 10 artigos, foi possível apreender que se faz necessário deixar a redução e o foco apenas no processo de adoecimento, ou seja, é preciso avançar em busca de uma abordagem mais ampla, que inclui os sujeitos e os contextos em que os mesmos vivem para se sentirem acolhidos e cuidados em suas necessidades e desejos.

Cabe da mesma forma a ênfase que o processo envolvendo o adoecimento e a cura tem sido influenciada através dos tempos, pelos paradigmas que regem a saúde e a doença. É evidente a influência do positivismo, onde um “*corpo hígido*” representava, podendo ainda representar a ausência de qualquer afecção (isto em algumas condutas).

Com a valorização do polo social na lógica paradigmática surgiram novos conceitos envolvendo o processo de cuidado, a saber: a valorização do acolhimento, da humanização e do cuidado individualizado/ integral, dentre outros aspectos. Muitos pautados na relação com a subjetividade do sujeito, uma vez atribuindo laços entre aqueles que cuidam e os que são cuidados.

Prosseguindo com a avaliação das publicações no MEDLINE, considerando o terceiro recorte temporal (2010 a 2016), optou-se por incluir 2 critérios de inclusão, que foram: artigos com textos completos, que apresentassem metodologia qualitativa, a fim de aprofundar e apreender das publicações recentes a discussão sobre as demandas de cuidado. Diante disto, também foi incluso o descritor *Health Services Needs and Demand*. Os outros critérios de inclusão permaneceram inalterados.

Da associação de 2 descritores *leg ulcer and quality of life* obteve-se um total de 123 artigos com textos completos, porém, após leitura dos resumos, somente 4 estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos. Importante destacar que houve um aumento significativo do número de publicações quantitativas. Dos 123 artigos, 114 (92,69%) estavam relacionadas à utilização de produtos e coberturas.

Da associação de 3 descritores *leg ulcer and quality of life and nursing*, obteve-se um total de 22 resumos, porém todos os artigos já haviam sido avaliados na associação anterior. Com a associação de *leg ulcer and quality of life and perception* 3 resumos foram encontrados, sendo excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Da associação *leg ulcer and services Needs and Demand* e *leg ulcer and quality of life and Health Services Needs and Demand*, 2 artigos foram encontrados, porém estavam relacionados a dados epidemiológicos. Do total de 126 artigos, 4 responderam aos critérios pré-estabelecidos. Estes seguem abaixo discriminados.

Feinglass e outros (2012), em estudo realizado na cidade de Chicago, com 22 pacientes sobre suas representações dos fatores precipitantes de amputações, com o título "*How preventable are lower extremity amputations? A qualitative study of patient perceptions of precipitating factors, concluiuram*", destacou que a maioria dos pacientes se sentiu fora de controle e tinha uma má compreensão dos eventos que levaram às suas amputações iniciais. A falta de conhecimento acerca das consequências das úlceras de membros inferiores interfere diretamente na condução dos cuidados e do tratamento.

Wellborn e Mocerri (2014), no estudo "*The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers*", objetivaram descrever a experiência vivida da insuficiência venosa crônica, explorando como o agravo estava relacionado com qualidade de vida. Os participantes foram pessoas com história de insuficiência e úlceras de perna venosas ou pacientes com insuficiência venosa

ativa. A amostra foi de conveniência e incluiu 10 pacientes: 6 mulheres e 4 homens com idade média de 66 anos. A análise fenomenológica interpretativa foi usada para guiar a coleta e análise de dados.

Após análise dos dados quatro temas que identificam as várias implicações emocionais, físicas e sociais da qualidade de vida, foram sugeridos, entre eles: (1) déficit de conhecimento, (2) o desconforto, (3) inconveniente, e (4) enfrentamento. Os participantes forneceram uma visão sobre a importância de uma forte rede social de amigos e familiares, bem como a importância de um bom relacionamento com seus prestadores de serviços médicos para colaborar com o processo da doença.

Utilizando o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, o estudo intitulado "*The journey to chronic pain: a grounded theory of older adults' experiences of pain associated with leg ulceration*", de Taverner, Closs e Briggs (2014), teve como objetivo desenvolver uma teoria para descrever e explicar a experiência da dor e do seu impacto em pessoas com úlceras crônicas, onze pessoas foram entrevistadas e a teoria emergente foi "*A viagem para a dor crônica*".

A teoria sugeriu uma trajetória que consiste em três fases de dor. Neste sentido, o resultado final é uma síndrome de dor crônica, que causa insônia, depressão e ideação suicida. Considera-se que o mais adequado para gerir estes pacientes é uma abordagem de gestão de sintomas. Isso permitiria uma mudança de cuidados, que garantiria que a dor dos pacientes fosse avaliada e tratada adequadamente, com o objetivo de criar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Já o estudo de Cipolletta e Linda (2015), intitulado "*Illness trajectories in patients suffering from leg ulcers: A qualitative study*". Também, utilizando a teoria fundamentada nos dados, entrevistou 21 pacientes que sofrem de úlceras de perna, 4 enfermeiros e um médico. O estudo apresentou quatro trajetórias: possibilidade, negação, foco na doença e tragédia. Os resultados destacaram que as úlceras de perna são experimentadas de maneiras diferentes, dependendo das características individuais das pessoas.

Os estudos publicados no MEDLINE em todos os recortes temporais utilizados apontaram que existe forte associação entre estar afetado por úlceras crônicas de membros inferiores e apresentar diminuição na qualidade de vida. Conforme se pode observar, cronologicamente, a partir da década de noventa houve um incremento na produtividade internacional sobre o tema. Também, que existe um

impacto negativo da úlcera crônica sobre os afetados, sendo este um campo importante de atuação para os enfermeiros.

Embora haja informação e conhecimento sobre vários aspectos particulares das feridas crônicas, na realidade a investigação sobre os múltiplos fatores e influências que interagem entre si e que, no seu conjunto, constituem o complexo processo de abordagem qualitativa a este tema, ainda é incipiente a nível nacional (SOUSA, 2009).

A revisão utilizando estudos publicados nas bases de dados LILACS, nas línguas português e espanhol, bem como no recorte temporal de 2010 a 2016, utilizando os mesmos descritores da pesquisa no MEDLINE no último recorte, seguiu a tendência mundial em relação aos resultados. De tal modo, apontaram para a dor, o isolamento social, sofrimento e os sentimentos de exclusão, tristeza e depressão como as principais queixas.

Esses fatores associados a uma sociedade que estabelece os meios de categorizar as pessoas, sobretudo, fortalece os sentimentos negativos dos indivíduos que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores. Dos 8 estudos analisados após a associação dos descritores somente 3 atenderam os critérios de inclusão.

No estudo *“Cuida-me! Percepções das pessoas com úlceras de perna sobre as orientações de enfermagem”*, realizado por Macedo e outros (2015), nove pessoas foram entrevistadas em uma unidade tradicional de atenção primária à saúde do município de médio porte da Região Centro-Oeste de Minas Gerais. Os dados foram obtidos através de entrevistas e analisados através da análise temática.

O estudo apontou que a percepção das pessoas com úlceras de perna sobre as orientações de enfermagem para a promoção do autocuidado traduz-se na importância de pautá-las em conhecimentos técnicos e científicos, considerando não somente a etiologia, características clínicas e específicas da lesão, mas, também, as condições gerais do sujeito, como as doenças de base, idade, estado nutricional e as condições socioeconômicas. A autonomia no processo do cuidado também foi apontada como imprescindível.

Na pesquisa intitulada *o cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico*, realizado por Silva e outros (2013), oito homens foram entrevistados e a pesquisa foi de caráter qualitativa, com fundamentação teórico-metodológica na fenomenologia social. Os resultados

revelam que a convivência do homem com a ferida produz repercussões no âmbito produtivo e na sexualidade. Isso o leva a restrições na vida cotidiana, com prejuízo no desempenho de papéis socialmente estabelecidos para o gênero masculino, o que desperta no homem a ansiedade pela retomada das atividades prejudicadas.

Já na pesquisa de Lara e outros (2011), cujo título foi “*Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas*”, observou-se através da entrevista e da análise de conteúdo temático, com cinco pessoas, que a percepção do portador de úlceras crônicas traduz-se em dificuldades decorrentes do agravo pela dor, preconceito, dependência para atividades diárias, receios, medos e ansiedade quanto ao prognóstico e consequentes alterações no estado emocional.

Então, diante do aprofundado levantamento do estado da arte fica evidente, que é preciso resgatar o homem em sua dimensão existencial, desse modo a pessoa passa a ser percebida como um ser humano singular, que possui suas próprias necessidades, que podem ser captadas pela linguagem escrita ou simbólica, pelos sentimentos e pelas próprias atitudes. É necessária a mudança para um espaço sensível e ético, que não passe apenas pela anatomia dos corpos, mas, sim, pela mudança de percepção, hábitos e habilidades; sejam individuais, institucionais ou sociais (SANTOS, 2001).

Urge compreender os significados das demandas de cuidados, sinalizam a maioria dos estudos, trazendo a evidência científica que o objeto desta TESE é imprescindível. Pressupõe-se que pela compreensão do indivíduo e de suas demandas de cuidado seja possível a identificação de problemas, necessidades e desejos, que não remetem em primeira instância a relação com o tratamento de sua lesão, porém se analisado mais profundamente, podem fornecer subsídios importantes para a enfermagem, e dessa forma, orientar intervenções e planos assistenciais específicos e de cuidados eficazes, não menos importantes, no âmbito da valorização do humano.

Considera-se, aqui, “*cuidado eficaz*”. Logo, aquele que seja capaz de na relação em que se dá, atender as demandas específicas de cada indivíduo em sua singularidade de ser humano único, com experiências diversificadas boas ou más, que compõem a pluralidade de seus significados e desejos. Destarte, os profissionais de saúde envolvidos vêm acompanhando os avanços nesta área, conciliando, ratificando e ampliando novos conceitos e métodos alternativos às tecnologias de ponta, bem como elaborando normas e rotinas cada vez mais

aperfeiçoadas de cuidados com a pele e as feridas. Isto, buscando adequá-las as melhores práticas clínicas e aos diversos ambientes de cuidado.

Contudo, existe uma escassez para planejar holisticamente o cuidado de modo a contemplar o ser humano em sua plenitude. Sobre isto, o enfermeiro tem papel fundamental na avaliação e na condução do cuidado das pessoas com úlceras de membros inferiores e sua atuação deve estar direcionada para um modelo que prevê considerações sobre as subjetividades e as objetividades dos outros, sendo fundamentado em conhecimento científico, que promova a autonomia profissional, assim como a autonomia do indivíduo que é cuidado.

Não obstante, é importante deixar a redução e o foco apenas no processo de adoecimento, ou seja, é preciso avançar em busca de uma abordagem mais ampla, que inclui os sujeitos e os contextos em que os mesmos vivem para se sentirem acolhidos e cuidados em suas necessidades e desejos. De tal modo, o desafio está em desvelar a significação do cuidado demandado enquanto prática à luz das pessoas que vão receber o mesmo, ou seja, na dimensão de significados de sua própria existência.

É possível pontuar que este estudo pretende a realização de uma discussão das diferentes formas de cuidar, viver e conviver com as feridas, com os seus estigmas, com os seus medos (e outros), em uma perspectiva do cuidado integral, ou seja, espera-se que os indivíduos sejam capazes de transformar e aliviar o sofrimento, atribuindo novos sentidos às experiências de vida, voltadas para a integralidade na atenção do cuidado a saúde.

Em relação ao cuidado interativo, Ferreira (2008, p. 306) afirma que:

O cuidado, abordado como intervenção técnica-instrumental e expressiva evidencia a rede de relações que se estabelece entre os sujeitos, atribuindo-lhe complexidade. Esta se constrói no encontro entre a objetividade técnica e a subjetividade da relação entre os sujeitos partícipes do cuidado, exigindo um domínio tanto do saber quanto do sentir.

A interação, portanto, assinala a importância da intervenção da enfermagem em prol da busca de excelência na assistência prestada a pessoa que vivencia a úlcera crônica, haja vista a necessidade de o enfermeiro ter além do domínio técnico-científico, a sensibilidade para reconhecer nos clientes as necessidades para além de uma demanda procedimental, interpretá-las e atuar de

maneira a atendê-las enquanto especificidades, promovendo uma assistência mais humana.

Elencar as reais necessidades das pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores deverá trazer à tona a discussão pormenorizada de políticas públicas em saúde voltadas para pessoas que vivenciam tal situação. Tem-se dessa maneira, que no Brasil as úlceras venosas correspondem a 75% das úlceras de membros inferiores e são a 14<sup>o</sup> (décima quarta) causa de afastamento do trabalho. Isto significa um elevado ônus para os serviços públicos de saúde, que se vêem forçados a manter, com seus poucos recursos, um grande contingente de incapacitados temporários ou definitivos. Além disso, os custos hospitalares de cirurgias de veias varicosas com úlcera, chegam ao valor de R\$ 26.086.604 milhões de reais (MAFFEI et al, 2015).

Analisar os significados das demandas de cuidado relacionados às úlceras crônicas fornece subsídios para identificar outras demandas de cuidado relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visto que estas constituem o problema de saúde pública de maior magnitude e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil (IBGE, 2013). Já as lesões de membros inferiores tendem a aumentar com o avanço da idade. A partir de projeções do censo de 2013, a população idosa (65 anos ou mais) para 2060 é de 58,4%.

Associando a problemática das DCNT e o envelhecimento populacional, as políticas públicas com medidas de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis precisam ser repensadas, visto que mediante ao exposto, grande parcela da população poderá apresentar algum tipo de lesão de membros inferiores, com elevados custos e índice de complicações, que podem ser evitadas, como as infecções, hospitalizações recorrentes, amputações, entre outras.

Entre os tipos de feridas, as de membros inferiores constituem as mais comuns. Os Estados Unidos têm uma prevalência estimada em 500.000 a 800.000 casos, sendo provavelmente subestimados devido ao envelhecimento populacional. Na Europa e Austrália, a incidência relatada varia de 0,3% a 1% da população total, enquanto que, mundialmente, gira em torno de 2,7%. Quando as pesquisas abrangem úlceras ativas e cicatrizadas, a prevalência varia de 1% a 1,3%. Porém, em estudos brasileiros e portugueses, estes índices são mais altos (SILVA; MOREIRA, 2011).

Na Suécia 5% da população com mais de 80 anos são portadoras de úlceras de perna, destes 22% dos casos a úlcera teve seu início antes dos 40 anos de idade, levando os pacientes a longos períodos de tratamento, de sofrimento e de gastos. A sobrecarga social é bastante significativa e os gastos chegam a 25 milhões de dólares, anualmente, no tratamento desses pacientes. Projetando-se tais dados para o Brasil, os gastos ficariam em torno de 300 milhões ao ano (MELO, 2002).

Poucos estudos apontam a incidência de úlceras no Brasil, pesquisa realizada por Frade et al (2005), apresentou uma incidência de 79% de úlceras venosas; 15,4% de úlceras hipertensivas e 5,6% de úlceras mistas ou outras em uma população de 124 pacientes. A prevalência de insuficiência venosa crônica na população aumenta com a idade, acometendo de 2 a 7% da população, e há predominância de maior complicação, a úlcera de estase venosa crônica atinge de 1 a 3% das pessoas (LOPES et al, 2013).

Dados do IBGE (2013) apontam que 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas. Deste contingente, as mulheres (7,0%) apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes do que os homens (5,4%). Em relação às complicações relacionadas ao diabetes, temos para pacientes com mais de dez anos de doença, as úlceras dos pés em 5,8% e, em menos de dez anos 5,0%.

Os custos dos tratamentos realizados também são raros na literatura, sendo que um levantamento feito por Baptista e Castilho (2006) apontou: que os custos diretos com a utilização da bota de unna chegam a R\$ 257,92, por mês. A bota de unna foi descrita em 1896 por Paul Gerson Unna. Constitui uma das formas de terapia compressiva inelástica, indicada para o tratamento de grandes úlceras de etiologia venosa (MAFFEI et al, 2015).

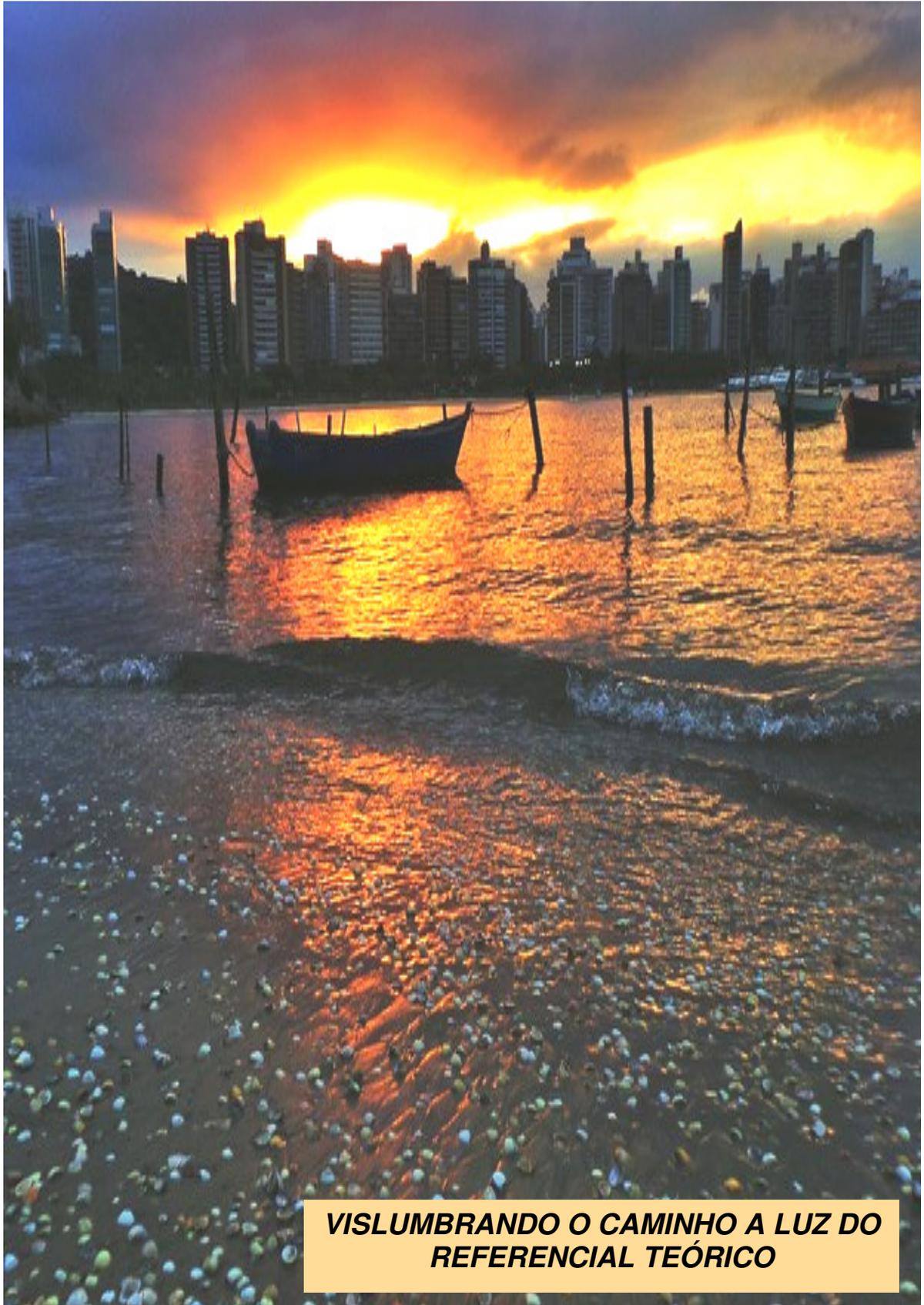
Não há dúvidas que as úlceras crônicas repercutem em profundas consequências para a sociedade, para as pessoas afetadas e para os seus familiares. Isto, provocando-lhes sentimentos diversos como medo, ansiedade, angústia, agressividade, baixa de autoestima, da autoimagem e, como consequência, interferência no seu cotidiano com tratamentos longos devido à cronicidade e diversidade de etiologias e de terapêuticas (SILVA; MOREIRA, 2011).

A construção de alicerces teóricos que possibilitem e potencializem a expansão do conhecimento para o cuidado das pessoas que vivenciam as úlceras

crônicas de membros inferiores, amplia a discussão para o âmbito da enfermagem fundamental, reforçando a sua construção enquanto ciência. Também, é possível traçar a discussão na perspectiva dos protocolos de cuidado, não na tentativa de padronização, mas de busca por uma apreensão da realidade mais integrativa.

Faz-se necessário refletir sobre a relação mantida no encontro com o outro no ato de cuidar, repensar as questões do cotidiano (que são complexas), desvelar as necessidades e os desejos de cuidados, para que possamos empreender práticas centradas no holismo e na integralidade com vistas a nulificar a prática do cuidado fragmentado e reducionista; pois, o ser humano merece uma abordagem que considere as suas dimensões biopsicossociais e, por assim destacar, muito além destas.

A possibilidade de estreitar a lacuna evidenciada em relação aos trabalhos com foco nas demandas de cuidado na área de úlceras crônicas de membros inferiores, busca associar o ensino teórico do cuidado de enfermagem a práxis assistencial, apontando questões que possam contribuir com o ensino de enfermagem e com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e dos profissionais da equipe de saúde. Considerando neste movimento, a demanda de cuidado como processo de construção histórico, político social e constituinte do eixo da integralidade em saúde como exercício vivo do direito humano.



***VISLUMBRANDO O CAMINHO A LUZ DO  
REFERENCIAL TEÓRICO***

Figura 3: Nascer do Sol da Cidade de Vitória.  
Fonte: <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2014/06/>

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

A condução do tratamento das pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores deve estar direcionada a sua recuperação e ao seu bem-estar, bem como da sua família. Isto considerando experiências, expectativas e fundamentado em conhecimento científico. É imprescindível uma assistência embasada em um modelo holístico, em que o ser humano seja visto a partir da abordagem do microcosmo e do macrocosmo.

O Interacionismo Simbólico (IS) foi utilizado como referencial teórico nesta pesquisa visto que valoriza o significado que o ser humano atribui às suas experiências, tendo aproximação com a enfermagem a partir do momento que cria possibilidades para o desenvolvimento do cuidado humano. A aproximação com o objeto deve-se ao interesse junto aos significados atribuídos pelos agentes sociais que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores.

É importante destacar que o IS tem sido aplicado, com sucesso na enfermagem, fazendo nexos oportunos a apreensão de novos construtos. Trata-se de um referencial em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações e vivências, agem no contexto social que pertencem (LOPES; JORGE, 2005).

O enfermeiro que atua com as pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores necessita do processo interativo para a realização de seu processo de cuidar. Logo, verifica-se a aproximação entre o objeto de estudo proposto e o Interacionismo Simbólico. Vale, portanto, apresentar um pouco da história e dos pressupostos do IS, já que o mesmo foi utilizado como referencial teórico do estudo.

As origens do interacionismo simbólico datam do final do Século XIX e estão relacionadas à obra de George Herbert Mead (1863-1931), filósofo que se destacou e que descreveu as primeiras proposições dessa abordagem. Professor da Escola de Chicago, Mead fez parte de uma corrente teórica da filosofia americana, denominada de pragmatismo. Ele fundamentou a teoria do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento externo, que

pode ser observável; e outra parte que não pode ser observável, pois está encoberta no ato.

Mead concebia os seres humanos e a sociedade como inseparáveis e interdependentes. Sustentava que o comportamento das pessoas não pode ser estudado isolado do contexto em que ocorre e da percepção que se tem do ambiente. Vários artigos foram escritos por Mead, porém suas obras foram publicadas após sua morte, sendo o principal responsável, o sociólogo Herbert Blumer (LOPES; JORGE, 2005).

Para Mead (1962), as principais proposições do Interacionismo Simbólico estão descritas nestas cinco hipóteses:

- Vivemos em um ambiente ao mesmo tempo simbólico e físico. Somos nós que construímos as significações do mundo e de nossas ações nele com a ajuda de símbolos;
- Graças a esses símbolos “*significantes*”, é que Mead distinguia os “*signos naturais*”. Temos a capacidade de “*tomar o lugar do outro*”, porque temos em comum com os outros os mesmos símbolos;
- Temos em comum uma cultura, um conjunto elaborado de significações e valores, que guia a maior parte de nossas ações e nos permite prever, em grande medida, o comportamento dos outros indivíduos;
- Os símbolos e, portanto, também, o sentido e o valor a eles ligados, não são isolados, mas fazem parte de conjuntos complexos, diante dos quais o indivíduo define o seu “*papel*”. Definição esta que Mead chama de “*mim*”, que varia segundo os grupos sociais com que está lidando; ao passo que o seu “*eu*”, é a percepção que tem de si mesmo como um todo;
- O pensamento é o processo pelo qual soluções potenciais são, antes de qualquer coisa, examinadas sob o ponto de vista das vantagens e desvantagens que o indivíduo teria com elas, em relação a seus valores e, depois, finalmente, são escolhidas; é uma espécie de substituição do comportamento de “*tentativa e erro*”. Um “*ato*”, portanto, é uma interação

contínua entre o “*eu*” e o “*mim*”, é uma sucessão de fases que acabam cristalizando-se em um comportamento único (COULON, 1995, p.21).

O interacionismo simbólico, reconhecido como referencial para as pesquisas qualitativas e interpretativas, está voltado para o conhecimento da percepção, do significado que determinada situação ou objeto tem para o outro. Vários autores dedicam-se ao estudo da abordagem interacionista, porém para o presente estudo serão utilizados os pressupostos descritos por Blumer, a saber:

- O ser humano age em relação às coisas com base nos sentidos que tais coisas têm para ele;
- O sentido das coisas é derivado, ou se origina da interação social que o indivíduo estabelece com o outro;
- Estes sentidos são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo, usado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações vivenciadas.

As idéias de Herbert Blumer estão consolidadas e expostas na obra *Symbolic Interactionism: perspective and method* (1969). Ressalta-se que o IS desenvolve uma micro-análise por estudar as interações interindividuais, a negociação individual e a reação do outro. Apresenta como base teórico-filosófica a compreensão do significado da ação humana e está situado na perspectiva do paradigma emergente, cujo polo catalizador é a pessoa.

É importante destacar a este ponto que para entender os conceitos inerentes à sua interação, neste intrigante referencial teórico, faz-se necessário a compreensão de alguns conceitos tais como: *símbolo, self, mente, linguagem, sociedade, auto-interação, ação humana e atividade grupal* (LOPES; JORGE, 2005).

O conceito central do Interacionismo Simbólico é o símbolo, sem ele não haveria interação entre as pessoas, já que faz parte do comportamento e da conduta humana. Ele é o ponto central, por ele entende-se o que vemos e como interpretamos. Os símbolos são, portanto, uma classe de objetos sociais utilizados para representar alguma coisa, sendo usados para pensar, comunicar e representar. Estes são adotados para dar significado à interação. É através da interação destes

símbolos, que os significados são atribuídos. Portanto, ele só é simbólico, quando expressa um significado (LOPES; JORGE, 2005; VALADARES, 2006).

O “*self*” representa um processo social dentro do indivíduo, através da interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida. O “*self*” surge e se desenvolve no contexto da sociedade e é formado pelo “*Eu*” e “*Mim*”, sendo o “*Eu*” a resposta para as atitudes do outro, o lado impulsivo, espontâneo e que não age porque interage simbolicamente com si próprio; e o “*Mim*”, como a organização das atitudes, é o outro generalizado composto por padrões organizados, consistentes e compartilhados (LOPES; JORGE, 2005).

Na interpretação que Blumer faz do pensamento de Mead, é possível pontuar que *self* significa que a pessoa pode ser objeto da sua própria ação, objeto de si próprio, adquirindo capacidade de tornar-se um objeto, vendo a si mesmo de fora, colocando-se no lugar do outro. Ao constatar que o indivíduo possui um *self*, Mead enfatiza que da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação as outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo. A pessoa pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade, que de acordo com Mead, precede a existência do *self* (SOUZA, 2010).

A mente é concebida como um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo mesmo usando símbolos. É a ação simbólica para o *self*, através da atividade da mente, o indivíduo define as coisas para si mesmo nas situações que vivencia podendo aceitar, negar, isolar, conceituar e desenvolver linhas de ação/ interação em relação às coisas. Devido à atividade da mente, é possível uma resposta que se manifesta em ação, não aos objetos, mas à interpretação e significação desses objetos pelo indivíduo (SOUZA, 2010).

Na perspectiva interacionista a linguagem é composta por instrumentos utilizados pelos indivíduos para organizar a experiência. Nesse sentido, “*o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem e esta surge, também, modelando o comportamento*” (LOPES; JORGE, 2005, p.105; BARBOSA, 2011).

As coisas, a que Blumer destaca, incluem aquilo que o ser humano pode observar ao seu redor e, conforme o significado que essas coisas têm para o indivíduo, suas ações serão dirigidas a essas coisas. Portanto, é tomado como base

o significado das mesmas e esses significados definem a conduta humana (LOPES; JORGE, 2005).

Os interacionistas definem a sociedade como constituída de indivíduos que interagem uns com os outros (LOPES; JORGE, 2005), sendo que os significados surgem a partir e na relação com o outro, podendo ser reforçado ou negado de acordo com as respostas das interações, ou seja, é um processo interpretativo dinâmico; pois, quando interagem, os indivíduos definem e alteram a trajetória das ações uns dos outros.

Tal processo é então derivado da interação social, que faz emergir a auto-interação. Blumer (1969) citado por Barbosa (2011) aponta que para Mead, a auto-interação ocorre quando a pessoa se vê pelo exterior, colocando-se na posição do outro e se enxergando ou agindo em relação a si, nessa posição. Portanto, a auto-interação é emergente da interação social em que pessoas estão definindo uma pessoa para si.

Blumer (1969), citado por Lopes e Jorge (2005), considera a ação humana como um resultado formado da auto-interação, sendo que a mesma é construída através das indicações que a pessoa faz a si e da interpretação do que indica para agir. Mead dividiu a ação do ser humano em quatro estágios, sendo eles: o impulso, a percepção, a manipulação e a consumação. Sendo que as regras e normas para as ações dos sujeitos se manifestam através da negociação de significados, de hierarquias e das próprias normas sociais.

Neste processo de interagir, o ser humano interpreta o mundo que vive. Tal pensamento encontra-se bem delineado nas cinco hipóteses expostas por Coulon (1995, p.21-22), a saber:

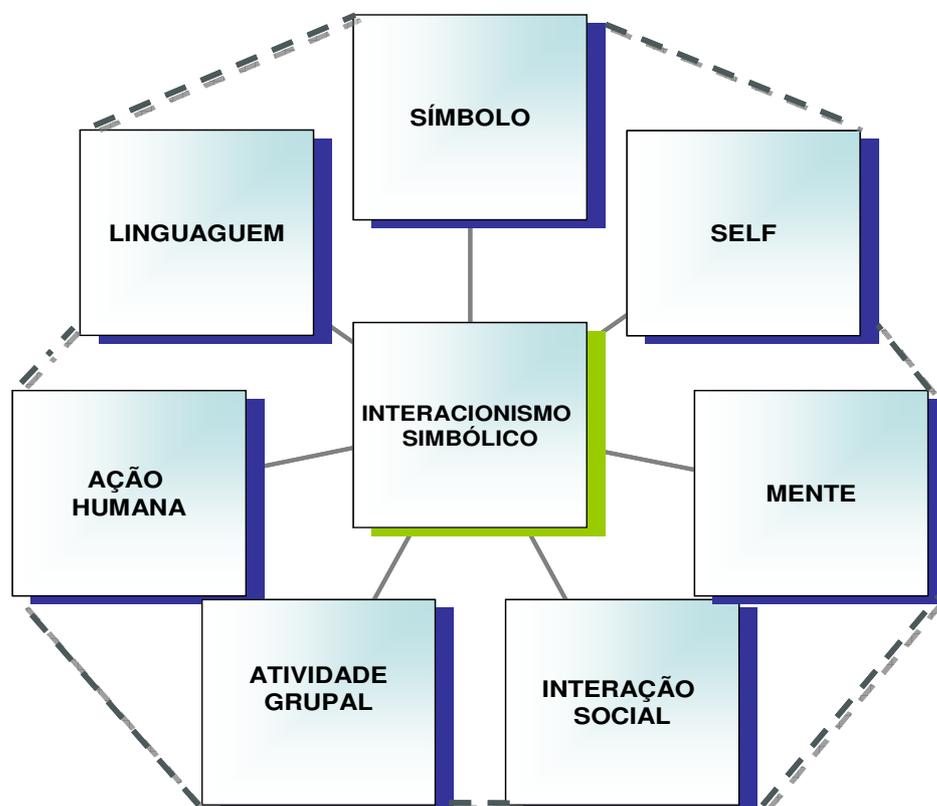
- A primeira hipótese enfatiza que vivemos em um mundo físico e simbólico, construído diariamente através dos significados que atribuímos as nossas ações;
- A segunda hipótese afirma que pela existência e pelo conhecimento dos símbolos utilizados em dada situação, podemos assumir o lugar do outro;
- A terceira hipótese diz que pelo conhecimento da cultura da sociedade, é possível prever o comportamento dos outros indivíduos;

- De acordo com a quarta hipótese os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel;
- Por fim, a quinta hipótese destaca que o pensamento consiste em um processo pelo qual soluções potenciais são examinadas pelo ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo, tendo em vista seus valores.

A atividade grupal está baseada no comportamento cooperativo e surge como construção de uma resposta a uma intenção do outro, percebida por ele. A partir da percepção da intenção no outro, o indivíduo organiza sua resposta considerando os gestos a serem utilizados e o significado que eles possuem (LOPES; JORGE, 2005; BARBOSA, 2011).

No diagrama 1 tem-se a representação da interação do referencial do interacionismo simbólico com os conceitos centrais.

DIAGRAMA 1 - REPRESENTAÇÃO DA INTERAÇÃO DOS CONCEITOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO



Segundo Lopes e Jorge (2005, p.106):

O Interacionismo Simbólico sob a perspectiva Interpretativa, indo além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas provenientes das relações interpessoais, configura-se como referencial teórico-metodológico que possibilita a avaliação de resultados em saúde.

O Interacionismo Simbólico, cuja teoria nasceu em clássicos da sociologia e psicologia social, aproxima-se da enfermagem, dada a sua perspectiva de compreensão dos aspectos subjetivos das pessoas. O referencial teórico apresentado demonstra pertinência para este estudo, visto que através da perspectiva interpretativa é possível apreender os significados atribuídos pelos clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores, no que diz respeito as suas demandas de cuidado. Assim, na perspectiva do Interacionismo Simbólico, dentre outros aspectos, o estudo discute a relação do objeto com as premissas do referencial teórico, ou seja, a demanda de cuidado atribuída:

1. Da coerência entre os símbolos, os significados atribuídos pelas pessoas (na questão em tela), com o cuidado realizado na prática, tendo como base os comportamentos desenvolvidos e modulados;
2. Da tentativa de apreensão do *self*, ou seja, no que tange a compreensão do pensar espontâneo (eu), na contrapartida do pensar elaborado (mim);
3. Dos significados e das ressignificações advindas da auto-reflexão e da auto-interação;
4. Da busca pelo entendimento da teia social. Desta feita, a articulação das interações e das possibilidades de cuidar, tanto no que se refere ao ser cuidado, como àqueles que realizam os cuidados.

Ante o exposto, é possível perceber a conexão entre as premissas do IS com a significação das pessoas sobre suas demandas de cuidado, já que permiti a compreensão das influências na sua forma de interação consigo mesmo, com os seus familiares, profissionais de saúde e a sociedade de um modo geral. No diagrama 2 observa-se a representação de ser/estar afetado por um agravo estigmatizante, que possui consequências “*menores ou maiores*”, de acordo com os significados atribuídos.

DIAGRAMA 2 – REPRESENTAÇÃO DA INTERAÇÃO DOS CONCEITOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO, ASSOCIADOS AO OBJETO DO ESTUDO



Fonte: Elaborado pela autora

Ressalta-se que o Interacionismo Simbólico é uma perspectiva útil e importante no estudo da vida social e que ela oferece um ponto de vista humanístico, no qual se percebe as pessoas como capazes de utilizar seu raciocínio e seu poder de simbolização para interpretar e adaptar-se flexivelmente às circunstâncias, dependendo de como elas mesmas venham a definir a situação. (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).



Figura 4: Orla da Praia de Camburi - Vitória ES.  
Fonte: <http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2014/06/>

## CAPÍTULO III

### REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi de caráter qualitativo, dentro de uma perspectiva interpretativa, com a utilização da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Strauss e Corbin (2008, p. 25) definem a TFD como uma teoria que se deriva/ origina de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. A TFD assume, então, o pólo morfológico e o pólo técnico do estudo, visto que este delimita as regras de estruturação e, ao mesmo tempo, controla a forma de coleta de dados.

Neste método, o pesquisador não inicia a pesquisa com uma teoria pré-concebida, exceto se seu objetivo seja elaborar e estender uma teoria existente. Ao contrário, o pesquisador começa com uma área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados. Conforme afirma McEwen e Wills (2016, p.466), “[...] o pesquisador observa o fenômeno de interesse, analisa as similaridades e as diferenças, compara e contrasta as respostas [...]”. Neste contexto a TFD está classificada como um método capaz de gerar teorias.

Importante destacar que a palavra teoria está intimamente relacionada ao surgimento da enfermagem moderna com os estudos de Florence Nightingale, considerada a primeira teórica da enfermagem no século XIX, quando sua produção científica e seu olhar futurístico serviram de base para o desenvolvimento do axioma da enfermagem enquanto “*a arte de cuidar*”, relacionando-a ao seu objeto: o cuidado (MCEWEN; WILLS, 2016).

Considerando ainda reflexões sobre a palavra teoria, relacionando à classificação das teorias de enfermagem, surgiram nos últimos 40 anos, inúmeras formas de classificação. Desta forma, as teorias de enfermagem podem ser classificadas com base no alcance/âmbito, na abstração (macro ou microteoria), no tipo ou na finalidade da teoria. Em que pese o âmbito da teoria, ou seja, a complexidade e o grau de abstração, as teorias podem caminhar desde a maior a menor abstração, sendo classificadas como (MCEWEN; WILLS, 2016):

- Metateorias: referem-se à teoria da teoria, focalizam aspectos amplos (para descrever a base filosófica da disciplina);

- Grandes teorias ou macroteorias: são as mais complexas e as de âmbito mais abrangentes; tentam explicar áreas dentro da disciplina. São inespecíficas e utilizam conceitos relativamente abstratos (para caracterizar a estrutura conceitual abrangente). Estão classificadas como grandes teorias, versam sobre a maioria das estruturas conceituais de enfermagem, como as teorias de Orem, Roy, Rogers e King;
- Teorias de médio alcance: focaliza-se entre os modelos de enfermagem e as idéias mais circunscritas e concretas. Este âmbito limitado é consistente com o nível do desenvolvimento científico em muitos campos relativos ao comportamento humano;
- Microteorias ou teorias específicas à situação ou teoria prática (para descrever a de menor âmbito). São mais específicas que as teorias de médio alcance. Produzem instruções direcionadas para a prática. Possuem poucos conceitos, são de âmbito estreito e explicam um aspecto relativamente pequeno da realidade.

MecEwen e Wills (2016) relatam que a literatura de enfermagem contém poucos exemplos de teorias práticas ou específicas a situações em si. Na busca de exemplos, a maioria destas surge por meio da pesquisa pela teoria fundamentada nos dados ou aquelas criadas por meio da aplicação de uma grande teoria ou de uma emprestada.

Considerando toda a discussão sobre teorias em enfermagem, destaca-se que a TFD se apresenta como método capaz de gerar a formulação de uma teoria através dos dados coletados dos atores sociais, sem partir de premissas preestabelecidas, mas possibilitando ao pesquisador uma imersão por meio da microanálise e da formação de subcategorias.

O objetivo da aplicação desse método é a identificação da idéia central, que é permeada pela interconexão das categorias, fazendo surgir a Teoria Substantiva ou a Teoria Formal. Neste sentido, teorias fundamentadas, por serem baseadas em dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A aplicação da TFD mostra-se importante, também consistente, para objetos de estudo onde são necessárias as experiências vividas para a construção do conhecimento. Igualmente, proporciona entendimento em profundidade por meio de uma análise sistemática dos processos nos quais estão acontecendo os fenômenos e ainda permite resultados que podem ser validados na prática.

Em um estudo realizado por Silva, Almeida e Valadares (2011), no banco de teses da CAPES, no recorte temporal de 1996 a 2010, cujos objetivos foram: identificar as dissertações e teses defendidas nos programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil, que utilizaram como referencial metodológico a TFD e a análise dos aspectos epistemológicos. Foram levantados 99 resumos, sendo que o maior número de publicações foi em 2005. Destes 54% foram defendidos na Universidade de São Paulo (USP). As áreas temáticas assim como do estudo demonstrado anteriormente, foram diversas, sendo as mais expressivas: saúde da criança/ adolescente, gestão em saúde e em enfermagem, saúde coletiva e da mulher.

O estudo acima citado aponta que a TFD tem sido um referencial metodológico utilizado pelos enfermeiros ao desenvolverem seus estudos nos graus acadêmicos de mestrado e doutorado, de forma a acompanhar as mudanças paradigmáticas, na valorização da subjetividade, articulando coerentemente referenciais teóricos.

Numa época de mudanças, de encontros e desencontros dos possíveis caminhos e obstáculos epistemológicos, a enfermagem busca acompanhar os avanços científicos e as tecnologias de modo a qualificar a assistência, contribuindo para a construção de uma ciência própria, a partir do investimento em pesquisa, que de forma geral, retroalimenta as práticas de ensino e de assistência (SILVA; ALMEIDA; VALADARES, 2011).

A TFD vem sendo cada vez mais utilizada, apontando Teorias, sendo um método confiável, que pode gerar conhecimentos para a enfermagem de forma segura, cujos objetos de estudos envolvam as interações humanas constantes, na busca de um cuidado interativo e complexo, diante dos problemas da contemporaneidade.

Desenvolver teoria é uma atividade complexa, utiliza-se o termo teorização para denotar essa atividade, por que teoria é um processo, sendo sempre um processo longo.

[...] teorizar é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir idéias, mas também formular essas idéias em um esquema lógico, sistemático e explanatório. Independente de quão iluminada ou mesmo revolucionária possa ser a idéia de teorização, a transformação de uma idéia em teoria ainda exige que a idéia seja explorada e considerada por muitos ângulos ou perspectivas diferentes (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.34).

Os autores (op.cit, p.35) consideram a Teoria como um conjunto de categorias bem desenvolvidas, sistematicamente inter-relacionadas, através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique fenômenos relevantes sociais, psicológicos, de enfermagem e outros. As declarações de relação explicam quem, o que, quando, onde, por que, como e com que conseqüências um fato ocorre. Uma vez que os conceitos estejam relacionados por meio de declarações de relação a uma estrutura teórica explanatória, os resultados de pesquisa vão além do ordenamento conceitual até a teoria.

Strauss e Corbin (2008) apontam que algumas Teorias são consideradas substantivas, enquanto que outras são formais. Charmaz (2009) esclarece que a maioria das Teorias Fundamentadas se compõe de substantivas, por tratarem de problemas delimitados em áreas específicas. Isto significa, segundo a autora (op.cit), gerar conceitos abstratos e especificar as relações entre eles, objetivando compreender os problemas em múltiplas áreas substantivas.

Todavia, Strauss e Corbin (2008) destacam que um teórico fundamentado deve ter a capacidade de recuar e analisar criticamente as circunstâncias, além de ser sensível às expressões e ações dos informantes, pensando abstratamente e sendo capaz de receber críticas.

Os autores indicam que a capacidade criadora se manifesta na competência de nomear categorias, fazer perguntas instigantes, comparar e extrair um esquema inovador, integrado e realista de massas de dados brutos inicialmente desorganizados. Para os mesmos, ciência e criatividade caminham juntas na realização de uma pesquisa.

Nessa perspectiva, considerando a complexidade dos problemas sociais na contemporaneidade, em decorrência de suas características multidimensionais e multifacetadas, observa-se a necessidade para a construção do conhecimento dos estudos qualitativos, a partir de referenciais teóricos-metodológicos dinâmicos, visto a natureza dos objetos de estudo que precisam ser compreendidos por meio dos significados, dos motivos, das aspirações, das atitudes, das opiniões, das

percepções, das crenças e dos valores. Vale, a partir deste momento, ressaltar algumas questões importantes sobre a TFD.

Para Strauss e Corbin (2008), a principal característica da Teoria Fundamentada constitui em fundamentar conceitos em dados, como também a criatividade do pesquisador como um ingrediente essencial. A análise resulta da interação entre os pesquisadores e os dados. Representa ciência e arte. Neste sentido, considerada ciência porque mantém rigor e baseia-se na análise em dados. Torna-se criativo porque se manifesta juntamente com os diagramas explicativos.

No entanto, ainda em consonância com os autores citados, deve existir o equilíbrio entre ciência e criatividade. Existem procedimentos que ajudam garantir o rigor para o processo. Esses procedimentos não foram criados para serem seguidos de forma dogmática, mas, sim, para serem usados de maneira criativa e flexível pelos pesquisadores, conforme julgarem serem apropriados.

A historicidade do método da *Grounded Theory* tem sua origem na década de 60 na escola de Chicago e seus representantes são os sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss. Strauss formou-se na University of Chicago, local que teve tradição no desenvolvimento de pesquisas qualitativas e sua formação sofreu grande influência dos escritos de autores interacionistas, a saber: Park (1967), Thomas (1966), Dewey (1922), Mead (1934), Hughes (1971) e Blumer (1969) e pelo Interacionismo Simbólico.

Já Glaser formado na Universidade de Columbia e influenciado por Paul Lazarsfeld, um inovador em pesquisas quantitativas, possui uma tradição sociológica completamente diferente, porém, tanto a tradição de Chicago como da Columbia eram voltadas para a produção de pesquisas que pudessem ser usadas por públicos profissionais e leigos. Isto permitiu que os dois sociólogos trabalhassem juntos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Glaser sociólogo e médico desenvolveu estudos importante sobre doenças crônicas e morte em hospitais.

Apesar de tradições filosóficas e de pesquisas diferentes, ambos foram importantes contribuintes para o desenvolvimento do método, cuja sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o pesquisador para desenvolver teorias sobre o mundo da vida dos indivíduos, uma vez que alcança significação, compatibilidade entre teoria e observação, capacidade de generalização e reprodutibilidade, precisão, rigor e verificação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para Glaser e Strauss, citado por Charmaz (2009, p. 19), os componentes determinantes da prática da TFD abrangem:

- O envolvimento simultâneo na coleta e análise de dados;
- A construção de códigos e categorias de análise a partir de dados, e não de hipóteses pré-concebidas e logicamente deduzidas;
- A utilização do método comparativo constante;
- O avanço no desenvolvimento da teoria a cada passo da coleta e análise de dados;
- A redação de memorandos para elaborar categorias, especificar suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas;
- A amostragem dirigida à construção da teoria e não visando a representatividade populacional;
- A revisão da bibliografia após o desenvolvimento de uma análise independente;
- A revisão da literatura não é o passo inicial, visto que emergirá da coleta e análise de dados, informações que direcionarão a revisão;
- As hipóteses são criadas a partir da análise dos dados (método indutivo);
- Os dados são coletados e analisados concomitantemente, o que se denomina de análise constante;
- Método é circular, que permite ao pesquisador mudar o foco de acordo com a análise dos dados, sem perder atenção ao objeto.

É importante frisar que a TFD, envolve uma dinâmica processual, que não é linear, pois apresenta uma interdependência e encadeamento cíclico onde os dados, são continuamente gerados e testados. Nesse processo, incluem-se três etapas principais: a amostragem teórica, que surge a partir da coleta e análise dos dados, decidindo a partir de então, se há necessidade de nova coleta. Uma característica do procedimento de amostragem teórica é o caráter contínuo, onde os dados começam a se repetir, até que se chegue à *saturação teórica*, quando a coleta de dados já não tem como resultado novas informações; a codificação aberta, axial e seletiva; e a redação da Teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com os mesmos autores, a amostragem baseia-se nos conceitos que estão surgindo da análise e que parecem ter relevância para a teoria evolutiva. A intenção desse tipo de amostragem visa maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões.

Explicam ainda que comparar conceitos ao longo de suas propriedades em busca de similaridades e de diferenças permite aos pesquisadores consolidar categorias, fazer diferenciação entre elas e especificar seu leque de variabilidade, ou seja, a amostragem teórica torna-se importante ao explorar áreas novas ou desconhecidas, porque permite ao pesquisador escolher caminhos de amostragem que geram maior retorno teórico. A amostragem teórica é cumulativa e cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores.

O estudo em tela utilizou a entrevista semiestruturada e teve o propósito de obter as informações a partir dos agentes sociais investigados, obter descrição das situações e elucidar detalhes. Valadares (2006) expõe que a entrevista semiestruturada se trata de um instrumento de coleta com grande margem de flexibilidade, que permite aos entrevistados expressarem as suas opiniões e sentimentos.

Após a primeira entrevista, deu-se início o processo analítico da TFD, que tem como passo inicial o procedimento de codificação, que é dividido em três tipos principais, a saber: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A codificação aberta é o processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados, os códigos iniciais são provisórios. Durante a codificação aberta, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Envolve a quebra, a análise, a comparação, a conceituação e a categorização dos dados. Nela, são descobertas propriedades e dimensões das categorias e os incidentes ou eventos são agrupados em códigos (ou construtos ou conceitos) através da comparação incidente. A intenção é realizar amostragens teóricas suficientes e ter evidências necessárias para formar uma categoria conceitual fundamentada nos dados (SOUZA, 2010).

A codificação axial é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias. Ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. Ela examina como as categorias se cruzam e se

associam. Uma categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento que é definido como importante para os informantes (SOUZA, 2010).

Codificar axialmente é atribuir respostas para questões do tipo de que forma, onde, quando e como. Ao responder a essas perguntas, o investigador procura delimitar e contextualizar um fenômeno, isto é, posicioná-lo em uma estrutura condicional, relacionando estrutura e processo. Ao fazer esse nível de associações entre categorias, os autores sugerem construir um esquema para organizar e explicar as conexões emergentes.

Para Strauss e Corbin (2008), a codificação seletiva é o processo de integrar e de refinar a teoria. Somente depois que as principais categorias são finalmente integradas para formar um esquema teórico maior, é que os resultados de pesquisa assumem a forma de *teoria*. A integração é um processo contínuo que ocorre com o tempo. O primeiro passo da integração é decidir a categoria central (algumas vezes chamada de categoria básica), que representa o tema principal da pesquisa.

Na codificação seletiva, categorias inadequadamente formuladas são revistas e falhas na lógica da teoria são resolvidas. Na codificação seletiva a categoria central emerge no final da análise e todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas a ela. Sendo assim, nesta fase o investigador precisa ir além dos dados, com a finalidade de descobrir os pontos de ligação entre os achados, permitindo uma integração.

Ao esquema organizacional que surge a partir da associação das categorias, os autores chamam de paradigma. Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias envolvendo a condição causal, o fenômeno, o contexto, as condições causais e intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A este ponto, de maneira bastante elucidada no texto, é possível assinalar que esta investigação, aqui representada por esta pesquisa, sublinha a corrente na perspectiva de Strauss, com o advento das contribuições de sua importante colaboradora de pesquisa Corbin. Há outras correntes, não menos importantes, que fazem outras escolhas à luz de outras perspectivas.

Strauss e Corbin (2008) explicam o modelo paradigmático, a saber:

- O fenômeno constitui-se na idéia central sobre o qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas. É o termo que responde à pergunta: O que está acontecendo aqui? Na codificação, categorias representam fenômenos.
- Contexto é onde acontece o fenômeno. Representa o conjunto específico de condições no qual as estratégias são tomadas. Condição é um conjunto de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno.
- As condições causais são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno. São circunstâncias ou situações nas quais o fenômeno está incorporado. Respondem às perguntas: Por quê? Onde? De que forma? De uma forma mais simples são situações que influenciam o fenômeno.
- As condições intervenientes são aquelas que alteram o impacto das condições causais no fenômeno, podem facilitar, dificultar ou restringir as estratégias.
- As estratégias são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos e indicações sobre como elas se relacionam umas às outras. São atos praticados para resolver um problema. São atos propositais ou deliberados, praticados para resolver um problema. Responde à pergunta: Quem? Como? Quais estratégias são utilizadas para conduzir, lidar e responder a um fenômeno?
- Conseqüências são os resultados das ações. O que acontece como resultado dessas ações? Delinear conseqüências e

explicar como elas alteram o fenômeno permite ao investigador explicações mais completas.

Pode-se observar que:

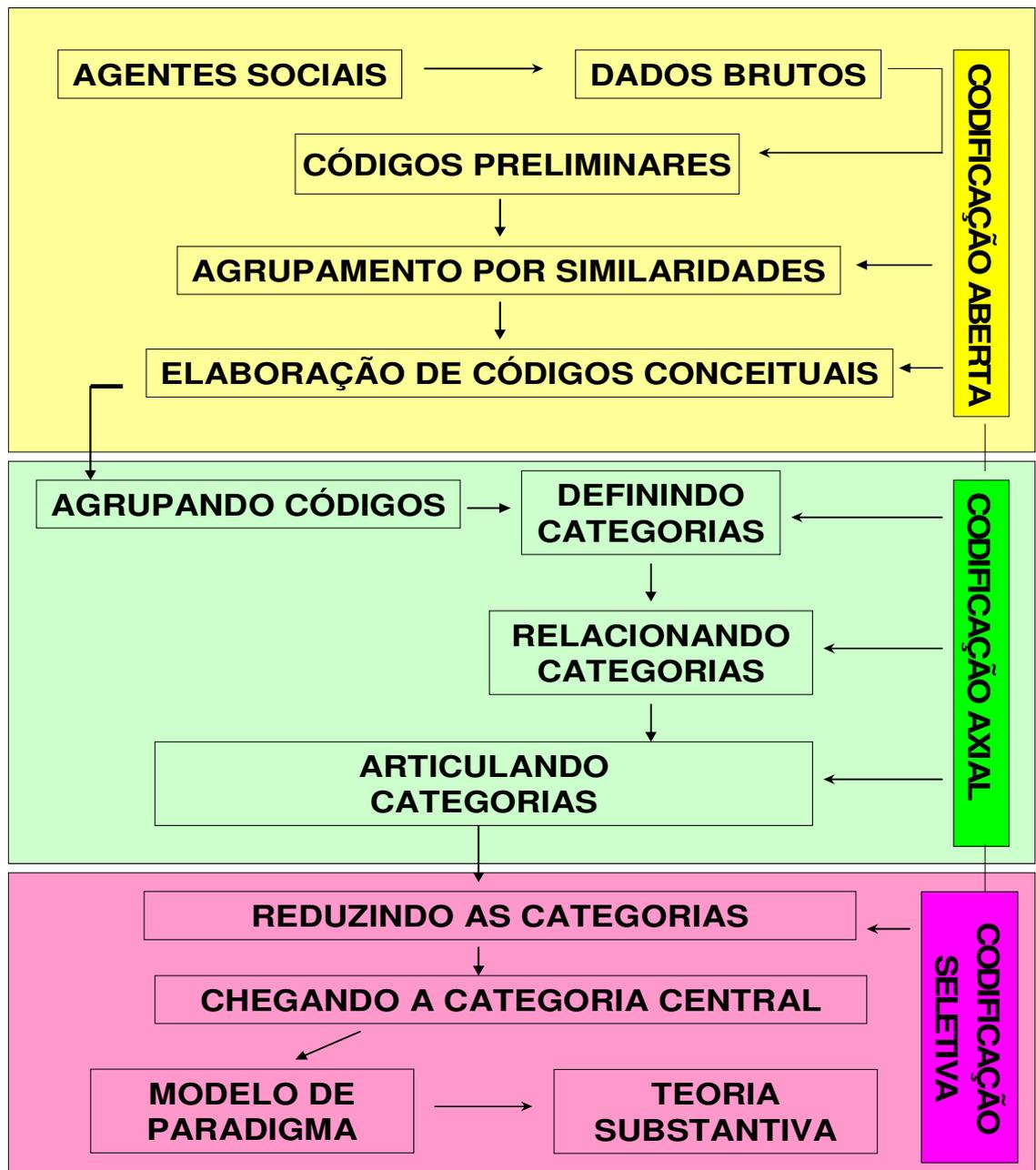
“[...] as Teorias podem ser desenvolvidas com base na indução e/ou dedução. Na TFD, a construção de teoria requer a interação entre o fazer induções (indo do específico para o amplo), derivando conceitos a partir dos dados, e o fazer deduições (indo do amplo para o específico), gerando hipóteses sobre as relações entre os conceitos ou hipóteses derivadas dos dados, a partir da interpretação. Dessa maneira, a dedução requer que o pesquisador realize interpretação dos dados ao conceitualizá-los ou desenvolver hipóteses, ou seja, que ele deduza o que está acontecendo, com base nos dados, de maneira que, no momento da integração das categorias, a teoria representa uma interpretação abstrata do pesquisador sobre os dados brutos (BACKES et al, 2011, p.772).

Para Strauss e Corbin (2008) na integração, as categorias são instituídas em torno de um conceito explanatório central. A categoria central representa o tema basilar da pesquisa, sendo capaz de responder, por variação considerável dentro das categorias, devendo aparecer com grande constância nos dados. À medida que o conceito é refinado analiticamente, através da integração com outros conceitos, a teoria ganha mais profundez e mais poder explanatório. De tal modo, a categoria central mantém coesa a teoria.

Ao atingir um esquema teórico predominante, chega o momento do investigador, depurar a teoria, revendo o esquema em busca de consistência interna e de possíveis falhas na conexão, completando as categorias desenvolvidas e podando as redundâncias para validar o esquema. Por fim, a teoria é validada por meio da comparação com dados brutos ou de sua apresentação aos informantes, para verificar a reação deles. Os participantes devem reconhecer a Teoria baseada em dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para melhor compreensão do método o diagrama 3 demonstra didaticamente as fases do processo de análise dos dados da TFD.

DIAGRAMA 3 – FASES DA ANÁLISE DE DADOS UTILIZADAS NA TFD



Fonte: Elaborado pela Autora

Ressalta-se que durante o processo de codificação podem ser utilizados, como instrumentos de auxílio, memorandos: com notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais. Também, podem ser utilizados os diagramas, que de forma sistemática irão colaborar para a redação da teoria. Os memorandos podem ser: observacionais, metodológicos ou teóricos.

São de importância ímpar na elaboração da teoria e ajudam a integrar os conceitos advindos dos dados. Os memorandos são os registros que contém os

produtos da análise contínua do pesquisador. São entendidos como o registro das abstrações com relação aos achados nos dados, permitindo maior reflexão sobre o fenômeno e favorecendo a compreensão aprofundada do estudo (BARBOSA, 2011).

Segundo Strauss e Corbin (2008, p.209):

“[...] Os memorandos podem ter diversos formatos, entre eles notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais e subvariedades desses tipos. Na verdade, um único memorando pode conter elementos de qualquer um desses tipos diferentes. Vale ressaltar que a medida que a pesquisa progride os memorandos evoluem, crescem em complexidade, em densidade, clareza e em acuidade. Redigir memorandos e fazer diagramas são elementos importantes da análise e nunca devem ser considerados supérfluos, a elaboração dos mesmos deve começar com a análise inicial e continuar durante todo o processo da pesquisa.

Em relação aos diagramas, os mesmos autores conceituam como mecanismos visuais que mostram as relações entre conceitos. Ainda ressaltam que os memorandos e diagramas ajudam o pesquisador a ganhar distância analítica dos materiais, considerando que a TFD fornece explicações de como o evento acontece, sendo útil por ajudar a explorar os dados com maior riqueza e em contextos relativamente desconhecidos, permitindo o entendimento interpretativo.



Figura 5: Caminhando até o sol.

Fonte: <http://murarosilvagsa2014.blogspot.com.br/>

## **CAPÍTULO IV**

### **O CAMINHO ATÉ A ANÁLISE DOS DADOS**

#### **4.1. PRECEITOS ÉTICOS**

Foram respeitados os preceitos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo em vista a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Após a defesa do projeto de pesquisa em agosto de 2014 e suas adequações, foi encaminhada e protocolada a solicitação de autorização para a realização da pesquisa nas cenas sociais (APÊNDICE A), visto que a Secretaria Municipal de Vitória (SEMUS) possui requisitos, bem como um fluxo para encaminhamento de solicitações de projetos de pesquisa (ANEXO A).

O protocolo foi aberto em 14/11/2014 sob o número 25771/2014 (ANEXO B). A declaração de autorização para realização da pesquisa foi emitida em 04 de dezembro de 2014 (ANEXO C), porém devido a problemas internos só foi liberada em fevereiro de 2015. Após os trâmites da SEMUS, bem como considerações, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Ana Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis, tendo parecer favorável sob o número 1.045.711, em 01 de maio de 2015 (ANEXO D).

Deste modo, pretendi assegurar os direitos e deveres dos participantes deste estudo, bem como da comunidade científica, iniciando a pesquisa somente após aprovação das instituições citadas. Após o parecer do Comitê de Ética foi realizado novo protocolado dentro do processo de autorização, para liberação da carta de apresentação do pesquisador às unidades de saúde (ANEXO E), sendo este liberado em 09 de junho de 2015.

Posteriormente a liberação da carta de apresentação, foram realizadas reuniões nas unidades de saúde com as direções, nas datas de 11 de junho de 2015 (Unidade de Maruípe) e 22 de junho (unidade de Jardim Camburi). Neste primeiro contato, realizei a apresentação do projeto. Ainda, foi discutido sobre o espaço físico para as entrevistas e, também, a solicitação do histórico das unidades.

Solicitei ainda uma reunião com as enfermeiras para a explanação da pesquisa e o levantamento dos agentes sociais afetados por úlceras crônicas de membros inferiores. A reunião com as enfermeiras da unidade de Maruípe aconteceu um dia após a reunião com a direção em 23 de junho e a de Jardim Camburi em 24 de junho de 2015. Ressalto que fui inicialmente acolhida e todos os profissionais se colocaram à disposição para colaborar. Em 26 de junho houve nova reunião com a equipe de enfermeiros de Maruípe, visto que algumas trabalham em regime de plantão.

Após todos os ajustes e a primeira entrevista agendada para o dia 30 de junho, iniciou-se um chamamento de greve dos servidores da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV). Ao chegar à unidade, fui surpreendida pela greve e pelo cancelamento da visita que faria em domicílio. A greve e manifestações dos servidores se prolongaram até 14 de julho, o que de certa forma acabou atrasando o andamento das entrevistas.

Ressalta-se que as dificuldades enfrentadas durante todo o processo servem para demonstrar que apesar de toda a programação e previsão do cronograma, foram necessários reajustes para readequação da pesquisa. Os dados foram coletados de 07/08/2015 a 21/07/2016.

Vale ressaltar igualmente que coube à pesquisadora desenvolver técnicas de comunicação e abordagem capazes de estimular e facilitar a expressão livre dos sujeitos, como ambiente tranquilo, sem a interferência de familiares ou profissionais de saúde, o respeito à individualidade, o ouvir reflexivo e o silêncio terapêutico, entre outras. Considerado que no plano individual e relacionado ao âmbito psíquico, principalmente das emoções, não tinha como prever na totalidade o efeito que cada pergunta poderia causar aos entrevistados.

#### 4.2. CONHECENDO AS CENAS SOCIAIS

Vitória é a capital do Espírito Santo, que juntamente com os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo compõem a Região Sudeste do Brasil. O município é constituído por uma ilha principal, várias ilhas menores no seu entorno, além das ilhas da Trindade e Martin Vaz - distantes 1.140 km e uma parte

continental situada ao norte, totalizando uma área de 98,194 km<sup>2</sup> (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2015).

A capital do Espírito Santo, com 355.875 habitantes conforme a estimativa de população do IBGE (2015), é o centro da Região Metropolitana que congrega mais seis municípios - Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Vila Velha e Viana -, totalizando uma população estimada em 1,910 milhão. Está localizada estrategicamente na Região Sudeste, próxima dos grandes centros urbanos do país. Limita-se ao Norte com o município da Serra, ao Sul com Vila Velha, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o município de Cariacica. Circundado pela Baía de Vitória e pelo estuário formado pelos rios Santa Maria, Marinho, Bubu e Aribiri, o município apresenta ilhas, encostas, enseadas, mangues e praias, elementos de grande recurso paisagístico (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2015).

A Lei Municipal nº 8.611/2014 ajustou o limite municipal, definido pelas Leis nº 1.919/1963 e 6.077/2003, ao novo limite da Lei nº 9.972/2012. Também criou mais duas Regiões Administrativas, a Região 8 - Jardim Camburi e 9 - Jardim da Penha, além disso, estabeleceu que o bairro Ilha do Príncipe passasse a compor a Região Administrativa 1 - Centro e o bairro Forte São João a Região Administrativa 3 - Jucutuquara. Atualmente o município de Vitória é organizado em 9 Regiões Administrativas e 80 bairros (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2014).

A Região Administrativa 4 - Maruípe abrange uma das áreas de ocupação mais antiga da cidade de Vitória, iniciado a partir da década de 1930, com loteamento Vila Maruhype, denominado posteriormente de Vila Maria (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2016a).

No entanto, foi na década de 1940 que esse processo se intensificou em virtude do aumento populacional decorrente do processo migratório de pessoas que chegavam a capital em busca de melhores condições de qualidade de vida. A Região guarda um pouco da história da cidade que possui ícones como o Museu Solar Monjardim do século XVIII, considerado a mais antiga construção rural particular do período colonial capixaba (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2016a).

Outros locais marcantes são: o Hospital Universitário, o Parque do Horto de Maruípe, com área de 50 mil m<sup>2</sup>, e o cemitério Boa Vista, conhecido como cemitério de Maruípe, o maior da capital. É a Região Administrativa mais populosa, a terceira

em área e a que possui maior densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2016a).

A unidade de saúde de Maruípe é caracterizada por um modelo com estratégia de saúde da família com 4 equipes, sendo que a partir de dezembro de 2012, 2 equipes foram disponibilizadas para a unidade de saúde de São Cristóvão, dessa forma houve um déficit, principalmente se considerarmos que a região é a segunda em densidade habitacional de Vitória.

Maruípe conta com médico clínico geral e especialidades como pediatria, entre outros. É uma unidade que serve como campo de estágio para os alunos de enfermagem da UFES, que se encontram no sétimo período. Trata-se de um campo rico, porém vem enfrentando questões relacionadas a recursos humanos, como falta de contratação de profissionais de saúde, términos de contratos que não são renovados, entre outros.

Na figura 5 é demonstrada a região administrativa 1, de acordo com a regionalização e os bairros que a compõem. A partir de 2012 o bairro Tabuazeiro passa a contar com uma unidade com estratégia de saúde da família, neste sentido os bairros Tabuazeiro e São Cristóvão deixam de ser atendidos em suas demandas pela unidade de Maruípe e em um processo de transferência os atendimentos se iniciam na unidade recém-inaugurada.



Figura 6: Região administrativa 4 - Maruípe

Fonte: [http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados\\_regiao/regiao\\_4/regiao4d.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_regiao/regiao_4/regiao4d.asp)

A Região administrativa 8 – Jardim Camburi é a mais afastada da parte central da cidade, cerca de 9 km e abriga parte da Praia de Camburi, um dos principais cartões postais da cidade. Ícones marcantes que compõe a Região, temos: o conjunto habitacional Atlântica Ville, construído no início dos anos 80 pela Companhia Habitacional do Espírito Santo (COHAB-ES) e o Parque Municipal da Fazendinha, com 23 mil m<sup>2</sup> de área verde, localizado no extremo Norte do bairro Jardim Camburi (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2016b).

Até 2013 a Região 8 não era oficialmente institucionalizada, mas a partir de 2014, a Lei nº 8.611 instituiu uma nova organização política-administrativa no município, que definindo uma nova regionalização para a cidade, com isso Vitória, que tinha sete, passa a ter nove Regiões Administrativas. A antiga Região Administrativa 6 - Continental foi subdividida em três Regiões: Região 6 - Goiabeiras, Região 8 - Jardim Camburi e Região 9 - Jardim da Penha. Considerado somente dados do bairro Jardim Camburi, já que no bairro Parque Industrial não há moradores, a Região é a terceira de maior população e de menor densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2016b).

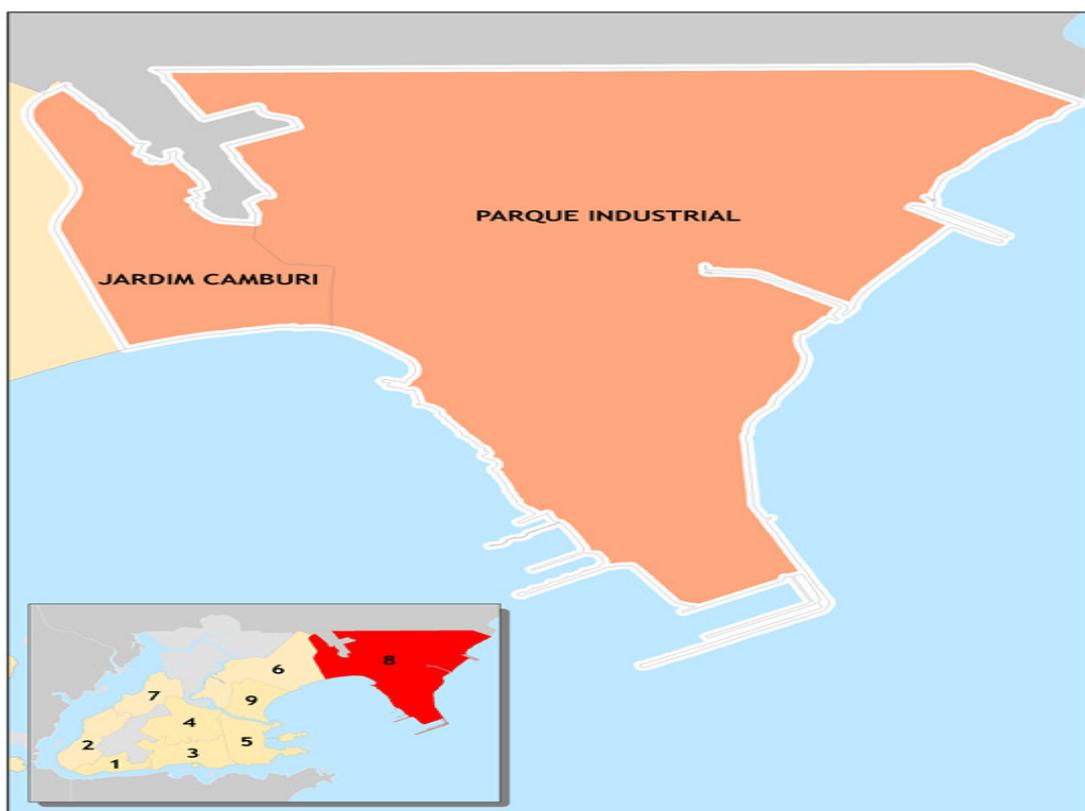


Figura 7: Região administrativa 8 – Jardim Camburi

Fonte: [http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados\\_regiao/regiao\\_4/regiao4d.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_regiao/regiao_4/regiao4d.asp)

Em Jardim Camburi o modelo de atenção à saúde configurado é o básico, sem estratégia de saúde da família, com apenas 2 territórios. Agrega algumas especialidades, como acupuntura e homeopatia. Segundo Nascimento e Lisboa (2010), a situação geográfica da região favorece a acessibilidade ao serviço de saúde. A população procura a unidade para resolver seus problemas e consegue boa resolutividade, porém há queixas e dificuldade de acesso às consultas de especialistas, devido ao pequeno número de profissionais e pouca oferta de vagas para consultas. Relatam ainda como problemática, o alto índice de hospitalização por complicações do diabetes e baixa adesão do hipertenso ao tratamento.

A autorização para realização do estudo foi concedida para as duas unidades das regiões descritas acima: Unidade de saúde Raul Oliveira Nunes - Jardim Camburi e Unidade de saúde Doutor Michel Minassa - Maruípe, sendo as mesmas utilizadas para acessar as pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores

#### 4.3. REALIZANDO AS ENTREVISTAS

A análise de dados seguiu conforme preconiza o referencial metodológico. Logo, o objetivo foi a produção de dados até que a saturação teórica de forma cíclica fosse atingida, ou seja, quando se verificou a repetição e a ausência de dados novos, assim como a crescente compreensão dos conceitos identificados. Na décima sexta entrevista, observou-se a repetição de alguns dados, contudo, as entrevistas se deram até que a saturação estivesse realmente confirmada.

Algumas estratégias foram utilizadas para estimular as respostas completas, como: "*Poderia me contar um pouco mais a respeito*", "*Qual é a causa no seu entender?*", entre outras. Em situações de inadequada compreensão das perguntas, as mesmas foram realizadas de outra maneira (com outras palavras), porém mantendo o significado.

Para reproduzir com precisão as respostas, as entrevistas foram gravadas em mídia eletrônica, posteriormente transcritas, digitadas e analisadas de forma cíclica, conforme prevê o referencial metodológico. Após a primeira transcrição, novas audições foram realizadas, a fim de possibilitar a análise de expressões, pausas e gestos para que o texto se tornasse o mais explícito possível.

Como prevê o método, em consonância com a determinação da amostragem teórica, foi à natureza cíclica da TFD que levou a necessidade de quatro grupos amostrais. A este ponto é necessária ênfase que as ferramentas analíticas da TFD foram empregadas para o advento dos grupos amostrais, especialmente, considerando as necessárias comparações constantes, os mecanismos indutivos e a técnica *flip flop*, descrita por Strauss e Corbin (2008).

Após esse primeiro momento de transcrição, iniciou-se a microanálise, ou análise linha a linha, que também pode ser realizada por expressões ou parágrafos. É importante destacar que esse processo é realizado com cada entrevista individualmente, ou seja, a entrevista foi realizada, imediatamente transcrita e logo após codificada. Os dados brutos foram organizados em códigos preliminares, conforme demonstrado no quadro abaixo, que apresenta um recorte da segunda entrevista. Dá-se neste momento, o início da codificação aberta, onde é realizada a distribuição vertical do discurso, em um quadro com duas colunas. Conforme demonstrado no quadro 1.

**QUADRO 1 - RECORTE DA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS BRUTOS E CÓDIGOS PRELIMINARES DA ENTREVISTA 2**

Entrevista (dados brutos)	Códigos Preliminares
<i>Olha a minha história é assim, ela abriu em 94 depois foi fechando, sarando, até hoje tô com ela assim. Em 2012 abriu de novo e não sarou e quando foi em 2014, ela sarou e ficou um pouquinho aberta e depois ela abriu e está um pouquinho aberta até hoje.</i>	2.1 Sendo minha história assim. 2.2 Abrindo a úlcera em 94. 2.3 Fechando e sarando depois 2.4 Abrindo de novo em 2012. 2.5 Estando com a úlcera aberta até hoje. 2.6 Não sarando. 2.7 Sarando em 2014 ficando um pouquinho aberta até hoje.
<i>Foi a veia safena que deu um pontinho preto. Eu fui trocar uma lâmpada e ela furou e foi muito sangue, saiu muito sangue aí e eu estanquei e depois fui ao médico e quando eu operei em 94.</i>	2.8 Dando um pontinho preto na veia safena. 2.9 Trocando uma lâmpada. 2.10 Furando a veia (safena) 2.11 Saindo muito sangue. 2.12 Estancando o sangue. 2.13 Indo ao médico. 2.14 Operando a primeira vez em 94.

Fonte: Dados coletados pela autora.

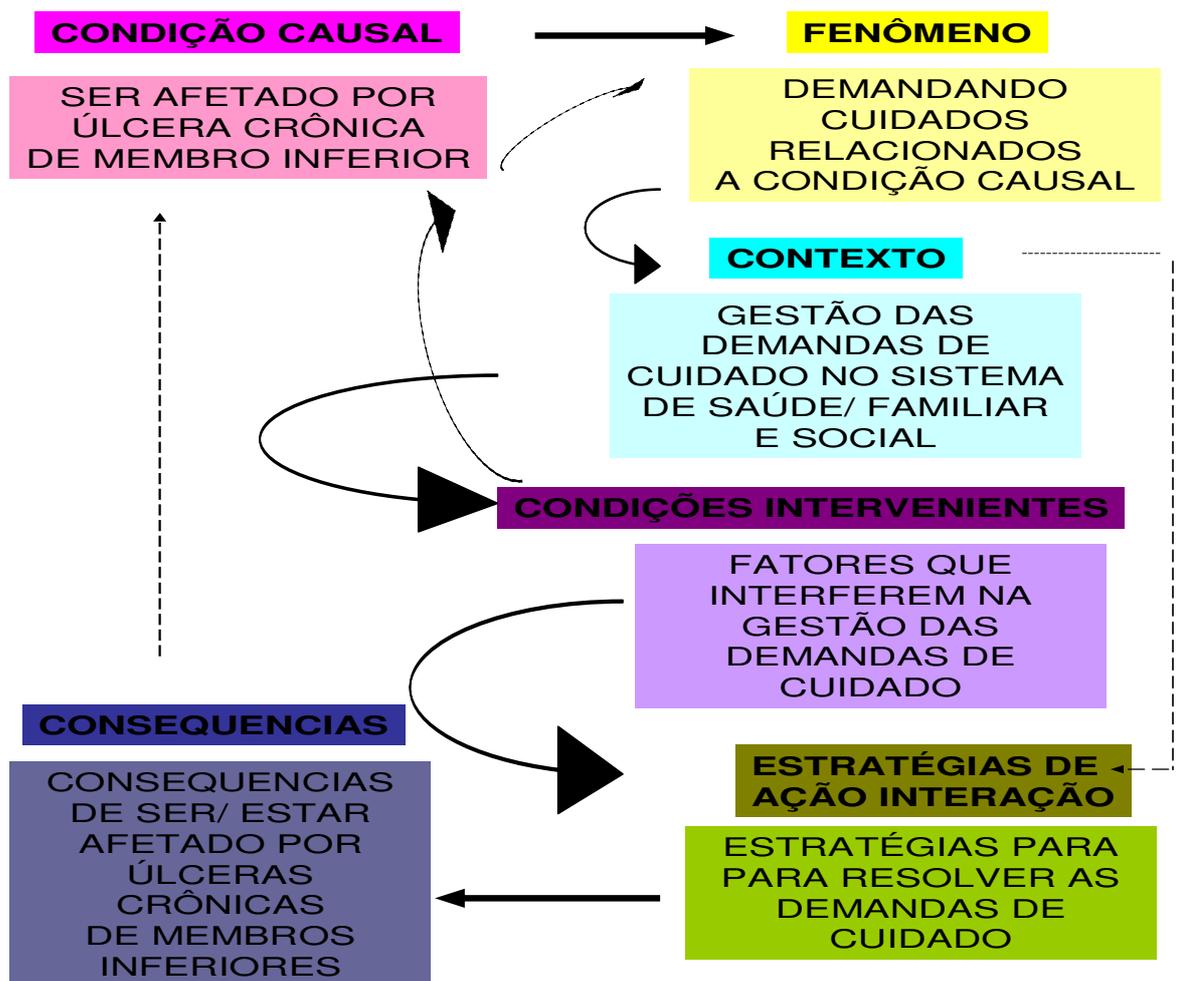
No momento onde temos a análise de códigos preliminares para subcategorias, optou-se pela marcação através da classificação colorimétrica, onde palavras chaves ou conceitos são obtidos para formulação das subcategorias. Após a primeira entrevista e a identificação dos códigos preliminares, foi realizada a

segunda entrevista e as outras subseqüentes, dando continuidade ao processo cíclico de coleta e análise de dados.

Já na segunda entrevista foi possível identificar aproximações com a primeira entrevista, bem como fazer agrupamentos por similaridades. Exercício este realizado para identificar aproximações e distanciamentos. Após iniciou-se o processo de codificação axial, cujo objetivo foi reorganização dos dados para compor as categorias e, destas, através do modelo paradigmático, chegar aos fenômenos. Também, com o avanço das análises, o modelo paradigmático foi sendo formulado, em que pese: as condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação e de interação e consequências.

Destaca-se no diagrama 4 a representação gráfica simplificada que foi inicialmente construído, considerando o objeto deste estudo.

DIAGRAMA 4 – MODELO PARADIGMÁTICO SIMPLIFICADO INICIAL



Através do referencial teórico foi possível compreender como os agentes sociais agem em relação às úlceras crônicas de membros inferiores e quais os principais sentidos atribuídos a essa situação. Acredita-se que as vivências relatadas contribuirão para compreensão dos fenômenos, visto a possibilidade da partilha de uma grande multiplicidade e diversidade de experiências.

É importante refletir que o método utilizado possibilitou:

- 1) A validade interna do estudo, considerando que a realidade é socialmente construída por meio da percepção dos indivíduos, assim como identificada pelo pesquisador, através dos dados coletados;
- 2) A confiabilidade, visto que o comportamento humano não é regido por regras universais, há uma impossibilidade de recriar experimentos controlados nos contextos organizacionais. A confiabilidade é obtida por meio do grau de consistência entre os resultados do estudo e os dados coletados;
- 3) A validade externa, em relação a este parâmetro quanto maior as variações incorporadas nos dados mais diferenciadas foram às condições contempladas.

As entrevistas analisadas pelo referencial metodológico proposto neste estudo possibilitaram inicialmente **2.287 códigos preliminares**. Surgindo de todo o processo de codificação os fenômenos a seguir, conforme o quadro 2.

QUADRO 2 – FENÔMENOS SEGUNDO O MODELO PARADIGMÁTICO

<b>CAUSA</b>	DESVELANDO A LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO
<b>CONTEXTO</b>	EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS.

<b>FATORES INTERVENIENTES</b>	IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA.
<b>ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E INTERAÇÃO</b>	SIGNIFICANDO O CUIDADO COM CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE.
<b>CONSEQUÊNCIAS</b>	RESSIGNIFICANDO A VIDA E A FERIDA DIANTE DA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE.

Os fenômenos que emergiram foram capazes de explicar as categorias e suas conexões.

#### 4.4. ORGANIZANDO O MATERIAL EMPÍRICO PARA ANÁLISE

A fim de ampliar a compreensão da organização do material coletado (dados brutos), optou-se por realizar uma abordagem sobre as ferramentas analíticas utilizadas nesta investigação a partir dos pressupostos do referencial metodológico.

A TFD produz uma quantidade variável de dados, o que requer uma organização que facilite o acesso dos códigos preliminares, categorias e subcategorias com visualização simultânea, visto que a investigação necessita da análise sistemática e comparativa dos dados. Assim sendo, optou-se por marcar as entrevistas de forma crescente, assim como os códigos preliminares, por ex: 1.15 significa entrevista 1 - código preliminar 15, da mesma forma, 16.7 significa entrevista 16 - código preliminar 7.

Para o registro das entrevistas, utilizou-se uma tabela com duas colunas: a da esquerda com dados brutos com conteúdo na íntegra, na coluna da direita os códigos preliminares como demonstrado no quadro 1. Após a transcrição para a transformação dos dados brutos em códigos preliminares, optou-se como na maioria dos estudos em TFD, por verbos no gerúndio, sugerindo a dinâmica da análise enquanto processo dinâmico em movimento.

Seguida a transcrição e análise linha a linha, procedeu-se desde a primeira entrevista a confecção de diagramas e memorandos. De posse das ferramentas analíticas (entrevista, diagrama e memorando) houve maior facilidade para compreensão do fenômeno central, que foi sendo construído ao longo das entrevistas.

O processo da construção da teoria implica o registro do processo analítico desde o seu início. Neste sentido, a partir da codificação da primeira entrevista, todas as idéias e questionamentos que surgiram foram registrados. Alguns exemplos de memorando e diagramas utilizados neste estudo. No quadro 3, verifica-se o memorando 1 da entrevista 1

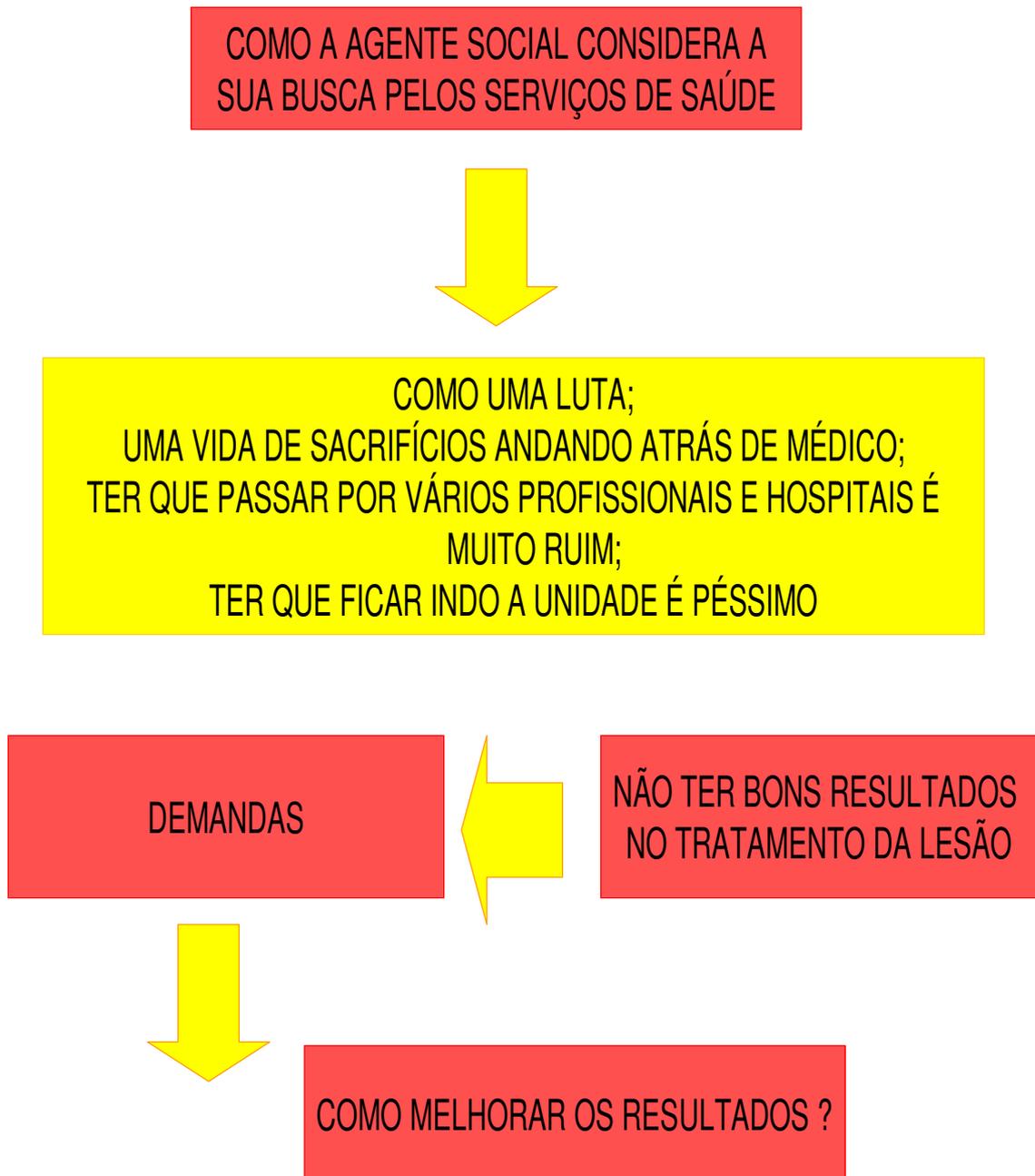
#### QUADRO 3 – MEMORANDO 1

<p>Memorando 1 Entrevista 1 Data: 07/08/2016 Situação: Sistema de referência e contra referência</p> <p>A agente social demonstra através da sua fala as dificuldades relacionadas ao sistema de referência e contra referência. Identifica situações que apontam para uma deficiência/ausência em relação às especialidades no sistema de saúde público. Deixa claro que ela faz acompanhamento com o médico angiologista “dela” particular, e que a unidade é só para fazer o curativo. Parece que UBS está isolada dentro do sistema de saúde e que não existe uma comunicação efetiva com os outros níveis de complexidade. Existe ainda a demora em conseguir especialistas, esta situação gera insatisfação e falta de credibilidade no sistema de saúde.</p>
---

Esse memorando, assim como os outros que surgiram na entrevista 1, foram capazes de orientar e ampliar a visão para a segunda entrevista e, assim, conseqüentemente novas idéias e hipóteses foram sendo definidas e redefinidas. Da entrevista 1 também foi possível um *insight* para elaboração de um esquema (diagrama 5), representando a visão da agente social sobre a sua utilização dos serviços de saúde.

Os memorandos são muito especiais na aplicação da TFD, pois continuamente trata-se de comunicações do pesquisador com ele mesmo, ampliando a sensibilidade teórica. Da mesma forma, o exercício cotidiano durante a pesquisa da redação de idéias, faz com que o pesquisador amadureça a sua perspectiva analítica, com criatividade, mantendo o rigor científico necessário.

DIAGRAMA 5 – A BUSCA PELO SERVIÇO DE SAÚDE PELA VISÃO DA AGENTE SOCIAL



Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.5. CARACTERIZANDO A AMOSTRA

Os critérios de inclusão para escolha dos agentes sociais foram: pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores cadastradas e atendidas pelas unidades de saúde de Jardim Camburi e Maruípe. Os que aceitaram formalmente participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), capazes de responder as perguntas do roteiro de entrevista semiestruturado sem auxílio de terceiros (familiares, profissionais e outros). Sendo os critérios de exclusão: pessoas com lesões por pressão, sem disponibilidade de tempo para participar da entrevista, os que não possuíam capacidade de verbalização adequada ou outra possibilidade para realização do registro.

Após as reuniões com as enfermeiras iniciei a busca na Unidade de Maruípe através dos agentes comunitários de Saúde (ACS). Neste cenário social foram identificadas inicialmente: 12 pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores e 9 pessoas com úlceras por pressão acamadas, que não foram abordadas, por não serem o foco deste estudo.

Após contatos, visitas e agendamentos, 11 pessoas aceitaram participar da pesquisa, obtendo neste cenário apenas uma recusa. Considerando que a maioria das pessoas era idosa, bem como não estavam realizando os curativos na unidade, a entrevista foi realizada em domicílio junto aos ACS. Vale ressaltar que o primeiro contato com as pessoas afetadas por úlceras crônicas e com seus familiares foi realizado pelo ACS, assim como a marcação da visita domiciliária.

As 6 primeiras entrevistas das pessoas acompanhadas na Unidade de Maruípe foram realizadas em domicílio e este foi definido como o **primeiro grupo amostral**. Observou-se a princípio que a entrevista quando realizada em domicílio, com a presença de acompanhante/familiar/cuidador junto ao entrevistado, dificultava o processo, podendo inclusive inviabilizar a utilização dos dados.

Isto foi constatado na primeira entrevista, onde uma paciente acamada, que verbalizava pouco, foi indicada pela enfermeira da unidade como possível participante. Contudo, durante a audição da entrevista, somente a filha respondia pela sua entidade materna.

Após a segunda visita a mesma participante, o mesmo aconteceu, sendo entrevista excluída, portanto não codificada. Partindo desta primeira experiência, em todas as outras entrevistas domiciliares era solicitado que durante o momento da

gravação fossem no ambiente somente o participante pesquisado e o entrevistador.

As outras 5 entrevistas de pessoas acompanhadas na unidade de Maruípe foram realizadas na própria unidade, visto que os agentes sociais realizavam curativos a cada três dias ou semanalmente, constituindo o **segundo grupo amostral**.

Em Jardim Camburi 18 pessoas inicialmente foram selecionadas pela enfermeira como possíveis participantes para a pesquisa. Considerando que os curativos são realizados na própria unidade, iniciou-se o procedimento de agendamento, visto que os participantes não possuem dias específicos para a realização do procedimento. Também, frequentavam a unidade de 15 em 15 dias ou uma vez por mês.

Após tentativas frustradas de agendamento para as entrevistas, iniciou-se contato telefônico para explicação do processo de pesquisa e a disponibilidade para realização em domicílio. Neste momento, das 18 pessoas indicadas inicialmente, houve a recusa imediata de 8. Dos 10 participantes de Jardim Camburi que apresentaram disponibilidade para participar da pesquisa, 5 aceitaram e preferiram que a entrevista fosse realizada em seus domicílios, constituindo o **terceiro grupo amostral**.

Os outros 5 possíveis participantes responderam que aceitavam participar, porém desejavam que as entrevistas fossem realizadas na própria unidade no dia da troca do curativo, caracterizando o **quarto grupo amostral**. Considerando o já exposto sobre a irregularidade das visitas para a troca do curativo, o acesso aos 5 participantes provocou atraso para o término da coleta de dados.

Importante destacar que vinte e um participantes foram entrevistados e uma entrevista foi descartada, **totalizando 20 pessoas com úlceras crônicas, que dividiram suas experiências para que este estudo fosse possível**. Trata-se de um total bem expressivo, considerando as dificuldades circunstanciais vividas durante a coleta de dados.

Para a coleta de dados foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE C), o que auxiliou para que houvesse uma maior interação, possibilitando o encaminhamento e ordenamento das respostas. Da mesma forma, oportunizou que o agente social falasse de forma livre sobre o assunto. Assim, o

roteiro colaborou para a percepção das nuances das falas colaborando para o alcance dos objetivos propostos.

Importante atentar que os participantes da pesquisa estão relacionados ao referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS), sendo nomeados de agentes sociais, já que estão em contínua interação.

Para identificação dos agentes sociais foi preenchido formulário com duas partes (APENDICE D), permitindo traçar o perfil. Vale ressaltar que todos os dados foram coletados pela autora e estão representados nas tabelas e quadro abaixo.

TABELA 1 – Caracterização dos agentes sociais, segundo sexo. Vitória-ES 2016

<i>Sexo</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	Total
Masculino	3	4	07
Feminino	7	6	13
Total	10	10	20

Com relação ao sexo, 65% dos agentes sociais são mulheres e 35% são homens. Entretanto, alguns estudos têm demonstrado o aumento da ocorrência das úlceras crônicas em homens. Oliveira, Lima e Araújo (2008) em um estudo com 39 pacientes, apontaram 51% de homens com úlceras crônicas, assim como Sant'ana e outros (2012), que demonstraram que 67,2% da amostra eram do sexo masculino. Esse dado demonstra a necessidade de discussão sobre a saúde do homem e a associação das úlceras com doenças crônicas não transmissíveis, que são mais prevalentes nos homens.

TABELA 2 – Caracterização dos agentes sociais, segundo idade. Vitória-ES 2016

<i>Faixa Etária</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	Total
20-40 anos	1	-	1
41-60 anos	3	-	3
61- 80anos	3	9	12
81 anos ou +	3	1	4
Total	10	10	20

Em relação à idade, observa-se que o maior percentual de agentes sociais com feridas crônicas está na faixa etária de 61 a 80 (60%) anos, seguidos de 81 anos ou mais (20%). Considerando que a prevalência das úlceras crônicas é maior em idosos, bem como a idade média da população brasileira vem aumentando, existe probabilidade maior de exposição ao agravo. Este dado reforça a importância de políticas públicas voltadas para a saúde dos idosos, em especial para proteção da pele e para os agravos das doenças crônicas não transmissíveis.

Entretanto, não é possível deixar de considerar casos de úlceras crônicas em adultos jovens em idade produtiva, acarretando afastamento do trabalho e aposentadorias precoces. Neste estudo, uma agente social de 29 anos apresenta a úlcera há 2 anos e meio, e 5 apresentaram sua primeira úlcera antes dos 40 anos. E destes, dois aposentaram devido ao agravo.

TABELA 3 – Caracterização dos agentes sociais, segundo Profissão. Vitória-ES 2016

<i>Profissão</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	<i>Total</i>
Do lar	3	6	9
Empregada Doméstica	2	-	2
Encarregado de Serviços gerais	1	-	1
Engenheiro	-	1	1
Lavadeira	1	-	1
Mecânico	-	1	1
Servente	1	-	1
Vendedor	-	1	1
Vigilante	2	1	3
Total	10	10	20

É importante frisar que 95% dos agentes sociais são aposentados. Quando indagados sobre a profissão, 100% assumem a atividade que exerceram ao longo da vida. Observam-se, também, as associações das profissões/ atividades desenvolvidas como fator contribuinte para a situação da ulceração crônica. As mulheres deixam evidente a dupla jornada, mesmo após a aposentadoria e a

presença da ulceração . Neste sentido optou-se por manter a tabela, demonstrando a importância do trabalho na vida dos agentes sociais entrevistados.

TABELA 4 – Caracterização dos agentes sociais, segundo Estado Civil. Vitória-ES 2016

<i>Estado Civil</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	<i>Total</i>
Casado (a)	6	7	13
Divorciado (a)	1	-	1
Solteiro (a)	2	-	2
Viúvo (a)	1	3	4
Total	10	10	20

Dos agentes sociais deste estudo 13 (65%) são casados e 4 (20%) são viúvos. Destaca-se que dos agentes sociais viúvos, solteiros e divorciados o aporte familiar é realizado pelos filhos, já os casados recebem o apoio do cônjuge, inclusive para a troca de curativo e apoio nas atividades da vida diária.

QUADRO 4 – Caracterização dos agentes sociais, segundo doenças de base. Vitória-ES 2016

<i>Doenças de base</i>	<i>Unidade de Maruípe</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi</i>
Hipertensão	6	5
Diabetes	2	3
Cardiopatias	1	4
Esclerodermia	1	-
Síndrome isquêmica Crônica	1	-
Nega doenças de base	2	2

O número total do quadro 4 é maior que o número de agentes sociais, pois existem pessoas com mais de uma doença. Entre as principais doenças de base, 15% dos agentes sociais apresentavam hipertensão e diabetes, 25% hipertensão e cardiopatias associados, 20% somente hipertensão, 10% somente diabetes, 20% negaram doenças de base e 10% apresentam outras doenças. Frisa-se aqui a

importância de direcionamento da assistência considerando os aspectos clínicos dos indivíduos e quais demandas surgem a partir das doenças de base.

TABELA 5 - Caracterização das ulcerações, segundo classificação diagnóstica. Vitória-ES 2016

<i>Classificação da ulcera</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	Total
Venosa	6	8	14
Neuropática	1	2	3
Arterial	1	-	1
Mista	2	-	2
Total	10	10	20

Em relação ao histórico e caracterização das ulcerações, observou-se que 14 (70%) agentes sociais possuem úlceras venosas, 02 (10%) apresentam ulceração mista, 03 (15%) neuropática e 01 (5%) arterial. Os dados da literatura confirmam que as úlceras de etiologia venosa são as mais prevalentes, associadas principalmente com veias varicosas.

TABELA 6 - Caracterização das ulcerações, segundo tempo. Vitória-ES 2016

<i>Tempo de ulceração (anos)</i>	<i>Unidade de Maruípe (N)</i>	<i>Unidade de Jardim Camburi (N)</i>	Total
01-05 anos	3	5	8
06-10 anos	3	3	6
11-15anos	-	1	1
16-20 anos	2	-	2
21 anos ou +	2	1	3
Total	10	10	20

Quanto à evolução das ulcerações, observou-se que 11 (55%) agentes sociais apresentam a úlcera pela primeira vez e que não cicatrizam, sendo que 9 (45%) apresentam as úlceras ao longo da vida com recidivas. Em relação ao tempo, 8 (40%) possuem a lesão de 1 a 5 anos, 6 (30%) de seis a 10 anos. Ressalta-se que 2 agentes sociais apresentam a lesão há mais de 35 anos e uma a 63 anos.

Apesar de se esperar a ocorrência da cicatrização num tempo mais prolongado que o habitual e a possibilidade de recidivas foi possível notar nas falas dos agentes sociais deste estudo muitos equívocos na condução da assistência, o que pode contribuir para a cronicidade e possibilidades de recorrências.



***DESCOBRINDO O SOL ATRAVÉS DA  
ANÁLISE DOS DADOS***

Figura 8: Nascer do Sol em Vitória.  
Fonte: <http://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/2014/06/>

## CAPÍTULO V

### DESVELANDO À LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO

O fenômeno foi composto por 479 códigos preliminares, 8 subcategorias, que originaram 4 categorias de análise. Este representa principalmente os aspectos relacionados às causas e às principais características da ulceração crônica de membros inferiores. Também, como as manifestações vivenciadas pelos agentes sociais ao longo desta trajetória, desde o momento inicial da lesão.

É importante compreender as particularidades individuais, visto que as úlceras crônicas possuem características em seu início, curso e consequências, que geram demandas de cuidado diferenciadas em cada etapa, conforme o significado atribuído pelo agente social.

Neste sentido o fenômeno **DESVELANDO À LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO**, apresenta 4 categorias de análise conforme quadro 5, que buscam compreender como a cronicidade afeta os agentes sociais, a fim de identificar demandas de cuidado, inclusive no processo preventivo.

QUADRO 5 - DESVELANDO À LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO

FENÔMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>DESVELANDO À LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO</b>	DESCONHECENDO AS ÚLCERAS DE MEMBROS INFERIORES	PRECISANDO DE CUIDADOS PARA AS PERNAS E OS PÉS
		IDENTIFICANDO ASPECTOS PARA PREVENÇÃO DE VARIZES
	ABRINDO A ULCERAÇÃO DE	DESCREVENDO OS MOTIVOS DE

	MEMBRO INFERIOR	ABERTURA DA ULCERAÇÃO
	CARACTERIZANDO AS ÚLCERAS CRÔNICAS	NÃO CICATRIZANDO
		TENDO RECIDIVAS
		TENDO A ULCERAÇÃO HÁ MUITO TEMPO
	APRESENTANDO MANIFESTAÇÕES E SENSações MARCANTES	TENDO SENSações E MANIFESTAÇÕES RELACIONADAS ÀS CAUSAS DA ULCERAÇÃO
		TENDO SENSações E MANIFESTAÇÕES RELACIONADAS À PRESENÇA CRÔNICA DA ULCERAÇÃO

Fonte: Elaborado pela autora

A categoria **DESCONHECENDO AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES**, com suas 2 subcategorias, demonstra que os agentes sociais conseguem identificar que precisam de cuidados para as pernas e os pés devido as varizes e ao diabetes, entretanto, desconhecem a fisiopatologia das ulcerações, assim como os mecanismos das ações de proteção para evitar as úlceras de membros inferiores.

Neste sentido o processo de prevenção se torna sem significado. Considerando o interacionismo simbólico, cuja concepção teórica se baseia no significado, onde os objetos sociais são construídos e reconstruídos a partir destes significados, observa-se que os agentes sociais iniciam a trajetória para as interações somente após a existência da ulceração de membro inferior.

Nas falas das agentes sociais a meia de compressão foi citada para melhorar questões relacionadas às varizes como dor e edema nos períodos gestacionais. Nesta ocasião (gravidez), existe um conjunto de manifestações que levam a mulher a utilizar um mecanismo para aliviar os sintomas, ou seja, existe algo que confere significado ao uso da meia. Já no caso dos homens não houve citações referentes à utilização de meias de compressão para prevenção no desenvolvimento de úlceras de membros inferiores.

[...] eu já conheço a meia de muitos anos. Antes da lesão eu já tenho o uso da meia... Eu comecei com a meia por causa de muitas varizes e as gestações que foram seis. Cada gravidez só rebentava mais, aí eu já usava aquela Kendal, eu usei da gravidez de um filho que hoje ele já tem 50 anos. Mas aí naquele espaço de uma gravidez para outro, eu já não punha a meia, porque as veias já não estavam assim tão cheias, tão exaltadas e nem doendo tanto. (AS1)

As medidas de observação e atenção para os pés surgiram nas falas das pessoas que convivem com o diabetes, ou seja, todos têm consciência de que o diabetes implica em ações do cotidiano que inclui a utilização de insulina, a diminuição do consumo de açúcar e a vigilância com os pés. Entretanto, percebe-se que apesar de conviverem com a situação, não dão a atenção necessária, porque consideram que “*nada de pior*” irá acontecer. Neste caso, algo que não acontecerá não tem real valor e diante do significado atribuído, a ação estará voltada à luz desta interpretação.

[...] esse machucado ele aconteceu porque eu sou diabético né, fui futucar em uma unha encravada e aí depois disso só começou a piorar. Se eu soubesse, que não podia. Eu até sabia, porque assisti a uma palestra, mas esse negócio de achar que nunca acontece com a gente né. (AS 9)

[...] ir acompanhando, eu também sempre olho meu pé, por causa do diabetes. (AS 13)

[...] eu sou diabética, e nunca tive muito cuidado com isso, e agora estou colhendo essa falta de cuidado. Quando eu era mais nova, até cuidava mais do meu pé. É ruim né, ficar doente não é bom, e quando vai caindo a ficha que você tem culpa. (AS 19)

Diante de todo o exposto, existe uma demanda de cuidado subentendida nesta categoria, que diz respeito ao processo de educação em saúde sobre a prevenção das úlceras de membros inferiores. O agente social não irá demandar dos serviços de saúde aquilo que ele considera que não lhe acontecerá. Enquanto o profissional de saúde não abordará sobre as úlceras de membros inferiores enquanto não houver demanda.

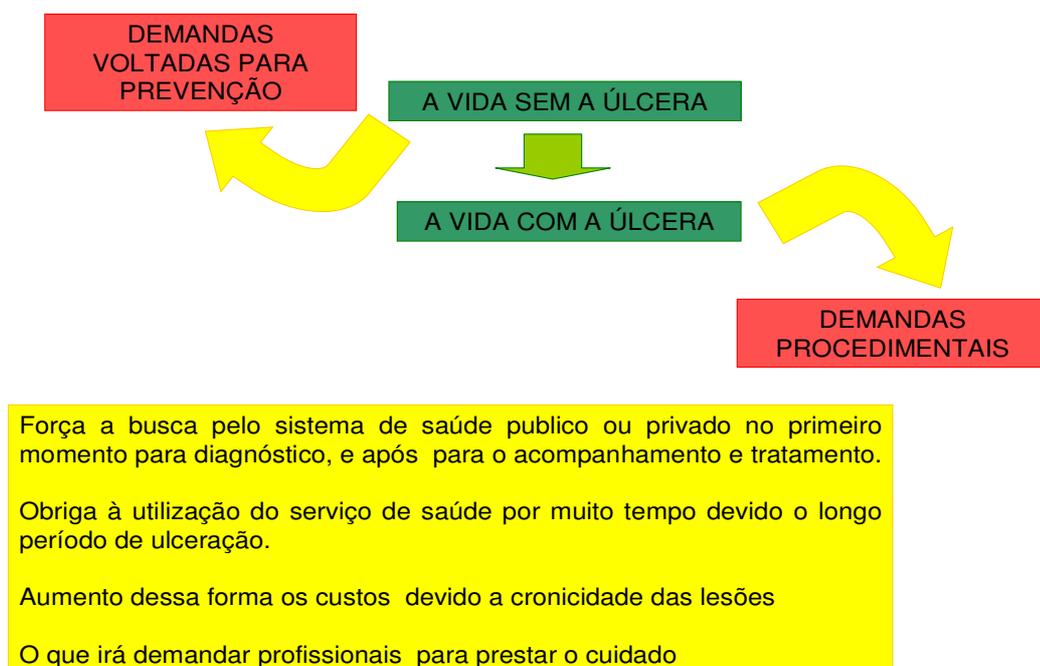
Na interação social as pessoas são atores sociais que se comunicam, se relacionam e interpretam um ao outro. Quando interagimos nos tornamos objetos sociais uns para os outros. Neste sentido, os profissionais de saúde necessitam de abordagens direcionadas na interatividade e em informação que gere conhecimento, ampliando o foco para o cuidado interativo, caso contrário, a demanda se torna procedimental, com salas de curativos e filas cada vez maiores, onerando os gastos

públicos, devido à cronicidade das lesões e repercussões diversas na vida das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas.

As coisas passam a ter significado para a pessoa quando estas as consideram de forma crítica e consciente. De tal modo, reflete e pensa sobre o objeto, ou o interpreta, e isso se processa numa interação interna da pessoa, pois o agente social seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação em que está vivenciando. Aqui se deve fazer presente o profissional de saúde para colaborar na construção consciente do conhecimento para que o agente social se torne protagonista no seu processo de prevenção de úlceras de membros inferiores.

O diagrama 6 faz uma alusão às demandas procedimentais, que por muitas vezes os serviços de saúde não estão adequadamente preparados para receber, visto deficiências no sistema de redes, falta de materiais e inclusive falta de profissionais adequadamente preparados para trabalharem as conexões entre as dimensões do cuidado.

#### DIAGRAMA 6 – DEMANDAS PROCEDIMENTAIS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.



A categoria **ABRINDO AS ULCERAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES** representa principalmente os aspectos da história e das causas da ulceração. Em algumas situações, principalmente para aqueles agentes sociais com longo período de ulceração, a história da ferida converge para a própria história de vida.

[...] eu casei em 50, 51 eu ganhei minha filha, 52 eu ganhei o Araci, 55 eu ganhei o meu menino que eu fiquei ruim. Pois é, 63 anos que eu estou nesse sofrimento até hoje. (AS 7)

[...] eu tenho 70 anos, e já tenho esse ferimento desde os 33 anos, já faz parte de mim. Se eu contar minha história, sempre vai ter o ferimento no meio. (AS 16)

[...] tem muito tempo, muito tempo que eu tenho isso eu morava na roça ainda, nem tinha a Edna, nossa minha filha a Edna já fez 35 anos, e eu nem tinha ela ainda. E foi indo, a gente com um monte de filho para cuidar, casa, marido, e ainda trabalhando na roça, foi ficando assim. É uma luta né, agora tem tanto tempo que eu posso falar que ela faz parte da minha vida, faz parte da vida da minha família toda. (AS 18)

A história da úlcera não se resume ao espaço temporal. Percebe-se que a história é atual pela cronicidade do agravo. Nas entrevistas todos lembram com riqueza de detalhes os motivos/ causas do início de suas lesões, surgindo assim à subcategoria **DESCREVENDO OS MOTIVOS DE ABERTURA DA ULCERAÇÃO**. Pode-se observar que os motivos apontados pelos agentes sociais são comuns, entre eles: rompimento de vasos (nas mulheres, as varizes e relacionadas às gestações), além de situações traumáticas, infecciosas, e outras doenças de base.

[...] foi a veia safena que deu um pontinho preto. Eu fui trocar uma lâmpada e ela furou e foi muito sangue, saiu muito sangue aí e eu estanquei e depois fui ao médico e quando eu operei em 94. (AS 2)

[...] O problema da perna eu trabalhava ainda, então estourou uma veia aqui na frente né. (AS 3)

[...] quando eu machuquei, tive que tirar a unha, daí em diante foi inflamando, e tomando remédio e ela continua até hoje. Já tem uns 4 anos, 5 ou 6 anos. (AS 4)

[...] ela começou a coçar um pouquinho, e naquela coceirinha ela abriu. Abriu aquela feridinha e foi crescendo, crescendo e ficou assim, aí depois abriu a outra do outro lado da junta. Ela abriu porque eu trabalhava muito, lavava muita roupa, eu corria muito atrás de buscar roupa, levar roupa nas casas né. E acho que foi o peso, aquele peso que eu pegava que começou a abrir a lesão. (AS 6)

[...] eu ficava muito em pé, eu era vigilante, e as pernas doía demais, uma vida inteira minha filha, trabalhando em pé, não é fácil não. E eu tinha umas veias que doía muito. E comecei a ficar mais tempo em casa, fazendo as coisas de casa, bati a perna num ferro, sangrou muito e coloquei um pano em cima, e acho que aquele pano estava sujo, e deu aquele negócio, como é mesmo o nome... Erisipela. (AS 8)

[...] Bom, esse machucado ele aconteceu porque eu sou diabético né, fui futucar em uma unha encravada e aí depois disso só começou a piorar, foi aumentando até que tive que tirar esses dois dedos. Só que eu pensei que depois ia melhorar, e só vem piorando. (AS 9)

[...] olha deve ter bem uns 8 anos. Uma coceirinha, algum mosquito de certo que mordeu e estourou uma veia do nada aqui na frente dessa perna. (AS 10)

Observa-se que as causas apontadas pelos dados são semelhantes àquelas referenciadas na literatura conforme se observou no capítulo 1. As causas de etiologia venosa constituem 75% de todas as ulcerações. Neste estudo as úlceras venosas corresponderam a 70% de todas as etiologias, enquanto as neuropáticas 15%, as mistas 10%, e arterial 5%.

Destaca-se que a nível primário, o sucesso no tratamento das ulcerações de membros inferiores está no correto diagnóstico de sua causa. A maioria das úlceras venosas pode ser diagnosticada clinicamente, visto que os pacientes apresentam histórico de veias varicosas, trombozes, história familiar, dor e edema. Vale ressaltar que os traumatismos são os principais fatores precipitantes das úlceras de membros inferiores.

Nas falas dos agentes sociais segue todos os fatores predisponentes para o desenvolvimento de úlceras de membros inferiores, conforme podemos verificar.

[...] Trombose, eu não morri porque Deus teve misericórdia de mim. Diz que era trombose. (AS 7)

[...] desse jeito, uma veia que estourou comigo coçando e nunca mais fechou, e você sabe que eu na roça, lembro da minha mãe que também ficava com uns panos amarrados na perna. Acho que ela tinha esses machucados também, só que ela morreu eu era nova ainda, morreu de parto. E eu tenho muitas varizes, sempre tive e minhas irmãs também. (AS10)

[...] minha filha essa história é antiga, porque eu estou com 78 com anos, e tenho problemas de varizes há mais de 30 anos. (AS13)

[...] eu tenho dois filhos né, e na primeira gravidez começou a estourar as varizes na minha perna, me deu muitas varizes, e dói muito, e depois na segunda gestação piorou de vez, tanto que a ferida que eu tenho hoje começou quando eu estava grávida do meu segundo menino. Do nada, eu

tinha as varizes né, e um dia em pé na casa da minha patroa estourou uma veia e começou a sangrar muito. (AS15)

[...] eu sempre tive problemas de varizes, que foi piorando nas minhas gestações, depois foi piorando com a idade, mas eu nunca tinha tido nenhum ferimento na perna. Só as varizes mesmo. Só que de um ano e meio para cá, que começou esse ferimento aqui do lado na perna, não sei se mordeu algum inseto, eu sei que coçou, deu um monte de pintinhas vermelhas e a pele foi ficando fina e abriu o ferimento. (AS20)

[...] deve ter uns dois anos, que ela ta assim. Em 2014 eu estava no quintal brincando com meu netinho, cai e arranhei a perna, dali em diante abriu uma feridinha e ta assim agora, já teve pior. Pois é, do arranhão da queda é que surgiu e não fechou mais, diz o médico e o exame também mostrou que eu tenho uma obstrução na veia. (AS 11)

[...] tudo começou depois de um ferimento que eu tive na perna quando eu estava consertando um carro, um ferro bateu e abriu um machucado, e nunca mais fechou totalmente. (AS16)

[...] eu trabalhava na lavoura, e sem querer eu bati a inchada nessa perna minha aqui (apontando para a perna direita), e sangrou muito na hora eu amarrei um pano para parar de sangrar e continuei trabalhando. (AS 18)

Considerando que as causas de ulcerações de membros inferiores são bem definidas, medidas preventivas específicas devem ser implementadas na rede de atenção à saúde, a fim de antecipar o reconhecimento de pacientes com alto risco, com vistas a diminuir a incidência do agravo.

Por todas as experiências vivenciadas, os agentes sociais descrevem as características das ulcerações crônicas, surgindo destas a categoria **CARACTERIZANDO AS ÚLCERAS CRÔNICAS** e as subcategorias **NÃO CICATRIZANDO, TENDO RECIDIVAS, TENDO A ULCERAÇÃO HÁ MUITO TEMPO**. Os dados que emergiram reforçam a caracterização já descrita na literatura.

[...] Mas, aí ela ficou assim: abria a lesão, ficava pouco tempo. Eu fazia tratamento. Sempre cuidei. E, fechava mais rápido, mais agora de uns anos para cá, ela abre e fica insistente né. (AS 1)

[...] olha a minha história é assim, ela abriu em 94 depois foi fechando, sarando. Até hoje estou com ela assim. Em 2012 abriu de novo e não sarou e quando foi em 2014, ela sarou e ficou um pouquinho aberta e depois ela abriu e está um pouquinho aberta até hoje. (AS2)

[...] se eu falar a verdade, ta vendo esse preto, esse preto que ta arroxando aqui, isso tudo aqui é machucado, aqui assim ó. Você está vendo aqui, ta vendo o branco aqui? Isso aqui tudo é machucado é. (AS 7)

[...] assim, a minha história com esse machucado é assim. Vai, vem, fecha, abre, e tem muito tempo. Nossa já perdi até as contas do tempo. (AS 8)

[...] E quando tirou os dois dedos, que ficaram pretos, isso em 2012, pensei que ia sarar tudo, mas nunca sarou de vez, deram uns pontos, mas deu nem 10 dias, estava abrindo, dizem que quem tem diabetes, machucado não fecha e é isso mesmo, porque esse meu deve ter uns 4 anos e nada. E também depois fiquei sabendo que tenho um problema de circulação, e danou-se de vez. (AS 9)

[...] E assim, hoje ela ta até pequena já pegou essa parte toda aqui da perna (apontando para o dorso da perna), aí eu fiz cirurgia melhorou bastante, mas fechar de vez nunca fechou, estando assim até hoje. (AS 10)

[...] já estou com o machucado na perna esquerda há uns 6, 7 anos, nessa peleja. E aí começou a luta, porque achei que ia fechar e nada. (AS 12)

[...] foi complicando, deu erisipela, nossa mãe do céu, e nunca mais fechou, quando eu pensava que ia fechar, abria outra. E depois aumentava de novo. (AS13)

[...] E já tem 2 anos e 9 meses que estou nessa situação, porque não fecha. (AS 14)

[...] foi na queda que eu tive ainda no hospital, e é do lado que ficou esquecido, o lado esquerdo, e já tem 4 anos. (AS 17)

Uma ferida que não cicatriza altera o estilo de vida das pessoas, os desejos e as esperanças. A pessoa com úlcera crônica precisa ser auxiliada para transpor a multiplicidade de conteúdos em relação à sua saúde e a doença atual, que revela marcas do seu passado. Contudo, apresentando um presente desafiador. Passado e presente se misturam.

A úlcera que não cicatriza ou que cicatriza e volta, vai deixando marcas. Esta ferida e estas marcas acabam se tornando a imagem incorporada, sendo este processo complexo, mas, sobretudo, resultado de uma habituação a que se encontram as pessoas pela presença constante da ferida nas suas vidas, por assim dizer, em seus corpos. Surge desta reflexão, a categoria **APRESENTANDO MANIFESTAÇÕES E SENSAÇÕES MARCANTES**, com duas subcategorias: **SENSAÇÕES E MANIFESTAÇÕES MARCANTES RELACIONADAS ÀS CAUSAS DA ULCERAÇÃO** e **SENSAÇÕES E MANIFESTAÇÕES MARCANTES RELACIONADAS À PRESENÇA CRÔNICA DA ULCERAÇÃO**.

[...] preocupa muito, é muito preocupante para a gente ter, conviver é difícil. (AS 1)

[...] aquele tempo eu assim não entendia muita coisa, mas a experiência de ficar assim. Fiquei preocupada porque furou. AS2

[...] doía muito, queimava e doía. Meu pé inchava, hoje em dia não dói mais, não incha, não é mais inchada graças a Deus. (AS 6)

[...] eu vivia só em sofrimento, sofrimento. Dor, mais dor, mais dor. Minha vida é essa, sofrer, não é brincadeira não. Eu já sofri muito na minha vida. Muito, muito, um sofrimento terrível. A gente tem que viver né. (AS 7)

[...] O que eu penso é que eu queria que fechasse, mas parece que não tem jeito. O que precisava mesmo para melhorar era esse negócio fechar de vez, mas eu não tenho mais esperança não. (AS 8)

[...] é uma dor insuportável, dói, que dói, tenho que tomar remédio para dor quase todos os dias. E foi assim, eu fiquei triste, mas se fosse para parar aquela dor, podia arrancar tudo, só que a dor ainda é forte. Não é no machucado em si, é uma dor por dentro. Não sei nem como te explicar. (AS 9)

[...] quero falar que não é moleza, é difícil, é como se eu fosse diferente, me sinto diferente, muito estranha a sensação que eu tenho... Quando eu invento de ir ao centro de Vitória ou no Shopping minhas pernas ficam bem cheinhas, elas incham um pouco. (AS 10)

[...] E tinha um cheiro forte, era cheiro muito ruim mesmo, até meu marido reclamava. Agora uma coisa é certa, dói, dói muito, sempre doeu eu é que não sou de reclamar, até hoje em dia eu tomo remédio quando a dor ta muito atacada. (AS 18)

Neste estudo **SENSAÇÕES E MANIFESTAÇÕES** são todos os sinais e sintomas físicos e psicológicos relacionados ao surgimento e cronicidade das úlceras. Destes surgem demandas que requerem o acompanhamento pela equipe interdisciplinar. É importante destacar que não se deve pensar a ulceração crônica, apenas do ponto de vista do diagnóstico ou da doença e, sim, como algo que acomete o ser humano. Portanto, é preciso agir de modo à construção de saberes dialogados e respeitando a dignidade humana.

Pode-se observar que a dor é o principal sintoma apresentado pelos agentes sociais. Temos ainda outras manifestações subjetivas como tristeza, preocupação, sofrimento e sensações demarcadas como: ser um peso, ser diferente, ser estranho e ter culpa. Os sinais como edema de membros inferiores, odor desagradável também são citados como questões que incomodam. A principal manifestação em relação a causa inicial da lesão foi a preocupação pela falta de experiência e conhecimento com o que havia acontecido.

Os receios sentidos relativos ao futuro foram relatados pelos agentes pelo fato destes sentirem a evolução do seu tratamento e a resolução da sua situação de saúde como algo incerto. As preocupações surgem principalmente com a evolução da sua condição e com a hipótese de a mesma não ter cura. Surge, neste momento os sentimentos que incluem a fé em Deus e a esperança de cura.

Desde o primeiro momento, é necessário que os profissionais de saúde levem em consideração os desdobramentos emocionais decorrentes de possuir uma lesão ativa como uma marca permanente no corpo. Frisa-se aqui a importância da comunicação terapêutica, pois se percebe pelas falas que na maioria dos casos, o momento da comunicação diagnóstica é fundamental, porém é necessário refletir, também, sobre a forma como é dada a notícia, por entendermos que a relação do sujeito com o profissional (e vice-versa) interfere na forma como a notícia é recebida, bem como a partir deste momento, será realizada novas significações sobre o seu estado de saúde.

[...] O médico só falava que é uma úlcera né? E é venosa. (AS 2)

[...] me levou no Doutor E. Eu não contei nada para ele do que tinha acontecido, ele examinou a perna toda, me deu um ano de licença, aí fiz o tratamento e está aqui a perna, não precisei amputar nada. Já pensou se eu tivesse ido direto para o hospital das clínicas, talvez tinha até morrido. (AS 3)

[...] sei lá, tem vezes que eles falam assim, isso aqui não sara mais, médico mesmo já declarou isso aqui não sara mais. Isso é uma úlcera, sei lá o jeito que eles falam, é úlcera crônica e não vai ter jeito, diz que não vai sarar mais é isso aí que já está declarado, é isso que os médicos falam comigo (AS 7)

Os agentes sociais muitas vezes não conseguem compreender os próprios desejos, tristezas, necessidades e não se reconhecerem enquanto usuários que devem requerer seus direitos mediante os serviços de atenção à saúde. Observou-se que os mesmos vivem sentimentos de desesperança em relação à cura de seus ferimentos.

Neste contexto, a necessidade de suporte da esperança sentida, bem como de apoio, constituem-se como fatores relevantes que devem ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde e da família. No quadro 6 tem-se o resumo dos principais sentimentos que emergiram das falas dos agentes sociais, sendo divididos em manifestações do passado, do presente e para o futuro.

#### QUADRO 6 - APRESENTAÇÃO DOS SENTIMENTOS MANIFESTADOS

(Continua)

Período de Manifestação	Sentimentos	Dados Brutos	Código preliminar
	Preocupação	[...] eu assim não entendia muita coisa, mas a experiência que eu fiquei assim... (AS2)	2.15. Não entendendo muita coisa. (Naquele tempo)

Passado			2.16. Ficando preocupada com a experiência (Se referindo ao rompimento do vaso).
	Revolta	[...] já fui mais revoltada, mas não adianta. (AS13)	13.103 Sendo mais revoltada (no passado) 13.104 Não adiantando ser revoltada.
	Vitimização	[...] eu ficava pensando muito porque isso aconteceu comigo. Eu assim, eu não fumo, não bebo, eu não faço nada e, essa veia pouco assim, é chato, a gente está vivendo. (AS2)	2.15 Pensando porque aconteceu (Com ela) 2.16 Não fumando. 2.17 Não bebendo. 2.18 Não fazendo nada. 2.19 Pocando a veia. 2.20 Sendo chato. 2.21 Estando vivendo
Presente	Preocupação	[...]preocupa muito, é muito preocupante para a gente ter (AS 1)	1.48 . Sendo preocupante ter a ferida.
	Culpa	[...] é ruim né, ficar doente não é bom, e quando você vai caindo a ficha que você tem culpa, dá um desespero, uma tristeza. É triste né. Agora tenho que ficar quieta. (AS 19)	19.86 Sendo ruim ficar doente. 19.87 Não sendo bom ficar doente. 19.88 Caindo a ficha da culpa por estar doente. 19.89 Dando um desespero 19.90 Dando uma tristeza 19.91 Sendo triste. 19.92 Tendo que ficar quieta.
	Falta de liberdade	[...] A gente mesmo não sente muita liberdade com a perna machucada. (AS 1)  [...] me sinto preso. (AS 17)	1.97. Não sentido liberdade com a perna machucada  17.61. Se sentindo preso
	Conformismo	[...]dos males o menor. E outra coisa, a gente acaba acostumando, tem que se conformar. (AS 13)	13.105 Sendo dos males o menor (ter a úlcera) 13.106 Acostumando (com a ferida) 13.107 Tendo que se conformar.
	Tristeza	[...] E aí a gente fica assim, e afeta o psicológico. É muito triste mesmo. (AS 12)	12.83 Ficando assim (com o machucado) 12.84 Afetando o psicológico. 12.85 Sendo muito triste.
	Raiva	[...]olha, as vezes dá muita raiva, as vezes tristeza, eu até choro escondido. (AS8)	8.125 Dando raiva. 8.126 Dando tristeza. 8.127 Chorando escondido.
	Dependência	[...]eu não ando direito né, tenho uma dificuldade para andar, porque meus pés são defeituosos, conto com a ajuda da minha filha, que fica comigo de manhã. (Ás 19)	19.26 Não andando direito. 19.27 Tendo dificuldade para andar 19.28 Tendo os pés defeituosos. 19.29 Contando com a

			ajuda da filha 19.30 Tendo a filha que fica comigo de manhã
Futuro	Desesperança	[...] A verdade é que para mudar minha vida para melhor, só fechando de vez, só que isso eu sei que não vai acontecer né. (AS 12)  [...] O que precisava mesmo para melhorar era esse negócio fechar de vez, mas eu não tenho mais esperança não. (AS 8)	12.116. Sendo que para mudar de vida só se fechar de vez. 12.117. Sabendo (que fechar de vez) não vai acontecer.  8.173 Precisando fechar o machucado para melhorar. 8.174 Não tendo esperança que irá fechar.
	Medo da amputação	As vezes pode até tirar a perna fora por causa de certas coisas. Aí tem que tomar muito cuidado. (AS 6)	6.110 Podendo ter que tirar a perna por causa de certas coisas. 6.111 Tendo que tomar muito cuidado

Fonte: Elaborado pela autora

(Conclusão)

É preciso considerar todos os sentimentos encontrados como demandas potenciais que necessitam de entendimento e compreensão por parte da equipe de saúde. Cabe em primeiro lugar a identificação dos sentimentos, considerando que cada um deles pode se desdobrar em outros agravos como isolamento, depressão, e a falta de adesão ao tratamento, para em seguida realizar os encaminhamentos necessários.

A partir das reflexões do fenômeno causal pode-se perceber que o foco deve estar voltado para o processo de prevenção com envolvimento da equipe interdisciplinar atuando desde o momento da avaliação de risco para desenvolvimento para úlceras de membros inferiores, até o tratamento em todos os níveis de atenção à saúde. Importante destacar que a luz do interacionismo simbólico, o objeto aqui representado, como a úlcera crônica de membro inferior, precisa ser ressignificada de forma isolada e coletiva, a fim de ampliação e compreensão de todas as demandas de cuidado que dela surgem.

A seguir, a representação visual do fenômeno causal em formato de mapa cognitivo tipo sol. Vale aqui o esclarecimento da figura do sol para representação de fundo deste fenômeno. O sol nascente para representar o “*nascimento*”. Também o “*surgimento*” das discussões acerca dos significados das demandas de cuidado à luz das pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores. Outros significados serão apresentados ao longo dos fenômenos que serão discutidos na pesquisa.

**DIAGRAMA 7 – DESVELANDO À LUZ DAS PESSOAS O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO**



Fonte: Elaborado pela autora.

## CAPÍTULO VI

### EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS

O fenômeno **EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS** reflete o contexto, ou seja, o ambiente onde as interações acontecem. Para construir a experiência cotidiana os agentes sociais iniciaram suas falas recordando aspectos da vida do momento em que ainda não apresentavam a úlcera de membro inferior.

Assim, tais aspectos remetem as questões familiares como casamento, nascimento dos filhos, as questões de trabalho e da vida social. Em seguida transitam entre passado e condição presente de adaptações que ocorreram ao longo da trajetória, considerando as mudanças no desempenho de papéis e as limitações impostas pela ulceração.

De tal modo, o fenômeno que será apresentado a seguir foi composto por 671 códigos preliminares, 2 categorias e 4 subcategorias, conforme quadro 7.

QUADRO 7 - EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS

FENÔMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS</b>	CONTEXTUALIZANDO O COTIDIANO COM A ÚLCERA CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR	SIGNIFICANDO A VIDA COM A ÚLCERA CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR
		CONVIVENDO COM A DOR
	IDENTIFICANDO AS REDES DE APOIO DAS PESSOAS AFETADAS POR ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES	TENDO O APOIO FAMILIAR
		RECONHECENDO O CONVIVENTE SIGNIFICATIVO

Fonte: Elaborado pela autora

Na categoria **CONTEXTUALIZANDO O COTIDIANO COM A ÚLCERA CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR**, buscou-se através dos relatos, perceber o “*como*” é viver com uma situação de cronicidade, que traz impactos de ordem física e emocional. É interessante perceber que para alguns a úlcera está presente há tantos anos que a reflexão sobre a situação parece não fazer sentido, visto que relatam como algo que já faz parte do seu contexto. Evidenciar o cotidiano, significando a vida com a úlcera é uma tentativa de trazer à tona as demandas de cuidado para quem sofre do agravo em tela.

Na subcategoria **SIGNIFICANDO A VIDA COM A ÚLCERA CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR**, verifica-se inicialmente pela análise dos dados que os agentes sociais permanecem realizando as mesmas atividades que antes do ferimento, necessitando de algumas adaptações, conforme foi possível perceber.

[...] essa minha vida com essa lesão é um caso sério. (AS1)

[...] meu dia-a-dia é assim, é trabalhando em casa. Aí eu desço para conversar com minhas irmãs aqui em baixo. Vou ao supermercado fazer algumas comprinhas, chego faço almoço, descanso. É assim o meu dia-a-dia. Eu assim, eu não fumo, não bebo, eu não faço nada e, essa veia pouco assim, é chato, a gente está vivendo. (AS 2)

[...] A, não, não tem nada assim que me prejudique não, eu faço tudo, eu ando aqui, vou à unidade, volto esses dias não tenho ido devido umazinha que está aqui muito dolorida. Assim, tomo meu café, depois vou fazendo as coisas, mas tudo eu faço assim sem pressa, devagar, por que eu não posso fazer nada depressa, quem depender de mim, tem que ter calma, porque eu não posso fazer nada depressa. (AS3)

[...] A minha vida com a ferida, é que eu não posso fazer muito movimento. Coisas que precisam de movimento eu evito fazer. (AS4)

[...] A minha vida é a mesma coisa. Não tenho nada a dizer sobre a úlcera não. É a mesma coisa de sempre. Meu dia-a-dia é assim, eu levanto de manhã, faço meu cafezinho, faço minhas coisas que tenho que fazer dentro de casa. (AS6)

[...] minha vida é assim, com esse negócio, eu até já acostumei. Ficar velho com saúde deve ser bom, agora cheio de coisa. [AS 8]

[...] tirando a dor, minha vida é normal, já sou aposentado, fico ali na pracinha da igreja, faço minhas coisas normal. Eu sou sozinho. Tenho que fazer minhas coisas né, porque se eu não fizer não tem ninguém que faça por mim. [AS 9]

[...] minha vida, é boa, o que atrapalha é um pouco esse machucado, tenho que fazer as coisas mais devagar. [AS 10]

[...] A minha vida é assim, não sei dizer. Hoje eu já sou aposentado, eu era mecânico. E continuei trabalhando, tinha época que ficava pior e aí eu procurava recurso, outras vezes melhorava um pouco. Eu vivo normal,

acordo de manhã, tomo meu café, fico aqui atrás mexendo no meu carrinho, depois almoço, tiro um soninho a tarde, e aí o dia passa. Eu vou ao supermercado, na padaria, subo para Santa Leopoldina de vez em quando com meu fusquinha e assim vou levando, não deixo de fazer minhas coisas não. Só quando eu sinto a dor é que eu sossego um pouco. [AS 16]

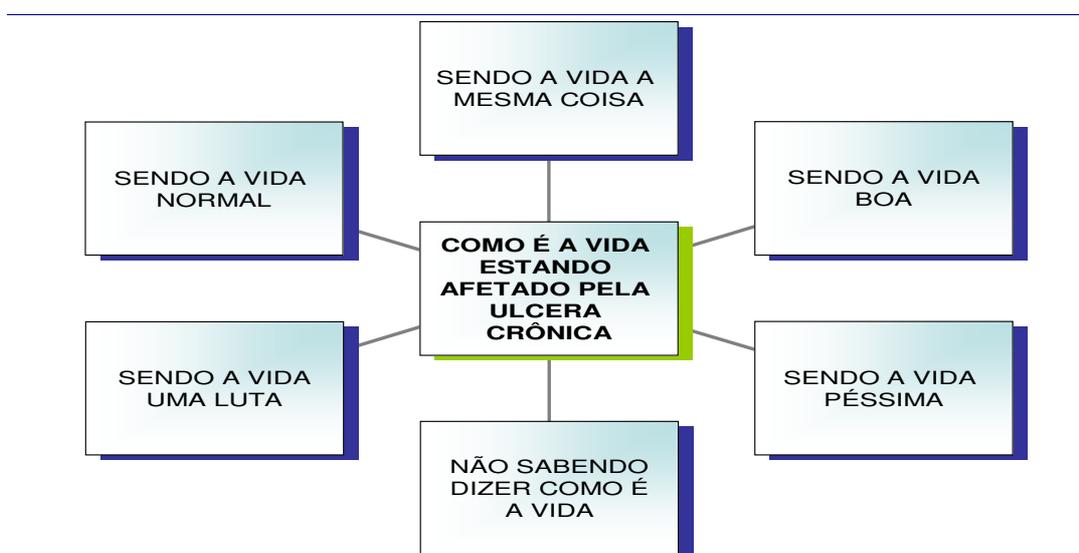
[...] é uma luta né, agora tem tanto tempo que eu posso falar que ela faz parte da minha vida. Eu continuo fazendo as coisas na minha casa, faço umas costurinhas, esse vestido mesmo eu que fiz. Cuido do marido ainda, ele ta com problema de coração e eu que tomo conta dele, dou os remédios. [AS 18]

[...] eu não ando direito né, tenho uma dificuldade para andar, porque meus pés são defeituosos. Eu faço o que eu agüento, arrumo a cama, faço um cafezinho, coisas que eu posso fazer e sentar, porque eu fico cansada. [AS 19]

[...] A minha vida é normal, continuo fazendo minha caminhada de manhã, só quando dói é que evito. Cuido da casa, tomo conta da minha neta na parte da tarde para minha filha. [AS 20]

As falas dos agentes sociais quando questionados sobre a vida com a úlcera, levou a reflexão sobre um dos pressupostos do interacionismo simbólico: o ser humano orienta seus atos em direção às coisas em função do que estas significam para ele. Percebeu-se aqui, que os significados atribuídos a própria vida variaram desde posturas positivas a negativas dentro do contexto de viver com úlceras crônicas de membros inferiores. O diagrama 8 demonstra essas visões.

DIAGRAMA 8 – SIGNIFICADOS À VIDA COM ÚLCERA CRÔNICA PELA VISÃO DOS AGENTES SOCIAIS



Fonte: Elaborado pela autora

Pode-se verificar que os agentes sociais que apontam: sendo a vida a mesma coisa, sendo a vida normal e sendo a vida boa, possuem uma postura otimista para definição de suas vidas, ou seja, o sentido dado à vida é positivo. Poder realizar atividades como dormir, se alimentar, trabalhar, não ter sofrido amputações, são os principais motivos que os fazem, entender a vida como normal, apesar da úlcera. Neste sentido, apontam para adaptações necessárias à realização das atividades, entre elas: realizar tudo devagar, sem pressa, sem andar rápido, sem fazer muito movimento e fazer somente o que agüenta.

A partir das adaptações citadas pelos agentes sociais, percebem-se alterações principalmente de ordem física, relacionada à locomoção. Sendo está considerada uma limitação que ocorre em pessoas com úlceras crônicas, que será discutido posteriormente.

Existem agentes sociais que apresentam falas relacionadas ao conformismo, a não ter o que fazer com a situação. Relatam que já se acostumaram, ou que a úlcera já faz parte da vida. Neste sentido, tem-se uma postura apática, já que significam a vida com a úlcera dentro de um padrão de conformismo. É preciso compreender que tal significado pode levar o agente social a deixar de realizar os curativos de forma adequada, não realizar o repouso, sendo estas atitudes negativas, aumentando ainda mais as chances de não cicatrização, das recidivas e do aparecimento de novas úlceras.

Considerar a vida como uma luta, ou como péssima esteve presente nas falas dos agentes sociais que já apresentaram amputações, que utilizam cadeira de rodas, que possuem doenças de base que interferem no processo cicatricial e que apresentam a úlcera há mais de 5 anos. Percebe-se nestes casos, uma dificuldade para as adaptações, apresentando assim maior risco para ansiedade, isolamento social, tristeza e depressão.

Identificar os significados de viver com a úlcera crônica de membro inferior permite conhecer as demandas que surgem a partir destes significados e, deste ponto, compreender os significados das demandas de cuidado, a fim de garantir a promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos agentes sociais. Partindo do subjetivo, daquilo que por vezes está encoberto, há a ampliação consciente das ações que necessitam ser implementadas individualmente e na coletividade.

A partir de implementações direcionadas, espera-se que o agente social seja capaz de realizar os ajustes necessários para sua condição de desvio de saúde, a

fim de que possa recomeçar apesar de estar afetado por um agravo crônico, entendendo a importância do aprender, do modificar e do fazer.

A vivência com a dor se destacou neste estudo. Tal experiência é percebida como a manifestação mais marcante. Deste fato, surge a subcategoria **CONVIVENDO COM A DOR**. De acordo com Yamada (2001), a dor é um dos aspectos mais explorados na literatura acerca das úlceras venosas. Nos estudos inicialmente apresentados no capítulo I, a dor foi citada em todos, como um dos motivos que causam alterações no sono, aumenta o uso de medicamentos e interferem na qualidade de vida.

A seguir, nas falas dos agentes sociais sobre a dor, percebe-se em certos momentos que a dor ultrapassa a dimensão física.

[...] eu quero te dizer que em 2013 ela doeu muito, muito, muito que tinha noite que eu não dormia, menina eu ficava a noite todinha, dava 2,3,4 horas, quando eu vinha a dormir era o quê? 5 horas. (AS 2)

[...] incomoda sabe, incomoda porque tem hora que dá a impressão que tem uma porção de agulha furando assim, e também dói muito, muita dor, assim na perna, aí tem que sentar um pouco, melhorar um pouquinho para depois continuar fazendo as coisas. (AS 3)

[...] geralmente doía na hora da gente deitar para dormir. Quando deitava, ficava dando aquelas fisgadas. (AS 5)

[...] doía muito, queimava e doía. Meu pé inchava, hoje em dia não dói mais, não incha, não é mais inchada graças a Deus. (AS 6)

[...]. O que incomoda mesmo é mais a dor, porque eu trabalho em pé, e mesmo depois da cirurgia, continuo sentindo a dor... Fica bem inchado no fim do dia, porque meu trabalho é em pé, trabalho de empregada né, faço de tudo, limpo, lavo, passo, cozinho na casa da minha patroa e na minha casa também. E aí o repouso é só na hora de dormir mesmo, pensa comigo acordo as cinco, vou dormir por volta de 10h30min da noite. (AS 15)

[...]. Agora uma coisa é certa, dói, dói muito, sempre doeu eu é que não sou de reclamar, até hoje em dia eu tomo remédio quando a dor ta muito atacada. (AS 18)

É preciso compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo para propor a implementação do manejo da dor. O atendimento a esta demanda visa à minimização do sofrimento físico e psicológico. Não obstante, é necessário trabalhar estratégias que ultrapassem os limites dos protocolos que visam a classificação da dor e administração medicamentosa.

O exercício da escuta ativa e sensível, promoção de ambiente acolhedor, envolver a pessoa afetada por úlcera crônica em seus cuidados, esclarecer medidas

de alívio da dor, dentre outros aspectos, são caminhos possíveis para facilitar o enfrentamento da experiência dolorosa.

Observa-se neste ponto que ocorreram mudanças significativas ao longo da trajetória de cada agente social e que cada um encontra dentro de suas possibilidades mecanismos para conviver com seus ferimentos e dores. Considerando que este agente social, vive e interage em família, em comunidade, entre tantos outros espaços, surge dentro deste processo a categoria **IDENTIFICANDO AS REDES DE APOIO DAS PESSOAS AFETADAS POR ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES**.

O apoio incondicional da família foi neste estudo considerado como fundamental na manutenção do equilíbrio psicológico das pessoas, atuando inclusive como elemento motivador, que influencia positivamente no decurso do tratamento, surgindo à subcategoria **TENDO O APOIO FAMILIAR**.

Observou-se nas entrevistas realizadas, que 100% apontam a família como o suporte para ajudar na assistência, no deslocamento, nos curativos, que são realizados em domicílio, além do apoio amoroso. Vale ressaltar que durante as visitas que foram realizadas em domicílio, pode-se perceber uma relação de harmonia e de cuidado.

[...] meu ferimento é muito bem cuidado, minha filha e a minha cunhada que fazem os curativos. (AS 4)

[...] Graças a Deus, com minha família tudo bem. Graças a Deus minha família é maravilhosa, não tenho nada que falar da minha família. Agora tem a minha filha que toma conta da casa e dos dois velhos. Toma conta de mim e do pai dela. (AS 7)

[...] sou solteiro, nunca casei, mas tenho dois filhos um menino e uma menina, mas, eles trabalham, me ajudam quando podem, mas está tudo muito difícil para todo mundo né. Minha filha no fim de semana traz uma comidinha diferente para mim, do resto eu mesmo me viro. Tenho que me virar né. (AS 14)

[...] todo mundo me trata normal, meus filhos, minhas filhas, meus netos, minha velha. (AS 16)

[...] Conto com a ajuda da minha filha, que fica comigo de manhã, porque ela mora aqui em cima. (AS 19)

Confirma-se pelas falas que as famílias vivenciam as úlceras crônicas junto com seus entes, assim sendo a abordagem à família no contexto domiciliar e da

unidade de saúde, é uma demanda que surge a partir do momento que eles no envolvimento da situação também significam todas as manifestações, portanto, colaboram com as adaptações, inclusive, necessitando se adaptar a realidade de vida de seus familiares.

Além da família, existe o que neste estudo definiu-se como convivente significativo, que são pessoas que não fazem parte da família, porém desempenham o papel de colaboradores dentro do processo adaptativo, surgindo assim a subcategoria **RECONHECENDO O CONVIVENTE SIGNIFICATIVO**. Essas pessoas auxiliam na realização de atividades que não podem ser desenvolvidas da mesma maneira pela pessoa afetada pela ulcera crônica, como as atividades domésticas, ou ainda, no auxílio dos curativos, dentre outras formas de colaboração.

[...] Bom, eu sempre só trabalhei em casa né, minha profissão é do lar, e depois que eu comecei com essa perna assim entrou a menina lá em casa para ajudar. Mas eu tento não ficar parada, porque vai dando uma tristeza, então sempre vou arrumando alguma coisa para fazer. (AS 10)

[...] não posso reclamar de minha patroa não, porque ela me ajuda, comprou a meia elástica e me deu de presente. Eu consegui fazer a cirurgia da perna direita, que era a que mais doía, porque ela também ajudou a correr atrás. Na casa da minha patroa, por exemplo, hoje ela me liberou para vir aqui no posto para consulta, e não me desconta. (AS 15)

[...] tem uma menina que ajuda aqui em casa, e ela é muito cuidadosa comigo e com minha esposa. Quem faz o curativo é essa menina que trabalha aqui em casa, ela é quem faz, desde quando eu fiquei doente, ela veio para ficar aqui em casa. (AS 17)

Neste aspecto incluem-se ainda pessoas dos centros de convivência, grupos de apoio das igrejas, entre outros, que são citados pelos agentes sociais.

[...] De vez em quando o pessoal da igreja vem aqui em casa, ora comigo. (AS 14)

[...] agora aqui em Vitória nós temos os amigos da Igreja, do grupo de casais, uma vez por semana tem o grupo do crochê que eu participo, é muito bom. (AS 10)

A partir de todo o exposto, o diagrama 9, representa o contexto, com suas categorias e subcategorias. O sol como elemento de força, que aqui significa a energia necessária para que os agentes sociais convivam com a situação da ulceração crônica, consigam interagir de forma positiva, mesmo face às adversidades contextuais.

**DIAGRAMA 9 - EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS**



Fonte: Elaborado pela autora

Para os agentes sociais, estar afetado por ulceração crônica de membro inferior tem diversos significados, entre eles: normalidade, sofrimento, angústia, entre outros tantos, principalmente por possuírem as lesões há muito tempo. Esse processo de significação da realidade em que vivem, foi construído de acordo com as causas que levaram ao início da ulceração, se modificaram e foram reconstruídas ao longo da trajetória e das relações mantidas.

Assim, têm-se as questões inerentes às interações com eles mesmos, com sua rede familiar, social, com a equipe de saúde, dentre outras. Sendo a experiência ainda repleta de incógnitas, incertezas e preocupante. Cabe pontuar que, o interacionismo simbólico representa justamente essa micro-análise, pois estuda as interações individuais, a negociação individual e a reação do outro, levando às atividades interpretativas, determinadas pela situação e interação das pessoas.

## CAPÍTULO VII

### IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA

Este fenômeno representa os fatores intervenientes, ou seja, aqueles que alteram o impacto da condição causal no fenômeno. Considerando que a condição causal está relacionada com o desconhecimento sobre as úlceras crônicas, sobre a abertura e recidivas das lesões, bem como que diante desta situação o agente social apresenta manifestações em resposta à cronicidade do agravo, neste momento será discutido os fatores que interferem como facilitadores e dificultadores.

Os dados que surgiram da codificação aberta resultaram em 142 códigos preliminares, que depois de organizados por similaridades, resultaram em 2 categorias **“RECONHECENDO SITUAÇÕES QUE FAVORECEM E DESFAVORECEM O PROCESSO DE CUIDADO MEDIANTE A ÚLCERA”** e **“NÃO CONSEGUINDO IDENTIFICAR FATORES QUE FAVORECEM OU PREJUDICAM O CUIDADO”**. Das 2 categorias, surgiram 4 subcategorias, conforme quadro 8:

QUADRO 8 – IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA

FENÔMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA</b>	RECONHECENDO SITUAÇÕES QUE FAVORECEM E DESFAVORECEM O PROCESSO DE CUIDADO MEDIANTE A ÚLCERA	IDENTIFICANDO FATORES QUE MELHORAM E PIORAM A CICATRIZAÇÃO
		IDENTIFICANDO FATORES QUE AUMENTAM E DIMINUEM A DOR
		IDENTIFICANDO FATORES QUE FACILITAM E DIFICULTAM O CUIDADO
	NÃO CONSEGUINDO IDENTIFICAR FATORES QUE FAVORECEM OU PREJUDICAM O CUIDADO	NÃO IDENTIFICANDO FATORES INTERVENIENTES NA SUA CONDIÇÃO ATUAL

Fonte: Elaborado pela autora

É importante compreender que a partir do momento atual, interligado pelo passado, vislumbrando o futuro, os agentes buscam identificar situações, que possam facilitar o seu cuidado, seja ele prestado na unidade de saúde ou em domicílio, para que de forma menos tensa, mais rápida e menos dolorosa o objetivo da cicatrização se efetive.

Na Categoria **RECONHECENDO SITUAÇÕES QUE FAVORECEM O PROCESSO DE CUIDADO MEDIANTE A ÚLCERA**, observou-se que os agentes sociais identificam fatores que relacionam o processo de cicatrização, de dor e do cuidado de uma forma geral. Na subcategoria **IDENTIFICANDO FATORES QUE MELHORAM A CICATRIZAÇÃO**, os dados apontam que os agentes sociais se preocupam para que o ferimento não aumente (abra mais) e identificam produtos que facilitam o fechamento da ulceração.

[...] A bota foi o efeito que eu notei assim de mais validade. [...] ir de ônibus eu estava achando muito prejudicial para a perna, fazendo o machucado querendo abrir, (AS 1)

[...] O cuidado, a gente tem que ter muito cuidado com isso para não machucar né, porque se machucar abre muito e dói. Se machucar é pior. (AS 6)

[...] O que facilita mesmo é eu não abusar, fazer o repouso, usar a meia, não ficar comendo muito. (AS 10)

[...] fazer o curativo todo dia também ajuda porque eu vejo como está se tem alguma coisa diferente (AS 20)

O êxito no processo de cicatrização requer além da escolha correta do recurso a ser utilizado, o olhar holístico, ou seja, considerar o todo no cuidar de um problema local. Existe um descontentamento percebido nas falas e atitudes dos agentes sociais, através de pausas e choros durante a entrevista, dizendo “*eu quero que ela sare*” “*eu queria muito que ela fechasse*”, refletindo aqui situações que giram em torno da esperança e da desesperança, ou seja, o processo fisiológico cicatricial, interferindo diretamente nos desejos e aspirações.

Acredita-se na importância da associação das tecnologias duras, leve-duras e leves para o cuidado da pessoa afetada por úlceras crônicas de membros inferiores na perspectiva da ética e da bioética, considerando o aspecto multidimensional do cuidado às pessoas afetadas por úlceras crônicas.

Surgindo dos dados, a dor perpassa toda a trajetória da pessoa com úlcera crônica. As falas dos agentes sociais sobre dor são permanentes, com uma

classificação de intensidade muito alta. Assim, ao longo de suas trajetórias, são capazes de identificar fatores para diminuí-la ou aumentá-la, surgindo destas falas a subcategoria **IDENTIFICANDO FATORES QUE AUMENTAM E DIMINUEM A DOR.**

[...] eu já conheço o uso da meia de muitos anos e sei o quanto que ela protege para as varizes não doer e não infeccionar e a gente ter mais segurança. [...] de uns anos para cá eu cheguei numa conclusão que se eu não tiver aquele cuidado do repouso ela se torna mais aberta, mais dolorida me sacrificando mais. (AS 1 (AS1))

[...] eu acho que ficar muito em pé, me prejudica porque as pernas incham, as duas, e a que tem a ferida dói muito. Aí fazer o repouso melhora, mas não é todo dia que dá para fazer. Eu também evito comer muito açúcar, eu sei que nem podia comer, mas não tem jeito né. Gordura eu sei que também me prejudica. (AS13)

[...] na minha cabeça o que mais resolve é o repouso, eu sinto menos dor quando eu faço o repouso, acho que a meia também ajuda, não como muita gordura também. E o que dificulta é ficar muito em pé né, mas é meu trabalho. (AS15)

[...] porque uma coisa que eu acho que prejudica é pegar ônibus, eu gostava muito de ir lá na rua sete, comprar aviamento, parece uma coisa, era pegar o ônibus, e isso doía a noite inteira. (AS18)

[...] prejudica não usar a meia. Quando eu não uso, eu sinto dor. Comer fritura e gordura também prejudica. (AS20)

Os agentes sociais conseguem identificar fatores que causam a dor, entre elas: ficar muito tempo em pé, não fazer o repouso, colocar a perna para cima (para os pacientes com úlceras arteriais, mistas e neuropáticas). Assim como de diminuí-la, como o repouso e usar a compressão elástica (meia). Considerando aqui o “*self*”, podemos observar que existe o outro incorporado aos indivíduos afetados por úlceras crônicas, sendo que as respostas correspondem a um conjunto organizado de atitudes necessárias para diminuição ou aumento da dor que se assemelham.

Identificar os fatores intervenientes que agem no contexto das pessoas que vivenciam as ulcerações crônicas de membros inferiores, possibilita verificar quais as demandas de cuidado que surgem para que os planos de cuidado sejam direcionados, **IDENTIFICANDO FATORES QUE FACILITAM E DIFICULTAM O CUIDADO.**

Os dados demonstraram as associações, desde a correta realização do curativo e avaliação pelo profissional de saúde (cuidado instrumental), até as associações com a alimentação, questões econômicas, proximidade da unidade de saúde do domicílio, religião e apoio familiar. Conforme podemos verificar nas falas.

[...] eu a primeira coisa que eu faço é a alimentação. Por que para esse problema da minha perna, eu tenho que fazer uma dieta, ver o que eu posso comer o que eu não posso, por que se eu comer alguma coisa carregada eu sei que vai influir no cuidado com a perna né. [...] O que facilitaria bem, assim se tivesse uma pessoa para vir sempre, olhar como que está, mas eu reconheço que é difícil também né. [...] nesse momento agora o que dificulta, por que essas escadas para subir e descer força muito. Ir daqui também na unidade, para mim é assim complicado porque tenho que ir a pé. (AS 3)

[...] O chinelo que tenho que ficar amarrando, porque o sapato é próprio, agora o chinelo tenho que amarrar. E incomoda. O que assim melhora é eu ir no posto com a enfermeira, fazer direitinho o curativo, não deixar ficar molhado. (AS9)

[...] O que eu acho que facilita é eles darem todo o material né, se não dessem ia ficar bem caro bancar isso, porque já dois anos com isso, ia ficar bem caro se tivesse que comprar na farmácia. (AS11)

[...] facilita poder pegar as coisas na unidade, porque economiza né, se não pudesse seria um gasto, ter a minha velha que faz o curativo me ajuda, porque se dependesse de mim, eu acho que até já tinha perdido essa perna. O atendimento na unidade também facilita. (AS 16)

[...] ter a unidade aqui perto de casa, facilita demais porque eu posso vir sozinha, não preciso pegar condução. [...] O que eu acho que facilita também e aí facilita a vida da gente é ter uma religião, agradecer a Deus, ter fé. Ter amigos também é muito bom. (AS18)

[...] não ir no posto ser acompanhada, igual eu era, acho que prejudicou um pouco. Minha filha ajudando também é bom, porque se não fosse ela fazer o curativo, quem ia fazer? Tenho que cuidar dos pés e evitar machucar. (AS19)

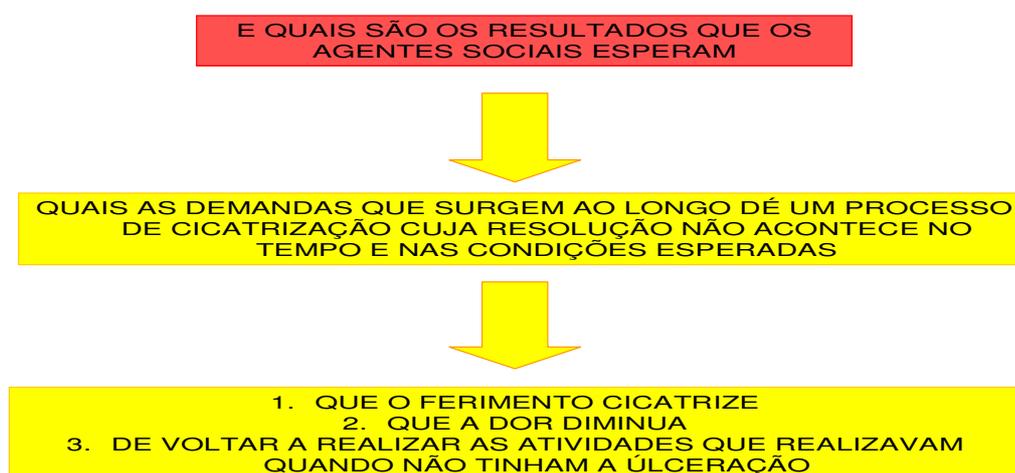
Através das falas foi possível identificar que os agentes sociais necessitam de:

1. Acompanhamento e supervisão dos profissionais de saúde principalmente de enfermeiros e médicos especialistas;
2. Orientação e acompanhamento nutricional. Inclusive para desmistificar mitos relacionados a alimentação;
3. Acompanhamento no âmbito domiciliar devido às limitações físicas que dificultam o deslocamento até a unidade;
4. Ter um familiar ou convivente significativo para realizar as trocas dos curativos. Registra-se aqui a importância da capacitação junto a pessoa afetada pela ulceração e para aqueles que atuam realizando o procedimento em si;

5. Reconhecer a unidade como um espaço para o acompanhamento, de buscas e trocas de experiências, onde é possível a interação e não somente um local para a busca de materiais.

É importante refletir que o resultado esperado pelos agentes sociais inicialmente é o do fechamento da lesão, o controle da dor, ou mesmo, realizar atividades que por limitações deixaram de fazer. O diagrama 10 demonstra os desejos apontados pelos agentes sociais, que neste estudo são consideradas como demandas que necessitam de um olhar ampliado para a busca da melhoria da qualidade de vida

#### DIAGRAMA 10 – RESULTADOS ESPERADOS PELOS AGENTES SOCIAIS



Fonte: Elaborado pela autora

Apesar dos desejos acima mencionados serem unânimes, destaca-se a categoria **NÃO CONSEGUINDO IDENTIFICAR FATORES QUE FAVORECEM OU PREJUDICAM O CUIDADO** e sua subcategoria **NÃO IDENTIFICANDO FATORES INTERVENIENTES NA CONDIÇÃO CAUSAL**. Essa categoria nos traz um alerta, visto que existem agentes sociais que não conseguem identificar os fatores que facilitam, nem aqueles que dificultam seu processo de cuidado.

Neste sentido há possibilidade de piora do quadro de cronicidade, aumento da dor, abertura de novas úlceras, recidivas, assim como exacerbação das manifestações de tristeza, ansiedade, revolta e isolamento social. Sobre isto, o diagrama 11 apresenta a representação visual dos fatores intervenientes.

Aqui os raios do sol representam a luz, traduzida pela capacidade que os agentes sociais possuem para reconhecer os fatores que favorecem o cuidado mediante a úlcera.

**DIAGRAMA 11 - IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA.**



Fonte: Elaborado pela autora

## **CAPÍTULO VIII**

### **SIGNIFICANDO O CUIDADO COM CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE**

O fenômeno **SIGNIFICANDO O CUIDADO COM O CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE** traz à reflexão os cuidados a partir do reconhecimento dos fatores intervenientes que foram discutidos no capítulo anterior. São as estratégias de ação e interação que possuem caráter processual, que se modificam de acordo com os significados atribuídos e as manifestações em cada ciclo do processo saúde doença e que são utilizados para resolver ou se adaptar a um determinado problema.

Os significados atribuídos pelos agentes sociais à vida com as úlceras, aos fatores que interferem nos cuidados, aos sentimentos, enfim a toda uma trajetória de vida, podem determinar os comportamentos manifestados em relação ao seu tratamento e às perspectivas para o futuro, explicando assim quais estratégias cada um é capaz de desenvolver para o cuidado de si.

Para a enfermagem conhecer e compreender as atitudes de enfrentamento dos agentes sociais que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores possibilita uma assistência direcionada a suprir as demandas individuais mediante uma visão holística, fornece inclusive subsídios para avaliar e reavaliar o cuidado prestado.

A luz do Interacionismo simbólico observa-se que o significado atribuído às úlceras crônicas pode ser modificado por meio da interação profissional-pessoa afetada pela lesão durante o processo de cuidado. Dessa forma, os significados emergem da interação com o meio social no qual se estabelecem as relações, neste sentido também será discutido neste capítulo a percepção dos agentes sociais sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, assim como a percepção dos tratamentos aos quais já foram submetidos.

De toda a análise processual que estabelece o referencial metodológico obteve-se 568 códigos preliminares, surgindo das aproximações 3 categorias: **DESENVOLVENDO O CUIDADO DE SI: O ENFRENTAMENTO DIANTE DA ULCERAÇÃO, ANALISANDO OS CUIDADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE,**

e **RECONHECENDO OS TRATAMENTOS REALIZADOS**. O quadro 9 explana as categorias e subcategorias que serão discutidas.

QUADRO 9 - SIGNIFICANDO O CUIDADO COM O CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE

FENÔMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>SIGNIFICANDO O CUIDADO COM O CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE</b>	DESENVOLVENDO O CUIDADO DE SI: O ENFRENTAMENTO DIANTE DA ULCERAÇÃO	CUIDANDO DO CORPO FERIDO
		BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES
	ANALISANDO OS CUIDADOS REALIZADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	PERCEBENDO OS CUIDADOS PRESTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
	RECONHECENDO OS TRATAMENTOS REALIZADOS	IDENTIFICANDO OS PRODUTOS UTILIZADOS
		DESCREVENDO OS TRATAMENTOS AO LONGO DA TRAJETÓRIA

Fonte: Elaborado pela autora

Na categoria **DESENVOLVENDO O CUIDADO DE SI: O ENFRENTAMENTO DIANTE DA ULCERAÇÃO** tem-se duas subcategorias **CUIDANDO DO CORPO FERIDO** e **BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES**. Nesta situação é necessária a participação dos agentes sociais, significando suas experiências, para a partir delas agir. Percebeu-se, portanto, que em diversas situações existe uma participação/interação inadequada, por diversos motivos, dentre eles: a não compreensão abrangente da doença, a valorização de credences inoportunas ao tratamento, a presença de limitações socioeconômicas, as limitações físicas, dentre muitos outros aspectos.

Pode-se apreender que o referencial de cuidado do agente social, esteve relacionado com o procedimento em si, considerando a sua capacidade de realizar o próprio curativo, o desenvolvimento de mecanismo para facilitar o cuidado e a

tomada de consciência dos fatores que interferem de forma negativa na lesão. A seguir as falas apontando a subcategoria **CUIDANDO DO CORPO FERIDO**. Todos os agentes sociais destacaram o cuidado realizado quando da troca de curativo.

[...] olha, eu para cuidar da lesão quando eu não estou com esse tratamento bom aqui da unidade eu pego com eles aqui luvas, ponho na mão, limpo, faço uso do óleo curatec que eu não fico sem ele, passo ele com a luva direitinho. E essa filha que teve aqui, já sabe enfaixar muito bem porque já tem muito tempo que me ajuda a cuidar. (AS1)

[...] eu gosto de limpar minha lesão direitinho né, passo minha mão limpinha né, gosto de botar a luva para limpar, coloco a pomada, que mandam colocar, lavo com soro, e é assim. [...] Sempre foi assim, toda a vida eu tratei minha lesão bem direitinho para não ter problema, né. E eu não tenho problema nenhum na minha lesão. (AS6)

[...] se suja a faixa de cima eu troco, eles dão na unidade para eu trazer para casa. Eu cuido assim. Antigamente fazia na unidade todo dia com a enfermeira que te falei. E também minha velha já fez em casa, lavava no chuveiro mesmo e passava a pomada e tampava. E assim foi passando o tempo. (AS8)

[...] eu cuido aqui no posto, tem a agenda da enfermeira, venho 3 dias os outros eu faço em casa, pego tudo aqui, a pomada, o soro, a atadura, tudo, tudo, não posso reclamar. A luva também, Eu tomo banho de noite e faço o curativo, jogo o soro, seco e passo a pomada, do jeitinho que mandaram eu fazer. Assim que eu faço e isso já vai para mais de 4 anos nessa vida. (AS9)

[...] eu hoje em dia, venho aqui no posto só uma vez por semana, as vezes nem venho. Troco em casa mesmo, ela ta pequena. Aí quando vai acabando as coisas em casa eu aproveito para vir pegar as coisas e mostro para enfermeira. Já teve mês de vir aqui quase todo dia, porque ela estava grande, agora não precisa, a enfermeira, me ensinou direitinho, jogar o soro, secar e passar essa pomada aqui, tudo de luva, depois coloco a gaze e passo a atadura. (AS11)

[...] cuido normal, já tem tempo que acompanho aqui no bairro, vou para fazer o curativo no posto uma vez por semana, e nos outros dias eu mesmo faço em casa. Lavo no banheiro, depois jogo soro e passo a pomada e fecho, e todo dia a mesma coisa. (AS13)

[...] eu limpo, lavo com água corrente mesmo no chuveiro, quando tem soro em casa eu também depois dou uma lavada com o soro, passo a pomada que pego no posto e pronto, faço uma vez ao dia, depois tampo e coloco a meia. (AS15)

De todos os agentes sociais, quatro necessitam de alguém para a troca de curativo, conforme podemos perceber:

[...] Sempre fui eu, agora que é minha filha que faz o curativo. Eu mesma é que fazia o curativo. Toda a minha vida foi fazer curativo. (AS7)

[...] eu não cuido muito não. Só cobria com atadura e pronto, nas épocas que ficava ruim, que doía muito procurava o médico para me passar remédio. Hoje em dia quem faz o curativo é a dona patroa e também eu vou

à unidade umas 3 vezes por semana. Tem semana que vou, semana que não vou. E assim vou levando. (AS16)

[...] eu não consigo cuidar, não sou eu que faço o curativo, quem faz é essa menina que trabalha aqui em casa, ela é quem faz, desde quando eu fiquei doente, ela veio para ficar aqui em casa. (AS17)

Importante destacar que para os agentes sociais, a representação de significado da palavra cuidado, foi expressa pelo caráter procedimental da troca de curativo. Entretanto pode-se observar que existe uma interação, subentendida nas falas dos agentes sociais.

Essa interação está descrita nos dados, a partir do momento que para o desenvolvimento do procedimento técnico eles utilizam as expressões: “*eu faço como minha enfermeira ensinou*”, “*coloco a pomada que mandaram colocar*”, “*do jeitinho que mandaram fazer*”, “*a enfermeira me ensinou direitinho*”, “*a enfermeira faz o curativo, fala o que tenho que fazer e, eu faço em casa*”, “*passo o que eles mandam*”.

As expressões demonstram que para realizar os curativos em domicílio houve anteriormente o cuidado que se expressa na manutenção da comunicação, que se utilizada adequadamente, influencia diretamente nos processos de significação do cuidado que o agente social desenvolve.

Na significação do cuidado técnico pelo agente social, que sofre influências positivas ou negativas daqueles com quem ele interage, observamos que os mesmos buscam estratégias para diminuir a influência dos fatores intervenientes. Em resumo o quadro 10 demonstra as estratégias utilizadas de acordo com os fatores intervenientes apontados.

#### QUADRO 10 – ESTRATÉGIAS UTILIZADAS, A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DOS FATORES QUE INTERFEREM NA DOR, NA CICATRIZAÇÃO E NO CUIDADO

<b>Fatores intervenientes que pioram o processo de cicatrização, aumentam a dor e prejudicam o cuidado.</b>	<b>Estratégias</b>
Não fazer o repouso	<p>[...] tenho o cuidado do repouso (AS1)</p> <p>[...] tem que cuidar da perna assim é, eu sento a perna fica sempre para cima, não deixo nunca para baixo. (AS2)</p> <p>[...] eu sento assim ponho as pernas na almofada para cima, para relaxar pouco, cuido assim direitinho, estou</p>

	<p>sempre assim atenta para ver como que está. (AS3)</p> <p>[...] faço o repouso de tarde, coloco a perna para cima. (AS8)</p> <p>[...] faço o repouso. (AS 20)</p>
Usar sapato fechado	[...] Evito de ficar calçando sapato que eu não posso, uso mais chinelo. (AS4)
Não usar a meia	[...] eu cuido usando a meia. (AS20)
Molhar a bota de unha	<p>[...] não pode molhar, essa perna eu tenho a sacola que eu compro o rolo, cada banho eu tenho que embalar ela em uma sacola daquela não posso molhar a perna, não pode molhar esse tipo de machucado. (AS 1)</p> <p>[...] tenho que cuidar para não molhar, então na hora do banho coloco uma sacola, (AS8)</p> <p>[...] porque peguei uma infecção quando estava usando aquela bota de unha, dizem que é bom, mas eu não gostei não, não podia molhar nenhum pinguinto de água, e aí você sabe, mesmo protegendo no banho corre o risco, né. (AS10)</p> <p>[...] eu só achava ruim na hora de tomar banho, porque não pode molhar não. Tinha que proteger com sacola, pano, e aí parecia que eu não tomava banho direito. (AS18)</p>
Manter o ferimento aberto	<p>[...] os cuidados possíveis né, não deixar pousar, mosquitos, nada. Mosca é sempre limpinha e tapada. (AS2)</p> <p>[...] os outros cuidados é a gente saber onde pisa, não deixar exposta por causa da poeira. (AS6)</p> <p>[...] deixo o ferimento sempre coberto para não posar moscas ou insetos. Uso repelente para evitar picadas de mosquitos. (AS20)</p>
Pegar ônibus	[...] agora eu só pego, para ir na unidade as vezes, que ele para aqui em baixo aqueles micro-ônibus pequeno. (AS3)
Não se alimentar adequadamente	<p>[...] eu só como frango, carne de boi eu como também, verdura. Mas peixe, esses peixes que tem pele eu não como não. (AS6)</p> <p>[...] evito comer frituras, tomo bastante água, tomo meu remédio de pressão direitinho. (AS20)</p>

Fonte: Elaborado pela autora

As estratégias apresentadas demonstram a relação de construção do cuidado, de acordo com as necessidades que os agentes sociais enfrentam ao longo da trajetória da cronicidade da doença. Pode-se encontrar também outras estratégias de enfrentamento, relacionadas ao pensamento e atitudes positivas em relação à vida.

[...] não eu sempre vejo o lado positivo, nada de negativo não, entendeu? Eu levanto eu estou sempre para cima. Eu canto, eu dou risada, sabe. Eu não sou uma pessoa para baixo não, graças a Deus. [...]. Por exemplo, um dia eu tinha que ir a uma festa, foi no mês passado, aí eu falei não, eu vou, eu comprei aquela bandagem da cor da pele e aí eu fui tranqüila para festa. Eu assim, porque eu estou assim eu não parei no tempo não, eu saio, eu vou onde que eu quero, eu vou ao shopping, eu não fico aqui presa não, assim dentro de casa entendeu. (AS2)

[...] E quando essa perna estava toda aberta, mesmo, cheio das feridas, nunca fiquei na cama. [...] por que tem muita gente que por menos que isso se entrega, eu não me entrego. (AS3)

[...] Tento não ficar triste. [...]. Tem gente pior que eu. (AS8)

A partir da vivência com a ulceração crônica os agentes sociais desenvolvem estratégias de cuidado que se assemelham de acordo com as manifestações descritas. Assim, quando sentem dor referem que a estratégia para diminuição do quadro algico é permanecer sentado e se possível com as pernas elevadas, ou ainda, referem massagens que possam favorecer o retorno venoso. Outros evitam ficar em pé durante longos períodos, assim como outros buscam realizar atividades que trazem prazer à vida.

Diante da cronicidade das lesões e a capacidade de adaptação dos agentes sociais, pode haver uma desvalorização por parte dos serviços de saúde e dos profissionais da equipe interdisciplinar no acompanhamento das pessoas afetadas por feridas de longa duração. Neste sentido, buscou-se compreender como os agentes sociais percebem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Podemos destacar que todos os entrevistados referem ser bem tratados e haver uma boa relação interpessoal nas unidades de saúde. Porém, observa-se que existe um distanciamento destes com os profissionais. Cabe a ênfase que os curativos são realizados em casa pelo próprio agente social ou familiar.

Tem-se que as visitas domiciliares não ocorrem com frequência, as pessoas com ulceração crônica vão à unidade na maioria das vezes para pegar o material e realizar avaliações sem periodicidade definida. A relação na maioria dos casos é puramente técnica, sendo as orientações prescritivas, não havendo inclusive concordância na terapêutica, conforme observamos na fala abaixo:

[...] já teve assim visita, para fazer pergunta e tudo, mas para fazer curativo, eu ia à unidade. [...] O que facilitaria bem, assim se tivesse uma pessoa para vir sempre, olhar como que está. [...] Só medicamento e curativo só. Quando a minha perna estava toda aberta, o que deu jeito mesmo foi

aquela pomada que a enfermeira passava constantemente, deu ordem na sala de curativo para eu usar aquela pomada, é a pomada sulfadiazina de prata. Conhece? Até dessa vez agora eu falei com a médica, mas ela falou que não precisava bom, se ela falou, é porque ela sabe que não precisava. Agora, estou passando o óleo. (AS3)

Os agentes sociais classificam os cuidados prestados pelos profissionais de saúde como bons e consideram o tratamento dispensado pela unidade como satisfatório.

[...] Tinha uma Doutora enfermeira aqui que meu Deus, maravilhosa, ela cuidava mesmo da gente e ensinava fazer o curativo, eu fiquei aqui quase uns dois anos direto com ela, e deu uma melhorada de quase 80%. E ela aposentou. E eu fui desanimando, agora eu venho para colocar essa faixa branca (que na época a enfermeira estava começando a usar), mas ela foi embora. E agora a enfermeira nova ta usando em mim. Estou gostando porque posso ficar até 5 dias com ela. Mas tem que ter cuidado para não molhar, tenho que trocar a faixa de cima. E é isso. (AS8)

[...] muito bom o cuidado aqui, aqui é tudo certinho, eles têm atenção com a gente, agendo com a enfermeira, e tudo uma maravilha, não tenho que reclamar. (AS9)

[...] as meninas são educadas, tratam a gente bem. As vezes abusam porque mandam a gente vir de manhã e demoram demais para atender a enfermeira que é quem troca meu curativo marca as 08:00 e chega às por volta de 08:40, nove horas. Mas do resto é bom, tirando essa parte da espera. E não dá para chegar tarde porque lota. (AS10)

[...] eu venho aqui no posto de 15 em 15, 20 em 20 dias para ser avaliada, porque o acompanhamento aqui é bom. No plano de saúde tenho o médico clínico geral e o vascular que eu vou. Aqui no posto eu venho, a enfermeira faz o curativo, fala o que tenho que fazer, e eu faço em casa, o meu maior problema é o cheiro e a secreção. [...] eu gosto da avaliação, da atenção aqui da unidade, mas o problema é que não tem jeito o machucado, é só mesmo para evitar abrir mais. Já no plano, você sabe né, o médico nem olha direito. Pede exame, e fala que está tudo bem (AS12)

[...] eu vou lá no posto, as meninas já me conhecem, me tratam bem, a sala do posto é toda certinha, a funcionária é boa, a enfermeira olha e quando não pode fazer o curativo, ensina para a moça do curativo. Eu acho normal, não tenho problema para pegar o material. É normal. (AS13)

[...] assim, nesses dois anos e pouco quem vem mais aqui em casa é a agente, a enfermeira veio umas duas, três vezes né Luciene. Ela veio, olhou logo quando eu tive que tirar, depois ficou um tempo vindo uma enfermeira (que acho que não é enfermeira, como diz.... Técnica de enfermagem? [...]) isso, aí ela vinha e fazia o curativo, depois a enfermeira veio e me ensinou e pronto eu mesmo faço. Eu tive também que voltar para o hospital para fazer uma raspagem, e agora está assim, comecei a usar a papaína quando eu internei no hospital das clínicas, e agora continuo usando. (AS 14)

Na análise desta subcategoria, teve relevância para os agentes sociais o cuidado procedimental, que está baseado na troca do curativo e nos produtos que são utilizados pelos profissionais. Houve referência de melhoria da lesão quando os

mesmos são acompanhados pelos enfermeiros, o que é um aspecto positivo, reforçando a necessidade do profissional na sala de curativos e nas visitas domiciliares, para que a partir do cuidado técnico (sendo este o mais expressivo), possa acontecer a interação dialógica, onde é possível desenvolver, responder e interagir através de um cuidado apropriado, visando as demandas individuais.

Assim, como a técnica do curativo foi citada em todas as falas, observou-se também as referências aos produtos utilizados durante todo o processo de cronificação da ulceração, podendo resumir na fala a seguir.

[...] A esse machucado eu vou te contar, que é difícil que eu já passei tanta coisa, pomada, que nem me lembro mais. (AS1)

No quadro 11, apresenta-se os produtos citados pelos agentes sociais ao longo de sua trajetória com a ulceração crônica.

**QUADRO 11 – PRODUTOS UTILIZADOS PARA TRATAMENTO DE ÚLCERAS CRÔNICAS CITADOS PELOS AGENTES SOCIAIS**

<b>Produtos</b>	<b>Frequência</b>
Alginato	1
Babosa	1
Bota de Unna	10
Carvão ativado	1
Colagenase	2
Hidrogel	5
Mel	1
Não sabendo o nome das pomadas	1
Óleo de girassol	10
Papaína	3
Placa de hidrocolóide	2
Quadri derme	1
Sulfadiazina de prata	7
Utilizando produtos naturais (roça) / mato/ folhas	2

Os produtos citados são os mais variados, e pelos dados observou-se que os agentes sociais já realizaram em média a utilização de 3 produtos no mínimo. Alguns relatam ter usado tantos produtos, que inclusive não recordam os nomes.

[...] já passou um negócio branco, já passaram óleo de girassol, só pomadas, um monte, não sei o nome de todas não, parece que iam testando cada semana uma coisa diferente, mas nada de efeito. (AS9)

[...] se for colocar tudo que já usei em um caminhão enche ele. (AS10)

[...] eu já perdi a esperança, porque já usou de tudo, é mesmo mais paliativo como dizem para diminuir o cheiro, a secreção, a pele parece que não cresce mais. Então eu acho que os tratamentos não melhoraram, assim não fecharam o machucado, mas eu não sei como iria estar né. (AS12)

[...] no passado já usou mel, já usei babosa, a já usei bota de unna, E ela está assim, como você viu, desse tamanho todo. Não está profunda, mas também não sai disso. (AS13)

[...] já passou tanta coisa, nem vou saber dizer o nome de tudo, já fui à benzedeira também, já tomei chá de mato, já fiquei com a perna enfaixada, um curativo novo quando chegou na unidade, uma faixa branca, ficava 5, 6 dias, mas não podia molhar, e aí a minha molhou, deu o maior problema. Já usei a sulfadiazina, agora o óleo gel. (AS16)

Através das falas é possível perceber que os agentes sociais não conseguem compreender, ou não são adequadamente informados que o curativo (técnica), ou ainda os produtos utilizados para o tratamento não curam a ferida, sendo está a maior demanda por parte das pessoas afetadas. O resultado não alcançado gera tristeza, desânimo, revolta, apatia e descrença frente à situação.

Na interação com os profissionais de saúde é imprescindível que os agentes sociais recebam orientações sobre todo o processo de cicatrização com uma assistência planejada para a utilização de produtos e coberturas de acordo com a evolução cicatricial e tenham participação ativa no seu processo saúde-doença, se tornando protagonista da sua trajetória através do conhecimento, da interação e de novos significados.

Além de todo o exposto, vale também ressaltar, que pelos dados, os agentes sociais fazem distinção entre cuidado e tratamento, sendo o cuidado como já descrito anteriormente o procedimento da troca de curativo e tratamento o acompanhamento com angiologista e cardiologista, realização de cirurgia de varizes e outros, como a utilização de câmara hiperbárica.

Na trajetória dos agentes sociais com úlceras crônicas, percebe-se que há uma convergência de histórias entre o tratamento das lesões e a evolução do sistema de saúde, já que os encaminhamentos eram realizados para o antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), assim como a evolução do sistema de redes com os encaminhamentos através de referência e contra referência.

[...] aí quando eu cheguei lá o médico falou assim do IAPI, eu não vou passar remédio para a Senhora, não vou fazer nada, vou te encaminhar

direto para o Hospital das Clínicas, mas a Senhora vá preparada, porque tudo indica que eles vão amputar a perna da Senhora. (AS 3)

[...] eu fiquei uns tempos sem por a bota, aí eu fui ao angiologista, ele mandou que eu viesse pôr a bota aqui nessa unidade do meu bairro, porque eles tendo a bota aqui fica mais fácil para mim, mas, me deu uma receita de autorização para trazer para elas aqui. (AS1)

Dos agentes sociais entrevistados dez citaram acompanhamento com angiologista, um com cardiologista e um clínico geral. Oito já se submeteram a cirurgia de varizes, 3 cirurgias para amputações e um de enxertia. Uma agente social também realizou tratamento com câmara hiperbárica.

É extremamente relevante o acompanhamento de 100% dos agentes sociais pelo especialista, vale aqui ressaltar que os participantes do estudo possuem doenças de base (hipertensão, diabetes e cardiopatias) e são idosos. É preciso garantir acesso ao serviço especializado para realização de exames diagnósticos às pessoas que apresentam risco de úlceras de membros inferiores. Destaque para os princípios do Sistema Único de Saúde, que prevê a integralidade, acessibilidade, resolutividade, hierarquização e complementaridade (sistema de referência e contra referência).

Os profissionais da atenção básica precisam voltar o olhar à pessoa com ulceração crônica e seus familiares, com vistas à prevenção de novas lesões e recidivas, tratamento adequado e reabilitação, além do desenvolvimento de mecanismo de interação, capazes de transformação individual e coletiva.

Considerando a discussão das categorias e subcategorias emergentes dos dados, tem-se o diagrama 12.

Aqui o sol representa a esperança de que através das estratégias de ação e interação, os agentes sociais possam modificar seu estado de saúde e melhorar sua qualidade de vida.

**DIAGRAMA 12 – SIGNIFICANDO O CUIDADO COM O CORPO FERIDO: A PESSOA NO ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE**



Fonte: Elaborado pela autora

## **CAPÍTULO IX**

### **RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE**

No interacionismo simbólico como discutido anteriormente, o sentido atribuído pelos indivíduos às coisas surge a partir da interação. No caso deste estudo, pode-se dizer que existe um conjunto de “coisas”, as quais os agentes sociais significam, entre elas: a ferida (úlceras crônicas de membro inferior), os seres humanos (familiares, amigos, profissionais de saúde), as instituições (unidade de saúde, hospital), as atividades dos outros (realização dos curativos, orientações), as idéias valorizadas (educação, simpatia, honestidade) e outras situações do cotidiano como as demandas de cuidado.

Considerando que as pessoas agem porque interagem, e nesta interação atribuem sentidos variados de acordo com suas crenças, valores, experiências anteriores, pode-se dizer que há uma interpretação constante, onde os sentidos atribuídos podem ser modificados a partir da apresentação dessas “coisas” ao longo do seu trajeto de vida.

Neste sentido, a pessoa afetada por ulceração crônica de membro inferior, significa e ressignifica as “coisas”, diante das limitações impostas pela presença constante de uma ferida em sua vida, bem como na vida daqueles com quem ela convive e interage. Assim, neste capítulo será abordado o fenômeno **RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE.**

A discussão foi baseada de acordo com o modelo paradigmático, trazendo as consequências de possuir uma ulceração crônica. Neste sentido, apresenta as principais limitações que emergiram dos dados e as demandas de cuidado que surgem. No processo contínuo de ação-reação tem-se inclusive a verificação se as estratégias utilizadas pelos agentes sociais estão de acordo com todo o contexto vivido.

Diante da análise dos dados brutos surgiram 427 códigos preliminares, que após análise contínua originaram as categorias **VIVENDO UMA SITUAÇÃO LIMITANTE** e **BUSCANDO NOVOS SIGNIFICADOS PARA A VIDA.**

QUADRO 12 - RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE.

FENÔMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE	VIVENDO UMA SITUAÇÃO LIMITANTE	RECONHECENDO AS MUDANÇAS DEVIDO A ULCERAÇÃO CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR
	BUSCANDO NOVOS SIGNIFICADOS PARA A VIDA	RESSIGNIFICANDO A PRÓPRIA VIDA

Fonte: Elaborado pela autora

As limitações surgem ao longo da cronicidade, e estão relacionadas com alguns aspectos, entre eles: idade, sexo, tamanho e localização da lesão, assim como as manifestações que surgem durante a evolução da ferida, como: dor, odor, infecções e secreção.

A subcategoria **RECONHECENDO AS MUDANÇAS DEVIDO A ULCERAÇÃO CRÔNICA DE MEMBRO INFERIOR** surgiu a partir da seguinte pergunta “*A sua vida mudou em alguma coisa por causa da lesão? Poderia me contar sobre isto?*” A partir dos dados gerados observaram-se mudanças de ordem física, social, emocional e profissional.

Geralmente as mudanças físicas acarretam limitações e conseqüentemente novas mudanças, em um processo contínuo de adaptações. Podemos destacar em todas as falas a referência de mobilidade física prejudicada, sendo esta apontada por: sensação de querer deslocar-se e não conseguir; e realização dos movimentos de forma lenta, com muita dificuldade.

Deste modo, atividades rotineiras como subir ou descer escadas, utilizar transporte público, ir à unidade, visitar os amigos, tornam-se tarefas de difícil execução, que necessitam de auxílio. Existe a todo o momento a comparação ao antes e ao depois, conforme falas:

[...] Mudou e muito, porque antes da úlcera eu sentia assim muito mais liberdade... Igual andar de ônibus, eu to evitando, aliás não tenho andado, evito. Subida, essa menina tem uma chácara aqui em Vitória que a gente tem uma subidinha, desce depois sobe, eu não tenho ido, quando eu vou, eu vou de carro, não vou teimando em ir andando, parei. Tem umas coisas que não adianta. (AS1)

[...] A Mudou sim. Mudou, porque agora, quer dizer antes eu caminhava melhor, agora é tudo mais difícil, devido o problema da perna né, da lesão que eu tenho na perna, agora tem o problema do joelho também. Então agora as coisas para mim, se tornam mais difíceis. Por que antes era bem melhor, mas agora é tudo assim difícil pra fazer, tudo que eu faço eu demoro. [...] Nesse momento agora o que dificulta, por que essas escadas para subir e descer força muito. [...] O que eu fazia antes, eu continuo fazendo. Agora só assim né em modo diferente. Porque antes eu pegava esse ônibus grande, que passa na linha, agora eu não pego mais, não consigo. (AS3)

[...] Mudou, mudou né. Por que não é como antigamente né, andava onde eu queria andar... Andar direitinho e hoje em dia não posso andar, firmar o pé direito, de mau jeito que aí eu posso me machucar. (AS 4)

A interferência na atividade básica da locomoção acarreta múltiplas implicações para as pessoas afetadas e aos seus familiares **OBRIGANDO A REESTRUTURAÇÃO DAS ATIVIDADES DO COTIDIANO.**

[...] Às vezes quando precisa resolver alguma coisa no centro, meu sobrinho que mora no centro, vem aqui e me pega de carro. (AS3)

[...] Mudou tudo, eu não tomo mais conta da minha casa, poderia ajudar muito mais a minha filha. Hoje eu sou dependente deles, da minha filha e do meu genro, eles, às vezes, deixam até de sair por minha causa, tenho vergonha de sair, não tenho minha independência como era antes. (AS12)

[...] Se mudou minha vida. Desde quando tirou o pedaço da perna direita, tem uns 6 anos. A primeira coisa foi o trabalho que tive que sair, e encostar pelo INSS. Mudou para fazer minhas coisas, pegar o transporte, porque eu tinha carro, fiquei um tempo, depois vendi o carro, sem a perna para acelerar e freiar, acabei vendendo, e aí a gente vai perdendo a alegria né. [...]. E agora há quase 3 anos, é uma vida para adaptar de novo né. A cadeira de rodas dá uma sensação muito ruim. (AS14)

[...] Minha vida mudou desde a amputação, foi piorando muito, porque não consigo andar. E aí com o machucado, é ruim... Não é bom, antes eu fazia tudo em casa, saía sozinha, não dependendo de ninguém, porque hoje dependo da Lia, fico com pena dela né, coitada. Fazia exercício no Centro de referência, depois do que aconteceu parei tudo. Hoje o único lugar que eu vou é na igreja. (AS19)

Nas falas acima fica evidente a falta de independência e as sensações marcantes devido a limitação de locomoção. A mobilidade prejudicada emergiu dos dados, geralmente associadas à presença de dor, amputações e deformidades nos pés. As interferências causadas pela presença da úlcera ou suas conseqüências como a própria limitação física, a dor, a secreção e o odor, levam os agentes sociais a reduzirem as suas atividades sociais.

A sensação e o receio de não se sentirem confortáveis (dada à possibilidade de surgirem dores ou de não conseguirem posicionar o membro adequadamente)

em determinados espaços e em determinados contextos, levam alguns participantes a abdicarem da convivência familiar e social e impedem o desenvolvimento das atividades físicas e de lazer.

[...] Depois que a úlcera abriu eu tive que parar de fazer a hidroginástica, por causa da água, não dá, não fui mais. [...] Dançar, parece que, eu gosto de dançar minha filha, mas não posso, a perna não ajuda e eu acho que naquele movimento todo que diz de movimento é prejudicial dela abrir. Eu evito, eu vou assim que tem assim uma brincadeira eu fico só sentada olhando, nem tento. E também não posso ir à praia. (AS1)

[...] Eu acho que mudou muito né, porque a gente... Acostumado com serviço né? Ficar a toa é muito ruim. Eu acho que o que mudou foi isso aí. Porque se eu pudesse eu estava trabalhando até hoje. (AS5)

[...] Uma pessoa igual a mim, eu não vou à casa de um filho meu, a minha filha mora em cima aí, eu não vou à casa dela, meu filho morou ali, eu não podia ir na casa do meu filho, em aniversário, eu não posso ir nos aniversários em lugar nenhum porque, como que eu vou, sentindo dor não tem como ir. Não posso passear na casa dos meus irmãos, na casa da minha família, eu não posso passear eu não posso fazer nada. Na casa dos amigos, não posso ir. Eu moro aqui há quarenta e tantos anos, na casa dos meus vizinhos... Ninguém. Falar que eu vou à casa dos meus vizinhos. Eu não vou à casa de ninguém... Por causa da dor. Por causa da perna, se eu ficar no meio dos outros em pé, eu não aguento ficar em pé muito tempo, não aguento mesmo, tenho que ficar sentada. (AS 7)

[...] Eu não gosto, parece que todo mundo fica olhando para mim, parece que todo mundo sente o cheiro, e eu não gosto, me sinto mal, péssima. (AS12)

[...] Se eu não tivesse talvez eu faria algumas coisas que eu não faço, meu filho é sócio no SESC, e quando eu vou não entro na piscina, quando eu era mais novo e tinha o machucado quando eu tava em Santa Leopoldina eu entrava na cachoeira, agora na praia nunca mais eu fui, jogar bola também nunca mais joguei e eu era bom de bola.(AS16)

[...] A minha vida sempre foi essa de trabalhar, ser mais agitada. Na roça continuou a mesma coisa. Já aqui, tenho a rotina de vir aqui na unidade todo dia, do resto é igual. Uma coisa que eu morro vontade de fazer e nunca pude é a hidroginástica, e tem até aqui perto no Marechal Campos, meu marido até fazia, só parou agora porque ta ficando muito cansado. Se eu não tivesse isso, com certeza faria a hidroginástica. (AS18)

Outra mudança relatada pelos agentes sociais foi alteração no padrão do sono, essa alteração esteve relacionada à dor.

[...] De noite não durmo direito com medo de machucar, ó, complicado demais. Meu marido fala que eu tenho que ter paciência. É porque não é nele. (AS10)

[...] Por causa do meu problema eu sinto muito a perna latejar principalmente quando eu deito, então ficar tomando remédio para dor, prejudica meu sono, porque parece que o coração ta batendo na perna. (AS14)

Uma consequência do padrão do sono é o cansaço durante o dia relatado pelos agentes sociais. Em relação ao hábito de higiene, principalmente o banho, foi citado por todos os agentes sociais que já usaram ou estão usando a bota de Unna.

[...] Não posso fazer as coisas direito, se eu não tivesse isso, eu ia fazer mais coisas, ia poder ir numa piscina, tomar um banho a vontade. Nem banho direito eu posso tomar. (AS8)

Diante do relatado, fica evidente que durante todo o processo de cronicidade e de todas as mudanças ocorridas durante o mesmo, os agentes sociais se adaptaram a este movimento de “cura e não cura”, neste sentido surge a Subcategoria: **RESSIGNIFICANDO A PRÓPRIA VIDA**, a partir de todas as interações e significações vivenciadas.

Diante das alterações das rotinas de vida que surgiram ao longo da trajetória, os agentes sociais demonstram em suas falas, e em alguns momentos em seus silêncios, que apesar de todas as dificuldades vivenciadas é possível ressignificar a “*vida que se vive*”. Alguns buscam Deus como refúgio, outros realizam adaptações para realizar as atividades da vida diária, inclusive as mulheres para as atividades domésticas, observa-se que existem significações positivas. A busca por melhorar a qualidade de vida, tentando caminhos para diminuir a tristeza e o incomodo causado pela presença da ulceração se resume na seguinte fala:

[...] Eu enfrento isso com naturalidade, não faço bicho de sete cabeças não.  
[...] No fundo, tem uma rotina diferente. [...] Tendo fé em Deus que vai sarar.  
(AS20)

Entretanto, quando o processo leva ao afastamento social, a negação, a não adesão ao tratamento, verifica-se significações negativas, que precisam ser trabalhadas enquanto demandas, para que possa emergir um novo agente social a partir do cuidado que é prestado.

Resumindo as falas dos agentes sociais, o diagrama 13 demonstra as principais atividades que deixaram de ser realizadas, devido à presença da ulceração crônica.

DIAGRAMA 13 – ATIVIDADES REGISTRADAS PELOS AGENTES SOCIAIS QUE DEIXARAM DE SER REALIZADAS PELA PRESENÇA DA ÚLCERAÇÃO



Fonte: Elaborado pela autora

Diante do reconhecimento das mudanças que ocorrem ao longo da trajetória da pessoa afetada por úlceras crônicas, tem-se a abertura para a reflexão das demandas de cuidado que precisam ser trabalhadas diante das alterações, entre elas:

1. Foco nas medidas de promoção à saúde;

2. Estratégias para trabalhar a dor, que trará como conseqüências, melhora da locomoção, do padrão do sono e do convívio social;
3. Avaliação e acompanhamento sistematizado da pessoa e não somente da lesão, a fim de viabilizar o padrão fisiológico da cicatrização e as relações interpessoais;
4. Tecnologias que facilitem o banho, das pessoas que utilizam coberturas que não podem ser molhadas;
5. Transporte adequado diante das limitações físicas para freqüentar a unidade e outros locais;
6. Treinamento da equipe interdisciplinar para entendimento e aplicabilidade das tecnologias leves no tratamento de feridas;
7. Acompanhamento dos familiares das pessoas afetadas por úlceras crônicas.

A partir da escuta ativa os profissionais de saúde precisam investigar as demandas que surgem no dia-a-dia, sendo estas construídas a partir do processo de interação, que faz com que as pessoas signifiquem o contexto em que vivem. Considerando que o agente social tem em si uma marca permanente no corpo que causa limitações, dor, isolamento, tristeza, sentimento de impotência, de desilusão é importante trabalhar as expectativas e desejos, perante as mudanças ocorridas a fim de alcançar o equilíbrio possível à manutenção da qualidade de vida.

A orientação de acordo com as demandas e anseios, e o processo de educação em saúde são primordiais para incentivar a prática do cuidado de si. Neste caso se pensa nestes elementos anteriormente (prevenção) e durante a ulceração (tratamento e reabilitação) a fim de tornar o agente social capaz de transformar informação em conhecimento, habilidades e atitudes, ou seja, protagonistas de suas vidas, através de um novo olhar e de novos significados.

O diagrama 14 apresenta o fenômeno **RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE**.

Aqui o sol representa a vitalidade necessária para que os agentes sociais sejam capazes de ressignificar suas vidas diante das limitações impostas pela ulceração crônica.

**DIAGRAMA 14 - RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE**



Fonte: Elaborado pela autora



Figura 9: Por do sol em Vitória ES.

Fonte: <http://www.capixabadagem.com.br/6-lugares-incriveis-para-ver-o-por-do-sol-no-espirito-santo>

## **CAPÍTULO X**

### **APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO**

O capítulo a seguir irá discutir as conexões existentes entre as categorias, a fim de apresentar a categoria teórica central que representa o tema principal da pesquisa. Segundo Strauss e Corbin (2008), embora a categoria central surja da pesquisa, ela também é uma abstração, podendo haver outras interpretações, por isso deve ser bem conceitualizada para que outros pesquisadores, independente de suas perspectivas, sejam capazes de seguir e compreender a lógica do analista.

A inter-relação das categorias está organizada de acordo com o processo analítico metodológico e gerou o modelo paradigmático definido por Strauss e Corbin (2008), como um conjunto de relações causais denotando condições, fenômenos, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências, interconectadas a um fenômeno central.

Os autores (op cit, 2008), acrescentam que a questão mais importante não é somente identificar e listar as condições causais, interventoras ou contextuais, e sim, focar no entrelaçamento complexo dos fatos que levam a um problema, questão ou acontecimento. Neste sentido, se faz necessária a abstração e o mergulho profundo nos dados para que de forma sensível, evitando a interferência dos “*significados*” do analista, possa emergir o fenômeno central, com maior fidelidade e veracidade ao objeto de pesquisa, visando contribuir para a construção do conhecimento

A análise processual dos dados, com a finalidade da construção da matriz teórica, originou as seguintes categorias:

1. Desvelando o processo de desenvolvimento das úlceras crônicas de membros inferiores: o início de tudo (Condição causal).
2. Experenciando no cotidiano contextual as úlceras crônicas de membros inferiores: vida e sobrevivência das pessoas (Condição contextual).
3. Identificando as influências da interação na trajetória da pessoa ferida (Fatores intervenientes).
4. Significando o cuidado com corpo ferido: o enfrentamento da cronicidade (Estratégias de ação-interação).

5. Ressignificando a vida diante de uma situação limitante: a nova pessoa que emerge (Consequências).

A primeira categoria **DESVELANDO O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: O INÍCIO DE TUDO** reflete a condição causal. Simbolicamente trouxe à luz a necessidade de reconhecer a pessoa com ulceração crônica em todo seu contexto multidimensional.

Conseguir identificar as causas, realizar o diagnóstico diferencial, estabelecer condutas adequadas, conseguir a adesão do sujeito do cuidado, evitar as recidivas, são todos aspectos imprescindíveis no acompanhamento dessas pessoas, porém incentivar a prevenção das úlceras de membros inferiores, evitando consequentemente seu aparecimento, ou intervindo eficazmente em seu início, bem como evitar seu trajeto crônico, deve ser a base inicial de atenção dos serviços de saúde e dos profissionais que nele atuam.

É preciso desvelar, expor, esclarecer para a população sobre o processo de desenvolvimento das úlceras crônicas de membros inferiores, visto que as pessoas acometidas pelo agravo não compreendem como e porque o ferimento surgiu em suas vidas, não conhecem os fatores de risco.

É necessário esforços por parte dos profissionais de saúde para desvelar o processo de desenvolvimento das úlceras de membros inferiores, e aqui a palavra pode ser utilizada como sinônimo de “*empenhar*” esforços para conhecer, refletir, intelectual e tecnicamente sobre o tema, para repensar as questões da prática profissional, considerando que a saúde e a doença são resultados da interação corpo e mente, e estes com o meio social através das interações.

Aos enfermeiros visando o atendimento sistematizado, desvelar pode ser considerado como “*aplicar-se*” para o desenvolvimento dos elementos essenciais para a prática profissional, entre eles: a sensibilidade no tocar, no olhar, no saber no sentir, no captar e no processo de enfermagem, com todas as suas etapas, buscando o acolhimento e a construção de vínculos, a fim de definir as demandas de cuidados individuais para gerenciá-las adequadamente.

A categoria **EXPERENCIANDO NO COTIDIANO CONTEXTUAL AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: VIDA E SOBREVIDA DAS PESSOAS** representa o contexto onde são estabelecidas as interações dos agentes

sociais, em primeiro lugar com eles mesmos, através da experiência de ter em seu corpo uma marca permanente e com seus familiares.

A percepção do significado da vida por si só, não é simplista. O mais significativo no contexto foi conviver com a dor, que causam limitações de ordem física, alterações no padrão do sono, na alimentação e na convivência. Existe uma resposta vivenciada de apatia e raiva diante da situação, considerando o período prolongado da lesão, que não tem resolução e a dor emanada da ferida, que ultrapassa o sentido físico.

Conviver com úlceras crônicas acrescenta à vida novas situações para o dia-a-dia, inclusive dos familiares como: frequentar os serviços de saúde, enfrentar filas nas salas de curativo, necessitar da troca do curativo, ter dificuldades para locomoção necessitando de auxílio, lutar contra a dor, vivenciar medo de traumas no membro afetado e das amputações, entre outros. Em alguns casos, percebeu-se pela fala dos agentes sociais que as mudanças causam o desânimo e o conformismo, que por vezes, causa a descrença na cura e a não adesão ao tratamento.

Novamente, o papel do enfermeiro como mediador, visto que os significados que este agente social traz consigo, ultrapassa os limites técnicos e precisa ser compreendido na sua essência, para que possa existir a colaboração e o entendimento da necessidade de atuação do agente social no seu processo de recuperação, em busca de adaptações às novas rotinas, diminuição da dor e melhoria da qualidade de vida.

A categoria **IDENTIFICANDO AS INFLUÊNCIAS DA INTERAÇÃO NA TRAJETÓRIA DA PESSOA FERIDA** reflete a capacidade do indivíduo de conseguir identificar quais fatores favorecem ou prejudicam sua cicatrização e o seu cuidado. A identificação dos fatores por si só, não levam aos agentes sociais a realizarem as ações necessárias para a sua melhoria.

A identificação reflete uma habilidade cognitiva de memorização. O desafio, para os profissionais de saúde, deve estar voltado para promoção da autonomia, ou seja, tornar o agente social protagonista em seu cuidado. A auto avaliação é uma característica do ser humano e no caso da pessoa afetada por ulceração crônica, precisa ser constantemente incentivada, visto que pode estar alterada a percepção, devido influências dos aspectos emocionais.

Os fatores intervenientes podem interferir, facilitando ou prejudicando as estratégias de ação-interação, logo, é importante à implementação de estratégias por parte dos próprios agentes sociais e dos profissionais de saúde visando à diminuição dos fatores negativos e incentivo aos positivos para a melhoria da situação de saúde e da qualidade de vida.

Diante dos fatores intervenientes, os agentes sociais agem e reagem de diversas formas. A categoria **SIGNIFICANDO O CUIDADO COM CORPO FERIDO: O ENFRENTAMENTO DA CRONICIDADE** exprime as estratégias de ação e interação, mediante o corpo ferido. Reagir apesar do corpo que não cura, da dor, do odor, da secreção.

Foi possível captar através dos dados que os agentes sociais percebem o cuidado de si e o cuidado promovido pelo outro através de uma visão técnica, não considerando toda a complexidade desse cuidado. Trabalhar o conceito de cuidado com o agente social, focando que a técnica e os produtos isoladamente não são capazes de promover a cicatrização, é essencial na abordagem dos enfermeiros.

Torna-se relevante repensar no contexto social a importância e os significados do cuidado nos espaços onde a terapêutica se institui, aliando conhecimento técnico-científico, acolhimento e interação, permitindo, assim que seja possível, a atribuição de novos sentidos e ressignificações às experiências do cuidado com o corpo afetado por ulceração crônica.

As relações interpessoais precisam ser valorizadas na atenção à saúde, centrada nas pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores. Agir de modo interdisciplinar é a possibilidade para a construção de um saber-fazer que valorize a integridade, a individualidade, os significados e a autonomia desses agentes sociais. Desse modo, a sensibilidade, a atitude ética e a criatividade devem reorientar as ações para atender as demandas de cuidado na perspectiva da existencial individual e, por conseguinte, contextualizada.

O homem em sua dimensão existencial precisa ser valorizado para ser auxiliado a superar as mudanças impostas pelo adoecimento e se permitir viver em sua condição plena no contexto familiar, do trabalho e da vida social.

**RESSIGNIFICANDO A VIDA DIANTE DE UMA SITUAÇÃO LIMITANTE: A NOVA PESSOA QUE EMERGE**, refere-se às consequências relacionadas à presença das úlceras crônicas na vida dos agentes sociais deste estudo. Lembrando que tal presença gera limitações, geram demandas e adaptações que provocam

ações e reações. As ações e as reações sofrem influência dos fatores intervenientes e que estas são capazes de alterar as consequências de acordo com os significados de toda essa experiência.

Do exposto e diante das mudanças que ocorrem na vida das pessoas afetadas por úlcera crônica de membro inferior, é preciso expandir o entendimento para as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, espirituais, dentre outras. Isto para que exista a aproximação e a possibilidade de construir o cuidado pelo mundo de cada pessoa que é atendida.

É preciso ultrapassar a situação isolada do ferimento e ampliar a visão para as repercussões de diferentes naturezas causadas pela cronicidade. Assim, na tentativa de representar a magnitude das suas diferentes dimensões e consequências, utilizou-se neste estudo a figura do sol, que também é estudado por diversas disciplinas e, aqui, foi comparado nos seus vários aspectos relacionados aos cuidados das pessoas afetadas por úlceras crônicas.

O agente social é comparado ao sol, capaz de emanar energia e fornecer aos profissionais de saúde (luz) novas formas de cuidar. A pessoa afetada pela úlcera crônica de membro inferior é capaz de direcionar a assistência a partir das demandas de cuidado (os raios de sol).

O sol é estudado pela biologia, que o considera essencial à vida; em comparação ao homem, os aspectos biológicos são capazes de manter a proteção e garantir a vida através dos mecanismos fisiológicos, no campo do tratamento de feridas, estão relacionados ao processo de renovação e cicatrização tecidual.

Estudado pela matemática, temos as relações de tamanho e distâncias do sol e da terra; se transferimos para as questões das úlceras, nos deparamos com questões técnicas e procedimentais próprias, que no processo de avaliação de um ferimento são necessárias para avaliar sua evolução (tamanho e profundidade), entre outras, como localização.

O sol nas diversas sociedades e seus significados é estudado pela história, aqui, também, nos deparamos com as questões históricas do próprio tratamento de feridas e inclusive das histórias de vida de quem convive com as úlceras crônicas. Já na química, busca-se compreender o sol a partir do estudo sobre a produção de energia e as reações que ocorrem em seu interior. Buscou-se neste estudo conhecer os significados das demandas de cuidado a partir do cotidiano e das ações

(energia) e interações (reações) que acontecem com as pessoas acometidas e com os outros.

Na física são estudadas as transformações e influências do sol na terra, neste estudo buscou-se através dos significados compreender as transformações que ocorrem na vida das pessoas com úlceras crônicas e como estas influenciam no contexto.

Os significados do sol foram trabalhados desde a categoria causal, significando o nascimento, além do início do novo, também a discussão da abordagem das demandas de cuidado. Na categoria contexto: força; na categoria fatores intervenientes: luz; nas estratégias de ação interação: esperança; e em consequências: vitalidade.

Assim como o sol exerce influências na terra, nós influenciemos através dos significados e das interações as pessoas com quem convivemos. Portanto, perceba-se que os agentes sociais agem, reagem, significam e ressignificam de acordo com as influências que também sofreram ao longo da trajetória da cronicidade. É preciso estabelecer um encontro onde haja interação para o cuidado eficiente, relacionando os aspectos técnicos com os humanísticos de atenção à saúde, que seja adequado para as demandas de cada agente social, assim como de seus familiares.

As abordagens necessárias apontadas pelos dados mostram que é preciso considerar o processo de dor nas suas diferentes dimensões, o estilo de vida, a qualidade de vida, a presença da equipe interdisciplinar e o enfrentamento nas áreas física, psíquica, social e espiritual. A pessoa com úlcera crônica de membro inferior deixou de ser o centro da atenção e o seu ferimento passou a ser o objeto do cuidado, trata-se a ferida na pessoa e não a pessoa que precisa ser respeitada em sua dignidade.

Do mesmo modo que os profissionais de saúde, os próprios agentes sociais precisam se reconhecer nas suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual, dentre outras. A partir deste reconhecimento se tornar capaz de vislumbrar possibilidades para conviver com as úlceras crônicas considerando o atendimento de todas as diversas demandas de cuidado, que possam surgir ao longo de sua trajetória.

No diagrama 15 temos os agentes sociais ao centro, sendo o sol que emana luz e energia, capaz de auxiliar no direcionamento de ações profissionais, de acordo com as demandas de cuidado.

**DIAGRAMA 15 – POSIÇÃO CENTRAL DO AGENTE SOCIAL NO DIRECIONAMENTO DAS DEMANDAS DE CUIDADO**



Fonte: Elaborado pela autor

Para se realizar as interconexões das categorias emergentes foi necessário ir além das evidências, das palavras e apreender pelo não dito, pelo desejo, pelas incertezas, pelas divergências e pelas convergências. De tal modo, foi possível perceber que os agentes significam as suas demandas de cuidado a partir de múltiplas dimensões. Afeito a isto, tem-se a categoria central: **PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO.**

Através dos dados e do significado atribuído percebeu-se que os agentes sociais valorizam em primeiro lugar e na maioria das vezes somente as manifestações de ordem física causadas pela presença da úlcera crônica em sua vida. As manifestações emocionais ficam em segundo plano e não recebem a devida atenção dos próprios agentes sociais, e conseqüentemente, dos seus familiares e dos profissionais de saúde.

A compreensão é que existe um ferimento, e este é o foco, demonstrando inicialmente a demanda cicatricial. A interação com os profissionais está baseada no cuidado instrumental, e a unidade de saúde que deveria ser o local de encontro, acolhimento e interações se transforma no repositor de materiais para as trocas de curativos.

Verifica-se que a pessoa com úlcera crônica de membro inferior precisa ser auxiliada para transpor a multiplicidade de conteúdos com relação a sua saúde e o agravo atual, para que possa viver plenamente seu presente, a fim de planejar o futuro, com atendimento das suas demandas de cuidado, com vistas à diminuição das limitações, controle da dor, engajamento social e melhoria na qualidade de vida.

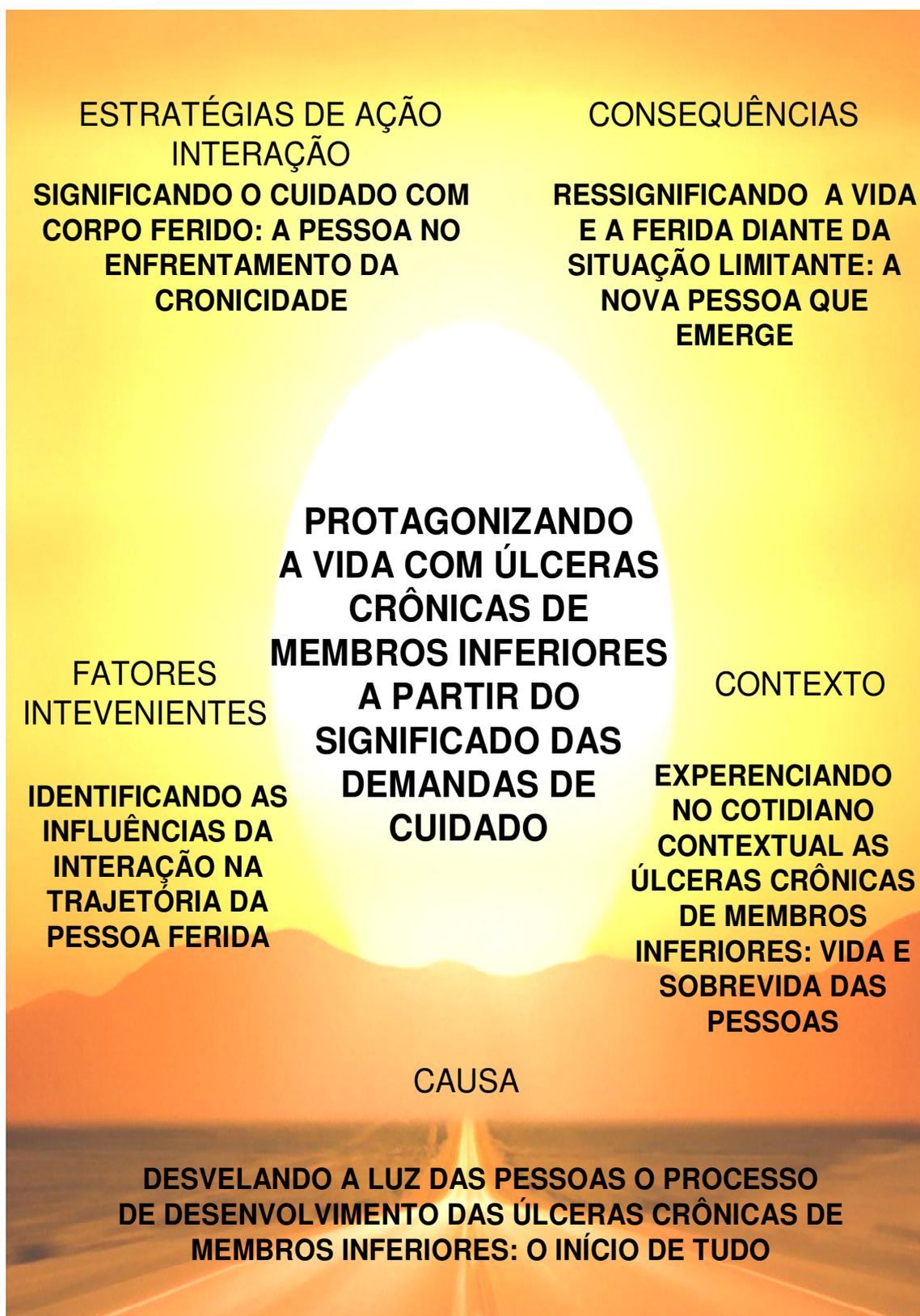
O diagrama 16 traz a representação das demandas de cuidado que foram abstraídas das falas dos agentes sociais ao longo de todo o processo de análise e o diagrama 17 a representação do fenômeno central do estudo e as categorias que emergiram dos dados.

**DIAGRAMA 16 – DEMANDAS DE CUIDADO ABSTRAÍDAS DOS DADOS**



Fonte: Elaborado pela autora

**DIAGRAMA 17 – PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO.**



## **A TEORIA**

### **PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO**

O fenômeno resultou das ideias analíticas que emergiram dos dados. Ele é o termo central representado pelos conceitos no qual respondem a pergunta: “*O que está acontecendo aqui?*” Ao procurar o fenômeno, buscam-se padrões repetidos de acontecimentos, ações e interações que representem aquilo que de forma simbólica as pessoas fazem ou dizem, isoladas ou em conjunto, em resposta aos problemas e situações nas quais elas se encontram (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As estratégias de ação e interação dos agentes sociais direcionam para as demandas de cuidados a partir dos comportamentos e significados que estes apresentam diante dos problemas ou situações em que estão inseridos. O fenômeno central foi fundamentado nas premissas do interacionismo simbólico e representa exatamente como os agentes sociais afetados pelas úlceras crônicas, agem em relação as suas demandas de cuidado.

Observa-se que a ação tem como base o significado que o cuidado tem para eles, considerando que estes são derivados da inter-relação social que se estabelece. Percebe-se a necessidade de ressignificações visando à multidimensionalidade do ser humano e do próprio cuidado.

**PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO**, é um fenômeno complexo e imprevisível, visto as individualidades que o fizeram emergir, representando todas as crenças, valores e significados que fazem com que cada pessoa protagonize sua vida, de acordo com suas histórias, realidades e interações.

Protagonizando a vida surgiu de todo o contexto observado ao longo do processo de análise que serve para demonstrar de forma simbólica, qual deve ser o local e o papel da pessoa afetada por úlcera crônica de membro inferior. Protagonista e protagonismo são palavras comumente utilizadas no campo da literatura, empregadas para se referir a personagens de uma história, responsáveis pelo desenrolar de um enredo (JUSTO et al, 2010).

No campo das artes cênicas, mais especificamente nos romances da teledramaturgia, protagonista é o personagem principal de uma história, usualmente interpretado por artistas amplamente conhecidos. No campo das ciências sociais, estes termos têm sido utilizados como variantes do termo “*sujeito*” para designar grupos ou conjuntos de atores sociais que desencadeiam ações e se colocam ativamente na construção da história (MINAYO, 2002). Protagonizar a própria vida reflete a capacidade de interagir, e nesta interação, significar e ressignificar valores e perspectivas.

Compreender as demandas de cuidado a luz das pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores, possibilitou perceber que existe importância significativa aos aspectos fisiológicos da cicatrização e que ainda não há por parte dos agentes sociais reflexão acerca da grande multiplicidade de fatores distintos (psicobiológicos, sociais, espirituais, econômicos), que não sendo estáticos e imutáveis, interagem entre si e concorrem de um modo geral para a abordagem holística.

A dimensão biológica apontada pelos agentes sociais apresenta relação direta com o paradigma biomédico centrado na doença e neste caso focada na biofisiologia da cicatrização. O cuidado prestado espelhado neste contexto passa a ser diretivo e prescritivo; situado na lesão. Perde-se deste modo, a perspectiva da integralidade da pessoa afetada pela ulceração crônica.

O aspecto biológico, levantado como importante neste estudo, possibilitou compreender que há lacunas, e neste sentido, demandas que precisam ser acessadas através das tecnologias relacionais (tecnologia leve), a fim de conhecer o universo de crenças, valores, saberes e práticas, que não são valorizadas, como se pode observar pelas próprias pessoas que passam pelo agravo.

Entendemos que a abordagem para as pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores deve seguir uma lógica holística, que no caso particular da intervenção de enfermagem, se traduz no cuidar da pessoa como um todo, não atendendo somente ao processo fisiológico (físico), mas, também, outras demandas associadas às vertentes social, psicológica, econômica, cultural e espiritual. Visto que o ser humano enquanto entidade holística é de impossível divisibilidade.

Os dados apontam demandas de cuidado que precisam ser trabalhadas, contextualizadas e ressignificadas em um processo de interação. Faz-se, porém, em primeiro lugar a necessidade de uma transformação por meio da reflexão dos

significados atribuídos pelos agentes sociais ao cuidado. Reflexão que gera reação. Espera-se gerar transformações na rede social com quem esse indivíduo convive, principalmente, nos profissionais de saúde para que transformem suas práticas.

Os principais símbolos utilizados são as próprias ações e a linguagem. Neste sentido, a comunicação é um aspecto essencial que precisa ser trabalhado nas unidades de atenção à saúde. As orientações precisam ter sentido e significados para aqueles que a recebem, a fim de se tornarem potencializadoras do processo de reflexão e transformação.

Conhecer para agir é uma demanda que requer dos profissionais de saúde empenho para o direcionamento de informações que gerem conhecimento, não somente ordens prescritivas, que não colaboram para tornar a pessoa consciente e participativa do cuidado de si.

Os agentes sociais não conseguem se reconhecer enquanto integrantes de um sistema de saúde único e universal que garante o acesso, a integralidade e a resolutividade. Necessitando, assim, também repensarem suas condutas frente aos seus direitos enquanto cidadãos. A vitimização ou a culpa geram manifestações de conformismo e apatia. Esses sentimentos levam a não adesão ao tratamento, a desistência da melhoria da qualidade de vida e ao aumento do uso de medicamentos.

Protagonizando a vida com úlceras crônicas de membros inferiores a partir do significado das demandas de cuidado, configura-se como desafio em romper com velhas maneiras de agir, tendo como proposta ressignificar através da apreensão de conhecimento das múltiplas facetas das suas próprias demandas de cuidado, para o despertar da consciência crítica e reflexiva, essencial no processo de interação, e portando, de ressignificações de uma vida limitante devido à ulceração crônica de membro inferior, porém cheia de possibilidades.

Desta forma, em face da teoria representada pelo fenômeno central, a tese de doutorado que se apresenta é a seguinte:

***As pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores expressam suas demandas de cuidado valorizando majoritariamente a dimensão biofisiológica, o que implica negativamente no cuidado de si, favorecendo a cronicidade do agravo, sendo necessárias ações e atitudes profissionais de cuidado que compartilhem o conhecimento, os saberes e as***

***práticas, em prol do advento da consciência crítica, da autonomia libertadora, da postura cidadã e da ressignificação multidimensional do ser.***

Diante da tese, observa-se a complexidade, ao mesmo tempo o desafio, por apontar que para além da reflexão se faz necessária uma reorganização individual e coletiva, que supere/desconstrua um processo de aprendizado e significados centrado no cuidado técnico, para um processo de subjetivação, que supõe alterar atitudes. Isto capaz de mobilizar pessoas e significados, colaborando para o sistema de cuidados integral na atenção básica de saúde.



Figura 10 – Por do sol Colatina.

Fonte: Fonte: <http://www.capixabadagama.com.br/6-lugares-incriveis-para-ver-o-por-do-sol-no-espirito-santo/>

## CAPÍTULO XI

### DIALOGANDO COM OS AUTORES A PARTIR DO FENÔMENO CENTRAL

A partir da revelação da matriz teórica referente aos significados atribuídos às demandas de cuidado a luz das pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores são apresentados os dados consolidados e fundamentados pelo interacionismo simbólico. Acredita-se que refletir sobre o fenômeno **PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO** abre à possibilidade de construção e reconstrução da vida e das próprias demandas daqueles que “*vivenciam suas feridas*”.

Essa possibilidade se assenta devido ao *self* no processo de interação e auto-interação. O *self* surge e se desenvolve no contexto da sociedade. É definido e redefinido, mudando constantemente, à medida que o indivíduo interage com outros indivíduos (LOPES; JORGE, 2005). Para Merhy (2002) não há uma identidade que fica para sempre em nós, essa identidade está sempre em produção, somos sujeitos em certas situações e, em outras, somos sujeitos que se sujeitam. O autor parte do princípio de que:

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos com força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. (MERHY; 2002, p. 14).

Considerando a responsabilidade do que somos e fazemos, vale ressaltar que os atos humanos são realizados a partir da atividade mental do indivíduo, que lhe permite definir as coisas, através dos processos sociais de experiência e comportamentos, dentro de uma matriz de relações sociais e interações. Isso possibilita que ele desenvolva uma linha de ação, de acordo com a interação consigo mesmo e com os outros, usando os símbolos que são os objetos sociais.

Tanto os símbolos quanto a mente são sociais em origem e em função, pois surgem do processo social de comunicação. Logo, o ser humano seleciona os estímulos e significados que são relevantes para suas necessidades e rejeita os irrelevantes.

Quando emergem dos dados os sentidos de cuidado, percebe-se de imediato que os significados apontam para o modelo biomédico de saúde-doença, com foco no processo biológico e restrito ao desenvolvimento de intervenção no corpo fisiológico. O outro generalizado reproduziu a centralidade da produção da saúde com base no procedimento, induzindo à formação de opinião de que esse é o caminho para construção do seu cuidado.

Este movimento de “*significados*” impacta no modo como os próprios agentes sociais e a partir destes, os profissionais percebem o serviço de saúde e vice-versa, criando por assim dizer processos de subjetivação que produzem naqueles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde, isto é, uma subjetividade que vai se organizando e operando um certo imaginário da demanda por procedimentos ao invés de uma demanda por cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

O modelo biomédico, caracterizado por tecnicismo e instrumentalidade, tem contribuído para uma compreensão da pessoa (doente) como indivíduo menos capaz de se autodeterminar no processo da assistência. Isso influencia diretamente a capacidade exigida dos profissionais, de incluir e entender o doente como competente para somar valores à práticas em saúde. Embora a proporção dos avanços do conhecimento seja expressiva, ainda se observa dificuldade em se valorizar o cuidado, sobretudo, no que concerne a seu fator relacional (MINAYO, 2004).

Socialmente, as doenças crônicas de uma forma geral, possibilitam análises em diferentes níveis. No nível existencial, a cronicidade implica nos dilemas, nas limitações, nos desafios e nos aprendizados gerados, para os profissionais de saúde, familiares, bem como para o agente social (ALVES, 2016). Associar o cuidado da úlcera crônica de membro inferior ao sucesso do processo cicatricial, através da dimensão procedimental do cuidado, pode gerar conflitos do agente social com ele mesmo, nos processos de interação e de ação e nos serviços de saúde, visto que o processo de cura pode não acontecer no tempo e de acordo com as expectativas. O que leva a não adesão ao tratamento e aos sentimentos de descrença, raiva, revolta, entre outros.

O cuidado faz parte do fazer humano e está presente nos diversos campos do conhecimento. Boff (2012) vê o cuidado como o caminho para se materializar preocupação, responsabilização, atenção e zelo para consigo, com o outro e com a natureza.

[...] O cuidado é exigido em praticamente todas as esferas da existência, desde o cuidado com o corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução geral da vida até ao se atravessar uma rua movimentada. Como já observava o poeta romano Horácio, o cuidado é aquela sombra que sempre nos acompanha e nunca nos abandona porque somos feitos a partir dele (BOFF, 2012, p. 27).

O cuidado e as demandas de cuidado são significados de acordo com a visão de mundo, pelos diferentes olhares das pessoas envolvidas no ambiente de ação/interação contínua e recíproca, que se constrói e reconstrói através das experiências vivenciadas com ele mesmo e com os outros.

Considerando que existe um processo histórico de cronicidade, se inicia a busca pelos serviços de saúde, a visão “*limitada*”, biofisiológica, transmitida através das falas dos agentes sociais, reflete sua construção na interação social que é mantida com os profissionais de saúde.

Cabe ressaltar que o fenômeno central apresentado, revela que as pessoas afetadas por úlceras crônicas direcionam suas demandas de cuidado, justamente de acordo com o significado de cuidado apreendido, sendo inclusive e permanentemente reforçado pelos profissionais de saúde.

Segundo Carvalho (2003) “*A necessidade de cuidado é universal, visto que, em alguma circunstância (da vida), ninguém escapa dela*”. Reforçando a visão apresentada pelos dados deste estudo, a autora discorre que:

[...] Além da idéia de que “muitos são os que cuidam” (não só os da enfermagem), os resultados alcançados não satisfazem aos parâmetros de *qualidade* tão imprescindíveis à assistência de enfermagem. Seja porque o conceito de cuidado é muito confundido e mal interpretado para o público, ou porque (talvez) não seja bem compreendido – como *essência do fundamento da enfermagem* – no próprio grupo profissional (CARVALHO, 2003, p. 669).

Se considerarmos o significado de cuidado dos agentes sociais, que estes interagem e auto interagem, transpondo para o cuidado de si e para as demandas de cuidado, não há dúvidas que há equívocos, dentro do contexto de significados atribuídos.

Para considerarmos as demandas de cuidado, podemos partir do princípio das necessidades de saúde que não se restringem às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas, às necessidades sociais, que são heterogêneas e originam-se da produção da vida em sociedade.

Embora sejam determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade (BARROS, 2007).

O termo necessidade é um dos fundamentos da prática profissional de enfermagem, estando presente no Código de Ética, quando trata dos princípios fundamentais, afirmando que o enfermeiro deve desenvolver ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população (COFEN, 2007). A concepção de necessidades também vem sendo discutida no âmbito das teorias de enfermagem de forma implícita ou explícita, mediante perspectivas objetivas e subjetivas. Na teoria das necessidades humanas básicas observa-se a partir das leis gerais o vínculo para a busca do atendimento das necessidades de: equilíbrio (homeostase ou hemodinâmica), da adaptação e do holismo.

Neste estudo, buscou-se tirar do foco as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem (consultas, exames e curativos), para as demandas de cuidados, com visão ampliada de pessoa (holismo), que em suas necessidades mais complexas precisam ser ouvidas, para que possam ser captadas em sua expressão individual. De acordo com a visão humanística do Interacionismo simbólico, vale ressaltar o cuidado holístico, sendo que a essência do cuidado humano se dá na forma concreta e plena na integralidade do ser neste paradigma.

[...] Que foi definido pela Universidade Holística Internacional que considera cada elemento de um campo como um evento refletido e contendo todas as dimensões. É uma visão na qual, o todo e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados a interações constantes e paradoxais. Todos os atributos de cuidar são essenciais no processo de desenvolvimento do ser, já que o cuidado constitui a condição da nossa humanidade (WALDOW, 2010, p.12).

A partir do cuidado holístico, considera-se possível uma melhor apreensão das demandas de cuidado que surgem a partir e para as pessoas afetadas por úlceras crônicas, inclusive a possibilidade de mudança dos significados de cuidados atribuídos pelos agentes sociais. Vale referência ao trabalho desenvolvido por Popoola (2000), designadamente ao modelo teórico que desenvolveu intitulado “*Modelo de Abordagem/Gestão das feridas crônicas*”.

Neste modelo a autora procura evidenciar a importância de se adotar uma abordagem holística/multidimensional no processo de tratamento de pessoas com feridas crônicas, defendendo igualmente a utilização sinérgica do cuidado

terapêutico, bem como de outras modalidades complementares ou alternativas adjuvantes no processo de cura.

Diante da análise dos dados, que demonstrou que os agentes sociais afetados por úlceras crônicas protagonizam suas vidas a partir das suas demandas de cuidado, considerando que as demandas a luz dos significados atribuídos se limitam ao processo de cicatrização e ao procedimento do curativo, tem-se que: o desafio que se coloca aos que trabalham com saúde, é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências.

A análise do cuidado relacional fortalece o olhar que se dirige a reciprocidade entre agentes sociais, com seus encontros, desencontros, conflitos e alianças, importando muito mais o que trocam, oferecem e recebem. Autores como Waldow (2004), Ayres (2004), Merhy (2004), Pinheiro (2007) colocam o cuidar como elemento capaz de conduzir encontros pautados pela integralidade na relação entre as pessoas. Apontam ainda a necessidade de se produzir cenários de cuidado que assumam os agentes sociais como o centro de uma linha de condução dos serviços e coloquem em diálogo as diferentes experiências e vivências, sendo acolhedores, corresponsáveis e promotores da autonomia das pessoas.

O campo da formação profissional precisa de estímulos à reflexão que provoquem a olhar para o dinamismo de um cenário em transformação onde o fim último das ações pode não ser a cura, mas sim o gerenciamento do cuidado compreendido no âmbito relacional, com apoio no conhecimento, nas técnicas, nas inovações e acima de tudo na sensibilidade comprometida com o reconhecimento e a garantia dos direitos.

Deste ponto, a partir da visão voltada para as demandas de cuidado, buscando no processo de encontro com o outro acessar as demandas sociais, psicológicas, espirituais, econômicas e todas que possam surgir, espera-se reconstruir os significados que foram sendo construídos no processo histórico, social, cultural, subjetivo e tecnologicamente determinados.

A partir deste momento será possível aos profissionais e às pessoas afetadas por úlceras crônicas protagonizarem suas vidas de forma plena, considerando toda a sua multidimensão e as reais demandas de cuidado, e destas se tornarem autônomas para definirem suas ações mediante as escolhas que precisam realizar para melhorarem seu estado de saúde e sua vida.

O que está sendo aqui sugerido a partir da análise processual que foi realizada é a desconstrução dos significados em que o produto/procedimento ocupa um lugar privilegiado na idéia de cuidado, para a construção e ressignificação de um cuidado reflexivo, que permite que o outro se mostre. Logo, naturalmente à produção de novas demandas associadas ao cuidado à saúde:

[...] Diante do esgotamento do saber-fazer utilitarista, dominador e objetificante das interações, o cuidado emerge como pilar de uma transformação paradigmática que tem início na experiência de cada sujeito. Essa experiência está ligada às crises e revisões de papéis e posturas da cada sujeito no mundo. Em momentos de encruzilhada, o retorno aos velhos hábitos torna-se insustentável, restando o recomeço pela via do que há de humano em cada sujeito: a capacidade de cuidar (ALVES, 2016, p. 37).

Para que este movimento se inicie, é preciso mudanças nos processos de trabalho, onde os profissionais de saúde sejam capazes de influenciar de forma dialógica e interativa ações através do vínculo, do respeito à dignidade, ao reconhecimento dos valores, crenças, expectativas, ações e reações que promovam o cuidado de si e a autonomia das pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores.

[...] Cuidar de uma pessoa é uma tarefa que incide na estrutura intrapessoal e interpessoal do ser humano, ou seja, no dentro e no fora. Velar por relações adequadas e equilibradas com o próximo é uma forma de evitar males futuros e sofrimentos desnecessários. Cuidar de uma pessoa é ajudá-la a construir equilibradamente seu mundo (ROSELLÓ, 2009, p. 96).

A consideração do sofrimento interpessoal é fundamental, pois só se pode cuidar adequadamente de um ser humano quando se reconhece o duplo nível de sofrimento e dor: o sofrimento exterior e o interior. Pode-se combater o sofrimento exterior através de procedimentos, instrumentos tecnológicos e utilização de fármacos, mas o sofrimento interior reclama um modo de atenção distinto, reclama a presença, o olhar, a palavra adequada e o árduo exercício do diálogo (ROSELLÓ, 2009).

O diálogo permite que o agente social possa se conhecer, passe a compreender o que acontece e como seu tratamento será conduzido. É a forma de colocá-lo na relação. Assim como permite ao profissional de saúde identificar e analisar as reais necessidades individuais.

O cuidado não pressupõe fórmulas ou modelos fechados, mas a cada encontro exige dos profissionais competências de ordem técnica, psíquica e relacional. Neste sentido, é importante vislumbrar a possibilidade, e ser capaz de, diante de um procedimento técnico (neste caso, a troca do curativo), incorporar o *ethos* do outro, em um processo de alargamento de si mesmo, fazendo daquele momento terapêutico a interseção entre as diferentes tecnologias do cuidado e os agentes sociais (PINHEIRO, 2007).

Observa-se que o cuidado e a condição crônica de membro inferior estão intimamente relacionados, não só porque aqueles se fazem necessários quando estas se apresentam, mas, sobretudo, porque nessa interação trajetórias de vida (pessoal e profissional) se constituem, se definem e se redefinem, de acordo com as demandas que surgem ao longo do processo de cronicidade.



Figura 11 – Guarapari.  
Fonte: <https://pixabay.com/pt/nascer-do-sol-praia-amanhecer-577212/>

## CAPÍTULO XII

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as razões para escolher como objeto de interesse o significado das demandas de cuidado, é possível destacar: o cuidado é elemento crucial para todos os seres humanos, assim como para as pessoas afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores; conhecer as demandas e os significados atribuídos pelas pessoas que vivenciam a situação de cronicidade torna possível além da valorização humana, a realização de um plano de cuidados baseado na vivência; as demandas de cuidado, como categoria central, implica em conhecer as relações que se mantêm mediante o contexto.

Esteve durante todo o período do estudo o desejo de identificar e analisar as demandas de cuidados das pessoas afetadas pelas úlceras crônicas de membros inferiores. O caminho percorrido permitiu responder a pergunta inicialmente formulada: *Quais são os significados atribuídos às demandas de cuidado pelas pessoas com úlcera crônica de membro inferior?*

Ao longo das entrevistas, durante todo o processo cíclico de análise, percebeu-se um conjunto de aspectos e uma diversidade de vivências, que permitiu a conscientização progressiva das múltiplas demandas de cuidado. Logo, a partir dos relatos dos agentes sociais tornou-se evidente que “*ter a marca, possuir, estar com*” a úlcera crônica extravasa a dimensão biofisiológica, sendo a sua presença sentida nos múltiplos domínios da existência humana. Entretanto, a dimensão biofisiológica é a que mais denotou importância significativa para os agentes sociais, que vislumbram através do procedimento de curativos e utilização de produtos a resolução do seu agravo.

As demandas de cuidado das pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores requerem gerenciamento por longo período, que podem se estender por décadas. As mudanças sofridas nas relações e no cuidado das condições crônicas, suas lacunas e sua localização no campo biomédico, resultam em um cenário propício para análise das ações desenvolvidas e ainda para uma reflexão voltada para o cuidado em suas diferentes dimensões e expressões dos modelos vigentes de assistência, gestão e formação profissional.

As demandas de cuidado que surgiram ao longo dos momentos enriquecedores de partilha de experiências daqueles que aceitaram participar desta pesquisa, foram demonstradas no seu decorrer. Vale ressaltar que para acessar as demandas de cuidado aqui apontadas, há a necessidade de ampliar a visão que hoje, reducionista, apenas realiza o acompanhamento do ferimento no corpo e não na pessoa.

A presença da ulceração crônica é capaz de modificar e alterar a dinâmica do contexto habitual das pessoas, interferindo nas esferas pessoal, social, profissional e relacional. A ferida interfere nas atividades da vida diária, como locomoção, execução de atividades domésticas, hábitos de higiene pessoal (banho), dificuldades para repousar e dormir, utilização de medicamentos para dor, dentre outros.

A mobilidade física prejudicada, principalmente pela localização do ferimento, assume diferentes implicações desde a incapacidade sentida, referindo realizar as atividades de forma mais lenta, até manifestações de aprisionamento por não poderem se locomover livremente.

As limitações sentidas na execução das atividades do dia a dia traduzem a sensação implícita da perda da liberdade sentida, que se traduz em: evitar participar de atividades e eventos sociais, de frequentar determinados locais (praias, parques, piscina), de realizar atividades como jogar futebol, de necessitar utilizar de chinelos e calçados adaptados, de não pegar ônibus. Estes são apenas alguns exemplos, que precisam ser identificados e trabalhados ao longo da cronicidade, pois estão relacionadas ao isolamento social, tristeza e depressões.

A problemática da dor foi uma vivência amplamente evidenciada que surgiu do estudo. Os relatos de dor intensa refere repensar o manejo da dor nas unidades de atenção primária e estratégia de saúde da família. No sentido de alcançar o controle da dor os agentes sociais referem utilização de medicamentos analgésicos, elevação do membro, massagem para facilitar o retorno venoso.

Os aspectos emocionais abstraídos das falas remetem as alterações da autoestima, pois os agentes sociais se colocam como incapacitados ou inúteis para realizar as atividades da mesma forma que realizavam anteriormente. Os sentimentos negativos se agravam quando se realiza uma análise retrospectiva e comparativa ao tempo em que não possuíam a úlcera.

Conhecer o perfil das pessoas afetadas por úlceras crônicas, suas doenças de base, seus fatores de risco, história anterior de doença, história familiar, através

de um processo de interação de vivências, faz com que as fronteiras estabelecidas pelos papéis assumidos no contexto de saúde, sejam eles no âmbito privado ou público, no nível de atenção primária ou terciária se tornem mais tênues, e dessa forma, seja possível uma aproximação daqueles que vivenciam as úlceras crônicas com os profissionais de saúde em uma relação de horizontalidade.

A vivência continuada com úlceras crônicas de membros inferiores, desperta um conjunto de emoções em sua maioria negativas, entre elas: tristeza, apatia e desilusão. Diante de um conjunto de vivências significativas, sejam elas positivas ou negativas, é preciso refletir sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes para se desenvolver um cuidado articulado e com qualidade para as pessoas.

É importante frisar que este estudo através da identificação e compreensão das demandas de cuidado aponta para a necessidade de instrumentalização dos profissionais de saúde que atuam com as pessoas afetadas com úlceras crônicas, entre eles o enfermeiro, para buscar uma assistência planejada, humanizada e qualificada dentro dos preceitos éticos e bioéticos da profissão.

Destaca-se a importância de que o profissional, desde sua formação na graduação, seja despertado sobre essa temática e aprenda a lidar com tais conceitos no processo assistencial, buscando a superação de falhas, aliando a capacidade de estabelecer relações dialógicas e acolhedoras.

Compreender a multidimensão humana, do cuidado e das demandas do cuidado nos leva a perceber que os aspectos biofisiológicos, sociais, psicológicos, espirituais e outros, se manifestam simultaneamente, sendo desta forma muito mais do que a somatória de suas partes. Considera-se a pessoa como um agente aberto e que se transforma por meio de sua interação social.

Deste ponto é possível compreender o protagonizar a própria vida a partir das demandas de cuidado e do cuidado de si, visto que este está centrado na simultaneidade e no diálogo que se mantém no processo interativo. As experiências de dor, resiliência, superação, angústias, medos, adaptações e tantas outras, dos agentes sociais e de seus familiares, estão demarcadas nas expressões das pessoas que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores. Tais vivências mostram que a condição crônica, transforma a vida, altera o curso contextual cotidiano da dinâmica social e familiar e os colocam diante do universo da saúde.

Ressalta-se ser imprescindível que os profissionais de saúde incorporem tais conceitos em seu cotidiano, assim como incluam aspectos que possam contribuir

para a reorganização do processo de trabalho e funcionamento dos serviços de saúde, baseados nas necessidades de saúde da população. Visto que o cuidado dispensa um espaço específico e momento adequado, pois ele se dá no encontro entre as pessoas e, mesmo após o fim, tem potencialidades para promover efeitos e reflexões.

Destaco que o trabalho desenvolvido, além de responder a questão norteadora, também alcançou os objetivos propostos, tendo contribuído de forma inquestionável para o meu crescimento pessoal e profissional. Acredito que o estudo desenvolvido, mais do que enriquecer o corpo de conhecimento da profissão, possibilite as pessoas e aos profissionais de saúde em geral, e aos enfermeiros em particular, a compreensão do fenômeno: **PROTAGONIZANDO A VIDA COM ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO**, suscitando reflexões e adaptações da prática, para atendimento das demandas de cuidados, que em geral são identificadas como semelhantes, porém se manifestam de maneiras diferentes de acordo com aqueles que vivenciam a situação da cronicidade.

Considerando ainda pertinente, diante da importância da atualização científica, técnica e relacional destaco algumas considerações relevantes que o estudo trouxe em relação à prática de enfermagem:

- Promover a saúde e prevenção a agravos crônicos não transmissíveis, através da educação em saúde, aumento do processo informativo (com acolhimento, escuta ativa e diálogo) dos mecanismos fisiológicos das úlceras crônicas de membros inferiores, dos seus fatores de risco, das principais complicações e formas de prevenção.
- Esclarecer dúvidas, utilizando mecanismos e estratégias individuais e grupais para que os agentes sociais que apresentam os mesmos riscos possam interagir e ressignificar posturas e atos em relação ao cuidado de si;
- Realizar o processo de enfermagem em todas as suas etapas, buscando e estando aberto às vivências significativas da pessoa afetada por ulceração crônica;

- Realizar avaliação e acompanhamento das úlceras, estando presente nas salas de curativo, onde através do procedimento técnico, possa se realizar o acolhimento e a aproximação daqueles que sofrem com suas feridas crônicas;
- Buscar estratégias através de estudos e pesquisas que demonstrem práticas baseadas em evidências que colaboram para gestão e controle da dor. Realizar monitorização, avaliação, registro da dor, bem como a eficácia do tratamento analgésico prescrito;
- Repensar junto à equipe interdisciplinar e aos agentes sociais no processo de interação medidas não farmacológicas de alívio da dor;
- Desenvolver competências no domínio da comunicação terapêutica, bem como ao nível da técnica da relação de ajuda. Quanto mais desenvolvidas estiverem as competências de comunicação e de relação de ajuda, mais significativa e produtiva será a intervenção junto às pessoas e as famílias que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores;
- Manter atualização científica e técnica no campo do cuidado das pessoas com feridas;
- Incluir familiares e cuidadores nos processos de educação em saúde, através do acolhimento, da escuta e do diálogo, inclusive para reconhecer demandas existentes no processo familiar;
- Realizar palestras e capacitações para os agentes sociais, familiares, cuidadores e profissionais de saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos;
- Realizar a visita domiciliária utilizando-a como um instrumento que possibilita acompanhar as dificuldades sentidas, as necessidades

percebidas, bem como pelas pessoas que com eles convivem diariamente, sendo esta também uma forma de proporcionar apoio contra o isolamento;

- Realizar o curativo em domicílio, diante de situação de mobilidade física prejudicada, com a implementação do processo de enfermagem.

Considerando a formação em enfermagem enquanto pilar para o desenvolvimento de habilidades e competências que visam capacitar os estudantes para a prática profissional, além disso, para o cuidado de excelência em todas as suas dimensões, percebe-se a importância para:

- Incorporar e desenvolver na matriz curricular da temática da abordagem holística e das condições crônicas, focalizando as problemáticas associadas às lesões complexas, dando particular ênfase às implicações que estas lesões causam nas pessoas;
- Incluir nos cursos de pós-graduação de prática atualizada e baseada em evidências, aspectos relacionados aos cuidados às pessoas com feridas, bem como adoção de boas práticas, combatendo a cronicidade, em especial, em termos de redução do período de tratamento.

A área de gestão assume uma importância relevante nos cuidados das pessoas com feridas crônicas, uma vez que pode influenciar a atuação da equipe de saúde nos diversos contextos profissionais. A partir das demandas emergentes, relatadas em todo este trabalho, considera-se que devem ser estabelecidas políticas traduzidas na forma de normas e padrões institucionais, que possibilitem o planejamento, execução e avaliação dos cuidados, de modo a que sejam atingidos os mais elevados padrões de qualidade. Sugere-se:

- A elaboração de manuais e protocolos (tecnologias leve-duras), que contemplem a definição de linhas orientadoras para atuação face às pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores a implementar

em todos os serviços, de modo a assegurar a coerência e a solidez por parte das equipas de saúde prestadoras de cuidados durante todo o processo de cuidado;

- Investimento em novas modalidades terapêuticas (tecnologias duras), utilizadas nas situações de lesões de membros inferiores, com resultados positivos, mas ainda não disponíveis, ou quando presentes, não implementadas de forma uniforme no Município de Vitória;
- Incentivo à formação especializada, para que os enfermeiros que manifestem interesse possam realizar cursos e atualizações na área de tratamento de feridas. Deste modo, eventuais, lacunas existentes poderão ser minimizadas, não só pelo interesse manifestado pelos profissionais de saúde, como também pela aquisição de novas competências;
- Incentivo para o desenvolvimento das tecnologias leves, através de formação continuada para os profissionais de saúde;
- A criação de políticas voltadas para a investigação na área de feridas crônicas, onde as abordagens qualitativas e quantitativas se complementem, gerando resultados para a melhoria do cuidado. Deste modo, entende-se que a prática dos enfermeiros deverá assenta-se nas evidências emergentes a partir das investigações;
- Os modelos de atenção devem estar comprometidos em adjetivar o cuidado pelo valor da integralidade, explorando os nexos entre as diferentes dimensões do trabalho em saúde e o atendimento das demandas das pessoas que utilizam os serviços de saúde.

Quando se pensa em investigação em enfermagem, a pesquisa possibilita os descortinar do que desconhecemos, ou daquilo que queremos compreender melhor, de acordo com os dados que surgiram, percebe-se ainda a necessidade de novos estudos para:

- Comparar as experiências das pessoas com úlceras crônicas de membros inferiores com outras pessoas com lesões de diferentes etiologias (lesões por pressão), para aferir as eventuais semelhanças e diferenças associadas ao tratamento e às demandas de cuidado, contribuindo para o estabelecimento de uma intervenção mais focalizada, consoante a realidade vivida por cada pessoa;
- Realizar investigação para novos diagnósticos de enfermagem na área de úlceras crônicas de membros inferiores, a partir das demandas levantadas nesta pesquisa;
- Realizar pesquisas na área de gestão da dor visto ser este dado significativo diante das falas dos agentes sociais.

Existe a compreensão do caráter fundamental da investigação em enfermagem, tendo como objeto o cuidado, como um componente capaz de proporcionar à prática o substrato científico que valida, guia e enriquece os seus saberes, contribuindo para a tomada de decisões fundamentadas para a prática do cuidado expressivo.

A partir da convicção pessoal de que a investigação em enfermagem só faz sentido se contribuir para a melhoria da vida das pessoas e da prática profissional, procurei divulgar os resultados das revisões e estudos que surgiram ao longo da trajetória do doutorado através de eventos científicos a nível local, nacional e internacional.

Por fim, considera-se que o cuidado em saúde deve ser mais do que um elemento a ser valorizado nas relações, nas políticas e nos serviços, ele deve ser o meio pelo qual devem circular a técnica, a sensibilidade, a escuta, o diálogo, a corresponsabilidade e o protagonismo dos sujeitos.

Buscando perceber a natureza pessoal das demandas de cuidado a partir da experiência de pessoas que são afetadas por úlceras crônicas de membros inferiores podemos, enquanto enfermeiros, antecipar problemas e prestar o cuidado holístico àqueles de quem cuidamos todos os dias e durante longos períodos de tempo.

Encerra-se e inicia-se um novo caminho.  
Que neste caminhar haja transformação, vida e amor!  
E com a letra da música cidade sol,  
como é conhecida a Capital do Espírito Santo – Vitória,  
comemoro a minha VITÓRIA

Cidade Sol, com o céu sempre azul  
Tu és um sonho de luz norte a sul.  
Meu coração te namora e te quer,  
Tu és Vitória um sorriso de mulher.  
Do Espírito Santo, és a devoção,  
Mas para os olhos do mundo, és uma tentação.  
Milhões te adoram, e sem favor algum  
Entre os milhões, eis aqui mais um.  
(Pedro Caetano)

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. A. Tessituras do cuidado: as condições crônicas de saúde na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. 214p. ISBN 978-85-7541-480-4
- ALVES, J. F.; SOUSA, A. T. O.; SOARES, M. J. G. O. Sentimentos de inclusão social de pessoas com úlcera venosa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 193 - 203, jul. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15425>>. Acesso em: 15 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215425>.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.** São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
- BACKES, M. T. S. et.al. Desenvolvimento e validação da teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Esc. Anna Nery**. v.15, n.4, pp.769-775. dez 2011. ISSN 1414-8145. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400016>.
- BAPTISTA, C. M. C.; CASTILHO, V. Levantamento do custo do procedimento com bota de unha em pacientes com úlcera venosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 944-949, dec. 2006. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2384>>. Acesso em: 10 Jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600017>.
- BARBOSA, G.S. **Delineando o cuidado de enfermagem a partir da *práxis* do enfermeiro de hemodiálise: a busca pela proficiência e suas contribuições à oferta do cuidado**. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2011. xvii, 150f.: il.; 31 cm. (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.
- BARRETT, C. M.; TEARE, J. A.; Quality of life in leg ulcer assessment: patients' coping mechanisms. **Br J Community Nurs**., v 5, n11, p. 530, 534, 536, 538, 540, Nov 2000. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12066051>. Acesso em 10 Ago 2016. doi:[10.12968/bjcn.2000.5.11.7121](https://doi.org/10.12968/bjcn.2000.5.11.7121)
- BARROS, D.G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 793-798, Dez. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Ago 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500009>.

BLANCK, M.; GIANNINI, T. **Úlceras e Feridas: as feridas tem Alma - Uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidados e da reconstrução estética**. 1. ed. Rio de Janeiro: Copyright, 2014. 864p. ISBN 978-85-8053-077-3.

BLAND, M. Challenging the myths: the lived experience of chronic leg ulcers. Nurs Prax N Z; v. 10, n.1, p. 49, Mar 1995 . Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7626954>. Acesso em 25 Ago 2016.

BOFF, L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes,2012.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental – predicativos e implicações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 664-671, Out. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 Abr 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500015>.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L.O.; RÊGO, D.P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p. ISBN 978-85-363-1999-5.

CIPOLLETTA, S.; AMICUCCI, L. Illness trajectories in patients suffering from leg ulcers: A qualitative study. J Health Psychol., Dez 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26683702>, acesso em 21 Ago de 2016. doi:10.1177/1359105315619224.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311 de 09/02/2007/ (D.O.U. 13/02/2007) Reformulação do Código de Ética. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>>. Acesso em 14 Jul 2016.

COLOMBO, P. D. J. O sol sob um olhar interdisciplinar. **Experiências em Ensino de Ciências**: Mato Grosso, v. 6, n 2, p. 133-150, 2011, ISSN: 1982-2413. Disponível em <<http://if.ufmt.br/eenci/?go=artigos&idEdicao=28>.> Acesso em 12 Set 2016.  
COULON, A. **A escola de Chicago**; tradução: BUENO, T. R. - Campinas, SP: Papiros, 1995. p 135. ISBN 853-08-03-590.

COULON, Alain. **A escola de Chicago**; tradução Tomas Rosa Bueno. - Campinas, SP: Papiros, 1995. 135 p. ISBN 853-08-03-590.

FEINGLASS, J.; SHIVELY, V. P.; MARTIN, G. J.; HUANG, M. E.; SORIANO, R. H.; RODRIGUEZ, H. E.; PEARCE, W. H.; GORDON, E. J. How 'preventable' are lower extremity amputations? A qualitative study of patient perceptions of precipitating factors. **Disabil Rehabil**, v. 34, n. 25, p. 158-65, Abr. 2012. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22533668>. Acesso em 10 Set 2016. doi: 10.3109/09638288.2012.677936.

FERREIRA, M. A. A interação como princípio fundamental para o exercício do cuidado: contribuição conceitual para os fundamentos da enfermagem. In: 15<sup>o</sup> Pesquisando em Enfermagem , 11<sup>a</sup> Jornada Nacional de História da Enfermagem e o 8<sup>o</sup> Encontro Nacional de Fundamentos. [evento]. 2008 maio 12-15; Rio de Janeiro, Brasil Disponível em: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=378&cf=2>. Acesso em acesso em 01 jul 2015.

FERREIRA, M.C.; Júnior, P. T.; Carvalho, V. F.; Kamamoto, F. Complex wounds. **Clinics**, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 571-578, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322006000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322006000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322006000600014>.

FRADE, M. A. C. et al. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 80, n. 1, p. 41-46, Fev. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962005000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000100006>.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/ABRASCO, 2005. p.181-93.

FRANKS, P. J.; MOFFATT, C. J. Who suffers most from leg ulceration? **J Wound Care**; v. 7, n. 8. p. 383-385, Set 1998. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9832746>, acesso em 12 Maio 2016. PMID: 9832746

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. **Manual de curativos**. 2. .ed .rev, e amp. – São Paulo: Corpus, 2009. ISBN: 978-85-988-5109-9.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes]. 4<sup>a</sup>.ed. – [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: LCT, 2013. 158 p. ISBN 978-85-216-1255-1.

HARDING, K.G.; MORRIS, H.L.; PATEL, G.K. Science, medicine and the future: healing chronic wounds. **BMJ**. V. 324, ed 7330, p. 160-163, Jan. 2002. Disponível

em <<http://www.bmj.com/content/324/7330/160.full.pdf+html>. Acesso em 16 Out 2014. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7330.160>.

HAREENDRAN, A.; BRADBURY, A.; BUDD, J.; GEROULAKOS, G.; HOBBS, R.; KENKRE, J.; SYMONDS, T. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. **J Wound Care**, England. v. 14, n. 2. p.53-57, Fev 2005.. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15739651>. Acesso em 19 Mai 2016. doi: [10.12968/jowc.2005.14.2.26732](https://doi.org/10.12968/jowc.2005.14.2.26732).

HAWKINS, J.; LINDSAY, E. We listen but do we hear? The importance of patient stories. **Br J Community Nurs**., England. v.11, n.9, p.06-14, Set 2006 Sep. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077756>. Acesso em 12 Jul 2016. doi:[10.12968/bjcn.2006.11.Sup4.21767](https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.Sup4.21767).

HOPKINS, A. [Disrupted lives: investigating coping strategies for non-healing leg ulcers](https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.9.12972). **Br J Nurs**., v. 13, n. 9. p 556-63, Mai 2004. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15215736>. Acesso em 18 de Jun 2016. doi: [10.12968/bjon.2004.13.9.12972](https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.9.12972).

[HYDE, C.](https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00170.x); [WARD, B.](https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00170.x); [HORSFALL, J.](https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00170.x); [WINDER, G.](https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00170.x) Older women's experience of living with chronic leg ulceration. **Int J Nurs Pract**. v, 5, n. 4, p. 189-98. Dez 1999. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839029>. Acesso em 18 Set 2016. doi: 10.1046/j.1440-172x.1999.00170.x.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BR). **Estudos & Pesquisa: Informação demográfica e sócio econômica**. IBGE 2010. [Online]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos.pdf>, acesso em 13 Jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro 2014. Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 22 Jun. 2013.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.378p. ISBN 978-85-737-9575-2.

JUSTO, J.S.; ROZENDO, A. S.; CORREA, M.R. O idoso como protagonista social. In: **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 21, n 48, p. 39-53. Jul. 2010. Disponível em <[http://www.sescsp.org.br/files/edicao\\_revista/31ff3c68-c255-4904-9b67-a17ae9458198.pdf](http://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/31ff3c68-c255-4904-9b67-a17ae9458198.pdf).> Acesso em 26 Ago. 2016. ISSN 1676-0336.

JONES, J. E.; ROBINSON, J.; BARR, W.; CARLISLE, C. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. **Nurs Stand**, v. 22, n 45, p 53-58. Jul 2008.

Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18686695>. Acesso em 20 Ago 2016. doi:[10.7748/ns2008.07.22.45.53.c6592](https://doi.org/10.7748/ns2008.07.22.45.53.c6592).

[JULL, A.](#); [WALKER, N.](#) [HACKETT, M.](#); [JONES, M.](#); [RODGERS, A.](#); [BIRCHALL, N.](#); [NORTON, R.](#); [MACMAHON, S.](#); Leg ulceration and perceived health: a population based case-control study. *Age Ageing*, v. 33, n. 3, p. 236-41. Mai 2004. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082427>. Acesso em 10 Set 2016. doi: [10.1093/ageing/afh087](https://doi.org/10.1093/ageing/afh087).

KRASNER, D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, v. 25, n. 3, p. 158-168. Mai 1998. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9678007>. Acesso em 20 Jun 2016. doi: [10.1016/S1071-5754\(98\)90046-8](https://doi.org/10.1016/S1071-5754(98)90046-8).

LARA, M. O.; JÚNIOR, A. C. P.; PINTO, J. S. F.; VIEIRA, N. F.; WICHR.P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 16, n. 3, set. 2011. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20178>>. Acesso em: 20 Set. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.20178>.

LINDHOLM, C.; BJELLERUP, M.; CHRISTENSEN, O. B.; ZEDERFELDT, B. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol*, v. 73, n. 6, p. 440-443, Dez 1993. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Quality+of+life+in+chronic+leg+ulcer+patients.+Acta+Derm+Venereol+1993%3B>.> acesso em 10 Ago 2016.

LOFTUS, S. A longitudinal, quality of life study comparing four layer bandaging and superficial venous surgery for the treatment of venous leg ulcers. *J. Tissue Viability*, Inglaterra, v.11, n. 1, p.14-19, Jan 2001. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965206X01800139>>. Acesso em 25 Set 2016. doi: [10.1016/S0956-206X\(01\)80013-9](https://doi.org/10.1016/S0956-206X(01)80013-9)

LOPES, C. R. et al. Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores. *J. vasc. Brás*, Porto Alegre, v.12, n.1, p. 5-9, Mar. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492013000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492013000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492013000100003>.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, Mar. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100014>.

MACEDO, M. M. L.; SOUZA, D. A. S.; LANZA, F. M.; CORTEZ, D. N.; MOREIRA, B. A.; RODRIGUES, R.N. Cuida-me! Percepções das pessoas com úlceras de perna sobre as orientações de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.5, n. 2, p. 1586-1593. mai/ago 2015. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/733/860>, acesso em 2 Set 2016.

MAFFEI, F. H. A.; LASTÓRIA, S.; YOSHIDA, W. B.; - ROLLO, H.; GIANNINI, M.; MOURA, R. **Doenças Vasculares Periféricas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 2368 p. ISBN: 978-85-277-2812-6.

MALAGUTI, W.; KAKIARA, C. T. (org). Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2.ed. São Paulo: Martinari; 2011. 640 p. ISBN 978-85-897-8890-8.

MATHIAS, S. D.; PREBIL, L. A.; Boyko, W.L.; Fastenau, J. Health-related quality of life in venous leg ulcer patients successfully treated with Apligraf: a pilot study. *Advances in skin & wound care*, v. 13, n. 2, p. 76, Mar- Abr 2000. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11074990>. Acesso em 14 de Mai 2016.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. et al. **Bases Teóricas Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 590 p. ISBN 978-85-827-1287-0.

MELO, N. A. Úlcera dérmica em membros inferiores: um problema médico-psíquico-social. In: THOMAZ, J. B. (org). **Úlceras nos membros inferiores**. São Paulo: Fundo Editorial: BYK, 2002. Cap. 1, p 35-42.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. ISBN 85-271-0580-2.

\_\_\_\_\_. Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: o ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. Campinas:[sn], 2004. Disponível em <http://www.yumpu.com/pt/document/view/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>>. Acesso em 02 Set. 2016

\_\_\_\_\_ et al (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo. HUCITEC, 2007. 296 p. ISBN 85271061409788527106146.

MINAYO, M. C. S(org). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 80 p. ISBN 85-326-1453-1.

\_\_\_\_\_. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)

81232004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Ago. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100003>.

NASCIMENTO, A. N.; LISBOA, C. C. V. **Gerencia de Unidades de Saúde: O caso da unidade de saúde básica do bairro de Jardim Camburi do Município de Vitória- ES**. USP.2010.

OLIVEIRA, B. G. R.B.; LIMA, F. F. S.; ARAÚJO, J.O. Ambulatório de Reparo de Feridas - perfil da clientela com feridas crônicas. Um estudo prospectivo. Online **Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 7, n. 2, Jul 2008. ISSN 1676-4285. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1508/369>>. Acesso em 20 Jul. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081508>.

PHILLIPS, T.; STANTON, B.; PROVAN, A.; LEW, R.A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social, and psychologic implications. **J. Am. Acad. Dermatol.**, v. 31, n. 1. p. 49-53, Jul 1994 .Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8021371>. Acesso em Jul 2016.

POPOOLA, M. M. A. Paradigm Shift: clarion call for a holistic approach to chronic wound management. **Advances in Skin & Wound Care**, v.13, n. 1 p 47-48.2000.Disponível em:  
<http://search.proquest.com/openview/0f4bfbbeced48ab640674fbccb42e2462/1?pq-origsite=gscholar&cbl=46070>

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o repensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007

PORTO, P. A. Os três princípios e as doenças: A visão de dois filósofos químicos. **Química nova**. São Paulo, v. 20, n. 5, p. 569-572, Out. 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40421997000500021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40421997000500021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 Fev. 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40421997000500021>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em Dados**. 2014. Disponível em <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/territorializacao2014.asp>>. Acesso em 23 Nov de 2015.

\_\_\_\_\_. **Dados geográficos**. 2015. Disponível em <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidade/historia-de-vitoria>>. Acesso em 23 Nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Vitória em dados**. 2016a. Disponível em <[http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados\\_regiao/regiao\\_4/regiao4d.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_regiao/regiao_4/regiao4d.asp)>. acesso em 04 Jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Vitória em dados**. 2016b. Disponível em <[http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados\\_regiao/regiao\\_8/regiao8d.asp](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_regiao/regiao_8/regiao8d.asp)>. Acesso 06 de Jan de 2016.

[RIBU, L.](#); [WAHL, A.](#); Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain. **Ostomy Wound Manage** ,v, 50. n. 2, p.57-67. Fev 2004. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129612>. Acesso em 14 Mai 2016.

RICH, A.; MCLACHLAN, L. How living with a leg ulcer affects people's daily life: a nurse-led study. **J Wound Care**. V.12, n.2, p. 51-54, Fev 2003. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12655967>, acesso em 17 Jun 2016. doi: [10.12968/jowc.2003.12.2.26469](https://doi.org/10.12968/jowc.2003.12.2.26469).

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. 1.ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 200 p. ISBN: 8532638392

SANT'ANA, S. M. S. C; BACHION, M. M.; SANTOS, Q. R.; NUNES, C. A. B.; MALAQUIAS, S.G.; OLIVEIRA, B. G. R. B. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 4, p. 637-644, Ago. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400013>.

SANTOS, Iraci. et al. **Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções**. (Série atualização em enfermagem; v.1). São Paulo: Editora Atheneu, 2001.302. p. ISBN 978-85-737-9323-9.

SILVA, F. A. A.; MOREIRA, T. M M. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. **Revista. enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 468-472. Jul/Set 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a22.pdf>>. Acesso em 30 Mai. 2015

SILVA, G. E. M.; ALMEIDA, A. C. L.; VALADARES, G. V. **Teoria fundamentada nos dados: Um panorama dos estudos de enfermagem**. Anais do 16º Seminário de pesquisa em enfermagem – Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade. Campo Grande/MS. 2011.

SILVA, M. H.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; BISCOTTO, P. R.; SILVA, G. P. S. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Rev Gaucha Enferm**, v 34, n. 3, p. 95-101, set. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300012). Acesso em Ago. 2016.

SILVA, R. C. L et al. Sistematização da assistência de enfermagem. In SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. Al.; MEIRELES, I. B. (Org). **Feridas: fundamentos e**

**atualizações em enfermagem.** 2.ed. São Caetano do Sul, SP. YENDIS, 2007. ISBN 978-85-7728-007-0.

SOUZA, A. S. **Significando e ressignificando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: a busca do equilíbrio entre o dito e o não dito na práxis cotidiana/** Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2010. xxi, 289 f.: il.; 31 cm. Orientadora: Glaucia Valente Valadares. Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós – graduação em Enfermagem, 2010

SOUSA, F. A. M. R. **O corpo que não cura: Vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de Perna.** 2009. 288f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar. Portugal, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.** Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.288p. ISBN 978-85-363-1043-5

TAVERNER, T.; CLOSS, S. J.; BRIGGS, M. The journey to chronic pain: a grounded theory of older adults' experiences of pain associated with leg ulceration. **Pain Manag Nurs.**, v. 15, n1. p. 186-198, Mar 2014. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001361>. Acesso em 25 Jul 2016. doi:[10.1016/j.pmn.2012.08.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.002).

THOMAZ, J. B. (org). **Úlceras nos membros inferiores.** São Paulo: Fundo Editorial: BYK, 2002

VALADARES, G. V. **A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo: a experiência do enfermeiro em setores especializados.** 2006. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

YAMADA, B. F. A.; SANTOS, V. L. C. G. Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. **Wounds**, v.17, n7, p. 178 -179, 2005. Disponível em <<http://www.woundsresearch.com/article/4420>>. Acesso em 14 Mar.2016

WALDOW, V. R. O cuidado na saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 240 p. ISBN 85-326-3033-2

WALDOW, V. R. **Cuidar: a expressão humanizadora da enfermagem.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 190 p. ISBN 978-85-326-4234-9. ed.digital.

WAIMAN, 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, Dez. 2011 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400007>.

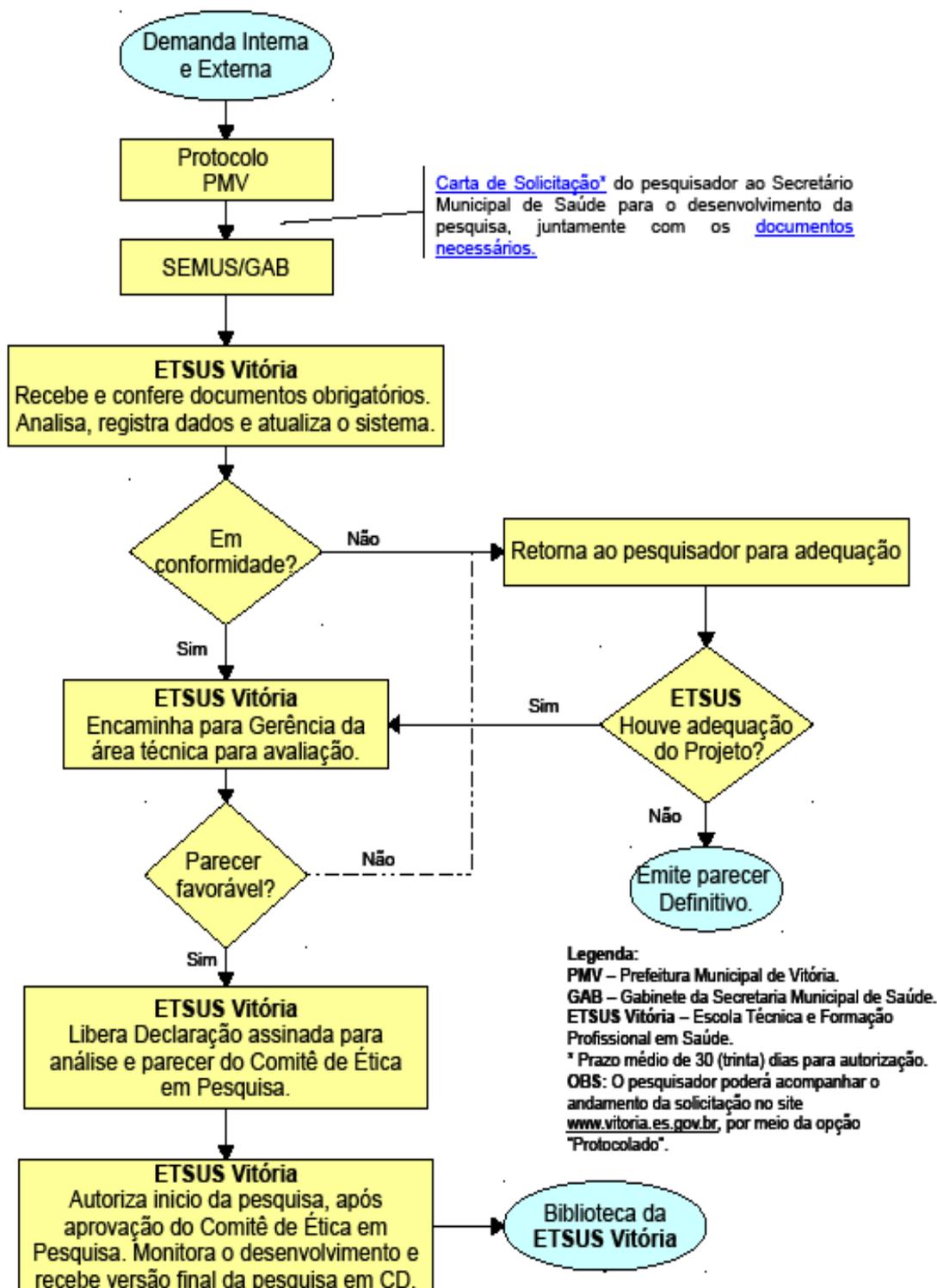
WALSHE, C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. **J Adv Nurs.**, v. 22, n. 6, p. 1092- 1100, Dez 1995. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675863>. Acesso em 27 Jun 2016 doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03110.x.

WELLBORN, J.; MOCERI, J. T. The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. **J Wound Ostomy Continence Nurs**; v. 41, n.2. p. 122-126, Mar-Apr. 2014. Disponível em: <http://journals.lww.com/jwocnonline>. Acesso em 19 de Ago 2016. doi: 10.1097/WON.0000000000000010.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÕES DE PROJETOS DE PESQUISA NA SEMUS

### FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÕES DE PROJETOS DE PESQUISA NA SEMUS



**ANEXO B - PROTOCOLADO 25771/2014 –  
ASSUNTO – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.**

Informações de Andamento: 3382-6268 / 3382-6269

Protocolado: **25771/2014**

**JUNTADA**

Data: 14/11/2014 Hora: 08:22

Requerente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO E

Órgão Destino: **SEMAD/GAL/CPA/EPG**

Assunto: SOLICITA AUTORIZACAO PARA REAL

Documento: REQUERIMENTO

Número Documento: s/n



Obs: Max.5 andamentos. Prazo de arquivo 2 anos, após eliminar.

## ANEXO C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva



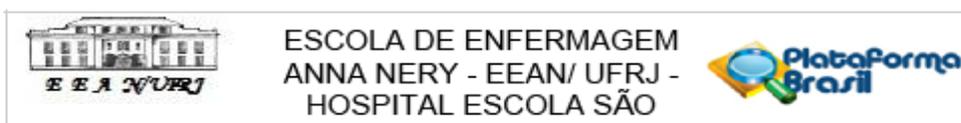
### DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "O SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO DOS CLIENTES QUE VIVENCIAM AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM" de autoria de FABIANA GONRING XAVIER. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 4 dezembro, 2014 .

**Regina Célia Diniz Werner**  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN/UFRJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO DOS CLIENTES QUE VIVENCIAM AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

**Pesquisador:** FABIANA GONRING XAVIER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43575715.2.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.045.711

**Data da Relatoria:** 04/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado inserido no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), com enfoque no significado das demandas de cuidados de clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores. Tem vistas à construção de conhecimento nesta área, a fim de compreender em profundidade o que constitui para o ser humano vivenciar esta situação. O Interacionismo Simbólico (IS) será utilizado como referencial teórico, nesta pesquisa visto que valoriza o significado que o ser humano atribui às suas experiências, tendo aproximação com a enfermagem a partir do momento que cria possibilidades para o desenvolvimento do cuidado humano interativo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO GERAL:** Analisar os significados das demandas de cuidados à luz dos clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil dos clientes com úlcera crônica de membros inferiores;
- Discutir os significados atribuídos pelos clientes com as demandas de cuidado;
- Propor matriz teórica substantiva fundamentada da vivência significativa deste cliente, relacionando a uma proposta de cuidado na perspectiva da valorização humana.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

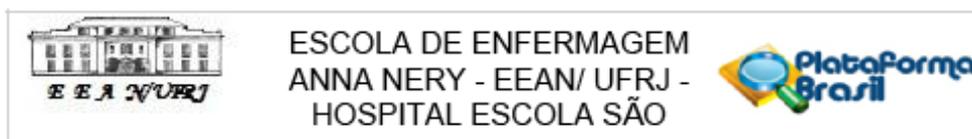
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeenhesta@gmail.com

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN/UFRJ / continuação



Continuação do Parecer: 1.045.711

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco considerado nessa pesquisa é mínimo e está relacionado no âmbito das emoções, já que não temos como prever na totalidade, o efeito que cada pergunta pode causar nos entrevistados. Caso ocorra alguma situação de constrangimento em responder as perguntas, ela será respeitada pelo pesquisador.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: permitir uma melhor compreensão do significado das demandas de cuidados pelos indivíduos que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, com bases teórico-metodológicas concatenadas com o objeto do estudo e a proposta de investigação em profundidade. Relevante para a equipe de enfermagem diante das competências que o cuidado de feridas requer destes profissionais.

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: apresentada
- 2) Projeto de Pesquisa: apresentada
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: completo e adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Carta de anuência: apresentada
- 7) Instrumento de coleta de dados: adequado

### Recomendações:

Sem recomendações.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

### Situação do Parecer:

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

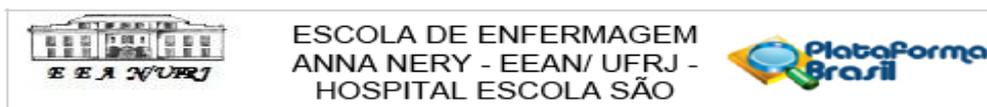
Não

### Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhessa@gmail.com

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – EEAN/UFRJ / Conclusão



Continuação do Parecer: 1.045.711

CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 28 de abril de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

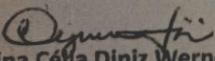
RIO DE JANEIRO, 01 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Maria Aparecida Vasconcelos Moura**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2293-6148 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

## ANEXO E – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR PARA AS UNIDADES DE SAÚDE

PREFEITURA DE VITÓRIA		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/US MARUIPE E US JARDIM CAMBURI	09/06/2015	MARY
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Prezada Coordenadora,</p> <p>O projeto de pesquisa, intitulado: "O SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO DOS CLIENTES QUE VIVENCIAM AS ÚLCERAS CRONICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM" de autoria de FABIANA GONORING XAVIER e orientação da profª GLÁUCIA VALENTE VALADARES foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente projeto tem como objetivo a análise dos significados das demandas de cuidados à luz dos clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores.</p> <p>A metodologia a ser utilizada será uma pesquisa de caráter qualitativo seguindo os passos da teoria fundamentada nos dados, com entrevistas gravadas por meio de gravador de voz com roteiro semiestruturado a pacientes portadores de úlceras crônicas.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses, após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV.</p> <p>Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Regina Célia Diniz Werner Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UFES

Universidade Federal do Espírito Santo  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem



### MODELO DE CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NA SEMUS

Exma. Sr<sup>a</sup> Secretária Municipal de Saúde  
Daysi Koehler Behning

Vimos mui respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria.

Instituição de Ensino: Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador(a): Professora Dr.<sup>a</sup> Gláucia Valente Valadares  
Pesquisadores(as): Msc. Fabiana Gonring Xavier

Título da pesquisa: O SIGNIFICADO DAS DEMANDAS DE CUIDADO DOS CLIENTES QUE VIVENCIAM AS ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Especificação da pesquisa:

( ) Graduação / TCC ( ) Graduação/ Iniciação Científica ( ) Especialização ( )  
Mestrado ( X ) Doutorado

Nº Linha de Ação: 3.1

Nº Linha de Pesquisa: 3.1.1.2

Telefones para contato: 999214182/ 32222010

e-mail: [gonring@hotmail.com](mailto:gonring@hotmail.com)/ [gonring@terra.com.br](mailto:gonring@terra.com.br)

Assinatura dos pesquisadores (as):

Prof.<sup>a</sup> Ms. Fabiana Gonring Xavier  
  
Professora

Departamento de Enfermagem

Assinatura do orientador (a)



Vitória/ES, 11 de novembro de 2014.

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde**

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada: “O significado das demandas de cuidado dos clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores: contribuições para a enfermagem**, que tem como **objetivos**: Analisar os significados das demandas de cuidados a luz dos clientes que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores; Caracterizar o perfil dos clientes com úlcera crônica de membros inferiores; Discutir os significados atribuídos pelos clientes das demandas de cuidado; Propor matriz teórica substantiva fundamentada na vivência significativa deste cliente, articulada a uma proposta de cuidado na perspectiva da valorização humana. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a teoria fundamentada nos dados.

A pesquisa terá duração de um ano, com o término previsto para 2016. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição onde seu tratamento é realizado. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem

realizadas sob a forma de Entrevista. A entrevista será gravada em gravador para posterior transcrição – que será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período. O Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

O risco considerado nessa pesquisa é mínimo e está relacionado no âmbito das emoções, já que não temos como prever na totalidade, o efeito que cada pergunta pode causar nos entrevistados. Caso ocorra alguma situação de constrangimento em responder as perguntas, ela será respeitada pelo pesquisador. Vale ressaltar que caberá à pesquisadora desenvolver técnicas de comunicação e abordagem capazes de estimular e facilitar a expressão livre dos sujeitos, como ambiente tranquilo, sem a interferência de familiares ou profissionais de saúde, o respeito à individualidade, o ouvir reflexivo e o silêncio terapêutico, entre outros. Os benefícios relacionados com a sua participação são: permitir uma melhor compreensão do significado das demandas de cuidados pelos indivíduos que vivenciam as úlceras crônicas de membros inferiores.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

**Gláucia Valente Valadares**

**E-mail:** *gluciavaladares@ig.com.br*

**Orientadora**

**Fabiana Gonring Xavier**

**E-mail:** *gonring@hotmail.com*

**Tel:** (027) 3 2222010/ 99921418

**Orientanda**



\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EEAN/HESFA/UFRJ**

Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228

E-mail: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com)

***“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”***

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Participante da Pesquisa:

\_\_\_\_\_

(Assinatura)

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO PERGUNTAS GERADORAS**

### **CAUSA**

1. Poderia me contar a sua história e a relação com a úlcera de membro inferior?
2. Como a úlcera surgiu em sua vida?
3. Sobre o momento de identificação da úlcera, gostaria de relatar alguma coisa?

### **CONTEXTO**

4. Como é a sua vida com a úlcera?
5. De que maneira você percebe as relações no seu meio de convivência? Poderíamos falar um pouco sobre o seu dia-a-dia?
6. Sobre o seu entorno: trabalho, pessoas, família... Gostaria de falar mais alguma coisa?

### **ESTRATÉGIAS DE AÇÃO-INTERAÇÃO**

7. Como você cuida da sua lesão? Fale-me sobre suas experiências.
8. Como você percebe o cuidado que é prestado pelos profissionais de saúde?
9. Quais os tratamentos que já foram realizados? Como percebeu os mesmos.
10. Sobre o enfrentamento da situação, gostaria de falar mais alguma coisa?

### **FATORES INTERVENIENTES**

11. Que situações lhe parecem como facilitadoras ou dificultadoras para o seu cuidado mediante a úlcera?
12. Percebe situações que influenciam na sua forma de perceber/ viver a úlcera?

### **CONSEQUÊNCIAS**

13. A sua vida mudou em alguma coisa por causa da sua lesão? Poderia me contar sobre isto?
14. Quais os cuidados que você considera primordiais para o cuidado com você e com sua lesão, na perspectiva de uma vida melhor?
15. Gostaria de falar algo a mais sobre o assunto?

## APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES SOCIAIS

DADOS PESSOAIS	
Nome	
Data de Nascimento	
Sexo	
Endereço	
Profissão	
Doenças de base	
HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA	
Etiologia	
Classificação	
Tempo de ulceração	
Localização	
Profundidade	
Exudato	
Tipo de tecido	

Obs:

---



---



---



---



---



---