

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ASSISTENCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Thais de Oliveira Plá

**VALE QUANTO CUSTA? CURATIVO DE LESÕES DE PELE EM UM
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2016

Thais de Oliveira Plá

**VALE QUANTO CUSTA? CURATIVO DE LESÕES DE PELE EM UM
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica, do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte

Co-orientador: Prof. Dr. Otávio Neves Bittencourt

Porto Alegre

2016

**VALE QUANTO CUSTA? CURATIVO DE LESÕES DE PELE EM UM
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**

**HOW MUCH DOES IT COST? CURE OF SKIN INJURIES IN A
MUNICIPALITY OF RIO GRANDE DO SUL**

Thais Pla¹, Erica Rosalba Mallmann Duarte², Otávio Bitencourt³, Ana Paula Gossmann Bortoletti⁴

RESUMO

Objetivos: avaliar o custo e a efetividade do tratamento de lesões, no município de Guaíba/RS, a partir do material e medicação fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. **Metodologia:** Estudo quali-quantitativo de natureza descritiva e exploratória, tendo como foco a atuação no tratamento a lesões de pele. Foram avaliados e entrevistados 58 usuários com lesões de pele. Os dados foram analisados através de tabelas. **Resultados:** 25,86% dos usuários com lesões até 6 meses e 74,14% como lesões a mais de 7 meses. A análise dos dados também nos levam a questionar se o tratamento ofertado é eficaz, pois observou-se que quanto maior o investimento menor a melhora do quadro geral. **Conclusão:** O tempo de tratamento nos impe a acreditar que os materiais fornecidos são coberturas e não tratamentos e que quanto maior o tempo de lesão mais alto o custo e mais o usuário encontra-se insatisfeito com seu problema.

Descritores: Custos, curativo, lesões crônicas.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the cost and effectiveness of the treatment of injuries, in the municipality of Guaíba / RS, based on the material and medication provided by the

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Guaíba, Guaíba, Rio Grande do Sul, Brasil

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem.

³ Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Gestão em Saúde

⁴ Prefeitura de Porto alegre, Fundação de Assistência Social e Cidadania

Municipal Health Department. **Methodology:** Qualitative and descriptive study, with a focus on the performance in the treatment of skin lesions. We evaluated and interviewed 58 users with skin lesions. The data were analyzed through tables. **Results:** 25.86% of users with lesions up to 6 months and 74.14% as lesions over 7 months. Data analysis also leads us to question whether the treatment offered is effective, since it has been observed that the higher the investment, the lower the improvement in the overall picture. **Conclusion:** Treatment time constrains us to believe that the materials provided are coverages and not treatments and that the longer the injury time the higher the cost and the more the user is dissatisfied with their problem.

Keywords: Costs, dressing, chronic injuries.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a necessidade de fortalecer e consolidar uma saúde pública de acesso universal e igualitária originou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado pela Constituição Federal em 1988, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve através de políticas sociais e econômicas buscar a redução do risco de doença e de outros agravos através de ações de promoção, proteção e recuperação ⁽¹⁾. Posteriormente regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, que juntas estabelecem os objetivos, princípios, diretrizes, atribuições, gestão e financiamento do SUS.

O acesso ao SUS é organizado em três níveis de assistência: a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), Atenção Secundária e Atenção Terciária. A APS tem caráter coordenador, sendo atribuída a esta esfera a tarefa de resolução, organização e responsabilização; devendo ofertar resolutividade nos serviços e uma

assistência integral. Os hospitais e pronto-atendimentos devem ser utilizados apenas nos casos de maior complexidade tecnológica, de forma que as doenças ou agravos sejam tratados no nível de complexidade adequada⁽²⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica diz que a “...Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”⁽³⁾. Na busca de atender as novas demandas originadas a partir da criação e estabelecimento do SUS, a APS teve um papel fundamental para modificar o modelo assistencial presente tornando-se um referencial para a organização do sistema. Atualmente o acesso deve ser universal e igualitário e deve ser ordenado pela APS como porta de entrada preferencial na Rede de Atenção a Saúde (RAS)^(4,5).

Com a implementação destas políticas as unidades de saúde (US) devem oferecer a população de sua abrangência ações contínuas de saúde, dessa forma os usuários pertencentes ao território da unidade são de responsabilidade da equipe de saúde, sendo ela sua referência para a procura de atendimento. Nesse contexto as equipes de saúde tem sido a principal estratégia para conhecer e atender os problemas de saúde da população no âmbito individual e coletivo⁽⁵⁾.

Na APS as demandas de saúde mais frequentes estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações. Entre as doenças crônicas de maior incidência destacam-se as cardiovasculares, as respiratórias e as metabólicas que podem contribuir para o aparecimento de feridas como úlceras arteriais, úlceras diabéticas, úlceras venosas, úlceras por pressão, dentre outros⁽⁶⁾.

Dados alertam que as DCNT, em nível mundial, são responsáveis por 59% dos óbitos e 46% do número total de doenças globais. Nos países em desenvolvimento o

impacto produzido por essas doenças é acentuado, uma vez que a estrutura social em envelhecimento não se preparou para o enfrentamento comportamental e econômico de tal situação. No Rio Grande do Sul, a população em geral apresenta a chamada "polaridade epidemiológica", traz como consequência um aumento dos custos da assistência à saúde decorrente de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e causas externas⁽⁷⁾.

Na mesma conjuntura, as doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas ao aumento da expectativa de vida das pessoas, que acentua o crescimento de incapacidades e limitações abrangendo elevado número de idosos. Deste modo, o idoso aponta como um dos principais usuários dos serviços de saúde no que tange à hospitalização e necessidades de cuidados continuados em saúde⁽⁸⁾. Estima-se que cerca de 70% a 80% das úlceras de membros inferiores são feridas venosas, seguidas das feridas arteriais (8%), diabéticas (3%), resultantes de trauma (2%) e outras (14%), que incluem as úlceras por pressão, em hanseníase, dermatológicas e as causadas por infecções cirúrgicas⁽⁹⁾, sendo que o número de pacientes com úlcera por pressão no Brasil ainda é subestimado, uma vez que o registro e obtenção da taxa de ocorrência (prevalência e incidência) ainda são pouco publicados⁽¹⁰⁾.

Os cuidados com lesões de pele são temas recorrentes nos atendimentos ambulatoriais dos profissionais de enfermagem na APS, estes foram os dados encontrado pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre; onde observou-se que nos anos de 2000 e 2001, respectivamente 12% e 10% dos procedimentos realizados por estes profissionais estavam relacionados com cuidados relacionados às lesões de pele⁽¹¹⁾.

O elevado custo com a saúde no Brasil e a dificuldade em financiá-la levam os prestadores, financiadores, autoridades e usuários dos serviços de saúde a se preocupar

cada vez mais com estes aspectos, bem com a repercussão na qualidade desses serviços.

A Enfermagem, por prestar assistência direta e indireta ao usuário portador de lesão em todos os âmbitos da assistência (seja durante internação hospitalar ou na atenção básica), por trabalhar amplamente com os recursos disponibilizados para o cuidado, bem como por ter um forte elo na cadeia de comunicação com os demais membros da equipe prestadora de serviços; torna-se um importante agente na gestão destes custos ⁽¹²⁾.

A abordagem por uma equipe interdisciplinar é essencial uma vez que o tratamento de uma ferida é multifatorial (processo multidisciplinar) ⁽¹³⁾. A troca de informações entre os profissionais é fundamental para uma boa evolução da lesão. Ou seja, uma vez que as descobertas científicas estão revolucionando os cuidados em saúde de forma rápida, a importância de se comunicar através de uma abordagem interdisciplinar é crucial em qualquer procedimento de cuidado.

Ao participar do curso de Especialização de Cuidado com a pele no Âmbito da Atenção Básica tive a possibilidade de ter um olhar crítico sob os recursos investidos pela secretaria de saúde do Município de Guaíba, onde trabalho desde 2011, na aquisição e disponibilização de material para o tratamento e avaliação das lesões de pele na rede de atenção básica.

Esse novo olhar definiu o foco de meu trabalho de conclusão de curso. A questão norteadora do estudo buscará perguntar: O material fornecido pela secretaria de saúde, para o tratamento de lesões de pele, no município, é adequado em termos de custo ao tratamento de lesões de pele? A partir deste questionamento tem-se como objetivo geral avaliar o custo do tratamento de lesões, no município de Guaíba/RS, a partir do material e medicação fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. E como objetivo específico verificar a efetividade do tratamento a partir da satisfação do usuário.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Pesquisa quali-quantitativa de natureza descritiva e exploratória.

Procedimentos metodológicos

Cenário do Estudo: O estudo foi realizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, tendo como foco a secretaria de saúde e a sua atuação no tratamento a lesões de pele dos usuários dessa região.

População e amostra: Usuários que tem lesão de pele e realizam seu tratamento junto às unidades de saúde da SMS/Guaíba. A amostra foram os usuários que aceitarem participarem do estudo.

Inclusão: Os critérios de inclusão foram usuários com lesões crônicas, vinculados a APS do município de Guaíba.

Exclusão: Usuários que não foram encontrados para participar do estudo ou que não apresentavam lesão no momento da coleta de dados.

Coleta: A coleta foi realizada de 1 de junho a 30 de setembro de 2016. No momento da visita domiciliar a (o) usuário era informado dos objetivos do estudo e ao aceitar participar assinavam o TCLE. Os dados foram coletados durante as visitas no domicílio ou na unidade de saúde para serem atendidos de sua lesão. Os dados estavam reunidos em um questionário com perguntas fechadas e abertas. Posteriormente os dados foram transcritos numa planilha do programa Microsoft Access 2016.

Análise dos dados: a partir do banco de dados criado, foram separadas algumas variáveis que contemplassem os itens que respondiam aos objetivos do estudo. Os dados foram dispostos em tabelas que foram analisados e relacionados a literatura pesquisada.

Aspectos Éticos

O estudo faz parte da Pesquisa Integrada sobre Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado a usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no Estado do Rio Grande do Sul aprovado do CEP/UFRGS sob o CAAE de nº 56382316.2.3001.5338 e ao CEP da SMS POA sob CAAE de nº 56382316.2.0000.5347, atendendo ao objetivo do estudo de conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele. O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde coletiva (Rede Interstício), Linha de Pesquisa Prática de Integralidade em Saúde (CNPQ).

RESULTADOS

Neste estudo foram entrevistados 58 usuários com lesões crônicas, vinculados a atenção primária em saúde do município de Guaíba, através de seus estabelecimentos de unidades de saúde.

Para fim de facilitar a discussão, os dados de perfil foram correlacionados e agrupados por perfil sociodemográficas e porte de lesão; tempo de tratamento das lesões; custo do profissional e custos dos materiais disponíveis na rede básica fornecidos para os usuários.

PERFIL DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Variáveis sociodemográficas

A análise do perfil dos usuários propicia aos gestores a possibilidade de tomadas de decisão. Desta forma iniciamos a apresentação dos resultados identificando o perfil sociodemográfico dos usuários com lesão de pele do município e o porte das lesões.

Tabela1 - Características sociodemográficas dos 58 usuários do estudo

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		N	%
Sexo	Masculino	25	43,10%
	Feminino	33	56,90%
Faixa Etária	Até 59 anos	25	43,10%
	>60- anos	33	56,90%
Escolaridade	Analfabeto	3	5,17%
	Fundamental Incompleto	37	63,79%
	Fundamental Completo	5	8,62%
	Médio Incompleto	3	5,17%
	Médio Completo	9	15,51%
	Superior Incompleto	0	0%
	Superior Completo	1	1,72%
Ocupação – Atividade Atual	Aposentado	8	13,79%
	Benefício (relacionado a lesão)	7	12,06%
	Trabalho Formal	14	24,13%
	Trabalho Informal	22	37,93%
	Do Lar	6	10,34%
	Sem Renda	1	1,72%

Fonte: Dados do estudo

Observa-se que no perfil as usuárias mulheres (56,90%) foram em maior número; a faixa etária prevalente é mais de 60 anos (56,90%), a escolaridade predominante de ensino fundamental incompleto (63,79%) e a maioria tem trabalho informal (37,93%). Um dado importante foi constatar que 25,85% dos usuários estão aposentados ou em benefício em decorrência da lesão.

Mulheres são mais propensas a desenvolverem lesões de pele devido a fatores hormonais e a menopausa, fato que justifica a maior prevalência de lesões neste grupo ⁽¹⁴⁾. A predominância de idosos é uma característica frequente entre aqueles que apresentam lesões crônicas devido ao aumento da prevalência destas feridas com a idade, sem contar que com o envelhecimento temos um aumento na incidência de doenças crônicas e suas complicações ⁽¹⁵⁾.

O maior número de usuários com escolaridade incompleta nos leva acreditar que

este fato comprometer a compreensão acerca das orientações recebidas durante os atendimentos em saúde, abrangendo os cuidados relacionados a sua lesão quanto aos cuidados com outras patologias associadas e seu autocuidado como um todo^(16;17).

Estudos apontam que lesões de pele crônicas estão relacionadas a limitação funcional das atividades tanto diárias quanto laborativas, além de conseqüente afastamento do indivíduo do mercado de trabalho e aposentadorias prematuras, situação que tem impacto na vida socioeconômica e psicológica do seu portador assim como resulta em ônus aos já sobrecarregados sistemas previdenciário e de saúde ao diminuir sua resolutividade devido às constantes reconsultas^(17;18). A informalidade também se mostra como alternativa quando o cliente não consegue se colocar no mercado de trabalho devido as limitações impostas por seu estado de saúde⁽¹⁶⁾.

Tipos de lesões

Na tabela 2 estão identificados os tipos de lesões dos usuários avaliados na pesquisa.

Tabela 2 – Tipos de lesões dos usuários avaliados

TIPOS DE LESÃO	N	%
Úlcera Venosa	24	41%
Úlcera Arterial	6	10,34%
Lesão por Pressão	7	12,06%
Câncer de pele	1	1,72%
Queimadura	1	1,72%
Trauma	7	12,06%
Pé Diabético	7	12,06%
Ferida Cirúrgica	3	5,17%
Outros	4	6,89%

Fonte: Dados do estudo

Observa-se uma maior prevalência de úlceras venosas (41%), seguido por lesões por pressão, Trauma e pé diabético (12,06%).

Achados da literatura referentes à úlceras de perna, apontam como fator etiológico mais comum, a insuficiência venosa, representando 70 a 90 % de todas as úlceras crônicas dos membros inferiores⁽¹⁹⁾. Uma característica importante das úlceras venosas é a possibilidade de recidiva, pois 30% delas, quando estão cicatrizadas, recorrem no primeiro ano. Essa taxa sobe para 78% após dois anos, quando as úlceras não são tratadas adequadamente⁽²⁰⁾.

No que se refere as lesões por pressão, os dados coletados mostram que parte dos curativos realizados na AB são consequência de internações prolongadas, uma vez que a maioria as lesões avaliadas tiveram início após internação hospitalar de longa duração, muitas vezes relacionadas a agravos das doenças crônicas não transmissíveis. Assim a redução da incidência de lesões de pele em idosos hospitalizados reduziria os custos com curativos tanto a nível hospitalar como na AB, bem como na redução de uso de antibióticos; a equipe de saúde estaria comprometida com outros cuidados que não relacionados com as feridas e ainda haveria uma grande melhora da qualidade de vida do paciente, uma vez que os custos causados ao paciente, com problemas de lesão, são intangíveis pois não se podem mensurar os danos psicológicos e o desgaste maior que este terá pelo aumento do tempo de internação e pelo aumento na demanda de cuidado por parte dos familiares ou responsáveis no momento em que este usuário retornar a comunidade⁽¹³⁾.

O pé diabético e seus agravos são um problema de saúde pública recorrente, prevalência da DM no ano de 2013, alcançou a marca de 6,2% e vem aumentando nos últimos anos no Brasil. Entre as complicações crônicas do DM, a ulceração e a amputação de extremidades – complicações estas do Pé Diabético – são algumas das mais graves e de maior impacto socioeconômico, sendo, infelizmente, ainda freqüentes

na nossa população. Sendo que pessoas com DM apresentam uma incidência anual de úlceras nos pés de 2% e um risco de 25% em desenvolvê-las ao longo da vida. Complicações do Pé Diabético são responsáveis por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral ⁽²¹⁾.

Por ser o trauma uma situação aguda e inesperada e a unidade básica de saúde a ferramenta de suporte após a alta hospitalar, local onde o usuário receberá acompanhamento e orientações em saúde, é compreensível que o curativo realizado neste tipo de lesão esteja entre os atendimentos realizados. Neste mesmo aspecto podemos acrescentar as queimaduras, que quando não requerem internação, são tratadas na atenção primária, o que dificulta sua mensuração estatística e estes caracterizam as lesões agudas ⁽²²⁾.

Tempo de tratamento

Na Tabela e apresentamos o tempo de lesão dos usuários do estudo

Tabela 3 – Tempo de tratamento

TEMPO DE TRATAMENTO (tempo que possui a lesão)	N	Proporção de Usuários por temporário (%)
0 – 06 meses	15	25,86 %
7 – 12 meses	10	17,24 %
13 – 24 meses	12	20,68 %
25 – 36 meses	06	10,34 %
37 – 48 meses	05	08,62 %
49 – 432 meses	10	17,24 %
TOTAL	58	

Fonte: Dados do estudo

Os usuários com lesões até 6 meses somam 15 entrevistados, ou seja 25,86%, estes caracterizam as lesões agudas, correspondem às traumáticas ou cirúrgicas, que evoluem no processo cicatricial de maneira e em tempo previsível, a partir do momento

da injúria até o fechamento aquelas que caminham de forma fisiológica para a cicatrização⁽²²⁾.

Considerando que 6 meses é um tempo adequado para o fechamento de uma lesão e que a partir desse tempo podemos entender que estamos com uma lesão crônica podemos analisar que dos 58 usuários, 25,86% referiram tratar a lesão nos últimos 6 meses e 74,14% estão a mais de 7 meses com a lesão. Do grupo de mais de 7 meses 25% tem a mais de 4 anos.

A cicatrização de úlceras crônicas é decorrente do complexo processo de reparação tecidual, compreendendo um desafio para os profissionais da saúde devido às altas taxas de morbidade, mortalidade, e limitações na vida profissional e social dos indivíduos acometidos.

A falta de vínculo entre o usuário e o serviço de saúde pode ser considerada um fator agravante quando pensamos em tempo de lesão, principalmente se associada a automedicação por parte do usuário⁽¹⁷⁾. A participação da família no tratamento das lesões é fundamental para boa evolução destas, uma vez que a maioria dos usuários não consegue realizar sozinho os cuidados com ferida e em alguns casos não conseguem nem realizar o autocuidado⁽¹⁶⁾.

Custo do material e medicação utilizado na realização do curativo fornecido pela SMS/Guaíba

Ao realizar a coleta dos dados tivemos algumas situações que limitaram a análise e que estão relacionados a seguir:

- Alguns usuários não tinham conhecimento exato do tempo de lesão;
- As equipes de saúde não têm como prática realizar o registro da visita e/ou realização do curativo no prontuário de papel ou no E-Sus;
- O material dispensado pela SMS/Guaíba não é reavaliado, periodicamente pela equipe, para ver se a necessidade está sendo suprida ou se ainda está sendo necessário;

- Os materiais disponibilizados pela SMS/GUAIBA são gaze de algodão, soro fisiológico 0,9%, atadura de crepom, atadura elástica, micropore e esparadrapo. As luvas, não foram incluídas nesse cálculo, pois não são materiais fornecido para os usuários usarem no domicílio;
- O quantitativo de material utilizado neste estudo foi estabelecido pelo POP N°22 da SMS/POA, uma vez que o município de Guaíba não possui protocolos para este fim. Para os curativos de pequeno porte, não existe POP, portanto utilizamos para fins de cálculo, neste estudo, a metade da quantidade do material identificado no POP de curativo de médio porte;
- Para fim de cálculo consideraremos um cenário ideal, com dispensação contínua, sem interrupção de abastecimento devido à falta de material ou recursos.

Tabela 4 – Material/Medicação fornecido pela SMS/Guaíba para realização de curativo no domicílio/por mês

Porte	Mat/Med	Gaze 7,5 x 7,5 cm	Atadura Crepom 20x1,8 cm	Micropore 2,5x 10 cm	Soro Fisiológico 100 ml	Total/mês/u suário (R\$)
	Pequeno	Quantidade	500 unid	6	1	7,5
R\$ unitário		0,03324	2,65	2,58	2,36	
R\$ Total		R\$: 16,62	R\$: 15,90	R\$: 2,58	R\$: 17,7	R\$: 52,80
Médio	Quantidade	1000	12	2	15	
	R\$ unitário	0,03324	2,65	2,58	2,36	
	R\$ Total	R\$: 33,20	R\$: 31,80	R\$: 5,16	R\$: 35,40	Total R\$: 70,50
Grande	Quantidade	1500	30	6	40	
	R\$ unitário	0,03324	2,65	2,58	2,36	
	R\$ Total	R\$: 49,86	R\$: 79,5	R\$: 15,48	94,4	Total R\$: 239,24

Fonte: Dados do estudo

As feridas crônicas tornaram-se um problema de saúde pública e têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde devido a suas elevadas taxas de prevalência e incidência e do impacto socioeconômico, para os pacientes, seus familiares, serviços de saúde e sociedade em geral, uma vez que seu tratamento é longo, oneroso aos cofres

públicos e interfere diretamente na qualidade de vida de seus portadores⁽¹⁰⁾.

O material dispensado pela SMS/Guaíba se dá a partir da avaliação de um técnico da equipe de enfermagem considerando as condições clínicas do usuário. A seguir será apresentado na tabela 5 os custos do material onde poderemos relacionar com a auto-percepção dos usuários sobre sua lesão.

Tabela 5- Material fornecido ao usuário durante todo período de cuidado

Classificação por porte da Lesão	Nº Usuários	Tempo de lesão (mês)	Custo do material fornecido*	Auto-percepção	
				Melhorou	Não Melhorou
Pequena	23	430 meses	R\$: 22.704,00	16	7
Média	21	468 meses	R\$: 32.994,00	09	12
Grande	14	735 meses	R\$: 175.841,40	05	9
Total	58	1633	231,539.40	30	28

Fonte: Dados do estudo

*O cálculo do custo do material fornecido foi realizado a partir da soma do tempo de lesão multiplicado pelo valor do curativo por porte

Estes dados também nos levam a questionar se o tratamento recebido por estes usuários é eficaz e se o investimento realizado pelo município é efetivo uma vez, que aqueles usuários que receberam maior investimento de recursos, são aqueles que menos observam melhora do quadro geral e que possuem as lesões por maior tempo, e conseqüentemente desenvolveram mais agravos em saúde. Os achados desta pesquisa corroboram com estudos que referem que lesões mais extensas demandam maior quantidade de insumos e maior tempo do profissional para realizá-lo, elevando assim o custo total dos mesmos⁽¹⁸⁾.

Custo da equipe multiprofissional na realização do curativo no município de Guaíba

Como já elencado, estes longos períodos de tratamento oneram o custo

profissional, desta forma, calculamos o custo profissional relacionado com o tempo de lesão. A fim de podermos analisar os dados apresentados nas tabelas abaixo é necessário fazermos algumas considerações:

- O cálculo foi realizado tendo como referência o salário-base do servidor no mês de setembro, acrescido de 100% por regime de dedicação exclusiva no caso dos enfermeiros. Os técnicos de enfermagem não possuem o regime de dedicação exclusiva, seu concurso é para 30 horas semanais e como a carga horária na UBS é de 40 horas semanais, esta diferença é paga através de hora-extra, que em média somam 40 horas extras ao mês. Não foram considerados avanços, de progressões nem o Plano de Cargos e Salários, mas sim o salário bruto especificado anteriormente;
- O cálculo considera a realização dos curativos por profissionais habilitados (Enfermeiro ou técnico) durante todo o tempo em que o usuário porta a lesão, e não considera a realização do mesmo por cuidador, pelo próprio usuário ou por outros profissionais não habilitados;
- Estabeleceu-se o tempo médio de curativo, somando-se o tempo (em minutos) gasto para realização de cada curativo e após dividimos este montante pelo número de usuários avaliados, chegando em um tempo médio de 14 minutos por curativo.

O cálculo do valor hora do Enfermeiro e do Técnico de Enfermagem:

Salário bruto do Enfermeiro R\$ 7.206,88 /160hs/60min = 0,75/min.

Salário bruto do Tec. Enf. R\$ 2.528,44/160hs/60min= 0,26/min

Sempre que o cuidado não estiver especificando o profissional que o realizou o procedimento, utilizaremos o custo da equipe de enfermagem como a média dos valores do salário do enfermeiro e técnico de enfermagem por minuto. Nesta situação o valor é

de 0,50/min;

- O custo da equipe por curativo neste estudo será sempre o tempo médio do enfermeiro e técnico de enfermagem uma vez que ambos realizam essa atividade;
- Seguimos a mesmo raciocínio anterior para calcularmos a média de curativos realizados na unidade. Chegamos a uma média de 3,5 curativos ao mês;

A partir da base de dado, do estudo, foram construídas tabelas por tempo de tratamento da lesão e custo da equipe de enfermagem no período de tempo de 0-6, de 7-12, de 13-24, 25-36, 37-48 e mais de 48 meses. Entretanto optou-se em apresentar, neste artigo, duas tabelas, e serão as que tiveram como tempo de tratamento 0-6 meses e mais de 48 meses. Os critérios de apresentação foram que juntas somam 43,10% dos participantes do estudo e por sua representatividade no volume de custos.

As Tabela 4 e 5 apresentam o custo do pessoal de enfermagem, por usuário atendido especificando tempo de tratamento, frequência de curativos, tempo do cuidado.

Foi incluída nas tabelas de custo de profissionais uma coluna que identifica a avaliação dos usuários sobre a melhora ou não da lesão. Ao analisarmos todas as tabelas (de 0 a 458 meses) constatou-se que os 23 (39,65%) usuários do pequeno porte referiram melhora no aspecto da lesão, 3 (13,79%) dos usuários de grande porte referem melhora no aspecto da lesão.

Tabela 4 - Calculo de custo Profissional no cuidado a lesão em até 6 meses

Tamanho da Lesão	Melhor	Tempo de Tratamento (Mês)	Nº curativos realizados na US	Tempo de curativo (Minutos)	Custo do Curativo Enfermeiro R\$	Custo do Curativo Téc. de Enfermagem R\$
P	Sim	2	3,5 (3,5X2)	98 minutos (7x14)	R\$: 73,50 (98x0,75)	R\$: 25,48 (98 x 0,26)

M	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
P	Não	4	14 (3,5x4)	196 minutos	R\$: 147,00	R\$: 50,96
M	Sim	1	3,5 (3,5 x 1)	49 minutos	R\$: 36,75	R\$: 12,74
M	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
P	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
G	Não	6	21 (3,5 x 6)	294 minutos	R\$: 220,50	R\$: 76,44
G	Sim	3	10,5 (3,5 x 3)	42 minutos	R\$: 31,50	R\$: 10,92
P	Sim	1	3,5 (3,5 x 1)	49 minutos	R\$: 36,75	R\$: 12,74
M	Sim	2	7 (3,5X2)	98 minutos	R\$: 73,50	R\$: 25,48
G	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
G	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
M	Sim	0,5	1,75 (3,5 / 2)	24,5 minutos	R\$ 18,37	R\$: 6,37
M	Sim	3	10,5 (3,5 x 3)	42 minutos	R\$: 31,50	R\$: 10,92
P	Sim	4	14,0(3,5x4)	196 minutos	R\$: 147,00	R\$: 50,96
					Total	R\$: 812,18 R\$: 314,86

Fonte: Dados do estudo

Na tabela 4 pode-se observar que dos 15 usuários observados temos 5 usuários com lesão de pequeno, 6 de médio e 4 grande porte.

Tabelas 5 - Cálculo de custo Profissional no cuidado a lesão mais de 48 meses

Tamanho da Lesão	Melhor	Tempo de Tratamento (em meses)	Número de curativos realizados	Tempo de curativo (em minutos)	Custo do Curativo Enfermeiro	Custo do Curativo Téc. de Enfermagem
G	Não	120	420 Curativos (3,5X120)	5880 minutos (420 x 14)	R\$: 4.410,00 (5880x0,75)	R\$: 1.528,80 (5880 x 0,26)
G	Não	72	252 Curativos	3528 minutos	R\$: 2.646,00	R\$: 917,28

M	Não	84	294 Curativos	4116 minutos	R\$: 3.087,00	R\$: 1.070,16
P	Não	432	1512 Curativos	21168 minutos	R\$: 15.876,00	R\$: 5.503,68
G	Sim	60	210 Curativos	2940 minutos	R\$: 2.205,00	R\$: 764,40
P	Sim	71	248,5 Curativos	3579 minutos	R\$: 2.684,25	R\$: 930,54
G	Não	120	420 Curativos	5880 minutos	R\$: 4.410,00	R\$: 1.528,80
M	Sim	60	210 Curativos	2940 minutos	R\$: 2.205,00	R\$: 764,40
G	Não	180	630 Curativos	8820 minutos	R\$: 6.615,00	R\$: 2.293,20
P	Não	72	252 Curativos	3528 minutos	R\$: 2.646,00	R\$: 917,28
Total			R\$: 46.784,25	R\$: 16.218,38		

Fonte: Dados do estudo

A Tabela 6 apresenta os custos totais da equipe de enfermagem ao realizar o cuidado da lesão, aos usuários, em todos os intervalos de tempo.

Tabela 6: Calculo de custo da Equipe de Enfermagem no cuidado a lesão

Período tempo	Custo Total do profissional R\$	
	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem
0 – 6 Meses	812,18	314,86
07 – 12 Meses	3.637,50	1261,26
13 – 24 Meses	9.481,50	3.286,92
25 – 36 Meses	7.938,00	2.751,84
37 – 48 Meses	8.820,00	3.057,60
Superior a 48 meses	46.784,25	16.218,38
Total:	77.473,43	26.890,86

Fonte: Dados do estudo

Observando-se a tabela 6 identifica-se o aumento crescente dos custos com pessoal, apesar do número de usuários ser menor (Tabela 3). O curativo é um cuidado que tanto o enfermeiro quanto o técnico de enfermagem são capacitados para realizar

desta forma os custos com pessoal sempre deverá levar em conta o valor médio do custo profissional quando o cuidado não tiver identificado o profissional que o realizou.

Custo total do curativo na unidade de saúde do Município de Guaíba RS

Após a identificação dos itens de custos no tratamento de lesões construiu-se uma tabela onde visualiza-se as variáveis utilizadas e o custo do tratamento por usuário.

Os itens de custo incluídos são aqueles que a SMS/Guaíba fornece aos usuários mensalmente para a realização de curativos. São eles gaze, micropore, atadura, soro fisiológico e equipe de enfermagem que realiza o procedimento.

Salienta-se que muitos outros itens deveriam estar adicionados a este custo, entretanto o desenvolvimento do bando de dados e a busca direta junto aos usuários participantes da pesquisa tornaram a coleta desafiadora e ampla. O banco foi criado e neste momento utilizou-se alguns dos dados para a construção de um entendimento do custo de lesão.

Tabela 7- Custo total do curativo na unidade de saúde do município de Guaíba, RS

Porte da lesão	Nº Usuários	Tempo de lesão (mês)	Frequência curativo mensal	Tempo médio do curativo na US	Custo total/mes material fornecido*	Custo dos eq. Enf. R\$/min	Custo total	Custo por Por mês	Autopercepção	
									Melhorou	Não melhorou
Pequena	23	18,7	3,5	14,00	52,80	0,5	24.190,32	1.051,75	16	7
Média	21	22,3	3,5	14,00	70,50	0,5	38.517,67	1.834,17	09	12
Grande	14	52,50	3,5	14,00	239,24	0,5	307.722,45	21.980,17	05	9
Total	58	-	-	-	365,24	-	337.430,4	24.866,09	30	28

Fonte: Dados do estudo

A tabela identifica que quanto mais longo o tempo de lesão mais alto é o custo e mais o usuário encontra-se insatisfeito com seu problema. O custo mensal vai de R\$1.051,75 na lesão de pequeno porte a R\$ 21.980,17 para o de grande porte, totalizando um custo de R\$ 337.430,44 por mês para a SMS/Guaíba.

CONCLUSÃO

No Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pacientes com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. Muitos desses pacientes procuram a Atenção Primária como porta de entrada ou nela são acompanhados após atendimento de alta complexidade, o que confere a esse nível de atenção maior envergadura e responsabilidade para assistência ao portador de lesões da pele.

Foi possível observar o uso de materiais inadequados para o tratamento das lesões, fato esse verificado pelo número de usuários com lesões há mais de 49 meses, sem cura da lesão, ou prognóstico favorável, nos impelindo a sugerir a aquisição de materiais mais adequados para esse tipo de tratamento. Em acréscimo desse fato, corrobora o custo profissional, que se torna significativamente alto, quando da continuidade do acompanhamento desses usuários à longo prazo.

Observou-se que quanto mais longo o tempo de lesão mais alto foi o custo e mais o usuário encontra-se insatisfeito com seu problema.

O custo mensal com os itens analisados foi de R\$1.051,75 na lesão de pequeno porte, R\$ 21.980,17 para o de grande porte, e de R\$ 307.722,45 para grande porte. O município gasta 337.430,44 por mês para fornecimento de material e atendimento de enfermagem aos usuários com lesões. Cabe neste momento destacar que a literatura que investiga como tratar lesões não identifica o material fornecido pela secretaria como um material que trate e resolva o problema, servindo apenas para a limpeza e cobertura da área^(04,10).

A partir da questão norteador observou-se que os estudos de custo no tratamento de lesão compreendem uma forma de viabilizar novos investimentos e tomadas de

decisão que atendam a qualidade da assistência reduzindo o tempo de lesão desses usuários e atenda a sua satisfação.

Cabe mais uma vez ressaltar que cicatrização de úlceras crônicas é decorrente do complexo processo de reparação tecidual, compreendendo um desafio para os profissionais da saúde devido às altas taxas de morbidade, mortalidade, e limitações na vida profissional e social dos indivíduos acometidos. Podemos elencar como fator agravante deste quadro o fato de muitos usuários não possuírem vínculo com serviço de saúde e ficarem repetindo receitas e tratamentos anteriores sem avaliação profissional e sem levar em consideração o estágio de cicatrização atual da lesão. Este comportamento leva a uma falsa sensação de tratamento e acaba por prejudicar a cicatrização e dependendo do caso podendo até piorar o quadro da lesão.

Diante disso, percebemos a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar associado ao fortalecimento do vínculo entre esta mesma equipe e o usuário é fundamental para se encaminhar este complicado processo da forma mais promissora possível, essencial para o sucesso no tratamento.

A importância de um trabalho em equipe multidisciplinar para organizar o sistema de custo da secretaria. É imprescindível o desenvolvimento da Sistematização da Assistência em Enfermagem no município, garantindo assim o desenvolvimento de uma assistência organizada, planejada e mais eficiente. A importância de o município desenvolver fluxo e rotina pré-estabelecida para o fornecimento de material.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso: 02 nov, 2016.
2. AZEVEDO, A. L. M; COSTA, A. M. Entrada estreita do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista**

Interface Comunicação, Saúde e Educação. v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115837023.pdf>. Acesso: 01 nov, 2016.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Internet]. Disponível: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf. Acesso: 29 out, 2016.

4. GIL, R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública** v.22 n.6 Rio de Janeiro, 2009. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso: 13 out, 2016.

5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, Brasília, 2011. [Internet]. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-5046-041111-SES-MT].pdf). Acesso 30 out 2016.

6. DANTAS DV, TORRES GV, DANTAS RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Cienc. Cuid. saude.** 2011;10(2):366-72. [Internet]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8572/pdf>. Acesso: 12 out, 2016.

7. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS, 2006. [Internet]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337354228_SAUDE%20DA%20POPULACACAO%20RS%202005.pdf. Acesso em: 12 out, 2016.

8. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional, 2002, Brasília: Anais do Ministério de Previdência e Assistência à saúde. Brasília, 2002.

9. BRASILEIRO, J. L. et. al. Pé diabético: aspectos clínicos. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 4, n. 1, p. 11- 21, São Paulo, 2005.

10. DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.

11. RECKZIEGEL, H. B; BANDEIRA, A. G; MENEZES, L. P; TRENNEPOHL, C; PIZZINATO. A integralidade no cuidado à usuários com lesões de pele na atenção primária em saúde. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.** Natal, 2013. [Internet]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1891po.pdf . Acesso: 08 jan, 2016.

12. SCHULTZ, V; SIQUEIRA, B. T. A Enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: Uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enferm.** 2011 Jan/Mar; 16(1):148-53. [Internet]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21126>. Acesso em: 08 out, 2016.
13. LIMA, A. C. B; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. saúde coletiva.** 2011 16(1): 267-277. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a29.pdf>. Acesso em: 13 out, 2016.
14. MARTINS, D. A, SOUZA, A. M. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogit. Enf.** ;12(3):353-7.[Internet]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10032/6891>. Acesso em: 11 out, 2016.
15. FRADE, M.A.C. *et.al.*. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **An Bras Dermatol.**; V 80(1): p. 41-46, 2005. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a06.pdf>. Acesso em: 13 out; 2016.
16. DIAS, L. P. D; SILVA, L. D. Perfil del portador de lesión crónica de la piel: fundamentando la autopercepción de calidad de vida. **Esc. Anna Nery.** vol.10.no.2. Rio de Janeiro Aug. 2006. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200016. Acesso em: 04 nov, 2016.
17. MACEDO, E.A.B., et. al. Caracterização sócio - demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. **Rev enferm UFPE.** 2010 nov./dez.;4(spe):1863-867.13. [Internet]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1475/pdf_125. Acesso em: 13 out; 2016.
18. MATA, V. E; PORTO, F; FIRMINO, F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):94-97. [Internet]. Disponível em: [file:///C:/Users/Thais/Downloads/816-6227-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Thais/Downloads/816-6227-1-PB%20(2).pdf). Acesso 13 out, 2016.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Manual de Condutas para Úlceras Neuropáticas e Traumáticas. Brasília-DF: Editora MS; 2002. [Internet]. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_feridas_final.pdf. Acesso em: 30 ago, 2016.
20. BORGES; E. L. et al. Prevenção de recidiva de úlcera venosa: um estudo de coorte. In: **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, 9-16, feb 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0009.pdf>, Acesso: 03 out, 2016.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com

doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

22. SANTOS, I. C. R. V et all. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. **Rev Rene**. 2014 jul-ago; 15(4):613-20.

Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1729/pdf>.

Acesso: 03 nov, 2016.