

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

Luana Apolinário Burille

**PERFIL DE USUÁRIOS COM LESÕES DE PELE ATENDIDOS EM UM
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2016

Luana Apolinário Burille

**PERFIL DE USUÁRIOS COM LESÕES DE PELE ATENDIDOS EM UM
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PORTO ALEGRE**

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. Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre

2016

PERFIL DE USUÁRIOS COM LESÕES DE PELE ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PORTO ALEGRE

BURILLE, Luana Apolinário¹
DE BRITO, Emerson Silveira²
TEIXEIRA, Luciana Barcellos³

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e aumento da ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, acompanhado de outros fatores associados, contribui para o surgimento de lesões de pele, principalmente aquelas de caráter crônico, como as úlceras venosas, que são cada vez mais frequentes nos serviços de saúde pública. Este estudo objetivou conhecer as características sociodemográficas, epidemiológicas e relacionadas a rede de atenção à saúde, de usuários com lesão de pele, atendidos em um serviço especializado de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal. Foram arrolados 72 usuários, com predominância de homens, com idade \geq 60 anos, com baixa renda e baixa escolaridade. A úlcera venosa foi o tipo de lesão mais encontrada, a maioria dos usuários possui vínculo com o serviço de até um ano. Há usuários que não acessam sua unidade de saúde de referência e a maioria destes retira material de curativo na Unidade de Saúde, mas não realizam este cuidado na unidade. Para uma melhor adequação dos serviços, considera-se relevante o conhecimento do perfil dos usuários. As informações estudadas sobre rede de cuidado possibilitam melhor estruturação da Rede de Atenção à Saúde para usuários com lesões de pele, visando maior articulação entre os serviços e um atendimento pautado na integralidade.

Palavras-chave: lesão de pele, úlcera venosa, rede de atenção à Saúde.

1 Enfermeira. Aluna de especialização do Curso de Cuidado Integral com a pele no âmbito da atenção básica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: luanaburille@hotmail.com.

2 Coorientador. Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

3 Orientadora. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

INTRODUÇÃO

Desde 1988, após promulgação da última Constituição Federal Brasileira, todo cidadão brasileiro tem garantido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas”. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante a todo brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde e foi regulamentado através da lei nº 8080, que prevê as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde^{1,2}.

O SUS organiza-se através de Redes de Atenção a Saúde (RAS) em uma estrutura definida por níveis de complexidades, sendo elas (a) a baixa complexidade ou atenção primária, (b) a média complexidade ou atenção secundária e (c) a alta complexidade ou atenção terciária, divididas em relação as suas singularidades tecnológicas, visando garantir arranjos organizativos de ações e serviços de saúde^{3,4,5}.

A Atenção Primária em Saúde (APS) constitui o nível de atenção com menor densidade tecnológica ou uso de tecnologias duras. No entanto, não significa ser o menos importante, visto que este nível de atenção é extremamente rico em tecnologias leves e deve assegurar a população a proporção maior de atendimento com foco na promoção, prevenção e reabilitação em saúde. A APS, como integrante da RAS, estrutura-se de forma descentralizada e possui sete atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família, orientação comunitária e competência cultural; e ainda, três funções: resolubilidade, comunicação e responsabilização^{4,5}. A atenção secundária e terciária por outro, devem oferecer uma maior capacidade tecnológica e ser mais centralizada, em hospitais, centros de especialidades médicas, serviços de apoio diagnóstico e unidades de pronto atendimento. Devendo ser referência para as necessidades levantadas pela APS, atendimento de urgências e emergências e garantir a integralidade e resolutividade de casos que exijam maior capacidade tecnológica^{3,4}.

O Brasil vive um processo de transição demográfica, onde a população idosa praticamente duplicará em 20 anos. Essa população representa uma maior sobrecarga de doenças, principalmente, as crônicas. A Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) de 2008 demonstra que 70% da população idosa, apresenta pelo menos uma ou mais doenças crônicas^{4,6}.

Além desta transição demográfica, o Brasil apresenta diferenciais regionais nas condições de atenção à saúde e de desenvolvimento econômico, que impacta diretamente no adoecimento da população. Caracteristicamente, o Brasil sofre com uma tripla carga de doenças, sendo elas doenças infectocontagiosas/parasitárias, causas externas e em maior proporção, mais de 60% as crônico-degenerativas^{4,7}.

O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil prevê o enfrentamento destas para o período 2011-2022, e aborda as quatro principais doenças (aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Em um dos eixos deste plano está a implantação da Linha de cuidado de DCNT, que prioriza o vínculo dos portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Básica, garantindo a referência e contra-referência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção⁸.

Os serviços de saúde recebem diariamente um importante número de usuários com lesões de pele, onde devido à cronicidade da doença permanecem, por meses até anos, recebendo atendimento e em uso de materiais para realização de curativo. Por este motivo, úlceras são extremamente onerosas ao serviço de saúde e para o próprio usuário, dispendendo tanto, uso de materiais e medicamentos, como tempo profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, entre outros profissionais)⁹.

Se usuário do sistema de saúde com uma lesão crônica de pele constitui viver diariamente, com um compromisso, um “incomodo” e até sofrer discriminação pela sua condição. Invariavelmente, estes usuários não padecem apenas desta condição, mas também de patologias crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que exigem tratamento e dietas rígidas^{10,11}.

Sabe-se que, as doenças crônicas, a alimentação e os cuidados de higiene afetam diretamente na evolução da lesão, porém fatores extrínsecos (sociais e econômicos), afetam quase que igualmente um tratamento crônico se este usuário depender de cuidados familiares e/ou não puder ter acesso a uma alimentação adequada e a medicamentos por sua baixa renda^{9,10,12}.

Entre os fatores de risco estão as doenças crônicas como HAS, DM, Obesidade, Varizes de Membros Inferiores (VMI), Insuficiência Venosa Crônica (IVC) Trombose Venosa Profunda (TVP), Doença Arterial Periférica (DAP), neuropatias, doenças inflamatórias, traumas e alterações nutricionais. Além disso, hábitos de vida como o abuso de tabaco e álcool, sedentarismo ou inatividade associada a doença incapacitante, má alimentação e exposição inadequada ao sol, associados a fatores como idade e o sexo do indivíduo favorecem o aparecimento de doenças crônicas de pele^{9,13}.

As lesões de pele constituem, segundo PNAD de 2008, a quarta maior causa de busca de atendimento de saúde, representando 6% de todos atendimentos.⁶ As formas mais comuns são as úlceras de estase (venosas, varicosas), úlceras arteriais, pé diabético, úlceras por pressão, traumáticas, queimaduras, entre outras^{19,21}. A insuficiência venosa crônica é uma das principais causas de aparecimento de úlceras de estase (venosas, varicosas), sendo esta a mais prevalente, com maior número de recidiva (em torno de 30%) e onerosa entre as úlceras crônicas (mais de 6 semanas), chegam a representar 70 a 90% das úlceras de membros inferiores^{15,16}.

Entre os usuários diabéticos, 4 a 6% são portadores de pé diabético, 40 a 60% de todas as amputações não traumáticas foram por diabetes e 85% das amputações foram precedidas de uma úlcera no pé. Entre as causas mais comuns para amputação destes, estão as complicações associadas como a gangrena, infecções e úlceras não cicatrizadas¹⁶.

Deste modo, as feridas crônicas representam uma área de importante atenção da enfermagem, visto as dificuldades socioeconômicas associadas aos acometidos por estas doenças e as diferentes formas de abordagem para o sucesso da terapêutica, estes usuários demandam uma rede de cuidados bem estruturada e com fluxos bem estabelecidos para um atendimento satisfatório.

Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer as características sociodemográficas, epidemiológicas e relacionadas a rede de atenção à saúde, de usuários com lesão de pele, atendidos em um serviço especializado de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, observacional e descritiva, apropriada para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição¹⁷.

A amostra foi constituída por 72 usuários que frequentavam um serviço de saúde de especialidades do município de Porto Alegre, referência para curativos especiais, estomias e incontinências. Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2016. O número de participantes selecionado visou atingir o número médio de atendimentos mensal do serviço.

Após a devida aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (SMS/POA), foi solicitado autorização do chefe do serviço para coleta dos dados.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelo próprio entrevistador, no local de atendimento (serviço de saúde). O usuário recebeu o convite para participar do estudo no momento de comparecimento a consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa.

Foi utilizado um instrumento desenvolvido para o estudo, aplicado antes ou após as consultas, em ambiente reservado e adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações.

Foi construído um banco de dados no programa Excel®. Para análise e produção de informações, o banco de dados foi transposto para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 20. Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas são expressas em número absoluto e percentual.

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos” estando em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012¹⁸. Este estudo é oriundo de um projeto de maior amplitude intitulado “Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul”, que busca por novas informações para agregar conhecimento e desenvolver

tecnologias relacionadas à atenção à pessoa com lesão de pele, por meio de investigações científicas e metodologias que favoreçam a implementação e aperfeiçoamento das intervenções nos serviços de saúde, e de melhores práticas de cuidado.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 72 usuários, destes 56,9% eram homens e 43,1% eram mulheres. Em relação à idade 18,01% possuem menos 50 anos, 12,5% entre 50 e 59 anos, 36,1% entre 60 e 69 anos e 3,3% a faixa etária de 70 anos ou mais. A Raça/Cor predominante foi de brancos 66,7%. Quanto a escolaridade, a maioria possuía o até ensino fundamental incompleto, que totaliza 56,6% da amostra, seguido de ensino fundamental completo com 19,4% e ensino médio completo 18,1% (TABELA 1).

Considerando o estado civil, 27,8% dos usuários eram casados, 27,8% eram solteiros, 11% viúvos e 15,3% divorciados. Sobre o tipo de residência que possuíam, a maioria 81,7% informou possuir casa própria, 12,7% e 5,6%, alugada e cedida, respectivamente. Ao serem questionados sobre o valor da renda familiar, 30,4% responderam ter até um salário-mínimo, 49,9% renda familiar entre um a três salários-mínimos, 13,4% entre três e cinco salários-mínimos e 5,8% usuários igual ou superior a seis salários-mínimos (TABELA 1).

Sobre a fonte de renda 51,4% eram aposentados, 21,1% possuíam trabalho formal, 19,4% recebiam benefício, 5,6% trabalho informal e 1,4% declarou não possuir renda. Quando questionados, sobre a necessidade de parar de trabalhar 59% informaram que pararam de trabalhar e 40,9% não precisaram cessar com o trabalho (TABELA 1).

No que se refere a parte clínica, 80,3% dos usuários possuem úlcera venosa, 1,4% úlcera mista (comprometimento venoso e arterial associados) e 18,3% outro tipo de lesão. Considerando o tempo de tratamento, 87,5% dos usuários relataram ter a lesão a mais de 6 meses e 12,5% a menos de 6 meses. Sobre as doenças associadas, 48,6% possuem HAS, 15,3% DM, 9,7% doença cardíaca, 19,4% TVP, 61,1% insuficiência venosa periférica e 4,2% insuficiência arterial. Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) dos usuários, verificou-se que 29,4% estão em Eutrofia, 23,5% em sobrepeso, 47,1% em obesidade. O tabagismo foi confirmado

por 19,1% e Etilismo por 20,6%. Além disso, 45,1% possuíam algum tipo de limitação física, destes 66,7% deambulam com dificuldade, porém sem auxílio, 30% deambulam com auxílio e 3,3% era cadeirante. Sobre a limitação cognitiva 5,6% apresentam limitação leve (TABELA 2).

Com relação ao acesso a RAS identificou-se que quanto ao tipo de locomoção utilizada para acessar o serviço, 61,4% utilizam ônibus, 32,9% carro, 5,7% caminhando. Sobre a forma de encaminhamento, 61,4% vieram pela APS, 13,6% pela atenção secundária/terciária, 9,1% buscaram por conta própria e 4,5% chegaram indicado por amigo/vizinho. Quando questionados sobre o tempo de atendimento no serviço, 54,9% informaram menos de um ano, 28,2% entre dois e cinco anos, 16,7% mais de seis anos. Os usuários também relataram receberem atendimento em outros pontos da RAS, 28,8% devido a lesão e 66,75% também buscam atendimento por outras doenças (TABELA 3).

Ao serem questionados sobre a sua Unidade de Saúde (US) de referência, 90,9% informaram acessá-la, destes, 84,1% para consultas médicas, 27,3% para consultas de enfermagem, 11,4% para realizar curativo, 56,8% para retirada de medicamentos e 34,1% para retirada de materiais para curativo (TABELA 3).

Tabela 1: Características sociodemográficas de usuários atendidos em um serviço de curativo especializado, Porto Alegre, 2016.

Variável	N (%)	
Sexo		
Masculino	41	(56,9%)
Feminino	31	(43,1%)
Idade		
Menos de 50 anos	13	(18,1%)
50 a 59 anos	09	(12,5%)
60 a 69 anos	26	(36,1%)
70 anos ou mais	24	(33,3%)
Raça/Cor		
Branca	46	(66,7%)
Não Branco	23	(33,3%)
Escolaridade		
Analfabeto	04	(5,6%)
Ensino fundamental incompleto	36	(50%)
Ensino fundamental completo	14	(19,4%)
Ensino médio incompleto	04	(5,6%)
Ensino médio completo	13	(18,1%)
Ensino superior incompleto	01	(1,4%)
Estado Civil		
Solteiro	20	(27,8%)
Casado ou união estável	26	(36,1%)
Viúvo	15	(11%)
Divorciado	11	(15,3%)
Tipo de Casa		
Própria	58	(81,7%)
Alugada	09	(12,7%)
Cedida	04	(5,6%)
Renda Familiar		
≤ 1 salário-mínimo	21	(30,4%)
> 1 a ≤ 3 salários-mínimos	34	(49,3%)
>3 a ≤ 5 salários-mínimos	10	(13,9%)
≥ 6 salários mínimos	04	(5,8 %)
Fonte de Renda		
Trabalho Formal	15	(21,1%)
Trabalho Informal	04	(5,6%)
Aposentadoria	37	(51,4%)
Benefício	14	(19,4%)
Não tem	01	(1,4%)
Parou de trabalhar devido a lesão		
Sim	26	(59,1%)
Não	18	(40,9%)
Total	72	(100%)

Tabela 2: Características clínicas e de saúde de usuários, atendidos em um serviço de curativo especializado, Porto Alegre, 2016.

Variável	N(%)
Tipo de Lesão	
Úlcera venosa	57 (80,3%)
Mista	01 (1,4%)
Outro(s)	13 (18,3%)
Tempo da Lesão	
Menos de 6 meses	09 (12,5%)
6 meses ou mais	63 (87,5%)
Portador de HAS	
Sim	35 (48,6%)
Não	37 (51,4%)
Portador de DM	
Sim	11 (15,3%)
Não	61 (84,7%)
Doença Cardíaca	
Sim	07 (9,7%)
Não	65 (90,3%)
Trombose Venosa Profunda	
Sim	14 (19,4%)
Não	58 (80,6%)
Insuficiência Venosa Periférica	
Sim	44 (61,1%)
Não	28 (38,9%)
Insuficiência Arterial	
Sim	03 (4,2%)
Não	69 (95,8%)
Limitação Física	
Sim	32 (45,1%)
Não	39 (54,9%)
Tipo de limitação Física	
Deambula Com dificuldade, sem auxílio	20 (66,7%)
Deambula com auxílio	09 (30%)
Cadeirante	01 (3,3%)
Limitação Cognitiva	
Sim	04 (5,6%)
Não	68 (94,4%)
Grau de limitação cognitiva	
Leve	04 (100%)
IMC	
Eutrofia	20 (29,4%)
Sobrepeso	16 (23,5%)
Obesidade	32 (47,1%)
Tabagismo	
Sim	13 (19,1%)
Não	55 (80,9%)
Etilismo	
Sim	14 (20,6%)
Não	54 (79,4%)
Curativo com condições de ser realizado na US	
Sim	35 (51,5%)
Não	33 (48,5%)
Total	72 (100%)

Tabela 3: Características de acesso a rede de atenção à saúde, de usuários atendidos em um serviço de curativo especializado, Porto Alegre, 2016.

Variável	N(%)
Tipo de locomoção utilizada até serviço	
Ônibus	43 (61,4%)
Carro	23 (32,9%)
Caminhando	04 (5,7%)
Como acessou o serviço	
Encaminhado pela APS	32 (27%)
Encaminhado pela Atenção Secundária/terciária	06 (13,6%)
Conta Própria	04 (9,1%)
Indicação de amigo/Vizinho	02 (4,5%)
Tempo de atendimento no serviço	
Até um ano	39 (54,9%)
Entre dois e cinco anos	20 (28,2%)
Seis anos ou mais	12 (16,7%)
Atendido em outro serviço por outras doenças	
Sim	28 (66,7%)
Não	14 (33,3%)
Atendido em outro serviço devido a lesão	
Sim	19 (28,8%)
Não	47 (71,2%)
Gerência Distrital de origem (Porto Alegre)	
1	02 (2,9%)
2	29 (42%)
3	06 (8,7%)
4	02 (2,9%)
5	02 (2,9%)
6	00 (0%)
7	20 (29%)
8	05 (7,2%)
Outras cidades	03 (4,3%)
Acesso frequente a US de referência	
Sim	40 (90,9%)
Não	04 (9,1%)
Consultas médicas	
Sim	37 (84,1%)
Não	07 (15,9%)
Consultas de enfermagem	
Sim	16,7 (27,3%)
Não	32 (72,7%)
Curativo na US	
Sim	05 (11,4%)
Não	39 (88,6%)
Retirada de medicamentos	
Sim	25 (56,8%)
Não	19 (43,2%)
Retirada de material para Curativo	
Sim	15 (34,1%)
Não	29 (65,9%)
Total	72 (100%)

DISCUSSÃO

Estudos relacionados às lesões de pele apontam uma maior ocorrência destas, em mulheres^{1,9,14,15,19,20}, no entanto, este estudo identificou um número superior de homens em tratamento no serviço. Uma pesquisa de 2010 realizada no Ambulatório de Reparo de Feridas de um hospital universitário, com 186 usuários, apontou que a diferença de ocorrência de casos, ao longo dos anos, entre homens e mulheres está diminuindo¹⁹. Estudos evidenciam que mulheres apresentam três vezes mais chance de desenvolver doenças circulatórias dos membros inferiores e úlceras venosas, principalmente, a fatores hormonais e a gravidez^{15,19}.

Estudos evidenciam que idosos apresentam alterações no sistema fisiológico pela má nutrição, baixa do metabolismo e vascularidade, fragilidade do sistema imunológico e da elasticidade da pele, pela diminuição na produção de elastina e fibroblastos. Nesse sentido, a literatura sustenta os resultados encontrados, de usuários com 60 anos ou mais, que prevaleceram quase 70% da amostra, sendo esta a idade mais frequentemente afetada por lesões de pele crônicas relacionadas ao decúbito, imobilidade e a membros inferiores^{9,15}.

Estudos demonstram^{9,13,19,21} que o perfil de acometidos por lesões de pele é semelhante ao encontrado neste estudo, especialmente em relação a baixa escolaridade (analfabetos e com ensino superior em sua maioria) e baixa renda (recebiam menos de 2 salários-mínimos).

Com relação a raça/cor, 66,7% da amostra se autodenominou branca, resultado contrário ao estudo realizado em Vitória no Espírito Santo, que caracterizou usuários de um território de saúde, onde 60% da amostra se denominou negra¹². No entanto, cabe ressaltar que este dado não determina um indicador, pois não foi calculado sobre a proporção dos grupos étnicos distribuídos no território.

Sobre a fonte de renda, a maioria dos usuários desta pesquisa informou ser aposentado, o que pode estar relacionado com a idade predominante na amostra (acima de 60 anos). Os usuários em afastamentos do trabalho somam 19,4% da amostra e 59%, já tiveram que em algum momento afastar-se do trabalho. Esta situação foi constatada em outros estudos que analisaram a frequência de afastamento do trabalho. Eles demonstram que usuários com úlcera venosa de membros inferiores são os que mais afastam-se do trabalho, Devido a sua elevada

ocorrência e porque afeta adultos em idade produtiva^{13,20,21,22,23}. Neste estudo, evidenciou-se que a maior parte dos usuários era solteiro, viúvo ou divorciado, apenas 27,8% deles estão casados ou em uma união estável. Outros estudos apontam resultados contrários. Estudo realizado em ambulatório de clínica cirúrgica de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, associou fatores socioeconômicos e clínicos aos cuidados de enfermagem, identificou que 60% dos usuários eram casados e que o cuidado prestado pelo parceiro é de grande relevância, visto que, estes colaboram com as limitações de autocuidado e no tratamento do usuário apoiando-o, sendo a pessoa de referência na chamada rede de apoio social^{14,24}.

Quando se discute RAS, devem-se considerar os fundamentos que garantem a sua resolutividade, constantes na portaria ministerial 4.279 de 2010. Os fundamentos são: (a) economia de escala, (b) qualidade, (c) suficiência, (d) acesso e (e) disponibilidade de recursos. Assim a RAS deve garantir a qualidade do serviço prestado em todos os pontos, levando em consideração a efetividade, pontualidade, eficiência e equidade. Nesse sentido, algumas medidas são realizadas, como concentrar determinado serviço ou especialidade em um único local, racionalizando custos e otimizando resultados³. Este é o caso do serviço de especialidade de curativos especiais, campo do estudo. Alguns dados foram coletados neste estudo para avançar nas discussões sobre a RAS, para os usuários com lesão de pele.

Foi observado que os usuários atendidos neste serviço especializado eram quase exclusivamente do município de Porto Alegre/RS e 4,3% dos usuários eram de outros municípios da região metropolitana da capital. Porém, é importante salientar que este serviço não é referência para a região, apenas para os usuários da APS do município. Para organização da RAS é imprescindível a definição de regiões de saúde, com limites geográficos e de população, estabelecendo assim quais serviços serão necessários e ofertados para esta determinada população³.

Destaca-se ainda, que no município de Porto Alegre, existem dois serviços especializados em lesões de pele, porém, não existe um fluxo formal preestabelecido que determine critérios ou prioridades de encaminhamentos para ingresso nestes serviços. Ainda como alternativa para os profissionais da APS do município, existe a possibilidade de matriciamento com o profissional enfermeiro responsável pelo serviço de referência, o que vem sendo ampliado a partir da formação especializada de enfermeiros da APS em cuidados integrais aos indivíduos com lesões de pele.

Apesar de não ter identificado o meio de locomoção que o usuário utilizou, neste mesmo estudo, a autora reforça a necessidade de o profissional avaliar a capacidade de deambulação, visto a incapacidade gerada pelas úlceras e alto risco de recidiva, que se apresenta em quase 70% dos casos²⁵.

A necessidade de se utilizar meio de transporte leva-nos a questionar a distância percorrida por este usuário, sendo que alguns deles vêm de outro município para buscar atendimento. Além disso, foi identificado também, que 19% dos usuários realizam atendimento em outro serviço de referência pelo mesmo motivo²⁵. Reforça-se que os profissionais de saúde e gestores precisam estar atentos, as distâncias geográficas que um usuário precisa percorrer para receber atendimento, e assim buscar alternativas viáveis de minimizar estas distâncias especialmente quando um usuário não conta com uma rede social de apoio. É necessária mais articulação entre os serviços, o atributo da longitudinalidade da APS precisa ser mantido, seja através do atendimento regular na unidade ou através de atendimento domiciliar^{3,24}.

Assumir o processo de cuidado ao usuário é papel da APS, orientar e coordenar o cuidado para que seja realizado observando o contexto do usuário e suas condições crônicas, mesmo que seja necessário aprimorar os conhecimentos dos profissionais envolvidos no cuidado e acionando ou mesmo compartilhando o cuidado com a atenção secundária/terciária permitindo a troca de informações sobre os cuidados prestados ao usuário, fortalecendo o apoio matricial^{3,4,10}. Assim, 51,5 % dos profissionais que estavam prestando assistência aos usuários entrevistado, acreditavam que o curativo realizando poderia ser realizado na US de referência.

A ausência da APS no acompanhamento do usuário com lesão de pele crônica, também se evidencia na baixa referência a consulta de enfermagem, apenas 27,3% dos usuários relataram consultar com o enfermeiro, apenas existe uma maior referência a busca pelo profissional médico. Em uma revisão sobre a atuação do enfermeiro no acompanhamento do pé diabético, há evidencia de que a presença do enfermeiro é extremamente importante na prevenção, para orientar estes usuários sobre cuidados básicos com seu tratamento medicamentoso, alimentação, avaliação dos pés em busca de lesões e prevenção de futuras lesões²⁶. Outros estudos, relacionados ao perfil de usuários com úlcera venosa de membros

inferiores^{20,27}, destacaram a presença deste profissional nos cuidados, como supervisor da equipe técnica e educador.

A úlcera venosa foi o tipo de lesão de pele mais encontrada, presente em 80,3% dos usuários, essa prevalência também é descrita em outros estudos. Uma pesquisa realizada em 2013, que buscou conhecer o perfil clínico e epidemiológico de usuários atendidos em um ambulatório de lesões de pele, demonstrou que 51% dos usuários eram atendidos devido a úlceras venosas¹⁹. Em outra pesquisa, realizada com usuários de uma US, acompanhados por lesões de pele crônicas, esta prevalência foi de 65%¹².

De 70 a 90% do total das úlceras de pernas são relacionadas a comprometimento venoso, isso se deve especialmente ao maior fator etiológico para o seu desenvolvimento que é a insuficiência venosa que é definida como uma anormalidade do funcionamento sistema venoso, causada por uma incompetência valvular, associada ou não a obstrução do fluxo venoso, e pode comprometer o sistema superficial e/ou profundo, resultado de um distúrbio congênito ou adquirido^{23,28}.

Entre os principais fatores de risco desencadeantes de úlcera venosa estão a insuficiência venosa crônica, a idade, profissões que exigem a permanência em uma mesma posição por muito tempo, baixa renda, dificuldade de acesso a serviços de saúde e a associação de doenças crônicas como HAS e DM¹⁰.

Estas comorbidades foram analisadas, associadas a IVC em um estudo de 2012, que caracterizou usuários com úlcera venosa, predominando a presença de IVC com HAS, que foi detectada em 31% dos usuários e IVC com DM e HAS em 22%. As doenças crônicas, como a HAS e DM, aumentam o enrijecimento dos vasos, que leva a comprometimento periférico, favorecem o aparecimento destas lesões e comprometendo o processo de cicatrização, além de favorecer o quadro de infecções, principalmente, associado ao DM^{11,15}.

O aparecimento das lesões de membros inferiores, associado ao comprometimento venoso e arterial, pode resultar em déficit na capacidade de mobilização^{27,28}. Doenças como a DM e a neuropatia diabética decorrente desta, também afetam a sensibilidade periférica e a capacidade de marcha¹⁶. Dois estudos sobre características de usuários com lesões de pele demonstraram em um que 16% dos usuários deambulavam com auxílio³ e no outro 52,8%, os usuários ou não

deambulavam, ou deambulavam com auxílio⁹. A obesidade e o sobrepeso foram identificados neste estudo, em mais de 70% da amostra. Isso também se verificou em uma pesquisa sobre usuário com lesões de pele crônicas atendidas por uma unidade de saúde que verificou que 60% dos usuários estavam em sobrepeso ou obesidade e 20% subnutrido, demonstrando que 80% dos usuários estavam de alguma forma com alteração nutricional. Outro estudo, somente com usuários com úlcera venosa identificou um percentual de sobrepeso e obesidade de 52,4%^{12,19}.

O consumo excessivo de álcool (19,1%) foi identificado em menor proporção e o tabagismo (19,1%) apresentou mais que dobro da proporção se comparado, respectivamente, com um estudo que identificou 27% etilismo e 7% tabagismo¹².

Para uma melhor construção de um plano de cuidado é preciso entender o que são os determinantes sociais da saúde. Os desfechos de saúde apresentados pelos usuários são resultantes de questões socioeconômicas e condições de vida que envolve trabalho, alimentação, educação, produção cultural, ao emprego, à habitação, saneamento e aos serviços de Saúde e, por fim, as características dos indivíduos (idade, sexo, herança genética), seu entorno social e suas redes de apoio (família, amigos, vizinhos)¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo encontrou que a maioria dos usuários atendidos no serviço pesquisado eram homens, acima de 60 anos, com baixa renda e baixa escolaridade. A úlcera venosa foi a lesão de pele crônica mais prevalente. Outro aspecto evidenciado são as comorbidades associadas as lesões de pele, que necessitam de cuidado permanente, visando diminuir e/ou controlar as complicações relacionadas a estas comorbidades.

Considerando as questões apresentadas sobre a RAS, ressalta-se que a APS é a coordenadora do cuidado e é responsável, tanto em proporcionar tratamento adequado e eficaz, quanto possibilitar a necessidade de encaminhamento para o serviço especializado, portanto, os resultados deste estudo fornecem subsídios para discussões sobre fluxos de encaminhamentos aos serviços especializados de curativos especiais e possibilidade de matriciamento com enfermeiros para o cuidado integral de usuários com lesões de pele na APS.

PROFILE OF USERS WITH SKIN LESIONS ATTENDED AT A SPECIALIZED SERVICE IN PORTO ALEGRE

BURILLE, Luana Apolinário¹
DE BRITO, Emerson Silveira²
TEIXEIRA, Luciana Barcellos³

SUMMARY

The increase in the life expectancy and increase in the occurrence of Chronic Noncommunicable Diseases, together with other associated factors, contributes to the appearance of skin lesions, especially those of a chronic character, such as venous ulcers, which are increasingly frequent in services Of public health. This study aimed to know the sociodemographic, epidemiological and related characteristics of the health care network of users with skin lesion, attended at a specialized service in Porto Alegre. This is a cross-sectional study. A total of 72 users were enrolled, predominantly men, aged ≥ 60 years, with low income and low schooling. Venous ulcer was the most common type of lesion, most of the users have a link to the service for up to one year. There are users who do not access their referral health unit and most of them take out dressing material from the Health Unit, but do not carry out this care in the unit. For a better adequacy of services, it is considered relevant the knowledge of the profile of the users. The information studied on a care network allows a better structuring of the Health Care Network for users with skin lesions, aiming at a better articulation between the services and a full care.

Key words: skin lesion, venous ulcer, health care network.

¹ Enfermeira. Aluna de especialização do Curso de Cuidado Integral com a pele no âmbito da atenção básica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: luanaburille@hotmail.com.

² Coorientador. Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

³ Orientadora. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8080/90**. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria 4249**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção a saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília: 2010.
4. MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
5. SILVA, Keila Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**. 2010 [Internet].
6. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Um panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro 2010.
7. SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; OLIVEIRA, Andreia Ferreira de; LEITE, Lúri da Costa; VALENTE, Joaquim Gonçalves; GADELHA, Ângela Maria Jourdan; PORTELA, Margareth Crisóstomo; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908,2004. [Internet].
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
9. BENEVIDES, Joana Prado; COUTINHO, Janaína Fonseca Vitor; SANTOS, Miria Conceição Lavinias; OLIVEIRA, Maria Jose Aguiar de; VASCONCELOS, Francisca de Fátima. Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. **Rev Rene** [Internet]. 2012 [citado 2014 nov. 14]; 13(2):300-8.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

11. PESSANHA, Fernanda Soares; OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista. Perfil Sociodemográfico e Clínico de pacientes Ambulatoriais com Úlcera de Perna. **Revista de Enfermagem UFPEL** [internet] 2006.

12. GOMES, Teresa; CADE Nágela Valadão. Roseane Vargas Rohr³ Mykael Marques Fejoli⁴ Caracterização das lesões crônicas e os fatores associados em moradores de um território de saúde em Vitória, Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 2011; 13(1): 52-57. [internet] 2006 [cited 2016 set 25].

13. MALAQUIAS, Suelen Gomes; BACHION, Maria Marcia, SANT´ANA, Silvia Maria Soares Carvalho; DALLARMI, Ceres Cristina Bueno, LINO, Rui de Souza Junior, FERREIRA Priscilla Santos. People with vascular ulcers in outpatient nursing care: a study of sociodemographic and clinical variables. **Rev Esc Enfermagem USP** [Internet]. 2012 [citado 2015 jan. 20];6(2):302-10.

14. MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida et al . Associação dos fatores socioeconômicos e clínicos e o resultado integridade tissular em pacientes com úlceras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, e54105, 2016 .

15. OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de; NOGUEIRA, Glycia de Almeida; CARVALHO, Magali Rezende de; ABREU, Alcione Matos de. Panorama epidemiológico e Clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [internet] 2012.

16. SECRETARIA DO ESTADO DE BRASÍLIA. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**/ publicado sob a direção de Hermelinda Cordeiro Pedrosa; tradução de Ana Claudia de Andrade, Hermelinda Cordeiro Pedrosa Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

17. ROUQUARYOL, M. Z.; FILHO, N. A.. **Epidemiologia & Saúde**. 5^a. ed.. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União nº 12 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

19. OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de; CASTRO, Joyce Beatriz de Abreu; GRANJEIRO, José Mauro. Panorama epidemiológico e Clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Rev. enferm. UERJ**; 21(1,n.esp): 612-617, 2013.

20. MARTINS, Dulce Aparecida; SOUZA, Andréia Maria de. O perfil dos clientes portadores de úlceras varicosas cadastradas em programas de saúde pública. **Cogitare Enferm** 2007; 12(3): 353-7.
21. ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes; LASTORIA, Sidnei. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-522, Dec. 2006.
22. FIGUEREDO, Marcondes. **Úlcera varicosa**. In: Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. [acesso em 2016 set 25]. Disponível em: < <http://www.lava.med.br/livro>.
23. FRANÇA, Luís Henrique Gil; TAVARES, Viviane. Insuficiência venosa crônica. Uma atualização. **J Vasc Bras**. 2003;2(4):318–28. [internet] 2003 [cited 2016 set 25].
24. SILVA, Dalva Cesar; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; Schimith, Maria Denise, Torres, Gilson Vasconcelos, DURGANTE Vania Lucia; RIZATTI Salete de Jesus Souza; SIMON, Bruna Sodré. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. **Rev Gaúcha Enfermagem** [Internet]. 2014 [citado 2016 out. 08]; 35(3):90-96.
25. SANT'ANA, S lvia Maria Soares Carvalho; BACHION, Maria M rcia; SANTOS, Queilene Rosa, NUNES; Cynthia Assis Barros; MALAQUIAS, Suelen Gomes; OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista.  lceras Venosas: ocorrência, caracteriza o e tratamento em usuários atendidos nas salas de curativos da rede municipal de saúde de Goiânia/GO. [disserta o]. **Rev. Brasil. Enfermagem**. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2010. 168 p. [internet] 2011.
26. HIROTA, Cristina Miyuki Okumoto; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; GUARIENTE, Maria Helena Dantas de Menezes. P  diabético: O papel do enfermeiro no contexto das inova es terapêuticas. **Cienc Cuid Saude**. 2008 Jan/Mar; 7(1):114-120. [internet] 2008 [cited 2016 set 28].
27. COSTA, Isabelle Katherine Fernandes; NÓBREGA, Walkíria Gomes da; COSTA, Isabel Karolyne Fernandes; TORRES, Gilson de Vasconcelos; LIRA, Ana Luiza Brandão de Carvalho; TOURINHO, Francis Solange Vieira; ENDERS, Bertha Cruz. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet]. 2011 [citado 2015 jan. 31];32(3):561-8.
28. BORGES, Eline Lima. **Feridas.  lceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 203 p.