



PERFIL DE PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS DE UMA OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

PROFILE OF PEOPLE WITH CHRONIC WOUNDS FROM A SUPPLEMENTARY HEALTH CARE OPERATOR

PERFIL DE PERSONAS CON HERIDAS CRÔNICAS DE UNA OPERADORA DE SALUD SUPLEMENTARIA

Gilmar Oliveira de Sousa¹, Myria Ribeiro Silva², Maria Conceição Filgueiras Ferraz Araújo³, Dulce Aparecida Barbosa⁴, Tereza Cristina Giannini Pereira da Silva⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil de pessoas com feridas crônicas atendidas por um Programa de Atenção à Saúde em uma Operadora de Saúde Suplementar. **Método:** estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e documental realizado em 67 prontuários de pessoas portadoras de feridas atendidas por uma Operadora de Saúde Suplementar da Bahia. **Resultados:** perfil feminino; idade entre 60 a 69 anos; ensino médio completo (72%); faixa salarial de 3-4 salários mínimos; 28% dos portadores de feridas crônicas com diagnóstico de pé diabético. **Conclusão:** a prevalência de portadores de feridas atendidos pelas Operadoras é elevada principalmente entre mulheres e com faixa etária avançada. Este estudo tem relevância por apresentar o perfil dos portadores de feridas atendidos por um Programa de Saúde pertencente a uma Operadora de Saúde ainda carente de políticas públicas e privadas eficazes. **Descritores:** Ferida; Operadoras de Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Prevalência; Curativos Oclusivos.

ABSTRACT

Objective: to know the profile of people with chronic wounds attended by a Health Care Program at a Supplementary Health Care Provider. **Method:** quantitative, retrospective, descriptive and documental study carried out in 67 patient records of wounded patients attended by a Supplementary Health Operator of Bahia. **Results:** female profile; age between 60 and 69 years; high school (72%); salary range of 3-4 minimum wages; 28% of patients with chronic wounds with diabetic foot diagnosis. **Conclusion:** the prevalence of carriers of wounds attended by the Operators is high especially among women and the elderly. This study has relevance for presenting the profile of the wounded patients attended by a Health Program belonging to a Health Operator still lacking effective public and private policies. **Descriptors:** Wound; Health Operators; Health System; Public Policy; Prevalence; Occlusive Dressings.

RESUMEN

Objetivo: conocer el perfil de personas con heridas crónicas, atendidas por un Programa de Atención a la Salud en una Operadora de Salud Suplementaria. **Método:** estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y documental, realizado en 67 prontuarios de personas portadoras de heridas, atendidas por una Operadora de Salud Suplementaria de Bahía. **Resultados:** perfil femenino; edad entre 60 a 69 años, enseñanza media completa (72%); rango salarial de 3-4 salarios mínimos; 28% de los portadores de heridas crónicas con diagnóstico de pie diabético. **Conclusión:** la prevalencia de portadores de heridas atendidas por las Operadoras es elevada, principalmente entre mujeres y con rango de edad avanzada. Ese estudio tiene su relevancia por presentar el perfil de los portadores de heridas atendidos por un Programa de Salud perteneciente a una Operadora de salud todavía carente de políticas públicas y privadas eficaces. **Descriptor:** Herida; Operadoras de Salud; Sistema Único de Salud; Políticas Públicas; Prevalencia; Apósitos Oclusivos.

¹Mestrando, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: gilmarsou@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0127-5017>; ²Doutora, Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC. Itabuna (BA), Brasil. E-mail: myriarib@uol.com.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2600-6577>; ³Doutora, Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC. Itabuna (BA), Brasil. E-mail: confilgueiras@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8684-6837>; ⁴PhD, Escola Paulista de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: dulce.barbosa@unifesp.br ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9912-4446>; ⁵Enfermeira, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro (RJ). E-mail: giannini.tereza@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2600-6577>

INTRODUÇÃO

As feridas referem-se a um assunto que abrange todos os contextos do cotidiano humano. Existem feridas na alma, provocadas por passados ou presentes contidos em acontecimentos inoportunos e cruéis; feridas financeiras, que deixaram vidas à margem da história lembrando apenas fatos passados do seu tempo de *glamour* e feridas físicas que, muitas vezes, deixaram marcas cicatríciais profundas lembradas como um passado lamentável ou como uma cicatriz que não deveria estar ali. Há, também, as feridas que ainda estão abertas; feridas que, até hoje, são o empecilho de uma vida, que gostariam de poder encerrar com seu leito cicatrizado e que buscam, no conhecimento humano, o poder divino e a solução para um presente cicatrizado, completo e realizado.

Grande parte do conhecimento científico médico foi resultante de cuidados e estudos para que as pessoas pudessem ter suas feridas descomplicadas e cicatrizadas.¹ Nos tempos antigos, não havia um vasto conhecimento, sendo este construído ao longo dos anos e à custa de muitas mortes provenientes de infecções em lesões resultantes, muitas vezes, de guerras e/ou doenças ainda sem conhecimento científico.

Conduzidos a uma revisão histórica das feridas, enxerga-se a influência da tradição judaico-cristã onde o primeiro relato de ferida da história seria o da retirada da costela de Adão para a formação de Eva visto que sua extração deveria ter causado uma ferida que foi cicatrizada pelo próprio Deus ao fazer a primeira cirurgia da história.² Observa-se, também, a participação de povos como os assírios que, por meio da utilização da própolis como agente antibiótico e cicatrizante, restauravam várias feridas.² A participação de Hipócrates definiu os processos cicatríciais e tantos outros colaboraram para esse construir do saber como a Igreja Católica que, por meio de mosteiros e, posteriormente, das Santas Casas, cuidou de tantos feridos construindo, também, grande parte das ferramentas do saber que se tem hoje.

A população brasileira dispõe de vários sistemas de saúde que auxiliam no cuidado à saúde brasileira. São eles o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelo Estado (conforme a Constituição de 1988), e as Operadoras de Saúde Suplementar (OSS), que disponibilizam um serviço adicional suplementar ao SUS.³

Na saúde suplementar, a produção de saúde é caracterizada por um cuidar fragmentado onde a ênfase é na produção do

procedimento centrado na entidade médico/hospitalar.³ Mas, com o tempo, esse modelo de atenção foi elevando os custos do atendimento à saúde e levando as operadoras a terem a necessidade de redesenhar a proposta do cuidar em saúde objetivando rever essas despesas e os processos em atendimento nos serviços de saúde visto que, desse atendimento, uma demanda é gerada, muitas vezes, de forma ociosa e ineficaz, o que apresenta um custo alto e mal aplicado.

Com a elevação das tecnologias em saúde e, conseqüentemente, o aceleração nos gastos operacionais, houve a necessidade de uma reestruturação nesse modelo de atenção levando as operadoras a lançar mão de programas de gerenciamento de saúde visando a reverter tal atmosfera. Assim, incorporaram, às suas ações, os Serviços de Atenção à Saúde - SAS, por meio do atendimento de equipes interdisciplinares, com o objetivo de captar pacientes crônicos, promover a prevenção e a elevação da saúde. Essa nova tecnologia tem elevado a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, o paciente tem usufruído de uma melhor qualidade de vida levando à prática do autocuidado estruturado, por meio de um saber mais específico em saúde, e utilizando novas tecnologias fornecidas por essas equipes.

Tal estratégia já vem sendo abordada pelo SUS há alguns anos e as equipes de Saúde da Família buscam o indivíduo em seu domicílio, objetivando gerenciar a saúde desse, e o trabalho delas é de suma importância para a rede de saúde. Assim, o agente de saúde se torna uma das peças fundamentais para iniciar a sensibilização e a busca desses componentes sociais que procuram os serviços de saúde, muitas vezes, de forma descoordenada, mas passando a ter uma orientação estruturada pelas equipes de PSF - Programa de Saúde da Família.⁴

O Brasil, apesar de ser um país em desenvolvimento, ainda possui milhões de pessoas sem acesso a uma saúde de qualidade. Por questões políticas, encontram-se, no dia a dia, várias Unidades Básicas de Saúde sem uma estrutura mínima para o atendimento da população. Com isso, a saúde da população fica deficitária tanto na prevenção, quanto no tratamento e na reabilitação.

O país possui vários níveis sociais, sendo que a maioria não detém um padrão de vida que lhe proporcione bem-estar ou que lhe dê uma qualidade de vida dentro do ideal. Com isso, o enfermeiro precisa, sempre, se capacitar para trabalhar com essas nuances sociais e o portador de feridas crônicas também está dentro dessa diversidade social.

Sousa GO de, Silva MR, Araújo MCFF et al.

Perfil de pessoas com feridas crônicas de uma...

Cuidar desse portador é um problema de grande dimensão, pois existem muitos desafios a ser enfrentados no cotidiano.⁵

Geralmente, acredita-se que o usuário de um plano de saúde possua um padrão de vida diferenciado, conhecimento cultural, padrão financeiro mais elevado, realização de acompanhamento preventivo, dentre outros. Mas, na prática, observa-se que esse padrão, muitas vezes, não é a realidade da grande maioria dos portadores de planos de saúde.

Os portadores de feridas crônicas, usualmente, buscam a atenção básica de saúde para tratar suas feridas. Os que possuem um plano de saúde, habitualmente, recorrem aos hospitais conveniados com as OSS para a realização dos curativos em função de as OSS não possuírem ambulatórios para tal serviço.

A Enfermagem precisa estar atenta para as dificuldades enfrentadas pela população buscando ultrapassar os limites da realização do curativo e indo além da ferida até porque do contexto emocional, psicológico, social e familiar dependerá a ferida.⁵ Diante disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão regulador das OSS, tem estimulado as operadoras de saúde ao fortalecimento desse modelo por meio de acompanhamento e orientações de implantação e implementação desses programas de prevenção e promoção à saúde.³

Essa perspectiva tem se articulado com as propostas do Ministério da Saúde que visam a aumentar as condições de saúde da população brasileira e, em especial, dos usuários das operadoras de saúde, sendo um dos primeiros estímulos à implantação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Acredita-se que tais programas estreitarão os laços entre as operadoras de saúde suplementar e seus usuários propondo não só a melhoria da qualidade de vida, como uma adequada utilização dos planos de saúde evitando, assim, um mau uso das tecnologias estabelecidas.

A dinâmica do atendimento levou os Serviços de Atenção à Saúde à percepção de que havia uma parcela de pacientes que precisava ser alcançada: os pacientes domiciliares, pessoas que são ou estão em condições de acamamento e, então, não possuem acesso a esses serviços por estarem, naquele momento, impossibilitadas de ir a esse serviço. Como exemplo, os pacientes de cirurgias recentes ou dependentes de recursos, muitas vezes, não disponíveis à família, como transporte, levando esse indivíduo a uma vida de morbidade crônica, confinado em seu leito, sem acesso a uma

assistência de qualidade. Assim, as OSS se incorporaram ao Serviço de Atenção Domiciliar - SAD para que os pacientes acamados passem a ser gerenciados e possam contar com uma tecnologia de saúde especializada.

O SAD deve possuir uma equipe interdisciplinar que não visa ao conhecimento individual, mas trabalha com objetivos comuns; que não desconsidera a multiplicidade dos pensamentos e tem, como uma constante, o respeito às várias contribuições por parte de cada profissional que a compõe.⁴ Possui uma equipe composta de médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de Enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros.

A atuação interdisciplinar, por meio das contribuições das diferentes áreas, garante uma visão mais completa do paciente a ser atendido.⁶ Isso tem, como resultado, uma visão mais aperfeiçoada do indivíduo levando a uma ação mais efetiva a partir do conhecimento mais completo do ser cuidado: a realidade enquanto pessoa, ser social, financeiro, patológico e etc.

Devido ao adoecimento crônico, as prestadoras de assistência têm encontrado o desafio de cuidar de pessoas que, por conta tanto do envelhecimento, quanto do adoecimento, desenvolvem feridas de difícil cicatrização. Além disso, as pessoas que saem de processos de hospitalização necessitam de continuidade de cuidados, muitas vezes, assumidos por tais prestadoras, que podem perdurar até o fim na vida.

Assim, torna-se necessário conhecer as características de pessoas com feridas crônicas que venham a necessitar das prestadoras de saúde suplementar para a manutenção de cuidados à sua saúde seja para tratar a ferida ou paliar o sofrimento e reduzir complicações.

Com base no exposto, este estudo será guiado para responder ao seguinte problema: Qual o perfil das pessoas com feridas crônicas atendidas por uma operadora de serviço de saúde suplementar em uma cidade do interior do Estado da Bahia?

Justifica-se esta pesquisa por serem os usuários, portadores de lesões, participantes da rede de atendimento dentro da Saúde Suplementar e uma clientela que pouco se estuda, acreditando ser esta uma parcela da sociedade bem acompanhada por ter um plano de Saúde Suplementar. Por isso, surge a necessidade da análise do perfil desses usuários portadores de feridas crônicas e

atendidos por um serviço da rede complementar de saúde, pois o perfil deles se faz necessário para subsidiar o planejamento de recursos para cuidar e prever custos já que existem poucos indicadores a respeito desse público.

OBJETIVO

- Conhecer o perfil de pessoas com feridas crônicas atendidas por um Programa de Atenção à Saúde em uma Operadora de Saúde Suplementar.

MÉTODO

Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e documental. O estudo retrospectivo é elaborado com base em registros do passado com seguimento até o presente (referência). A pesquisa descritiva é aquela que tem, como objetivo primordial, a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A pesquisa documental vale-se de material que ainda não recebeu tratamento analítico ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetos da pesquisa.⁷

Amplamente utilizado na condução da pesquisa, o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências.⁸

A coleta dos dados ocorreu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, com CAAE 56801416.6.0000.5505, conforme Parecer nº 1.592.711/2016, decorrente da pesquisa “Análise de gerenciamento de casos atendidos no Programa de Atenção à Saúde em uma Operadora de Saúde Suplementar”.

A pesquisa foi realizada por meio do levantamento de dados mantendo-se o sigilo absoluto dos dados pessoais obtidos por meio dos prontuários eletrônicos e/ou planilhas e não sendo disponibilizados estes dados para terceiros. O anonimato dos participantes atendeu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional e Saúde e a divulgação dos resultados é apenas para fins científicos.

A população em estudo inclui um quantitativo de 67 pacientes portadores de feridas crônicas e que fazem parte de um Programa de Atenção à Saúde de uma Operadora de Saúde Suplementar com captação para mais de 300 beneficiários.

Os pacientes são captados pelo SAS desta OSS por meio de diversas portas de entrada:

médico assistente; captados ainda dentro do recinto hospitalar (por meio da visita hospitalar da assistente social do SAS); família ou por meio de outros pacientes que já fazem parte do SAS. Na captação, esses passam por uma visita domiciliar da assistente social, que faz um levantamento socioeconômico dos pacientes/família e os encaminha para uma consulta de Enfermagem onde todo o seu histórico de saúde é levantado por meio de uma anamnese e um exame físico.

Esses subsídios foram levantados a partir de planilhas de dados em Excel 2010 contendo elementos sobre os beneficiários portadores de feridas como dados socioeconômicos, financeiros, diagnósticos das patologias de base, dentre outros. Todos os portadores de feridas crônicas foram incluídos na pesquisa independentemente do diagnóstico ou da causa da ferida.

RESULTADOS

A amostra apresentada na tabela 1 caracteriza-se por uma prevalência da faixa etária de 60 a 79 anos (31%), com um quantitativo maior de mulheres (18%). A idade mínima foi de 14 anos e a máxima, de 92 anos. O grau de escolaridade chama a atenção por possuir um percentual de 28% de beneficiários com a graduação incompleta e, logo após um percentual de 25% de beneficiários com ensino médio incompleto, sendo as mulheres em maior número. Concernente à faixa salarial familiar, há um percentual de 45% com ganho de três a cinco salários mínimos, sendo 25% desse quantitativo para as famílias das beneficiárias. Pelo governo, os benefícios oferecidos às mulheres também prevalecem com um percentual de 13%.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes portadores de feridas crônicas captados pelo Programa de Atenção à Saúde de uma operadora de Saúde Suplementar da Bahia - período 2013 a 2016. Itabuna (BA), Brasil. 2016.

Caraterísticas	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Sexo	30	45	37	55	67	100
Faixa Etária						
10-14	0	0%	1	1%	1	1%
30-39	1	1%	0	0%	1	1%
40-49	1	1%	1	1%	2	3%
50-59	9	13%	4	6%	13	19%
60-69	9	13%	13	18%	21	31%
70-79	8	12%	9	13%	17	25%
80-89	2	3%	9	13%	11	16%
90-100	0	0%	0	1%	1	1%
Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompleto	2	3%	1	1%	3	4%
Ensino Fundamental Completo	7	10%	10	15%	16	24%
Ensino Médio Incompleto	4	6%	13	19%	17	25%
Ensino Médio Completo	2	3%	2	3%	4	6%
Graduação Incompleta	9	13%	10	15%	19	28%
Graduação	2	3%	0	0%	2	3%
Pós-graduação	4	6%	2	3%	6	9%
Faixa Salarial Familiar						
1 Salário Mínimo	0	0%	0	0%	0	0%
Até 3 Salários Mínimos	3	3%	2	3%	5	7%
De 3 a 5 Salários Mínimos	13	19%	17	25%	30	45%
De 5 a 8 Salários Mínimos	5	7%	12	18%	17	25%
> 8 Salários Mínimos	9	13%	7	10%	16	24%
Aposentadorias						
Aposentadorias	5	7%	3	4%	8	12%
Benefícios	8	12%	9	13%	17	25%

Na tabela 2, percebe-se uma prevalência de 28% para acometidos de pé diabético e o maior percentual de casos envolve beneficiários do sexo masculino (15%) e, em

segundo lugar, vêm as úlceras por pressão (UPP), com 16 casos (16%), sendo o percentual maior também composto por mulheres (7%).

Tabela 2. Diagnósticos de feridas dos pacientes atendidos num Programa de Atenção à Saúde de uma Operadora de Saúde Suplementar - período de 2013 a 2016. Itabuna (BA), Brasil. 2016.

Diagnósticos	Nº de casos	%	Masculino	%	Feminino	%
Pé diabético	19	28%	10	15%	9	13%
UPP	16	24%	5	7%	11	16%
Úlcera venosa	9	13%	3	4%	6	9%
Ferida cirúrgica	8	12%	5	7%	3	4%
Acidentes de trabalho	3	4%	3	4%	0	0%
Pioderma gangrenoso	2	3%	1	1%	1	1%
Colostomia	2	3%	1	1%	1	1%
Incisão cirúrgica	2	3%	0	0%	2	3%
Deiscência cirúrgica	2	3%	2	3%	0	0%
Úlcera arterial	1	1%	1	1%	0	0%
Síndrome de furnier	1	1%	1	1%	0	0%
Não diagnosticados	2	3%	1	1%	1	1%

A tabela 3 mostra que, dos 67 beneficiários estudados, enquanto portadores de feridas, pertencentes ao programa de atenção à

saúde, 24% estão na condição de acamados, sendo que 19% são do sexo feminino. Dentre os diagnósticos levantados, 38% possuem

Alzheimer, sendo 31% desses casos do sexo feminino. Portadores de úlcera por pressão (UPP) atingem um percentual de 75%, com prevalência maior entre as mulheres, até por

ser um número maior. No quesito reincidência de UPP, 81% dos pacientes tiveram retorno das feridas.

Tabela 3. Características clínicas dos beneficiários “acamados”, portadores de lesões crônicas, captados pelo Programa de Atenção à Saúde de uma operadora de Saúde Suplementar da Bahia - período 2013 a 2016. Itabuna (BA), Brasil. 2016.

	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Acamados	3	4%	13	19%	16	24%
Não acamados	27	40%	24	36%	51	76%
Diagnósticos						
Alzheimer	1	6%	5	31%	6	38%
AVC	0	0%	2	13%	2	13%
Câncer	0	0%	1	6%	1	6%
Deficiente físico	1	6%	0	0%	1	6%
Demência	0	0%	5	31%	5	31%
HTLV	1	6%	0	0%	1	6%
UPP						
Sim	3	19%	9	56%	12	75%
Não	0	0%	4	25%	4	25%
Repetição de UPP						
Sim	2	13%	11	69%	13	81%
Não	1	6%	2	13%	3	19%

DISCUSSÃO

◆ Perfil dos portadores de feridas crônicas

Os dados apresentados por meio da tabela 1 apresentam um perfil feminino, na faixa etária prevalente entre 60 e 69 anos, com graduação incompleta (28%), com faixa salarial de três a quatro salários mínimos. Estudos realizados em Goiânia/GO confirmam as mesmas características sociodemográficas fortalecendo, assim, os dados desta pesquisa.⁹ Outra pesquisa realizada em um hospital no centro da cidade de Niterói/RJ também encontrou características sociodemográficas semelhantes às encontradas nesta pesquisa.¹⁰

Quanto à faixa etária prevalente, percebe-se que, nessa idade, o corpo humano já começa a apresentar sinais de fragilidade anatômica com um comprometimento fisiológico. O sedentarismo é mais prevalente, a espessura da pele está reduzida, os vasos sanguíneos não mais estão com alto poder de contração e dilatação, o fluxo sanguíneo tende a ficar mais estagnado nos MMII (membros inferiores) e as doenças que afetam o sistema neurológico estão mais presentes, muitas vezes, deixando o indivíduo acamado.¹⁰

O que intriga neste estudo é que boa parte dos beneficiários possui nível de escolaridade elevado: graduação incompleta (28%). São pessoas que possuem um bom entendimento a respeito da sua fisiopatologia, dos cuidados que precisam ter para que haja uma boa cicatrização, da utilização das medicações, de como realizar os curativos e como as

coberturas utilizadas pelo grupo de feridas do PAS funcionam. São pessoas que possuem plano de saúde e, na sua maioria, têm médico para o acompanhamento das feridas há muito tempo.

Um estudo, realizado em 2002, identificou que, quanto maior o nível de escolaridade, maior o autocuidado a respeito das feridas.¹⁰ Porém, este estudo traz um grupo de pessoas que possui um nível de escolaridade maior (em relação aos estudos realizados), mas tem um nível financeiro menor (faixa salarial de três a cinco salários mínimos - 45%, conforme a tabela 1) e parte dessa faixa provém de benefícios do governo (que podem ser perdidos).

Muitas famílias abrigam outras famílias dentro da mesma residência e, conseqüentemente, outros problemas são identificados: filhos divorciados (com netos); cônjuges que não colaboram com o tratamento; filhos que não ajudam nos afazeres domésticos ou com ajuda financeira no lar (vivem com a finança dos pais, mesmo ganhando salário) e pacientes que já se entregaram à doença por não ter outra expectativa de vida. Todos esses acontecimentos interferem diretamente no tratamento das feridas.

O portador de uma ferida varicosa ou de úlcera por pressão, por exemplo, se sente fétido, apodrecido, intocável. Uma úlcera vai muito além do físico. Atinge o psicoemocional, o financeiro, o social e a autoestima das pessoas. E, diferentemente das feridas agudas, as feridas crônicas trazem

esses efeitos por anos na vida de um ser humano deixando marcas e consequências que só o tempo poderá apagar.¹

◆ **Úlceras crônicas: grandes desafios na prevenção e tratamento**

Essa pesquisa traz 28% dos beneficiários portadores de feridas com o diagnóstico de portadores de pés diabéticos, sendo a sua maioria de homens (15%), conforme a tabela 2 (um valor de 6,33% dos 300 pacientes captados pelo PAS em estudo). O Ministério da Saúde, em 2013, coloca, por meio de estudos realizados, que 40 a 70% das amputações resultam das complicações das úlceras nos pés e que 25% das pessoas com diabetes possuem o risco de desenvolver úlceras nos pés ao longo de sua vida.⁹

Todas as úlceras dos pés diabéticos dos beneficiários atendidos pelo PAS em estudo foram cicatrizadas. Porém, alguns pacientes possuíam dificuldades em aderir à prevenção de recidivas. Para a tranquilidade da equipe, isso acontecia com a minoria. Contudo, era perceptiva a necessidade de vários pacientes em levar uma vida normal: poderem andar normalmente, viver sem limitações, utilizar os calçados que desejassem até porque muitos apresentavam uma vida ativa e, agora, tinham que utilizar calçados diferenciados (muitas vezes, mais caros) ou não podem mais comer o que gostavam porque já estavam em uma fase crônica da doença e “cheios” de sequelas.

Pacientes com diabetes possuem uma facilidade três vezes maior do que uma pessoa normal de ser acometidos pela depressão. A dependência medicamentosa, a dificuldade financeira em adquirir produtos comestíveis pertinentes à alimentação do diabético, as restrições nutricionais, as sequelas físicas, a frustração por não conseguir alcançar as metas de controle fragilizam emocionalmente o paciente portador de diabetes.¹¹ Isso se torna uma barreira gigante entre o profissional de saúde e o portador de diabetes dificultando o acompanhamento educacional e a aderência à prevenção/tratamento das feridas.

Diante desse contexto, o que mais se percebia era a presença de pacientes com quadros depressivos por se verem cheios de limitações sociais e sem qualidade de vida dentro do esperado por eles. Muitos, apesar de possuírem um plano de saúde, não tinham condições de adquirir um calçado apropriado ou as fitas de glicemia que, apesar de fornecidas do governo, não são em número suficiente para manter um bom controle mensal.

Outra prevalência neste estudo é a úlcera por pressão (UPP). Dos 67 pacientes analisados, 24% possuíam UPP com as mulheres formando a maioria dos beneficiários. Esses beneficiários possuíam cuidadoras que também eram trabalhadoras domésticas repartindo o cuidado com os afazeres do lar. Apenas um paciente possuía um cuidador particular, mas não era em tempo integral: ficava apenas pela manhã e parte da tarde.

Uma pesquisa realizada na Espanha demonstrou que a prevalência de pacientes com UPP em gerenciamento de saúde domiciliar tem aumentado entre 8% e 9%. Não se sabe exatamente qual a explicação, apenas compreende-se que a hipótese mais aceitável é a crise econômica, que tem afetado tanto os recursos materiais, quanto os humanos.¹² A realidade brasileira não tem sido diferente e, como já foi dito, a falta de recursos humanos e de insumos adequados para promover a prevenção e/ou o tratamento das UPP tem feito aumentar a prevalência e a incidência dessa enfermidade no país.

Em outra pesquisa realizada na Espanha, em residências geriátricas, identificou-se, também, que o índice pesquisado apresentou um percentual de 27% de UPP nos homens e 72,92% em mulheres (confirmando este estudo, com a prevalência de 16% por parte das idosas)¹³. Tais números se caracterizam por ter, a mulher, mais sobrevida, em consequência de uma busca por prevenção e promoção da saúde e/ou por ser esta buscadora de uma vida mais próxima ao saudável (evitando tabagismo, alcoolismo e etc.).

A maior parte da população apresenta um nível social difícil com renda vulnerável e estrutura familiar desequilibrada. Mas pesquisas colocam que não se sabe ainda se o impacto econômico é causa, ou consequência, da longa duração das úlceras crônicas por estas acometerem uma classe mais frágil.¹⁴

No tratamento de úlceras crônicas, o controle da dor também é um fator importante. Muitos beneficiários utilizam até a fé como agente anestésico para a dor. Dor essa que, geralmente, começa com uma dor da alma perpassando para a dor física lesional e, normalmente, o relato de que os profissionais de saúde não sanam a dor é notório levando os pacientes a uma automedicação que pode gerar um quadro de periculosidade, principalmente quando fazem uso de anti-inflamatórios por conta própria.¹⁵

Outro fator que dificulta a busca contínua pela cicatrização, levando a um estado de cronicidade da lesão, é a falta de profissionais

capacitados e envolvidos com a prática de cicatrização de feridas. Todas as histórias resultam em pessoas que tiveram a primeira lesão. Esta foi aumentando e, há anos, cicatriza e retorna, mas não há uma resolutividade. Muitas vezes, esse retorno se dá por falta de positivismo pessoal, de profissionais médicos que busquem a cicatrização como um propósito real e/ou por falta de profissionais envolvidos com a utilização de produtos adequados para os fins esperados no processo da lesão, que é a cicatrização final, sem um “possível” retorno da lesão.

◆ Coberturas: a busca pela informação/aperfeiçoamento

Durante esta pesquisa, que foi desenvolvida na própria prática de trabalho, percebeu-se que a falta de informações sobre a farmacodinâmica dos produtos utilizados nas coberturas das feridas abrangia quase 100% dos bulários das coberturas. Estes possuíam apenas informações gerais acerca da utilização e/ou indicação dos mesmos.

Houve uma evolução nas coberturas utilizadas em feridas. Atualmente, elas estão mais sofisticadas e com mais propriedade para agir nas diversas fases da cicatrização.² As equipes multiprofissionais, diante desse avanço, começaram a atuar com mais segurança durante as escolhas das coberturas. Portanto, é de suma importância conhecer as fases da cicatrização, a propriedade da cobertura escolhida, a patologia de base e o aspecto da ferida.

Mas ainda há muitas divergências quando se trata de tratamento de feridas. Alguns trabalhos relatam acerca da utilização da água potável na limpeza das feridas como redutora de infecção, enquanto outros colocam que utilizar solução isotônica a 0,9% ou água potável não mantém nenhuma diferença nas taxas de infecções.¹⁶

Uma grande parte da literatura consultada para este estudo, e/ou artigos pesquisados nas bases de dados, não elucidou, de forma mais técnica, as ações de cada cobertura. Somente uma literatura trouxe, com mais propriedade, um conteúdo mais técnico e científico abrangendo tópicos como: apresentação, mecanismo de ação, indicação, contraindicação, modo de usar e periodicidade da troca. Tais tópicos foram abordados com um conteúdo mais abrangente que as demais literaturas ou até mesmo mais ampliados que os próprios bulários pertencentes às coberturas industrializadas.

Em uma pesquisa realizada em Granada, na Espanha, as mesmas dificuldades foram observadas: a falta de embasamento na

utilização de coberturas ou de produtos utilizados na prevenção de feridas.¹⁷ Os fabricantes ainda não dispõem de bulários contendo informações mais precisas sobre a atuação das coberturas deixando, assim, a Enfermagem descoberta quanto à dinâmica da atuação dos produtos em cada fase da utilização para a promoção do processo de cicatrização.

Mas, mesmo diante de todo esse avanço tecnológico em coberturas de feridas, ainda é perceptível que a população não tem tido acesso ao mesmo. O SUS já disponibiliza várias coberturas por meio de seus programas, porém, a população, em função da dificuldade da administração pública, não tem utilizado tal tecnologia no tratamento das suas lesões.

O alto custo das coberturas ainda é outra barreira enfrentada por todos, tanto pacientes, quanto instituições. Se a equipe de feridas não estiver bem capacitada, uma aplicação errônea pode resultar em aumento da lesão ou troca antecipada causando, conseqüentemente, grande prejuízo para o paciente e o aumento do custo para o setor de saúde.¹⁸

Uma equipe de saúde deve ver o corpo de cada paciente como um processo físico-químico capaz de produzir fatores peremptórios no processo saúde-doença.¹⁹ Assim, é preciso realizar uma análise ampliada com vistas ao conhecimento do corpo como possuidor de emoções, capacidade de autocuidado e com uma história. Portanto, reunindo todos esses fatores, percebe-se que escolher uma cobertura não é simplesmente abraçar a primeira que encontrou no armário ou num *site* da internet, mas realizar um pensamento crítico e analítico acerca de qual cobertura deverá ser utilizada no tratamento em questão.

◆ Feridas: avaliação econômica

Discutir feridas não é só caminhar por processos patológicos e fisiológicos da inflamação/cicatrização, mas é se envolver com tecnologias em saúde que arremetam ao prazer de assistir ao avanço dos processos tecnológicos na busca da cicatrização de lesões que, muitas vezes, possuem anos de história. Essa busca visa a objetivar a qualidade de vida.

Frente a essas tecnologias estão o profissional e o paciente que, em suas ansiedades, desejam o melhor e o que há de mais moderno no mercado. Mas todo avanço tem um custo. Toda tecnologia exige um processo de pesquisa, uma construção de um saber que pode levar ao fim uma vida inteira de angústias (como descreve, muitas vezes, um portador de úlcera crônica).

Ao pensar nessa qualidade de vida, o MS, em suas diretrizes metodológicas sobre a avaliação econômica em saúde,²⁰ tem demonstrado preocupação com a forma que essas tecnologias impactam pacientes, fabricantes, profissionais e serviços de saúde, e como se tem medido essa qualidade de vida e seu impacto no setor de saúde.

O Ministério da Saúde coloca que:

A importância da avaliação de qualidade de vida (QV) aumentou de modo expressivo durante os últimos 50 anos, principalmente por ser um enfoque que valoriza a perspectiva do paciente e possibilita a abordagem da saúde dos indivíduos em diferentes domínios como, por exemplo: aspectos físicos, funcionamento no dia a dia, desempenho social e aspectos emocionais. O maior propósito deste tipo de avaliação é o de medir o impacto funcional e subjetivo das doenças crônicas e seu tratamento na vida dos indivíduos afetados.

²⁰

Essas avaliações sugerem pensar em qualidade de vida versus análises de custos e custo não se dá apenas por meio da utilização de um produto, mas exige, como contexto, a realidade econômica em que a tecnologia inserida está sendo utilizada.²⁰

O profissional de saúde, geralmente, se envolve com a tecnologia, mas normalmente não busca construir um pensamento sobre a melhor relação custo-benefício durante a sua escolha. A Enfermagem, por ser uma profissão que executa um grande número de procedimentos, precisa sempre buscar a construção de um pensamento econômico durante a escolha de uma tecnologia que será destinada ao seu instrumento final: o ato de cuidar.

O cicatrizar feridas também envolve o mesmo pensamento: qualidade de vida versus escolhas versus custos em saúde. Em qualquer sociedade, por mais desenvolvida que seja, sempre haverá a limitação de recursos principalmente em relação à potencial demanda de seus indivíduos.²¹ Ela também declara que, se a demanda fosse tão abundante quanto as necessidades, não haveria a necessidade de um processo econômico.

Os custos envolvem vários fatores como o resultado esperado, a matéria-prima utilizada, preços praticados pelos comerciantes e/ou representantes, maturidade do beneficiado em manter o produto aplicado na sua lesão (conforme orientação profissional), segurança por parte do prescritor do produto e o poder aquisitivo da sociedade econômica em que esse beneficiado está inserido (SUS, município,

operadora de saúde e/ou o beneficiado particular).

Os recursos econômicos não devem ser isolados de um conjunto de demandas que envolvem o indivíduo como vestuário, alimentação, lazer, educação, dentre outros.²¹ No momento da prescrição em Enfermagem, todos esses fatores devem ser considerados mesmo que a liberação se dê por uma operadora de saúde suplementar. Recursos podem se tornar escassos se não forem corretamente prescritos e bem utilizados.

Profissionalmente, há uma tendência de chamar de desenvolvimento um processo de evolução que, no geral, atinge apenas a minoria de uma população. Esse padrão deve ser interrompido levando essas inovações tecnológicas ao atendimento da satisfação das necessidades da população como um todo para trazer um bem-estar coletivo e não apenas de uma minoria.²²

Diante desse pensamento, é importante refletir acerca das tecnologias utilizadas nos processos de cicatrização de feridas com vistas à promoção de um pensamento socioprofissional onde todos se perguntem: meu país, meu município, meu paciente possui condições socioeconômicas para tomar posse de tais tecnologias desejadas por todos (profissionais e pacientes)? Qual a repercussão desse custo considerando que um paciente diabético, por exemplo, possui um risco de 25% de possuir úlceras nos pés ao longo de sua vida, que essa complicação é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores e que 85% dessas amputações começaram com ulcerações?¹¹

Conforme a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, SBEM, atualmente, existe um número de 12.054.827 de pacientes com diabetes no Brasil.²³ Se for realizada uma análise dos percentuais anteriormente fornecidos pelo MS, chegar-se-á a um número assustador de pacientes com lesões e amputações.

Diante desses dados, a Enfermagem precisa refletir sobre o uso das tecnologias disponíveis no mercado no âmbito de cobertura de feridas e/ou acessórios utilizados na prevenção de feridas e promoção da cicatrização. A população, no geral, possui seu tratamento estagnado em função de uma prática apenas da utilização de recursos de última geração e o que se percebe é a própria indústria voltando seus olhos para insumos que deixaram de ser valorizados em função dos aparatos tecnológicos surgidos com o desenvolvimento das tecnologias em saúde.

Esse retorno ao passado, por parte das indústrias, tem sido graças a profissionais de Enfermagem que não têm deixado de lado a prescrição do tratamento simples, de fácil acesso e que, muitas vezes, se encontra no quintal de casa (mamão papaia, dentre outros). Essa conduta leva a refletir sobre os desejos profissionais: até que ponto tem tido propriedade e pensamento científico nas prescrições de Enfermagem para o tratamento de feridas?

CONCLUSÃO

As pessoas portadoras de feridas atendidas em um Programa de Atenção à Saúde apresenta um perfil feminino, na faixa etária prevalente entre 60-69 anos, com graduação incompleta (28%) e faixa salarial de 3-4 salários mínimos.

O SUS, em função das mudanças nas políticas econômicas do país, não dispõe, atualmente, de um serviço universal de saúde, embora seja esse um dos seus pilares. Diante disso, o serviço privado em saúde, que dispõe de uma rede pré-estabelecida pelas Operadoras de Saúde constituída por consultórios, clínicas e hospitais privados, tem sido buscado por uma gama de indivíduos que acredita na oferta de um serviço diferenciado e universal.

Mas o que se percebeu, nesta pesquisa, é que o usuário das Operadoras de Saúde Suplementar está, ainda, longe das características dos usuários do SUS. Estes ainda não conseguem ter um gerenciamento de saúde de forma integral. São raras as Operadoras de Saúde que possuem uma assistência à saúde sistematizada. Além de a saúde privada ainda ser repartida, não existe um pensamento de referência e contrarreferência por parte das redes das operadoras de saúde suplementar.

Assim, diante desse contexto, o usuário público ou privado ainda enfrenta grandes barreiras de tratamentos de saúde de lesões ficando à mercê de uma gama de profissionais que não visa à saúde populacional, mas, sim, à saúde financeira de quem oferece o serviço.

Apesar da ausência de uma bibliografia específica, esta pesquisa mostrou que o SUS - Sistema Único de Saúde (público) e o SOS - Serviço da Operadora de Saúde (privado) contêm as mesmas características. Mesmo tendo lançado mão de um plano de saúde, ainda se encontra a formatação de um plano de doença e de como prevenir e/ou curar a doença. Plano esse que apenas estende o sofrimento do cidadão e aumenta crucialmente o custo da própria operadora de saúde.

Sugere-se, às operadoras de saúde, que busquem levantar os perfis dos seus usuários e, principalmente, busquem entender a história de cada ferida objetivando intervir, muitas vezes, de forma que o indivíduo seja resgatado. Sugere-se, também, às equipes de feridas, que busquem realizar estudos descritivos sobre a real utilização dos produtos destinados à cicatrização de feridas e que, principalmente, passem a publicar seus achados.

Espera-se que esta pesquisa sensibilize os profissionais e serviços de saúde objetivando repensar as políticas públicas e privadas de saúde em feridas. Indivíduos bem orientados são indivíduos produtivos e com custo zero. Indivíduos nas mãos de profissionais capacitados são indivíduos tratados e realizados.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ES. Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza Editora; 2012
2. Geovanini T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel; 2014
3. Ribeiro CD, Franco TB, Silva Junior AG, Lima RCD, Andrade CS. Saúde Suplementar, biopolítica e promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011
4. Feuerwerker LC, Merhy EE. Home care's contribution to alternative health care networks: deinstitutionalization and transformation of practices. *Rev Panam Salud Publica*. 2008 Sept;24(3):180-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>.
5. Malagutti W. Feridas: conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari; 2015.
6. Yamaguchi AM, Taniguchi KTH, Andrade L, Bricola SAPC, Jacob Wilson W, Arruda MA. Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole; 2010.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5th ed. São Paulo: Atlas; 2006.
8. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3rd ed. São Paulo: Atlas; 1999.
9. Silva PN, Almeida OAE, Rocha IC. Topical therapy in the treatment of chronic wounds. *Enferm glob [Internet]*. 2014 Feb [cited 2017 Jan 15];46:33-58. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica3.pdf>
10. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. The characterization of patients with venous ulcer followed at the Outpatient Wound Repair Clinic. *Rev eletrônica enferm*.

Sousa GO de, Silva MR, Araújo MCFF et al.

Perfil de pessoas com feridas crônicas de uma...

- 2012 Jan/Mar; 14(1):156-63. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.10322>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [cited 2016 Mar 27]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>
12. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Bou Torra i Bou JET, Soriano JV, Soldevilla-Agreda JJ. Pressure ulcers epidemiology in Spain in 2013: results from the 4th National Prevalence Survey. *Gerokomos*. 2014 Dec;25(4):162-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006>
13. Carbonell-Fornes P, Murillo-Llorente M. Pressure ulcers in gerontology: Prevalence and defining variables of injuries and patients. *Gerokomos*. 2015 June;26(2):63-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200006>
14. Tafernaberry G, Otero G, Agorio C, Dapuetto JJ. Evaluation of the charing cross venous ulcer questionnaire in patients with chronic venous ulcers in Uruguay. *Rev Med Chil*. 2016 Jan;144(1):55-65. Doi: [10.4067/S0034-98872016000100008](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000100008)
15. Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Salvetti MG, Torres GV. Personal pain relief strategies used by venous ulcer patients. *Rev dor*. 2015 Apr/June;16(2):86-89. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150017>
16. Borges EL. Feridas: úlceras dos membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
17. Vale JS, García IG, Lopez MG. Compare between different methods of treatment of pressure ulcer. *Enferm glob*. 2014 Oct;13(36):44-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.4.178611>
18. Dreifke MB, Jayasuriya AA, Jayasuriya AC. Current wound healing procedures and potential care. *Mater Sci Eng C Mater Biol Appl*. 2015 Mar;48:651-62. Doi: [10.1016/j.msec.2014.12.068](https://doi.org/10.1016/j.msec.2014.12.068).
19. Blanck M, Giannini T. Úlceras e feridas: as feridas têm alma: uma abordagem interdisciplinar do plano de cuidado e da reconstrução estética. Rio de Janeiro: Dilivros; 2014.
20. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

- envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2015 Dec 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
21. Rodriguez GF, Rodriguez CV. Need of the economic efficiency in health. *MEDISAN*. 2013 July;17(7):2068-74. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n7/san19177.pdf>
22. Costa LS. Análise da dinâmica de geração de inovação em saúde: a perspectiva dos serviços e do território (thesis) (Internet). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ens-31166>
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia E Metabologia. Números de diabetes no Brasil. Rio de Janeiro: SBE; 2016. Available from: <http://www.endocrino.org.br/numeros-do-diabetes-no-brasil/>

Submissão: 12/12/2017
 Aceito: 22/05/2018
 Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Gilmar Oliveira de Sousa
 Universidade Federal de São Paulo -
 Departamento de Enfermagem
 Rua Laurinda Fontes, 159
 Bairro Pontalzinho
 CEP: 45603-103 – Itabuna (BA), Brasil